

ໃບສະໝັກຂໍການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກຳ

ພາກທີ 1: ຜູ້ຮ້ອງທຸກ

ແຕ່ລະຄົນທີ່ຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອ ອຕ້ອງໄດ້ຍື່ນໃບສະໝັກແຍກກັນ.

ທຸກໃບສະໝັກຕ້ອງປະກອບພາກທີ 1 ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ. ຜູ້ຮ້ອງທຸກແມ່ນຜູ້ທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ
ຫຼືຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເນື່ອງມາຈາກຜົນຂອງອາຊະຍາກຳ. ຖ້າທ່ານອື່ນໃບຄ່າຮ້ອງນີ້ໃນນາມຂອງຜູ້ອື່ນ,
ໃຫ້ບອກຂໍ້ມູນຂອງເຂົາເຈົ້າຢູ່ໃນພາກທີ 1 ແລະຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໃນພາກທີ 3.

ພາສາທີ່ເວົ້າທີ່ມັກໃຊ້

ພາສາທີ່ຂຽນທີ່ມັກໃຊ້

ຊື່ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ ເລກ

ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍ ເລກປະກັນສັງຄົມ # (SSN) ບໍ່ມີ SSN ວັນເດືອນປີເກີດ

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ

ເລກທີ ແລະຊື່ຖະໜົນ ຫຼື ຕັ້ງ ປ. ນ

ຈາກວັນທີ່ເກີດອາຊະຍາກຳຫາປະຈຸບັນ, **ຜູ້ຮ້ອງທຸກ**
ຖືກຂັງຄຸກ, ຢູ່ໃນໄລຍະຕ້ອງໄດ້ລາຍງານຕົວ,
ຫຼືຢູ່ໃນການປ່ອຍຕົວພາຍຫຼັງຈາກການຕົກເປັນນັກ
ໂທດບໍ່?

ຜູ້ຮ້ອງທຸກຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ລົງ
ທະບຽນເປັນຜູ້ກະທຳຜິດທາງ
ເລດບໍ່?

ທີ່ຢູ່ 2 (ເລກທີອາພາດເມັ້ນ ຫຼື ໜ່ວຍ #) ເມືອງ ລັດ Zip

ເປີໂທຕິດຕໍ່ທີ່ດີທີ່ສຸດ ເປີຕໍ່ ອີເມວ ປະເພດອີເມວ

ໝາຍຕົກໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານເປັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງທີ່ຮ້ອງຂໍໃນນາມຂອງພະຍານທີ່
ເປັນຜູ້ເຄາະຮ້າຍກັບອາຊະຍາກຳຮຸນແຮງ. ພະຍານທີ່ເປັນຜູ້ເຄາະຮ້າຍມີສິດຕໍ່ ການປັບປຸງສະ
ພາບຈິດເທົ່ານັ້ນ. ຜູ້ຮ້ອງຮຽນອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ, ພະຍານຢູ່ໃນບໍລິເວນໄກກັບອາຊະ
ຍາກຳຮຸນແຮງ, ແຕ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ເຄາະຮ້າຍຂອງອາຊະຍາກຳ ຫຼືບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍ.
ໃຫ້ບອກຂໍ້ມູນຜູ້ເຄາະຮ້າຍ, ອາຊະຍາກຳ ຫຼືອື່ນໆທີ່ມີຢູ່ໃນພາກທີ່ຍັງເຫຼືອ.

**ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ເຄາະຮ້າຍຜູ້ໃຫຍ່ ແລະຄ່າ
ໃຊ້ຈ່າຍແມ່ນສຳລັບທ່ານ, ຂ້າໄປຫາພາກທີ 4**

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ສືບຕໍ່ໄປຫາພາກທີ 2

ພາກທີ 2: ຜູ້ເຄາະຮ້າຍອາຊະຍາກຳ

ຜູ້ເຄາະຮ້າຍອາຊະຍາກຳແມ່ນຜູ້ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ, ຖືກຂົ່ມຂູ່ດ້ວຍການບາດເຈັບ, ຫຼືຖືກຂ້າເນື່ອງຈາກອາຊະຍາກຳ.

ຊື່ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ ເລກ

ເລກປະກັນສັງຄົມ # (SSN) ບໍ່ມີ SSN ວັນເດືອນປີເກີດ ຖ້າຜູ້ເຄາະຮ້າຍເສຍຊີວິດແລ້ວ, ວັນເດືອນປີເກີດ

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ

ເລກທີ ແລະຊື່ຖະໜົນ ຫຼື ຕັ້ງ ປ. ນ

ຈາກວັນທີ່ເກີດອາຊະຍາກຳຫາປະຈຸບັນ, **ຜູ້ເຄາະຮ້າຍ**
ຖືກຂັງຄຸກ, ຢູ່ໃນໄລຍະຕ້ອງໄດ້ລາຍງານຕົວ,
ຫຼືຢູ່ໃນການປ່ອຍຕົວພາຍຫຼັງຈາກການຕົກເປັນນັກ
ໂທດບໍ່?

ຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ລົງ
ທະບຽນເປັນຜູ້ກະທຳຜິດທາງ
ເລດບໍ່?

ທີ່ຢູ່ 2 (ເລກທີອາພາດເມັ້ນ ຫຼື ໜ່ວຍ #) ເມືອງ ລັດ Zip

ເປີໂທຕິດຕໍ່ທີ່ດີທີ່ສຸດ ເປີຕໍ່ ອີເມວ ປະເພດອີເມວ

**ຖ້າທ່ານກຳລັງປະກອບໃບຄ່າຮ້ອງນີ້ໃນນາມຂອງຜູ້ເຄາະຮ້າຍ ຫຼືຜູ້ໃຫຍ່ພິ ການ, ສືບຕໍ່ໄປຫາພາກທີ 3.
ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂ້າໄປຫາພາກທີ 4.**

ພາກທີ 3: ພໍ່ ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ (ຜູ້ຮ້ອງຂໍ)

ພາກນີ້ແມ່ນສໍາລັບພໍ່ ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຂອງຜູ້ເຄົາ ຫຼື ຜູ້ໃຫຍ່ພິການຢູ່ໃນພາກທີ 1.

ພາສາທີ່ເວົ້າທີ່ມັກໃຊ້

ກະລຸນາບອກຄວາມສໍາພັນຂອງທ່ານກັບຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ໃນພາກທີ 1:

ພາສາທີ່ຂຽນທີ່ມັກໃຊ້

ຊື່

ຊື່ກາງ

ນາມສະກຸນ

ວັນເດືອນປີເກີດ

ເພດ

ເລກປະກັນສັງຄົມ # (SSN)

ບໍ່ມີ SSN

ຫຍໍ້ທາງໄປສະນີ

ເລກທີ ແລະ ຊື່ຖະໜົນ ຫຼື ຕຸ້ ປ. ນ

ຈາກວັນທີ່ເກີດອາຊະຍາກຳຫາປະຈຸບັນ, ທ່ານ ຖືກຂັງຄັກ, ຢູ່ໃນໄລຍະຕ້ອງໄດ້ລາຍງານຕົວ, ຫຼື ຢູ່ໃນການປ່ອຍຕົວພາຍຫຼັງຈາກການຕົກເປັນນັກໂທດບໍ?

ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ລົງທະບຽນເປັນຜູ້ກະທຳຜິດທາງເພດບໍ?

ທີ່ຢູ່ 2 (ເລກທີອາພາດເມັນ ຫຼື ໜ່ວຍ #)

ເມືອງ

ລັດ

Zip

ເບີໂທຕິດຕໍ່ທີ່ດີທີ່ສຸດ

ເບີຕໍ່

ອີເມວ

ປະເພດອີເມວ

ສືບຕໍ່ໄປຫາພາກທີ 4.

ພາກທີ 4: ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ

ສໍາລັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍອາຊະຍາກຳ, ອາດຈະມີຜົນປະໂຫຍດຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້. ກະລຸນາໝາຍຕົກໃສ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍ. ກະລຸນາຄັດຕິດສໍາເນົາ ຫຼື ລາຍການຂອງໃບບິນກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳໃດໜຶ່ງ.

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການປັບປຸງ ແລະ/ຫຼື ການປັບປຸງແຂ້ວ

ການປັບປຸງສະພາບຈິດ

ການເສຍລາຍໄດ້ (ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ໄປເຮັດວຽກເນື່ອງມາຈາກອາຊະຍາກຳ)

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການເຄື່ອນຍ້າຍ ຫຼື ຍົກຍ້າຍ

ການເພີ່ມຄວາມປອດໄພໃນບ້ານ

ການປັບແປງບ້ານ ຫຼື ພາຫະນະ (ສໍາລັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍພິການເນື່ອງມາຈາກອາຊະຍາກຳ)

ການຝຶກອົບຮົມອາຊີບຄົນໃໝ່ (ສໍາລັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍ ພິການເນື່ອງມາຈາກອາຊະຍາກຳ)

ການທຳຄວາມສະອາດບ່ອນເກີດອາຊະຍາກຳ

ການຊຳລະເງິນໄລຍະທາງຄົນ ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການຂັບສົ່ງ

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳອື່ນໆ

ສໍາລັບບາງຄົນທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ເຄາະຮ້າຍອາຊະຍາກຳ, ອາດຈະມີຜົນປະໂຫຍດລຸ່ມນີ້ໃຫ້. ກະລຸນາໝາຍຕົກໃສ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍ. ກະລຸນາຄັດຕິດສໍາເນົາ ຫຼື ລາຍການຂອງໃບບິນກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳໃດໜຶ່ງ.

ສໍາລັບພະຍານຜູ້ເຄົາຕໍ່ ອາຊະຍາກຳຮຸນແຮງ, ຈະມີແຕ່ຜົນປະໂຫຍດທາງດ້ານສະພາບຈິດທໍານັ້ນ. ຕໍ່ ໄປຫາພາກທີ 5.

ການປັບປຸງສະພາບຈິດ

ການເສຍຄ່າແຮງງານ (ຈົນຮອດ 30 ວັນ ຖ້າຜູ້ເຄົາເສຍຊີວິດ ຫຼື ໄດ້ເຂົ້າໂຮງໝໍ)

ການເສຍການສະໜັບສະໜູນ (ສໍາລັບຜູ້ອາໄສຂອງຜູ້ເຄາະຮ້າຍເສຍຊີວິດໄປ ຫຼື ພິການ)

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການໃນງານສົບ ແລະ/ຫຼື ການສົ່ງສະການ

ການທຳຄວາມສະອາດບ່ອນເກີດອາຊະຍາກຳ

ການເພີ່ມຄວາມປອດໄພໃນບ້ານ

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການປັບປຸງສໍາລັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍທີ່ເສຍຊີວິດໄປ

ການຂ່າວງວັນຊ່ວຍເຫຼືອສຸກເສີນ

ຢູ່ໃນສະຖານະການສະເພາະອາດຈະຂ່າວງວັນຊ່ວຍເຫຼືອສຸກເສີນໄດ້. ວາງວັນຊ່ວຍເຫຼືອສຸກເສີນແມ່ນຈະມີໃຫ້ຊຳລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່າງໆກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຄວາມລໍາບາກທາງດ້ານການເງິນຮ້າຍແຮງ ຖ້າບໍ່ໄດ້ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳທັນທີໃຫ້. ຄວາມຍາກລໍາບາກຫຼາຍໜ້າຍຄວາມວ່າ ທ່ານຈະບໍ່ມີເງິນເຫຼືອໄວ້ໃຊ້ຈ່າຍໃນສິ່ງທີ່ຈຳເປັນເຊັ່ນ ອາຫານ ຫຼື ຄ່າເຊົ່າຫຼັງຈາກທ່ານຈ່າຍໃບບິນກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳແລ້ວ. ໂດຍທົ່ວໄປນັ້ນ ວາງວັນຊ່ວຍເຫຼືອສຸກເສີນທີ່ມີຕົ້ນໄຂໄດ້ຮັບແມ່ນຈະຈ່າຍໃຫ້ພາຍໃນ 30 ວັນ ທີ່ໄດ້ຮັບໃບຄຳຮ້ອງ.

ຂ້ອຍຍາກຮ້ອງຂ່າວງວັນການຊ່ວຍເຫຼືອສຸກເສີນ.

ພາກທີ 5: ຂໍ້ມູນຜູ້ເຄາະຮ້າຍ

ຊື່ອົງການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍ

ຊື່ຂອງອົງການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍ ທີ່ໄດ້ລາຍງານເລື່ອງອາຊະຍາກຳໃຫ້:

ວັນທີເກີດອາຊະຍາກຳຂຶ້ນ

ຈາກ ເຖິງ

ວັນທີລາຍງານອາຊະຍາກຳ ໝາຍເລກບົດລາຍງານອາຊະຍາກຳ ອະທິບາຍການບາດເຈັບ

ສະຖານທີ່ເກີດອາຊະຍາກຳ (ຖ້ຳຮຸ້ຈັກ)

ທີ່ຢູ່, ທາງແຄບ, ເຂດ, ອື່ນໆ

ຄົນຜູ້ທີ່ກ່າວອາຊະຍາກຳ (ຜູ້ຕ້ອງສົງໄສ), ຖ້ຳຮຸ້ຈັກ

ຊື່ ຊື່ກາງ

ບໍ່ຮູ້ຈັກຜູ້ຕ້ອງສົງໄສ

ນາມສະກຸນ

ທີ່ຢູ່ 2 (ໝາຍເລກສຸດ) ເມືອງ ລັດ Zip ຈັງຫວັດ ປະເພດຂອງອາຊະຍາກຳ

ພາກທີ 6: ຂໍ້ມູນຜູ້ຕາງໜ້າ (ຜູ້ຕາງໜ້າບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຮ້ອງຂໍການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍ.)

ພາກນີ້ສຳລັບຜູ້ຕາງໜ້າເທົ່ານັ້ນ, ລວມທັງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ ແລະທະນາຍຄວາມຂອງຜູ້ເຄາະຮ້າຍ. ຜູ້ສະໜັບສະໜູນຂອງສູນຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ເຄາະຮ້າຍຕ້ອງການ ພຽງແຕ່ເປີໂທລະສັບ, ຊື່, ໝາຍເລກສູນ #, ເຊັນຊີ ແລະລົງວັນທີໃສ່. ທະນາຍຄວາມ, ກະຊວງປະກອບໃສ່ພາກນີ້ ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.

ກະຊວງປະກອບຄວາມສຳພັນຂອງທ່ານ ຖ້າອື່ນ, ກະຊວງລະບົບ:
ກັບຄືນທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນພາກທີ 1:

ຊື່ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ ໂທລະສັບ ເບີຕ່າງ

ຊື່ອົງການ **ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ**
ເລກທີ ແລະຊື່ຖະໜົນ ຫຼືຕໍ່ ປ. ນ ທີ່ຢູ່ 2 (ໝາຍເລກອາພາດເມັນ ຫຼືຫ້ອງຊຸດ)

ສຳລັບພະນັກງານສູນຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ເຄາະຮ້າຍເທົ່ານັ້ນ

ເລກ JP/VWC ເມືອງ ລັດ Zip

ສຳລັບທະນາຍຄວາມເທົ່ານັ້ນ

ຂ້ອຍຍາກຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນອີງຕາມຂໍ້ກຳນົດ ໝາຍເລກທະນາຍຄວາມຂອງລັດ
ລັດຖະບານພາກທີ 13957.(g).
ໂທລະສັບ ອີເມວ

ຜູ້ຕາງໜ້າທຸກຄົນຕ້ອງໄດ້ລົງລາຍເຊັນ ແລະວັນທີໃສ່

ລາຍເຊັນຂອງທະນາຍຄວາມ/ຜູ້ຕາງໜ້າ ວັນທີ

ພາກທີ 7: ທ່ານພົບເຫັນກ່ຽວກັບຄະນະກຳມະການໄດ້ແນວໃດ?

ການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍ	ທະນາຍຄວາມຂອງເມືອງ	ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດ	ການບໍລິການປົກປ້ອງເດັກ
ການບໍລິການປົກປ້ອງຜູ້ໃຫຍ່	ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຈິດ	ສູນຊ່ວຍເຫຼືອພະຍານຜູ້ເຄາະຮ້າຍ	ສື່ຕ່າງໆ (TV, ວິທະຍ, ໜັງສືພິມ, ອື່ນໆ.)
ບ້ານໂຄສະນາ ຫຼືໂປສເຕີ	ບັດ ຫຼືບັ້ມນ້ອຍ	ອື່ນໆ	

ພາກທີ 8: ຂໍ້ມູນການລາຍງານຂອງລັດຖະບານກາງ

ຂໍ້ມູນສະໝັກໃຈຕໍ່ ໄປນີ້ແມ່ນສໍາລັບຄົນຜູ້ໄດ້ຮັບການຊົດເຊີຍ ແລະນໍາໃຊ້ເພື່ອ ອາດປະສົງທາງດ້ານສະຖິຕິ ເທົ່ານັ້ນ ເພື່ອປະຕິບັດຕາມລະບຽບກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຊົນເຜົ່າ	ຄົນອິນເດຍແດງອາເມລິກາ/ ຄົນພື້ນເມືອງອະຣາດສະກໍາ	ຄົນອາຊີ	ຄົນຜິວສີ/ ຄົນອາຝິກກາ ອາເມລິກາ	ຄົນສະເປນ ຫຼື ຄົນລາຕິນ	ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ ແລະ ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ	ຄົນຜິວຂາວທີ່ບໍ່ແມ່ນລາຕິນ/ ຄົນຜິວຂາວ
			ຄົນເຊື້ອຊາດອື່ນໆ	ຄົນຫາກຊາຍເຊື້ອຊາດ	ປະຕິເສດທີ່ຈະລະບຸ	ອື່ນໆ

ຜູ້ເຄາະຮ້າຍພິການບໍ່? ຜູ້ເຄາະຮ້າຍພິການກ່ອນເກີດອາຊະຍາກຳບໍ່?

ພາກທີ 9: ຂໍ້ມູນປະກັນໄພ

ກະລຸນາເຮັດລາຍການຂໍ້ມູນປະກັນໄພຂອງທ່ານໄວ້ລຸ່ມນີ້. ຄະນະກຳມະການການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍລັດຄາລິຟໍເນຍ (CalVCB) ແມ່ນຜູ້ຈ່າຍເງິນໃນຫົນທາງສຸດທ້າຍ. ພວກເຮົາອາດຈະຕິດຕໍ່ບໍລິສັດປະກັນໄພຂອງທ່ານເນື່ອງຈາກເປັນແຫຼ່ງການເບີກເງິນຄືນທີ່ເປັນໄປໄດ້.

ຂ້ອຍບໍ່ມີປະກັນໄພໃນທຸກປະເພດ.

ປະກັນໄພສຸຂະພາບ

ໝາຍເລກບັດຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medi-Cal	ວັນທີອອກໃຫຍ່			
ຊື່ບໍລິສັດປະກັນໄພສຸຂະພາບ	ໝາຍເລກສັນຍາປະກັນໄພ	ໝາຍເລກກຸ່ມ	ໂທລະສັບ	ເບີຕ່າງ

ທຶນທາງໄປສະນີ

ເລກທີ ແລະຊື່ຖະໜົນ ຫຼື ຕຸ້ ປ. ນ	ທີ່ຢູ່ 2 (ໝາຍເລກສຸດ)	ເມືອງ	ລັດ	Zip
--------------------------------	----------------------	-------	-----	-----

ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພ

ຊື່	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ	ທ່ານໄດ້ອື່ນຂໍຄ່າປະກັນໄພກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳນີ້ແລ້ວບໍ່?
-----	--------	----------	-------------------------------------------------------

ປະກັນໄພລົດ/ພາຫະນະ (ລວມມີລົດ, ລົດບັນທຸກ, ລົດຈັກ, ບ້ານເຄື່ອນທີ່ຕິດເຄື່ອງຈັກ, ເຈັດສະກີ, ຍົນ, ອື່ນໆ.)

ປະກອບໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ຖ້າອາຊະຍາກຳພົວພັນກັບພາຫະນະໃດໜຶ່ງ ໆ, ລວມທັງຄົນຢ່າງທີ່ຖືກພາຫະນະຕໍ່າເອົາ.

ຊື່ບໍລິສັດປະກັນໄພລົດ	ໝາຍເລກສັນຍາປະກັນໄພ	ໂທລະສັບ	ເບີຕ່າງ
----------------------	--------------------	---------	---------

ທຶນທາງໄປສະນີ

ເລກທີ ແລະຊື່ຖະໜົນ ຫຼື ຕຸ້ ປ. ນ	ທີ່ຢູ່ 2 (ໝາຍເລກສຸດ)	ເມືອງ	ລັດ	Zip
--------------------------------	----------------------	-------	-----	-----

ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພ

ຊື່	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ	ທ່ານໄດ້ອື່ນຂໍຄ່າປະກັນໄພກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳນີ້ແລ້ວບໍ່?
-----	--------	----------	-------------------------------------------------------

ປະກັນໄພອື່ນໆ

ກະລຸນາກວດເບິ່ງແຫຼ່ງປະກັນໄພເພີ່ມເຕີມທີ່ສາມາດນໍາໃຊ້ກັບໃບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານໄດ້.

Medi-Cal	Medicare	Workers' Comp	ອື່ນໆ
----------	----------	---------------	-------

ຖ້າທ່ານມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະກັນໄພ ຫຼື ອາຍກວ່າໜຶ່ງ ໆບໍລິສັດ, ກະລຸນາໃຊ້ເລັບແຜ່ນໃໝ່ຂຽນລາຍຊື່ລົງ ແລະສົ່ງໄປພ້ອມກັບໃບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ.

ພາກທີ 10: ຂໍ້ມູນນາຍຈ້າງ

ກະລຸນາເຮັດລາຍຊື່ນາຍຈ້າງຂອງຜູ້ເຄາະຮ້າຍ. ຖ້າທ່ານເປັນພໍ່ ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງທີ່ກຳລັງຂໍຜົນປະໂຫຍດການເສຍຄ່າຈ້າງ ເພາະວ່າຜູ້ເຄາະຮ້າຍທີ່ເປັນຜູ້ເຍົາໄດ້ເຂົ້າໂຮງໝໍ ຫຼືເສຍຊີວິດ, ໃຫ້ເຮັດບັນຊີນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ.

ຊື່ທຸລະກິດຂອງນາຍຈ້າງ	ບຸກຄົນທີ່ຈະຕິດຕໍ່ ຊື່	ນາມສະກຸນ	ໂທລະສັບ	ເບີຕໍ່	ໃຫ້ຕິດຕໍ່ ກັບນາຍຈ້າງ ໄດ້ບໍ່?

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ

ເລກທີ ແລະຊື່ຖະໜົນ ຫຼື ຕູ້ ປ. ນ ທີ່ຢູ່ 2 (ໝາຍເລກສູດ) ເມືອງ ລັດ Zip

ຜູ້ເຄາະຮ້າຍເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວບໍ່? ຜູ້ເຄາະຮ້າຍຂາດວຽກເນື່ອງຈາກການບາດເຈັບກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳກໍາ?

ອາຊະຍາກຳເກີດຂຶ້ນໃນຂະນະທີ່ຜູ້ເຄາະຮ້າຍເຮັດວຽກຢູ່ ຫຼື ຢູ່ໃນບ່ອນເຮັດວຽກບໍ່?

ຖ້າທ່ານມີນາຍຈ້າງຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງບ່ອນ, ກະລຸນາໃຊ້ເລັບແຜນໃໝ່ຂຽນລາຍຊື່ລົງ ແລະສົ່ງໄປພ້ອມກັບໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.

ພາກທີ 11: ຂໍ້ມູນການຮ້ອງຟ້ອງທາງແພ່ງ

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຍື່ນການຮ້ອງຟ້ອງທາງແພ່ງ, ຕາມກົດໝາຍແມ່ນທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ກັບ CalVCP ພາຍໃນ 30 ວັນ ນັບຈາກການຍື່ນການດຳເນີນການ.

ທ່ານໄດ້ຍື່ນ, ຫຼືທ່ານມີແຜນຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງຟ້ອງທາງແພ່ງກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳກໍາບໍ່?

ຊື່ທະນາຍຄວາມ ຊື່	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ	ໂທລະສັບ	ເບີຕໍ່

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ
ເລກທີ ແລະຊື່ຖະໜົນ ຫຼື ຕູ້ ປ. ນ ທີ່ຢູ່ 2 (ໝາຍເລກສູດ) ເມືອງ ລັດ Zip

ໃບຄຳຮ້ອງຂໍການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກຳຂອງທ່ານເກືອບຄົບຖ້ວນແລ້ວ.

- ຫຼັງຈາກປ້ອນຂໍ້ມູນທີ່ມີຢູ່ທັງໝົດແລ້ວ, ພໍ ມໃບຄຳຮ້ອງອອກ.
- ຄັດຕິດສຳເນົາເອກະສານສະໜັບສະໜູນໃບຄຳຮ້ອງຂໍການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກຳຂອງທ່ານໃສ່, ລວມທັງສຳເນົາໃບບັນທຶກວ່າຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳ, ປະກັນໄພ, ຫຼືອັນໃດກໍຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳ. ບັນທຶກເອກະສານຕົ້ນສະບັບໄວ້ເປັນບັນທຶກຂອງທ່ານ.
- ກະລຸນາອ່ານໜ້າຕໍ່ ໄປໃຫ້ລະອຽດ, ເຊັນຊີ ແລະໃສ່ວັນທີ, ແລະສົ່ງໄປໃຫ້ກັບທີ່ຢູ່ທຳອິດອກໄວ້ ຫຼືສົ່ງໄປຫາສູນຊ່ວຍເຫຼືອເພະຍານຜູ້ເຄາະຮ້າຍໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.
- CalVCB ຈະສົ່ງໜັງສືແຈ້ງບອກວ່າ ໄດ້ຮັບໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແລ້ວ. ໜັງສືແຈ້ງບອກການໄດ້ຮັບຈະມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດທີ່ຂໍຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.
- ຜູ້ຕາງໜ້າ CalVCB ອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ ເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໃຫ້ມັນມາພ້ອມກັບໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄດ້.
- ຖ້າມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ, ການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ ຫາສູນຊ່ວຍເຫຼືອເພະຍານຜູ້ເຄາະຮ້າຍໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫຼືໂທຫາ CalVCB ທີ່ບີ 1-800-777-9229.

ຕ້ອງລົງລາຍເຊັນ ແລະ ໃສ່ວັນທີຢູ່ໜ້ານີ້.

ພາກທີ 12: ການເປີດເສີຍຂໍ້ມູນ

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ; ຜູ້ສັງໃບບັນທຶກບັນເປົວ, ຜູ້ຈັດງານສັບ ຫຼື ບາຄຳຄົນຄ້າຍຄືກັນນີ້, ນາຍຈ້າງ, ຕໍາ ຫວດ ຫຼື ຮັງການລັດຖະບານອື່ນໆ, ລວມທັງກົມຍຸຕິ ທຳ, ຮັງການປະກັນສັງຄົມ, ຄະນະກຳມະການພາສາຮັວມຂອງລັດ, ແລະ ຫວ່ອຍບໍລິການຕໍ່ບໍລິສັດຮັບຜາຍໃນຂອງລັດ; ບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນໆ; ຫຼື ບາຄຳຄົນ ຫຼື ຮັງການອື່ນ ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວຂ້ອງກັບໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ລວມທັງບັນທຶກການບັນເປົວ (ລວມທັງທັບຈຳກັດແຕ່ປະຫວັດ ຫຼື ບັນທຶກທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ບົດລາຍງານການປົກສາຫາລື, ບົດລາຍງານກ່ຽວກັບພະຍາດ, ບົດສັງລວມການໃຫ້ອອກໂຮງໝໍ, ບົດລາຍງານການຜ່ານຕັດ, ບົດລາຍງານການເອກະຊົນ ແລະ ລົງສົດທະຍາ, ບົດລາຍງານຫ້ອງແລ້ວ, ບັນທຶກແຜນຜັງ, ບົດລາຍງານບັນຍາຍ, ແລະ ບັນທຶກການສັງໃບບັນເປົວ), ບັນທຶກສຸຂະພາບຈັດ, ແລະ ການຕັດສິນຄວາມເປັນນຳໃຫ້ ໃຫ້ກັບໂຄງການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍລັດຄາລິຟໍເນຍ (CalVCB) ທີ່ຜູ້ຕ້ອງຫາຂອງໂຄງການ ເພື່ອຜົນປະໂຫຍດການກຳນົດການມີສິດໃດຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ CalVCB ການອະນຸຍາດນັ້ນຢູ່ນາໃຊ້ກັບທຸກແຫຼ່ງການເອກະຊົນສຸຂະພາບອື່ນໆ, ລວມທັງທັບຈຳກັດແຕ່ຜົນປະໂຫຍດສຸຂະພາບ ຫຼື ທາງດ້ານການແພດ, ຜົນປະໂຫຍດການຫວ່າງງານ ຫຼື ຄວາມພິການ, ຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມ (ຄວາມພິການປະກັນສັງຄົມ, ລາຍຮັບປະກັນສັງຄົມ, ແລະ/ ຫຼື ການບຳນານ), ລວມທັງການສະໜັບສະໜູນບັນທຶກການບັນເປົວ ແລະ/ ຫຼື ສຸຂະພາບຈັດ, ແລະ ຜົນປະໂຫຍດນັກຮັບຕຳກຳ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເສີຍຂໍ້ມູນພາສີຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງລັດນຳ, ລວມທັງຜົນໄດ້ຮັບພາສີ ແລະ ອຸດົມສະສົມຂອງການກວດສອບລາຍໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າສະຫະທຸກອະພິ ສຸດທາງກົດໝາຍຕໍ່ ຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ກັບ CalVCB ຮຽກຮ້ອງກ່ຽວກັບຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຂອງທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີໃຫ້ສະບັບອັດສະເກີ ຫຼື ສັງຄຸນ ກອງແບບຝອມຫມີມາຍເຊັນໃຫ້ໃດເປັນສະບັບຕົ້ນ, ແລະ ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເສີຍຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸໄວ້ທັງໝົດ. ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີໃຫ້ CalVCB ຜູ້ຕ້ອງຫາຕັດຕາມການຊົດໃຊ້ຄ່າຄວາມເສຍຫາຍຈາກຜູ້ກະທຳຜິດໃດຮັບການຕັດສິນແລ້ວໃນເລື່ອງນີ້ ແລະ ອອກເງິນໃຫ້ CalVCB ຈ່າຍໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໄປແລ້ວມັນຄົນມາ ແລະ ດັງນັ້ນ ໂດຍການຍົນໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ສິດນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງ ແລະ ແຜນການຮ້ອງທຸກຕໍ່ ມາ ເພື່ອ ຕັດ ຕາມການຊົດໃຊ້ຄ່າຄວາມເສຍຫາຍຈາກຜູ້ກະທຳຜິດທີ່ຖືກຕັດສິນແລ້ວ.

ເພື່ອກວດສອບ ຫຼື ດຳເນີນການໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີໃຫ້ CalVCB ຫຼື ຜູ້ຕ້ອງຫາໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງນີ້ ແກ່ຜູ້ຕ້ອງຫາໃດໜຶ່ງ ທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ອົງການຂອງລັດຖະບານ, ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບ ທີ່ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການອື່ນໆ, ແລະ ອາດຈະຈ່າຍໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃດໜຶ່ງ ຖ້າໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດໃຫ້ມີການຊຳລະການບໍລິການແຫ່ງນີ້.

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖອນສິດການອະນຸຍາດໃນເວລາໃດກໍໄດ້. ການຖອນຄົນແມ່ນຕ້ອງໄດ້ຮັບເປັນລາຍລັດອັກສອນ. ການຖອນຄົນຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ ເມື່ອ CalVCB ໄດ້ຮັບມັນ, ແຕ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະອາດຈະຖືກຖວາງໝັດສິດໃດຮັບຜົນປະໂຫຍດ CalVCB ເມື່ອ CalVCB ໄດ້ຮັບໃບຂໍຖອນຄົນແລ້ວ. ຕັ້ງແຕ່ວິໄນໃດກໍຕາມ, ບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃດອາດຈະວາງຖອນຂໍ້ການບັນເປົວ, ການຊຳລະ, ການຈັດເຊີຍ ຫຼື ການມີສິດໃດຮັບຜົນປະໂຫຍດ ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າເຊັນການໃຫ້ສິດນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໃດຮັບສ່ວນຊຳລະການໃຫ້ສິດນີ້ສະບັບໜຶ່ງ ຍົກເວັ້ນໃນສະພາບການທີ່ຈຳກັດ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີໃຫ້ຮັບເປີດເສີຍຂໍ້ມູນທີ່ເປີດເສີຍພາຍໃຕ້ການໃຫ້ສິດນີ້ແລ້ວມັນຄົນໃໝ່ຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ແລະ ການເປີດເສີຍຄົນໃໝ່ນີ້ຈະບໍ່ມີກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ຫຼື ຂອງລັດປົກຄອງອີກ.

ລາຍເຊັນ _____ ວັນທີ _____

(ຝ່ ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕ້ອງເຊັນ ຖ້າຜູ້ເຄາະຮ້າຍເປັນຜູ້ເຄາະ ຫຼື ບັນເຊີຍ ການ).

ພາກທີ 13: ຂໍ້ຕົກລົງຂອງຂ້ອຍກັບ ຄະນະກຳມະການການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍລັດຄາລິຟໍເນຍ

ຕາມການຮຽກຮ້ອງຂອງກົດໝາຍຄາລິຟໍເນຍ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕັດ ແລະ ຈ່າຍຄົນໃຫ້ໂຄງການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍລັດຄາລິຟໍເນຍ (CalVCB) ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຜູ້ໃດໜຶ່ງ ໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຈ່າຍຄ່າໃດໜຶ່ງ ຈາກຜູ້ກະທຳຜິດ, ການຮ້ອງຟ້ອງທາງແພງ, ຫຼື ສິດສັນຍາປະກັນໄພ, ຫຼື ລັດຖະບານ ຫຼື ຫວ່ອຍບໍລິການ ຫຼື ບໍລິສັດ ຫຼື ບາຄຳຄົນ ຫຼື ຮັງການອື່ນ ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວຂ້ອງກັບໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ລວມທັງບັນທຶກການບັນເປົວ ຫຼື ບັນທຶກທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ບົດລາຍງານການປົກສາຫາລື, ບົດລາຍງານກ່ຽວກັບພະຍາດ, ບົດສັງລວມການໃຫ້ອອກໂຮງໝໍ, ບົດລາຍງານການຜ່ານຕັດ, ບົດລາຍງານການເອກະຊົນ ແລະ ລົງສົດທະຍາ, ບົດລາຍງານຫ້ອງແລ້ວ, ບັນທຶກແຜນຜັງ, ບົດລາຍງານບັນຍາຍ, ແລະ ບັນທຶກການສັງໃບບັນເປົວ), ບັນທຶກສຸຂະພາບຈັດ, ແລະ ການຕັດສິນຄວາມເປັນນຳໃຫ້ ໃຫ້ກັບໂຄງການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍລັດຄາລິຟໍເນຍ (CalVCB) ທີ່ຜູ້ຕ້ອງຫາຂອງໂຄງການ ເພື່ອຜົນປະໂຫຍດການກຳນົດການມີສິດໃດຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ CalVCB ການອະນຸຍາດນັ້ນຢູ່ນາໃຊ້ກັບທຸກແຫຼ່ງການເອກະຊົນສຸຂະພາບອື່ນໆ, ລວມທັງທັບຈຳກັດແຕ່ຜົນປະໂຫຍດສຸຂະພາບ ຫຼື ທາງດ້ານການແພດ, ຜົນປະໂຫຍດການຫວ່າງງານ ຫຼື ຄວາມພິການ, ຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມ (ຄວາມພິການປະກັນສັງຄົມ, ລາຍຮັບປະກັນສັງຄົມ, ແລະ/ ຫຼື ການບຳນານ), ລວມທັງການສະໜັບສະໜູນບັນທຶກການບັນເປົວ ແລະ/ ຫຼື ສຸຂະພາບຈັດ, ແລະ ຜົນປະໂຫຍດນັກຮັບຕຳກຳ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເສີຍຂໍ້ມູນພາສີຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງລັດນຳ, ລວມທັງຜົນໄດ້ຮັບພາສີ ແລະ ອຸດົມສະສົມຂອງການກວດສອບລາຍໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າສະຫະທຸກອະພິ ສຸດທາງກົດໝາຍຕໍ່ ຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ກັບ CalVCB ຮຽກຮ້ອງກ່ຽວກັບຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຂອງທ່ານ.

ຖ້າຈຳນວນໃດກໍຕາມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຈາກ CalVCB ເພື່ອເປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຄືອນຍ້າຍ/ຍົກຍ້າຍ ບໍ່ມີປຽບຄວາມປອດໄພຂອງບ້ານ, ຫຼື ເພື່ອການຮັບແປງເຮືອນ ຫຼື ໂພາຫະນະໃຫ້ກັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍລັດຄາລິຟໍເນຍ ຈະນຳໃຊ້ເພື່ອຈອດ ປະສົງແຫ່ງນັ້ນແທນ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກຄວາມສຸຂະພາບໃນຄອບຄົວທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກຄອບຄົວເຄືອນຍ້າຍ/ຍົກຍ້າຍ, ບໍ່ວ່າເວລາໃດກໍຕາມ ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ປອກໃຫ້ຜູ້ກະທຳຜິດທີ່ຢູ່ນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບໍລິສັດອື່ນໆ ໃຫ້ຜູ້ກະທຳຜິດເຂົ້າໄປໃນເຂດທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຂ້າພະເຈົ້າຈະຂ້າສັງສະກັດກັ້ນຜູ້ກະທຳຜິດ.

ໃນກະນົດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຊົດເຊີຍຕໍ່ການສູນເສຍກ່ຽວກັບບັນເປົວໃດໜຶ່ງ ໂດຍທາງ CalVCB ແລະ ຕໍ່ ມາລັດຄາລິຟໍເນຍ ຫຼື ຜູ້ໃດໜຶ່ງ ທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈາກຜູ້ກະທຳຜິດ (ລວມທັງຕົນ ໃດໜຶ່ງ ທີ່ໄດ້ຮັບຜ່ານຄຳສັ່ງການຊົດໃຊ້ຄວາມເສຍຫາຍ) ຫຼື ຈາກແຫຼ່ງອື່ນ, ຂ້າພະເຈົ້າມອບສິດໃດໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼີ້ງໝັດໃຫ້ກັບຄະນະກຳມະການຮຽກຮ້ອງການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍ ແລະ ຂອງລັດຖະບານຕໍ່ ກັບການຊົດເຊີຍຊ່ວຍເຫຼືອດັ່ງກ່າວ.

ຂ້າພະເຈົ້າປະກາດພາຍໃຕ້ການວົງໄທດການກຳວເທດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ ລວມທັງ ທຸກຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ແມ່ນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອອັນດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ອາດຈະມີການພົບວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີສິດໃດຮັບຜົນປະໂຫຍດ, ແລະ ອາດຈະມີການດຳເນີນມາດຕະການນັ້ນ ເພື່ອເອົາຜົນປະໂຫຍດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບໄປຄົນ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ບໍ່ຄົບຖ້ວນ ຫຼື ພາໃຫ້ເຂົ້າໃຈຜິດໃດໜຶ່ງ.

ລາຍເຊັນ _____ ວັນທີ _____

(ຝ່ ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕ້ອງເຊັນ ຖ້າຜູ້ເຄາະຮ້າຍເປັນຜູ້ເຄາະ ຫຼື ບັນເຊີຍ ການ. ພະນັກງານສັງຄົມຂອງລາວຕີ້ , ໃຫ້ເບິ່ງຂໍ້ທີ 13a.)

ຊື່ແຈ້ງ _____

ພາກທີ 13a: ສຳລັບພະນັກງານສັງຄົມຂອງລາວຕີ້ເທົ່ານັ້ນ

ຕາມການຮຽກຮ້ອງຂອງກົດໝາຍຄາລິຟໍເນຍ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕັດ ແລະ ຈ່າຍຄົນໃຫ້ໂຄງການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍລັດຄາລິຟໍເນຍ (CalVCB) ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ຮ່ວ ຜູ້ຮ້ອງທາງໄດ້ຮັບການຈ່າຍຄ່າໃດໜຶ່ງ ຈາກຜູ້ກະທຳຜິດ, ການຮ້ອງຟ້ອງທາງແພງ, ຫຼື ສິດສັນຍາປະກັນໄພ, ຫຼື ລັດຖະບານ ຫຼື ຫວ່ອຍບໍລິການ ຫຼື ບໍລິສັດ ຫຼື ບາຄຳຄົນ ຫຼື ຮັງການອື່ນ ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວຂ້ອງກັບໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ລວມທັງບັນທຶກການບັນເປົວ ຫຼື ບັນທຶກທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ບົດລາຍງານການປົກສາຫາລື, ບົດລາຍງານກ່ຽວກັບພະຍາດ, ບົດສັງລວມການໃຫ້ອອກໂຮງໝໍ, ບົດລາຍງານການຜ່ານຕັດ, ບົດລາຍງານການເອກະຊົນ ແລະ ລົງສົດທະຍາ, ບົດລາຍງານຫ້ອງແລ້ວ, ບັນທຶກແຜນຜັງ, ບົດລາຍງານບັນຍາຍ, ແລະ ບັນທຶກການສັງໃບບັນເປົວ), ບັນທຶກສຸຂະພາບຈັດ, ແລະ ການຕັດສິນຄວາມເປັນນຳໃຫ້ ໃຫ້ກັບໂຄງການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍລັດຄາລິຟໍເນຍ (CalVCB) ທີ່ຜູ້ຕ້ອງຫາຂອງໂຄງການ ເພື່ອຜົນປະໂຫຍດການກຳນົດການມີສິດໃດຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ CalVCB ການອະນຸຍາດນັ້ນຢູ່ນາໃຊ້ກັບທຸກແຫຼ່ງການເອກະຊົນສຸຂະພາບອື່ນໆ, ລວມທັງທັບຈຳກັດແຕ່ຜົນປະໂຫຍດສຸຂະພາບ ຫຼື ທາງດ້ານການແພດ, ຜົນປະໂຫຍດການຫວ່າງງານ ຫຼື ຄວາມພິການ, ຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມ (ຄວາມພິການປະກັນສັງຄົມ, ລາຍຮັບປະກັນສັງຄົມ, ແລະ/ ຫຼື ການບຳນານ), ລວມທັງການສະໜັບສະໜູນບັນທຶກການບັນເປົວ ແລະ/ ຫຼື ສຸຂະພາບຈັດ, ແລະ ຜົນປະໂຫຍດນັກຮັບຕຳກຳ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເສີຍຂໍ້ມູນພາສີຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງລັດນຳ, ລວມທັງຜົນໄດ້ຮັບພາສີ ແລະ ອຸດົມສະສົມຂອງການກວດສອບລາຍໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າສະຫະທຸກອະພິ ສຸດທາງກົດໝາຍຕໍ່ ຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ກັບ CalVCB ຮຽກຮ້ອງກ່ຽວກັບຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຂອງທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າປະກາດພາຍໃຕ້ການວົງໄທດການກຳວເທດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ ລວມທັງ ທຸກຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ແມ່ນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອອັນດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ອາດຈະມີການພົບວ່າ ຜູ້ຮ້ອງທາງບໍ່ມີສິດໃດຮັບຜົນປະໂຫຍດ, ແລະ ອາດຈະມີການດຳເນີນມາດຕະການນັ້ນ ເພື່ອເອົາຜົນປະໂຫຍດທີ່ຜູ້ຮ້ອງທາງໄດ້ຮັບໄປຄົນ ຖ້າຜູ້ຮ້ອງທາງໃຫ້ຂໍ້ມູນ ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ບໍ່ຄົບຖ້ວນ ຫຼື ພາໃຫ້ເຂົ້າໃຈຜິດໃດໜຶ່ງ.

ລາຍເຊັນ _____ ວັນທີ _____

ຊື່ແຈ້ງ _____

ສັ່ງໃບຄຳຮ້ອງທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວຫາ: California Victim Compensation Board PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036 ຫຼື ສັ່ງຫາລຸ້ນຊ່ວຍເຫຼືອ ອາຍຸພາບຜູ້ເຄາະຮ້າຍ ໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ

ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ ມເຕີ ມ ໃຫ້: 1-800-777-9229 ຜູ້ເຜີຍ ການທາງຫຼ, ກະລຸນາໂທຫາການບໍລິການເຄື່ອງຊ່ວຍ ໃຫ້ລະສັບທາງໄກ (711)

ແຈ້ງການເລື່ອງສ່ວນຕົວໃນການເກັບເອົາຂໍ້ມູນ

1. CalVCB ເກັບເອົາຂໍ້ມູນນີ້ໂດຍອີງຕາມກົດໝາຍການບົກຄອງຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ ແລະ 13952 et seq. ແລະ 13954.
2. ທຸກຂໍ້ມູນທີ່ເກັບເອົາຈາກເວັບໄຊນີ້ແມ່ນຂຶ້ນກັບກົດໝາຍການປະຕິບັດຕໍ່ຂໍ້ມູນ, ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຈຳກັດແຕ່ເທົ່ານັ້ນ. ໃຫ້ເບິ່ງເວັບໄຊທີ່ <http://victims.ca.gov/media/prs.aspx>.
3. ຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນໄດ້ເກັບເອົາ ເພື່ອຈຸດປະສົງການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊົດເຊີຍ.
4. CalVCB ອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍຄົນອື່ນ, ພຽງແຕ່ຖ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ດ້ວຍການມີເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ການດຳເນີນການນັ້ນມີຄວາມຈຳເປັນທີ່ຈະ:
 - a. ປະຕິບັດຕາມຄຳສັ່ງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ປະຕິບັດຕາມຂັ້ນຕອນດຳເນີນການທາງກົດໝາຍທີ່ສະຫງວນໄວ້ໃນ CalVCB ຫຼື ເວັບໄຊອື່ນ;
 - b. ບົກປ້ອງ ແລະ ປ້ອງກັນສິດທິ ຫຼື ຊັບສິນຂອງ CalVCB; ແລະ,
 - c. ດຳເນີນການພາຍໃຕ້ສະພາບການສຸກເສີນ ເພື່ອບົກປ້ອງຄວາມປອດໄພສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ໃຊ້ CalVCB, ຫຼື ສາທາລະນະ.
5. ແຕ່ລະບຸກຄົນແມ່ນຈະໄດ້ຮັບແຕ່ຂໍ້ມູນຕາມທີ່ຂໍເທົ່ານັ້ນ.
6. ຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ແມ່ນມີເງື່ອນໄຂບັງຄັບ.
7. ຜົນເກີດຂຶ້ນຕາມມາຂອງການບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຂໍແມ່ນສາມາດມີຜົນໃຫ້ມີການປະຕິເສດການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້.
8. ທ່ານມີສິດເຂົ້າຫາບັນທຶກຕ່າງໆທີ່ມີຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ທ່ານໃຫ້ມາໄດ້.
9. ຂໍ້ມູນທີ່ເກັບເອົາມາແມ່ນນຳໄປໃຊ້ໃນໂຄງການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ.
10. ຖ້າຫາກວ່າມີຄຳຖາມໃດໜຶ່ງ ກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທີ່ເກັບເອົານັ້ນ, ກະລຸນາຂຽນໜັງສືໄປຫາຕາມທີ່ຢູ່ຕໍ່ໄປນີ້: PO Box 48, Sacramento, CA 95812, ອີເມວ info@victims.ca.gov, (800) 777-9229, ຫຼືຕົວໂຕ ຫາຜູ້ປະສານງານຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ CalVCB ໄດ້ທີ່ InfoSecurityandPrivacy@victims.ca.gov.
11. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ກ່ຽວກັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງແຈ້ງການຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ CalVCB. ເບິ່ງທີ່ <http://victims.ca.gov/privacy.aspx>.
12. ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜູ້ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄວາມປອດໄພ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງທີ່ <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>.