Washington State Department of Social & Health Services

ESA Economic Services Administration

ແຜນການຈ່າຍເງິນແກ່ຜູ້ຮັບເງິນທີ່ຖືກຄວບຄຸມ, ການແຕ່ງຕັ້ງສຳນວນ, ແລະ ໝາຍແຈ້ງການປິດສຳນວນ

PROTECTIVE PAYEE PAYMENT PLAN, CASE ASSIGNMENT, AND CLOSURE NOTICE

1. COMMUNITY SERVICES OFFICE (CSO)	2. DATE
3. SOCIAL WORKER/CASE MANAGER'S NAME	4. TELEPHONE NUMBER
5. CLIENT'S NAME	6. AID TYPE
7. CLIENT'S ID NUMBER	8. CLIENT'S e-JAS ID NUMBER
9. CLIENT'S AU ID NUMBER	10. TELEPHONE NUMBER
11. CLIENT'S ADDRESS	

ໝວດ 1: ປະຕິບັດການຕໍ່ສຳນວນ

☐ ການແຕ່ງຕັ້ງສຳນວນ, ມື້ເລີ່ມຕົ້ນ: _____ ☐ ການປ່ຽນແປງແຜນການ ☐ ການທົບທວນ

☐ ການສິ້ນສຸດການແຕ່ງຕັ້ງສຳນວນ, ມື້ທີ່ເລີ່ມມີຜົນໃຊ້ໄດ້: _____

ໝວດ 2: ເຫດຜົນໃນການແຕ່ງຕັ້ງສຳນວນ (ໃຫ້ໝາຍເອົາຫ້ອງທີ່ເໝາະສົມ)

☐ 1. ແຜນຊ່ວຍພໍ່ແມ່ທີ່ອາຍຸລຸດກະສຽນ (ແຜນ TANF/SFA). ຕາມກົດມາດຕຣາ WAC 388-460-0040

☐ 2. ເຫດສຸກເສີນທີ່ພາໃຫ້ຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ດູແລເດັກຂອງເຂົາເຈົ້າທີ່ຢູ່ໃນຄວາມຄຸ້ມຄອງໄດ້ອີກຕໍ່ໄປ. (ຕາມກົດມາດຕຣາ WAC 388-460-0030)

☐ 3. ການຈັດການເຣື່ອງເງິນຕ່າງໆທີ່ຜິດພາດ. (ຕາມກົດມາດຕຣາ WAC 388-460-0035)

☐ 4. ອື່ນໆ (ຕາມກົດມາດຕຣາ WAC 388-460-0035-3):

ໝວດ 3: ແຜນການຈ່າຍເງິນ – ໃຫ້ຕື່ມຫ້ອງຕ່າງໆຕາມທີ່ເໝາະສົມ (ຖ້າຮູ້)

1. ຊື່ຂອງເຈົ້າຂອງບ້ານ	2. ຊື່ຂອງເຈົ້າຂອງບ້ານ ເລກໂທຣະສັບ (ພ້ອມເລກຣະຫັດທ້ອງຖິ່ນ) ( )
3. ບ່ອນຢູ່ຂອງເຈົ້າຂອງບ້ານ	4. ບ່ອນຢູ່ປະຈຸບັນຈຳນວນເງິນຄ່າເຊົ່າ/ຈ່າຍປະຈຳເດືອນ $

ບໍຣິສັດນ້ຳ/ໄຟ	ຜູ້ໃຫ້ຄວາມດູແລເດັກ
ຊື່	ຊື່
ບ່ອນຢູ່	ບ່ອນຢູ່
ເລກໂທຣະສັບ (ພ້ອມເລກຣະຫັດທ້ອງຖິ່ນ) ( )	ເລກໂທຣະສັບ (ພ້ອມເລກຣະຫັດທ້ອງຖິ່ນ) ( )
ເງິນທີ່ຈ່າຍຄ່າອື່ນໆຫລືຂໍ້ແນະນຳພິເສດຕ່າງໆ	

ໝວດ 4: ໝວດທີ່ໃຫ້ສຳຣັບຜູ້ຄວບຄຸມການຮັບຈ່າຍເງິນ

1. ຊື່ຂອງຜູ້ຄວບຄຸມການຮັບຈ່າຍເງິນ	
2. ບ່ອນຢູ່ທຸຣະກິດຂອງຜູ້ຄວບຄຸມການຮັບຈ່າຍເງິນ	3. ເງິນຈ່າຍຂອງເລກໂທຣະສັບ (ພ້ອມເລກຣະຫັດທ້ອງຖິ່ນ) ( )

ໝວດ 5: ລາຍເຊັນ

1. ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ເຮັດວຽກບໍຣິການສັງຄົມ	ວັນທີ
ຄຳເຫັນຕ່າງໆ ☐ ລູກສຳນວນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ☐ ລູກສຳນວນບໍ່ມີສຳຣັບໄວ້ໃຫ້	

COPIES TO: Social Service/WorkFirst File; Protective Payee Vendor; Client; Financial File

ແຈ້ງການແກ່ລູກສຳນວນ

ຖ້າການແຕ່ງຕັ້ງການຮັບເງິນທີ່ຄວບຄຸມຫາກມີຄວາມຈຳເປັນ, ລູກສຳນວນຈຳຕ້ອງໄດ້ຮັບໝາຍແຈ້ງພາຍໃນສິບ (10) ມື້ຂອງການປະຕິບັດການ.

ຂ່າວຂໍ້ມູນໃນການຟັງຄວາມເປັນທັມ

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມກັບການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານອາດຂໍເອົາການຟັງຄວາມເປັນທັມໄດ້. ເພື່ອຂໍເອົາການຟັງຄວາມເປັນທັມ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫລືໃຫ້ຂຽນຫາຫ້ອງການຟັງຄວາມເປັນທັມ: The Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia WA 98504-2489. ທ່ານຕ້ອງຂໍການຟັງຄວາມເປັນທັມຂອງທ່ານພາຍໃນ 90 ມື້ຂອງການໄດ້ຮັບຈົດໝາຍນີ້.

ຕອນຟັງເຣື່ອງ, ທ່ານອາດເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານເອງກໍ່ໄດ້. ທະນາຍຫລືຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານເລືອກແທນຕົວໃຫ້ທ່ານກໍ່ໄດ້. ທ່ານອາດໄດ້ຮັບການແນະນຳດ້ານກົດໝາຍຫລືການແທນຕົວໂດຍບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍເງິນກໍ່ໄດ້. ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຫລືການບໍຣິການແນະນຳດ້ານກົດໝາຍທີ່ວຣັດກໍ່ໄດ້ ໃນເລກ 1-888-201-1014 ເພື່ອຣາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມ.

ທ່ານກໍ່ຍັງອາດສາມາດຂໍໃຫ້ມີການທົບທວນສຳນວນກໍ່ໄດ້. ການເຮັດດັ່ງກ່າວນີ້ມັນກໍ່ຈະບໍ່ເຮັດໃຫ້ຊັກຊ້າຫລືແທນການຟັງຄວາມເປັນທັມແລະມັນກໍ່ອາດສາມາດແກ້ໄຂຄວາມບໍ່ລົງລອຍກັນນັ້ນໃຫ້ໄວຂຶ້ນກວ່າເກົ່າ. ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານເພື່ອຂໍໃຫ້ມີການທົບທວນສຳນວນ.

ການບໍ່ໃຈ້ແຍກແຍ່ງຊັ້ນວັນນະ

ໂຄງການຂອງພວກເຮົາແມ່ນມີໃຫ້ສຳຣັບໝົດທຸກຄົນໂດຍບໍ່ຖືຊາດຊັ້ນວັນນະ, ຜິວພັນ, ເພດ, ໄວ, ສະພາບພິການ, ສາສນາ ຫລືຄວາມເຊື່ອຖືຣັດທິການເມືອງ, ຫລືປະເທດກຳເນີດ.