

Haddii aad doonayso dacwad dhageysiga lacagta, daryeelka carruurta, ama adeegyada caafimaadka (*nidaam caafimaad oo la marayo oo gaar ah ama daawo*), adiga iyo wakiilkaagu waa inay buuxiyaan arjigan. Sidoo kale waxaad arjigan u isticmaali kartaa inaad codsato dacwad dhageysiga barnaamijka caafimaad ama gargaarka cuntada, ama waxaad samayn kartaa codsi dhanka afka ah. **Shaqaalaha DHS ama OHA ayaa kaa caawin kara inaad buuxiso arjigan.**

**Dacwoodaha ama wakiilka dacwoodaha ayaa qaybtan buuxinaya**

Dacwoodu ma Ingiriisi ayuu ku hadlaa?  
 Haa  Maya  
 Haddii ay jawaabtu "maya" tahay, luqadda uu doorbidayo dacwooduhu:

Ma rabtaa dokumentiyada dacwad dhageysiga oo qaab kale oo bedel ah?  Haa  Maya  
 Haddii ay jawaabtu "haa" tahay, fadlan si gaar ah u tilmaan qaabka kale ee bedelka ah:

Qareenka maamulka sharcigu waxaa suurta gal ah inuu dacwadaada ku qaado telefoon ahaan. Waxaa lagaa yaabaa inaad joogto xafiiska qaybta ama meel kale. Ma u baahan tahay qorshe caqli gal ah si aad uga qayb qaadato?

Haa  Maya Haddii ay jawaabtu "haa" tahay, fadlan si gaar ah u tilmaan:

Magaca dacwoodaha:	Lambarka telefoonka: - -	Lambarka telefoonka fariinta: - -	Cinwaanka email-ka ( <i>waajib maaha</i> ):
--------------------	-----------------------------	--------------------------------------	---

Cinwaanka:	Magaalada:	Gobolka:	ZIP code-ka:
------------	------------	----------	--------------

Magaca qareenka ama wakiilka	Cinwaanka email-ka ( <i>waajib maaha</i> ):	Lambarka telefoonka: - -
------------------------------	---	-----------------------------

Cinwaanka:	Magaalada:	Gobolka:	ZIP code-ka:
------------	------------	----------	--------------

Waxaan codsanayaa dacwad dhageysi sobobtoo ah kuma raacsani go'aankani

Joojinta  Yaraynta gargaaradayda  
 Diidida  Igu soo dalicida lacag bixinta dheeraadka ah  Kuwo kale: \_\_\_\_\_  
 Waan helay  Ma helin (*mid dooro*) ogaysiin qoraal ah oo diidaysa arjigayga **Taariikhda** \_\_\_\_\_  
 ama hoos u dhigaysa ama joojinaysa gargaaradayda. **Ogaysiinta:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Codsiga dhageysiga dacwadeed ee loogu talagalay:**

SNAP (*Gargaarada cuntada*)  Daryeelka carruurta  
 TANF (*Gargaarada lacageed*)  Kuwo kale: \_\_\_\_\_  
 Daryeelka muddada fog  Rabshada qoyska  Barnaamijka caafimaad  
 Gargaarada caafimaadka (*nidaam la marayo ama daawo*)

Si gaaban u sharax sobobta aanad ugu raacsanayn.

**Fadlan akhri "qaybta 3" ee ku qoran dhinaca dambe ee arjigan ee macluumaadka ku saabsan dacwad dhageysiga degdega ah.**

Calaamadee sanduuqan haddii aad buuxiso waxyaalaha looga baahan yahay dacwad dhageysiga degdega ah.

Inta aanad ka jawaabin su'aashani, fadlan akhri "qaybta 2" ee ku qoran dhinaca dambe ee arjigan. Ma doonaysaa in gargaaradaadu ay sii ahaadaan sidoodii hore (*oo aan hoos loo dhigin ama la joojin*) inta aad ka sugayso dacwad dhageysiga?

Haa  Maya (**Ogow:** Waxaa suurta gal ah in ay gargaaradaadu isbedelaan haddii ay wax kale dhacaan kuwaasi oo saamaynaya tirade gargaarada)

Waan fahamsanahay in la i waydiin doono inaan kulan aan toos ahayn la yeesho wakiil ka socda waaxda.

Saxiixa dacwoodaha ( <i>ama wakiilka dacwoodaha</i> ):	Social Security-ga dacwoodaha ama lambarka dacwada*:	Taariikhda:
x	- -	/ /

\*Waaxda Adeegyada Dadweynaha (DHS) iyo Maamulka Caafimaadka Oregon (OHA) waxaa loo oggolaaday inay codsadaan Lambarka Social Security-gaaga (SSN) sida ay dhigayaan sharciyada 42 USC 1320b-7(a) iyo (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b), iyo OAR 461-120-0210. SSN-kaaga waxaa loo isticmaali doonaa si loo helo diiwaankaaga iyo keydkaaga. Bixinta SSN-ku waa mid ikhtiyaari ah.

<b>DHS/OHA ayaa buuxinaya qaybtan</b>			
Date of notice: / /	Date received by DHS or OHA ( <i>can be oral for SNAP and medical programs</i> ): / /	Program:	Cost center/branch number:
Case number:		Worker I.D. number:	

# ສິດທິດ້ານການພິຈາລະນາຄະດີຂອງທ່ານ

ສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ ເມື່ອທ່ານບໍ່ເຫັນດີນຳການຕັດສິນນີ້:

- ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຄັດຄ້ານຄຳຕັດສິນນີ້ໂດຍຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ. ການພິຈາລະນາຄະດີແມ່ນຈັດຂຶ້ນໂດຍຫ້ອງການພິຈາລະນາຄະດີ, ຊຶ່ງເປັນອິດສະຫຼະຈາກກະຊວງ ປະຊາສົ່ງເຄາະ (Department of Human Services - DHS) ຫຼື ອົງການສຸຂະພາບຮັຖອໍຣິກອນ (Oregon Health Authority - OHA).

ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ, ທ່ານຕ້ອງຮ້ອງຂໍໃຫ້ທັນເວລາ.

- ທ່ານຍັງສາມາດເວົ້າປຶກສາກັບຜູ້ຈັດການໄດ້. ທ່ານສາມາດໂທໄປທີ່ເລກໂທຫ້ອງການທ້ອງຖິ່ນທີ່ລະບຸໄວ້ໃນເວັບໄຊ <http://www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx>. ກຳນົດວັນສຸດທ້າຍໃນການຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ (ພາກທີ 1 ຂ້າງລຸ່ມ) ບໍ່ປ່ຽນແປງ ເຖິງແມ່ນວ່າ ທ່ານໄດ້ຕິດຕໍ່ກັບຜູ້ຈັດການ ຫຼືກຳລັງພະຍາຍາມຕິດຕໍ່ຫາ ກຳຕາມ. ຖ້າຫາກ ທ່ານຍັງຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຕື່ມ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫ້ອງການປົກປ້ອງຜົນປະໂຫຍດຂອງຜູ້ວ່າການຮັຖ (Governor's Advocacy Office) ທີ່ເລກໂທ 1-800-442-5238.

---

## ພາກທີ 1 – ການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງເຮັດຫຍັງແດ່ເພື່ອໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ? ສຳລັບຜົນປະໂຫຍດດ້ານອາຫານ ແລະເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບດ້ານການປົນປົວນັ້ນ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້ໃນ ຟອມ MSC 0443, ໂດຍທາງໂທຣະສັບ, ຂຽນຈົດໝາຍ, ຫຼື ໂດຍການໄປຖາມເອົາຈາກພະນັກງານຂອງ DHS ດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ. ສຳລັບຜົນປະໂຫຍດອື່ນໆ, ທ່ານຕ້ອງປະກອບຟອມ ຄຳຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ (Administrative Hearing Request) (MSC 0443) ແລະສົ່ງກັບຄືນໃຫ້ແກ່ທາງຫ້ອງການ DHS ຫຼື OHA. ທ່ານສາມາດຮັບເອົາຟອມນີ້ໄດ້ທີ່ຫ້ອງການ DHS ຫຼື OHA ຫຼືໃນເວັບໄຊ <https://apps.state.or.us/Forms/Served/ml0443.pdf>. ຫ້ອງການປະຈຳເຂດຂອງທ່ານສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ໃນເລື່ອງການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ. ສຳລັບແຈ້ງການອື່ນໆ, ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບໃບຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີຈາກທ່ານພາຍໃນ 45 ວັນ. ທ່ານມີເວລາ 90 ວັນເພື່ອຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີສຳລັບເລື່ອງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ, ສິດທິໄດ້ຮັບດ້ານການປົນປົວ, ແລະສຳລັບການຫຼຸດ TANF ສຳລັບການບໍ່ໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມືກັບແຜນກຳລະນີຂອງທ່ານ. ສຳລັບການຖືກປະຕິເສດການໃຫ້ບໍລິການດ້ານການແພດ: ຖ້າທ່ານເປັນສະມາຊິກທີ່ເສຍຄ່າທຳນຽມບໍລິການ ທ່ານມີເວລາ 60 ວັນນັບແຕ່ວັນທີ່ຂຽນຢູ່ໃນແຈ້ງການທີ່ຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນພິຈາລະນາ; ຖ້າທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Coordinated Care Organization (ອົງການປະສານງານການດູແລ) (CCO), ເມື່ອການອຸທອນໄດ້ສຳເລັດສົມບູນຈາກ CCO ຂອງທ່ານ ທ່ານມີເວລາ 120 ວັນນັບແຕ່ວັນທີ່ຂຽນຢູ່ໃນໃບແຈ້ງການ Notice of Appeal Resolution (ຫນັງສືແຈ້ງຜົນການອຸທອນ) ໃນການທີ່ຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນພິຈາລະນາ. ໃນສະຖານະການອື່ນໆ, DHS ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍພາຍໃນ 45 ວັນນັບແຕ່ວັນທີ່ໃນແຈ້ງການ.

**ໝາຍເຫດສຳລັບບຸກຄະລາກອນທີ່ເປັນທະຫານ:** ທະຫານທີ່ກຳລັງປະຕິບັດໜ້າທີ່ຢູ່ນັ້ນມີສິດທີ່ຈະຢູ່ (ເລື່ອນອອກໄປ) ສຳລັບຂັ້ນຕອນເຫຼົ່ານີ້ ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງຮັຖບານກາງວ່າດ້ວຍ ການບັນເທົາສຳລັບພົນລະເຮືອນທີ່ເປັນທະຫານ (Servicemembers Civil Relief Act: SCRA). ສຳລັບຂໍ້ມູນຕື່ມ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ພະແນກທະນາຍຄວາມ Oregon State Bar (1-800-452-8260), ກະຊວງການທະຫານຮັຖອໍຣິກອນ Oregon Military Department (1-800-452-7500) ຫຼື ຫ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງກົດໝາຍທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດ, ເວັບໄຊ [legalassistance.law.af.mil](http://legalassistance.law.af.mil).

ໃຜແດ່ທີ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບການພິຈາລະນາຄະດີຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້? ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ ແລະ ໂຄງການດ້ານການປົນປົວຕ່າງໆ, ໃຜກໍໄດ້ສາມາດເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໄດ້. ໃນໂຄງການອື່ນໆ, ທ່ານຕ້ອງເປັນຕົວແທນໃຫ້ຕົວທ່ານເອງ ຫຼືມີທະນາຍຄວາມ ຫຼືຜູ້ຊ່ວຍທາງກົດໝາຍ (ຊຶ່ງຄວບຄຸມດູແລ ໂດຍທະນາຍຄວາມດ້ານກົດໝາຍ) ເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານ. ທ່ານສາມາດໂທຫາສາຍດ່ວນການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ (Public Benefits Hotline) (ໂຄງການຂອງການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍ ແຫ່ງຣັຖອໍຣິກອນແລະສູນກົດໝາຍຣັຖ ອໍຣິກອນ: Legal Aid Services of Oregon ແລະ Oregon Law Center) ທີ່ 1-800-520-5292 ສໍາລັບຄໍາແນະນໍາແລະການເປັນຕົວແທນທີ່ອາດເປັນໄປໄດ້.

ສິດທິດ້ານການພິຈາລະນາຄະດີອື່ນໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີຫຍັງແດ່ ? ຢູ່ທີ່ການພິຈາລະນາຄະດີ, ທ່ານສາມາດບອກໄດ້ວ່າ ເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ເຫັນດີນໍາການຕັດສິນ. ທ່ານສາມາດຫາບຸກຄົນມາໃຫ້ການເປັນພະຍານໃຫ້ທ່ານໄດ້. ກົດໝາຍກ່ຽວກັບສິດທິໃນການພິຈາລະນາຄະດີ ແລະຂັ້ນຕອນການພິຈາລະນາຄະດີ ແມ່ນ OAR 137-003-0501 ເຖິງ 0700, 410-120-1860, 410-141-0264, 461-025-0300 ເຖິງ 0375, ORS 183.411 ເຖິງ 183.470 ແລະ ORS 411.095.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຖ້າວ່າ ບໍ່ມີການພິຈາລະນາຄະດີ ? ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີໃຫ້ທັນເວລາ, ຫຼື ຖ້າວ່າ ທ່ານຖອນຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ ຫຼືວ່າບໍ່ໄປສູ່ຄະດີ, ທ່ານອາດເສັງສິດທິໃນການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້. ແຈ້ງການສະບັບນີ້ຈະແມ່ນຄໍາຕັດສິນຊື່ຂາດຂອງ DHS ຫຼື OHA (ເອີ້ນວ່າ “ຄໍາສັ່ງຊື່ຂາດໃນກໍລະນີບໍ່ມາສູ່ຄະດີ”). ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຄໍາສັ່ງຊື່ຂາດໃນກໍລະນີບໍ່ມາສູ່ຄະດີແຍກຕ່າງຫາກ. ແພ້ມຄະດີ, ພ້ອມກັບເອກະສານຕ່າງໆ ທີ່ທ່ານຍື່ນໃນຄະດີນີ້, ແມ່ນບັນທຶກ. ບັນທຶກຈະຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອສະໜັບສະໜູນການຕັດສິນຂອງ DHS ໃນກໍລະນີບໍ່ມາສູ່ຄະດີ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງອຸທອນຄໍາສັ່ງຊື່ຂາດໃນກໍລະນີບໍ່ມາສູ່ຄະດີໄດ້ ໂດຍຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກໃນສານອຸທອນແຫ່ງຣັຖອໍຣິກອນ (ORS 183.482). ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ, ການອຸທອນນີ້ຕ້ອງຍື່ນພາຍໃນ 60 ວັນ ນັບແຕ່ວັນທີໃນແຈ້ງການສະບັບນີ້ຊຶ່ງກາຍເປັນຄໍາສັ່ງຊື່ຂາດໃນກໍລະນີບໍ່ມາສູ່ຄະດີ. ຖ້າວ່າ ທ່ານຖອນຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ ຫຼືບໍ່ມາສານ, ກໍານົດວັນສຸດທ້າຍຂອງການອຸທອນແມ່ນຖືກກໍານົດໄວ້ໃນຄໍາສັ່ງຍົກຟ້ອງ.

**ພາກທີ 2 – ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດສືບຕໍ່ຮັບຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ແນວໃດ ຈົນກວ່າຈະສິ້ນສຸດຄະດີ?**

- ທ່ານສາມາດຖາມເອົາຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຄືເກົ່າໄດ້ ຈົນກວ່າຈະມີຄໍາຕັດສິນຄະດີ (“ການສືບຕໍ່ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ”). ສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານ ອາຫານ ແລະການປົນປົວ, ຈຶ່ງນໍາໃຊ້ຟອມ MSC 0443, ໂທຣະສັບ, ຊຽນຈິດໝາຍ ຫຼື ຖາມພະນັກງານ DHS ດ້ວຍຕົນເອງ. ໃນໂຄງການອື່ນໆ, ທ່ານຕ້ອງຖາມເອົາຟອມຄໍາຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີ ການພິຈາລະນາຄະດີ (MSC 0443).
- ທ່ານຕ້ອງຂໍທາງຫ້ອງການສາຂາຂອງທ່ານສໍາລັບການສືບຕໍ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ທ່ານໂດຍນັບແຕ່ “ວັນທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້” ທີ່ຢູ່ໃນແຈ້ງການ, 10 ວັນນັບແຕ່ວັນທີໃນແຈ້ງການ, ຫຼື (ສໍາລັບການປົນປົວເທົ່ານັ້ນ) 10 ວັນຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບແຈ້ງການ. ທ່ານຕ້ອງຖາມເອົາໂດຍວັນທີໃດກໍໄດ້ທີ່ຊ້າກວ່າ.
- ຖ້າວ່າ ທ່ານສືບຕໍ່ຮັບຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອ ແຕ່ແພ້ຄະດີ, ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄືນຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອ ຊຶ່ງທ່ານບໍ່ຄວນໄດ້ຮັບ
- ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ສືບຕໍ່ຮັບຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະຊະນະຄະດີ, ທາງ DHS ຫຼື OHA ຈະໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານຄວນໄດ້ຮັບ.

---

### ພາກທີ 3 – ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີແບບເລັ່ງດ່ວນໄດ້ບໍ່?

---

ທ່ານອາດມີສິດຂໍໃຫ້ມີ “ການພິຈາລະນາຄະດີແບບເລັ່ງດ່ວນ” ໄດ້ສໍາລັບສະຖານະນການ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດ ການຊ່ວຍເຫຼືອໃດໆ ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານທີ່ເລັ່ງໃຫ້ໄວຂຶ້ນ ຫຼື ໃນກໍລະນີສຸກເສີນ
- ການຈ່າຍເງິນຈາກໂຄງການ JOBS ແລະ Pre-TANF
- ສິດທີ່ໄດ້ຮັບ ແລະ ການຈ່າຍເງິນຈາກໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອຊົ່ວຄາວສໍາລັບຜູ້ລອດຊີວິດຈາກການຖືກ ຂົ່ມເຫັງໃນຄອບຄົວ (TA-DVS)
- ໃນກໍລະນີດ້ານການປົນປົງ, ທ່ານມີຄວາມຈຳເປັນທີ່ຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ຂອບເວລາທົ່ວໄປສໍາລັບຂັ້ນຕອນການອຸທອນນັ້ນອາດເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ຊີວິດຂອງທ່ານ ຫຼື ສຸຂະພາບ ຫຼື ຄວາມສາມາດໃນການບັນລຸຜົນສໍາເລັດ, ຄົງຮັກສາ, ຫຼື ພື້ນຄົນສະມັດພາບສູງສຸດ
- DHS ຫຼື OHA ປະຕິເສດຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານທີ່ຂໍສືບຕໍ່ຮັບຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອຈົນກວ່າຈະສິ້ນສຸດຄະດີ.

---

ກະຊວງປະຊາສົ່ງເຄາະ (DHS) ແລະ ອົງການສຸຂະພາບຮັຖອໍຣິກອນ (OHA) ບໍ່ຈຳແນກຕົ້ນກັບຜູ້ໃດ. ອັນນີ້ ໝາຍຄວາມວ່າ DHS/OHA ຈະຊ່ວຍທຸກຄົນທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ແລະ ຈະບໍ່ປະຕິບັດ ຕໍ່ຜູ້ໃດຢ່າງແຕກຕ່າງ ເນື່ອງຈາກ ອາຍຸ, ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ສາສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ, ຄວາມພິການ ຫຼື ຄວາມໂມ້ມອງ ທາງເພດ. ທ່ານອາດຍິນຄໍາຮ້ອງທຸກໄດ້ ຖ້າ າກ ທ່ານເຊື່ອວ່າ DHS ຫຼື OHA ປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານຢ່າງແຕກຕ່າງ ດ້ວຍເຫດຜົນໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

---