**ໂປດຊາບ:** ເອກະສານເຫຼ່ານີ້ແມ່ນສະໜອງໃຫ້ໃນຮູບແບບເວີດ (Word) ເພື່ອຄວາມສະດວກຂອງທ່ານໃນການກອກຂໍ້ມູນ ໃສ່ປ່ອງຂໍ້ມູນໄດ້ງ່າຍຂຶ້ນ, ປ່ຽນແປງການຈັດຮູບແບບເລັກນ້ອຍ (ເຊັ່ນ ການໃສ່ໂລໂກ້ຂອງບໍລິສັດ) ຫຼື ການເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍສະເພາະຂອງບໍລິສັດ. ນາຍຈ້າງມີໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການແກ້ໄຂ, ການດັດແກ້ປັບປຸງ, ການເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ການລົບຂໍ້ມູນທີ່ເຂົາເຈົ້າຕ້ອງການເຮັດໃນແບບຟອມເຫຼ່ານີ້. ພະແນກການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດ (DFML) ປະຕິເສດຄວາມຮັບຜິດຊອບໃດໆໃນການດັດແກ້ແບບຟອມເຫຼ່ານີ້ ແລະບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນໄດ້ວ່າແບບຟອມໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການດັດແກ້ຈາກຕົ້ນສະບັບແມ່ນເປັນໄປຕາມຂໍ້ກຳນົດ.

**ແຈ້ງການສຳລັບບຸຄຄົນທີ່ເປັນຜູ້ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະ**ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງທີ່ມີລູກຈ້າງຫຼາຍ*ກວ່າ 25 ຄົນ*

ສິດ ແລະ ພາລະໜ້າທີ່ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດ ຂອງລັດ Massachusetts (Massachusetts Family and Medical Leave Law, M.G.L. c. 175M)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (ຊື່ນາຍຈ້າງ) |  |
|  |  |  |
|  | (ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ) |  |
|  |  |  |
|  | (ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີຂອງນາຍຈ້າງ) |  |
|  |  |  |
|  | (ເລກປະຈຳຕົວນາຍຈ້າງທີ່ັລັດຖະບານກາງອອກໃຫ້) (FEIN) |  |

ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດຂອງລັດ Massachusetts (Massachusetts Family and Medical Leave Law, M.G.L. c. 175M) **ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ**ຈຳເປັນຕ້ອງສະໜອງໃຫ້ລູກຈ້າງຂອງຕົນແຕ່ະຄົນທີ່ເປັນບຸຄຄົນທີ່ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະຮູ້ກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນໃນແຈ້ງການສະບັບນີ້ໃນເວລາທີ່ເຮັດສັນຍາຈ້າງງານ.

**ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ**ແມ່ນບໍລິສັດ ຫຼື ທຸລະກິດການຄ້າທີ່ເຮັດສັນຍາກັບບຸກຄົນທີ່ເປັນຜູ້ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະ ໃນການໃຫ້ບໍລິການ ແລະຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານການຈ່າຍຄ່າຈ້າງໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນເຫຼ່ານັ້ນໃນແບບຟອມ IRS 1099-MISC ສຳລັບ**ບໍລິສັດທີ່ມີລູກຈ້າງປະເພດນີ້ຫຼາຍກວ່າ *50*** ເປີເຊັນ.

ບຸຄຄົນທີ່ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະແມ່ນບຸຄຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນລັດ Massachusetts ແລະເປັນເຈົ້າຂອງກິດຈະການແຕ່ພຽງຜູ້ດຽວ, ສະມາຊິກແຕ່ພຽງຜູ້ດຽວຂອງບໍລິສັດຈຳກັດ ຫຼື ຫ້າງຫຸ້ນສ່ວນປະເພດຈຳກັດຄວາມຮັບຜິດທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານກຳໄລ ຫຼືຂາດທຶນສຸດທິຈາກທຸລະກິດໄປທີ່ ພະແນກຈັດເກັບພາສີລາຍໄດ້ຂອງລັດ Massachusetts.

ອົງກອນນີ້**:**

* ແມ່ນ*ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ*ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ
* ບໍ່ແມ່ນ*ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ*ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ

ຖ້າອົງກອນນີ້ແມ່ນ***ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ***ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ ບໍລິສັດຈຳເປັນຕ້ອງນຳສົ່ງເງິນສົມທົບແທນບຸຄຄົນທີ່ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ ຄືກັນກັບວ່າເຂົາເຈົ້າເປັນລູກຈ້າງຂອງບໍລິສັດ ດັ່ງທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ດັ່ງນັ້ນ ຖ້າທຸລະກິດແມ່ນ*ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບເງິນ*ຊົດເຊີຍຄ່າຈ້າງໃນບາງກໍລະນີດັ່ງທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ ຂ້າງລຸ່ມນີ້ໃນພາກສ່ວນຫົວຂໍ້ “**ຄຳອະທິບາຍກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ**.”

ຖ້າອົງກອນນີ້ບໍ່ແມ່ນ*ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ* ທ່ານອາດຈະຍັງສາມາດເລືອກທີ່ຈະເປັນບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບ*ຄວາມຄຸ້ມຄອງ ພາຍໃຕ້*ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດ. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະເຮັດແນວນັ້ນ ກະລຸນາກວດເບິ່ງ**ແຈ້ງການກ່ຽວກັບທາງເລືອກສຳລັບບຸກຄົນທີ່ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະ**ເພື່ອຊອກຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

**ຄຳອະທິບາຍກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ**

* ທ່ານອາດຈະມີສິດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
* 12 ອາທິດໃນໜຶ່ງປີຜົນປະໂຫຍດ ໃນການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງສຳລັບການຄອດບຸດ, ການອຸປະກາລະບຸດບຸນທຳ ຫຼື ການຈັດຫາທີ່ຢູ່ອາໄສໃຫ້ລູກອຸປະຖຳ ຫຼື ຍ້ອນຄວາມຈຳເປັນເລັ່ງດ່ວນຕາມເກນກຳນົດເນື່ອງຈາກຂໍ້ເທັດຈິງທີ່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຄົນໃດໜຶ່ງຕ້ອງເຂົ້າປະຈຳການທາງທະຫານ ຫຼື ໄດ້ຮັບແຈ້ງວ່າມີການເອີ້ນຕົວໃຫ້ໄປປະຈຳການທາງທະຫານໃນກອງທັບທີ່ກຳລັງຈະເກີດຂຶ້ນ.
* 20 ອາທິດໃນໜຶ່ງປີຜົນປະໂຫຍດ ໃນການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ຖ້າເຂົາເຈົ້າມີອາການເຈັບປ່ວຍຮ້າຍແຮງຈົນເຮັດໃຫ້ເຂົາເຈົ້າບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້
* 26 ອາທິດໃນໜຶ່ງປີຜົນປະໂຫຍດ ໃນການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ເພື່ອເບິ່ງແຍງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ເປັນສະມາຊິກທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ກຳລັງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວທາງການແພດ ຫຼືທີ່ກຳລັງ ແກ້ໄຂບັນຫາທີ່ເກີດຈາກອາການເຈັບປ່ວຍຮ້າຍແຮງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປະຕິບັດໜ້າທີ່ໃນກອງທັບຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ.
  + 12 ອາທິດໃນໜຶ່ງປີຜົນປະໂຫຍດ ໃນການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ເພື່ອເບິ່ງແຍງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ມີອາການເຈັບປ່ວຍຮ້າຍແຮງ.
  + ລວມທັງໝົດ 26 ອາທິດໃນໜຶ່ງປີຜົນປະໂຫຍດ ໃນການລາຢຸດທັງດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດ.  ໜຶ່ງ “ປີຜົນປະໂຫຍດ” ແມ່ນ 12 ເດືອນກ່ອນວັນອາທິດກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເລີ່ມລາຢຸດ.
* **ຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະຈຳອາທິດ**ຈະອີງຕາມລາຍໄດ້ຂອງລູກຈ້າງ ໂດຍໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດຈຳນວນ 1,149.90 ໂດລາຕໍ່ອາທິດໃນປີ 2024.

**ເງິນສົມທົບເຂົ້າໃນກອງທຶນປະກັນການຈ້າງງານ (Employment Security Trust Fund) ຂອງພະແນກການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນ ທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດ**

ເງິນສົມທົບເຂົ້າໃນກອງທຶນປະກັນການຈ້າງງານ (Employment Security Trust Fund) ຂອງພະແນກການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນ ທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດ (DFML) ໄດ້ເລີ່ມຕົ້ນແລ້ວໃນວັນທີ 1 ເດືອນຕຸລາ ປີ 2019. ***ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ*** ແມ່ນຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງເງິນສົມທົບໃຫ້ແກ່ DFML ແທນບຸກຄົນທີ່ເປັນຜູ້ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະທັງໝົດທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ບໍລິສັດ ຖ້າຈຳນວນລູກຈ້າງທີ່ເປັນຜູ້ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະເຫຼ່ານັ້ນມີຫຼາຍກວ່າ 50 ເປີເຊັນຂອງກຳລັງແຮງງານຂອງບໍລິສັດ. ອັດຕາເງິນສົມທົບແມ່ນອາດຈະສາມາດປັບປ່ຽນໄດ້ໃນແຕ່ລະປີ ແລະມີລະບຸໄວ້ໃນແຈ້ງການກ່ຽວກັບອັດຕາທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ ທີ່ຄັດຕິດມານີ້.

**ວິທີຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ**

ບຸຄຄົນ*ທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງຕ້ອງຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍຮັບເງິນຊົດເຊີຍການ*ລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດ*ກັບພະແນກ* DFML ໂດຍໃຊ້ແບບຟອມຂອງ*ພະແນກ* DFML. ແບບຟອມແລະຄຳແນະນຳໃນການ*ຍື່ນຄຳຮ້ອງ*ແມ່ນມີຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງພະແນກ DFML ທີ່ [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

ບຸຄຄົນທີ່ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະຈຳເປັນຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້*ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ*ຮູ້ຢ່າງໜ້ອຍ 30 ວັນກ່ຽວກັບວັນທີທີ່ເຂົາເຈົ້າຄາດວ່າຈະເລີ່ມຕົ້ນລາຢຸດ, ໄລຍະເວລາທີ່ຄາດວ່າຈະລາຢຸດ ແລະວັນທີຄາດວ່າຈະກັບຄືນມາເຮັດວຽກຫຼັງຈາກລາຢຸດ. ບຸຄຄົນທີ່ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະທີ່ບໍ່ສາມາດແຈ້ງລ່ວງໜ້າ 30 ວັນຍ້ອນສະຖານະການນອກເໜືອການຄວບຄຸມຂອງຕົນ ຕ້ອງສົ່ງໜັງສືແຈ້ງທັນທີທີ່ເປັນໄປໄດ້.

**ການຍົກເວັ້ນສຳລັບແຜນປະກັນເອກະຊົນ**

*ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ*ທີ່ສະເໜີສິດປະໂຫຍດໃນການລາຢຸດທີ່ຢ່າງໜ້ອຍດີເທົ່າທຽມກັນກັບບັນດາສິດປະໂຫຍດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍກຳນົດອາດຈະສາມາດສະໝັກຂໍຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກການຈ່າຍເງິນສົມທົບເຂົ້າໃນກອງທຶນ Department of Family and Medical Leave Family and Employment Security Trust Fund. *ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ*ອາດຈະສາມາດສະໝັກຂໍຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກການຈ່າຍເງິນສົມທົບ*ການ*ລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ, ການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວ ຫຼືທັງສອງຢ່າງ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * ບໍ່ມີແຜນປະກັນເອກະຊົນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ; * ມີແຜນປະກັນເອກະຊົນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດສຳລັບ ສິດປະໂຫຍດໃນການລາຢຸດທັງດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດ; * ມີແຜນປະກັນເອກະຊົນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດສຳລັບ ສິດປະໂຫຍດໃນການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວ ເທົ່ານັ້ນ; * ມີແຜນປະກັນເອກະຊົນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດສຳລັບ ສິດປະໂຫຍດໃນການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ ເທົ່ານັ້ນ. |
|  | (ຊື່*ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ*)  (ຊື່ແຜນປະກັນເອກະຊົນ)  (ເບີໂທລະສັບແຜນປະກັນເອກະຊົນ)  (ທີ່ຢູ່ແຜນປະກັນເອກະຊົນ)  (ເວັບໄຊແຜນປະກັນເອກະຊົນ) |

*ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງຕ້ອງສະໜອງລາຍລະອຽດຂອງແຜນປະກັນເອກະຊົນໃຫ້ແກ່*ບຸຄຄົນທີ່ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະ ໃນເວລາດຽວກັນກັບທີ່ສະໜອງແຈ້ງການສະບັບນີ້.

ຂໍ້ມູນສຳລັບຕິດຕໍ່ກັບພະແນກ **Department of Family and Medical Leave**

**The Massachusetts Department of Family and Medical Leave**

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Contact Center: (833) 344-7365

ມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໄວ້ໃຫ້

ສຳລັບລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊຂອງພະແນກ DFML ໄດ້ທີ່: [**www.mass.gov/DFML**](file:///C:\Users\Opel\Downloads\www.mass.gov\DFML).

ຄຳຮັບຮອງ

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຮັບຮອງວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງແລ້ວໃນເວລາທີ່ເຊັນສັນຍາ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ລາຍເຊັນ ວັນທີ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ຊື່ **(**ຂຽນເປັນຕົວບັນຈົງ**)**

*ບໍລິສັດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ*ຈະເກັບຮັກສາຄຳຮັບຮອງທີ່ທ່ານໄດ້ລົງລາຍເຊັນເອົາໄວ້. ກະລຸນາເກັບສຳເນົາສະບັບຂອງທ່ານ ໄວ້ເອງເພື່ອໃຊ້ອ້າງອີງ.

**ອັດຕາທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້: ປິ 2024**

ສຳລັບນາຍຈ້າງທີ່ມີລູກຈ້າງ *25* ຄົນຂຶ້ນໄປ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ເງິນສົມທົບການລາຢຸດ ດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວ** | **ເງິນສົມທົບການລາຢຸດ ດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ** | **ຈຳນວນເງິນສົມທົບທັງໝົດ** |
| **.18%** | **.70%** | **.88%** |

ນາຍຈ້າງມີໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການສົ່ງເງິນສົມທົບໃຫ້ກັບກອງທຶນ DFML ແທນລູກຈ້າງທຸກຄົນ. ໃນປີ 2024 ຈຳນວນເງິນສົມທົບທັງໝົດແມ່ນ00.88% ຂອງຄ່າຈ້າງ.

ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ ນາຍຈ້າງມີໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຈ່າຍເງິນຂັ້ນຕ່ຳ 60% ຂອງເງິນສົມທົບການລາດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ (.42% ຂອງຄ່າຈ້າງ) ແຕ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ຫັກອອກຈາກຄ່າຈ້າງຂອງລູກຈ້າງໄດ້ເຖິງ 40% ຂອງເງິນສົມທົບການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ (.28% ຂອງຄ່າຈ້າງ) ແລະຫັກອອກໄດ້ເຖິງ 100% ຂອງເງິນສົມທົບການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວ (.18% ຂອງຄ່າຈ້າງ).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ** | ການຈ່າຍເງິນສົມທົບທັງໝົດຕາມຂໍ້ກຳນົດ: .70% | | | | | |
|  |  |  | ຈະສົມທົບ | **\_\_\_%** | ຂອງເງິນສົມທົບການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ |
|  | (ຊື່ນາຍຈ້າງ) | ແລະສ່ວນທີ່ເຫຼືອ | **\_\_\_%** | ຈະຖືກຫັກອອກຈາກ ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວ** | ການຈ່າຍເງິນສົມທົບທັງໝົດຕາມຂໍ້ກຳນົດ: .18% | | | | | |
|  |  |  | ຈະສົມທົບ | **\_\_\_%** | ຂອງເງິນສົມທົບການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວ |
|  | (ຊື່ນາຍຈ້າງ) | ແລະສ່ວນທີ່ເຫຼືອ | **\_\_\_%** | ຈະຖືກຫັກອອກຈາກ ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ |

ຕົວອັກສອນທຳອິດຂອງຊື່ແລະນາມສະກຸນ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_