

ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາໂຄງການປະຢັດເງິນເມດີເຊຄຣ໌

ອ່ານສິ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້ກ່ອນຂຽນປະກອບໃບຄໍາຮ້ອງຂໍ.

ຂັ້ນນໍາຮາຍໄດ້ແລະຊັບສິນຂອງທ່ານ,ໂຄງການ Medicare Savings Program (MSP) ສາມາດຈ່າຍຄ່າທໍານຽມ Medicare ຂອງທ່ານຫລື ຄ່າອື່ນໆທີ່ບໍ່ຖືກຈ່າຍໃຫ້ໂດຍ Medicare ລວມທັງເງິນຫັກອອກເງິນປະກັນພ້ອມກັນ,ແລະເງິນຈ່າຍຮ່ວມກັນ.ມັນມີຢູ່ຫ້າຫົນທາງເພື່ອຈະຢືນຄໍາຮ້ອງຂໍໃບນີ້:

- **ໄປສະນີ:**
DSHS
CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- **ເລກຊື່:** 1-888-338-7410
- **ອອນລາຍນ໌:** washingtonconnection.org
- **ໂທຣະສັບ:** 1-877-501-2233
- **ໂດຍບຸກຄົນ:** ຊອກຫາບ່ອນປະໄວ້ຢູ່ຕາມຕ້ອງການບໍລິການຊຸມຊົນທີ່ຕ້ອງຖືກຂອງທ່ານໄດ້ຢູ່ທີ່ dshs.wa.gov/office-locations

1 ຊື່ແລະຮາຍຮະອຽດການຕິດຕໍ່ຫາຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ຊື່ (ເຕັມເອງ)	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນແລະລົງທ້າຍ	
ເລກ ID ລູກຄ້າ (ຖ້າກ່ຽວນໍາ)			
ທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂລດ
ຫມາຍໃສ່ບ່ອນນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່ເປັນຕົນເປັນໂຕ			
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ(ຖ້າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂລດ
ເລກໂທຣະສັບຕົ້ນຕໍ	ເລກໂທຣະສັບສໍາລອງ		

ທ່ານຫລືຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ຈະຕ້ອງການນາຍແປພາສາຫລືຢາກໄດ້ຮັບເອກສານເປັນພາສາອື່ນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ,ພາສາຫຍັງຫລືຮູບຮ່າງແບບອື່ນໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ?ຂຽນທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນໍາ.

ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກຳເອົາສິ່ງນີ້ – ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຣະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມໃຫ້ດີຂຶ້ນຄວາມສະເໝີພາບໃນສຸຂະພາບແລະເພີ່ມການເຂົ້າຫາການປົວສຸຂະພາບສຳລັບທຸກໆຄົນ.ຮາຍຣະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານສຳລັບການຄຸ້ມຄອງການປົວສຸຂະພາບ.

ຊື່(ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) _____ ເພດຖືກແຕ່ງຕັ້ງແຕ່ກຳເນີດ _____ ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ (ເຊັ່ນວ່າ, ຜົວເມັງ, ລູກ) _____ ວັນເກີດ _____

ເລກຄວາມປອດພັຍສັງຄົມ (SSN)* _____ ທ່ານຕ້ອງການການຄຸ້ມຄອງສຳລັບຄົນນີ້ຫລືບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ສະພາບເປັນສັນຊາດຫລືບໍ່ເປັນສັນຊາດ (ຕາມທີ່ໃສ່ອັນນີ້)

ສັນຊາດ U.S. ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ຄົນອາສັຍຢູ່ຮັດວໍຊິງຕັນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ທ່ານເປັນຄົນຮິສແປນິກ, ລາຕິໂນ, ຫລືສະແປນິຊດັ້ງເດີມບໍ່? (ຕາມສະມັກໃຈ)

ຄົນຄົວບາ ຄົນເມັກຊິແກນ/ຄົນເມັກຊິແກນອະເມຣິກັນ/ ຄົນຊືກາໂນ ບໍ່ແມ່ນຄົນສະແປນິຊ/ຮິສແປນິກ
 ຄົນສະແປນິຊ/ຮິສແປນິກອື່ນ ຄົນເປີຕີໂຣກ

ຜົວພັນ(ຕາມສະມັກໃຈ-ເລືອກເອົາເຖິງຫ້າອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ)

ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນຫລືຄົນອາລາສກາດັ້ງເດີມ ຄົນຈີນ ຄົນເກົາຫລີ ຄົນໄທ
 ຄົນເອເຊັຽ ຄົນຟິລິບິນ ຄົນລາວ ຄົນວຽດນາມ
 ຄົນເອເຊັຽອິນເດັຽ ຄົນເກາະກວມ ຄົນເກາະແປຊີຟິກອື່ນໆ ຄົນຜົວຂາວ
 ຄົນຜົວຄຳຫລືຄົນຮິສແປນິກອະເມຣິກັນ ຄົນຮາວາຍ ຄົນຜົວພັນອື່ນໆ
 ຄົນຂະເມນ ຄົນຢີປຸ່ນ ຄົນຊາມວນ

ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກຳເອົາສິ່ງນີ້ – ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຣະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມໃຫ້ດີຂຶ້ນຄວາມສະເໝີພາບໃນສຸຂະພາບແລະເພີ່ມການເຂົ້າຫາການປົວສຸຂະພາບສຳລັບທຸກໆຄົນ.ຮາຍຣະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານສຳລັບການຄຸ້ມຄອງການປົວສຸຂະພາບ.

ຊື່(ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) _____ ເພດຖືກແຕ່ງຕັ້ງແຕ່ກຳເນີດ _____ ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ (ເຊັ່ນວ່າ, ຜົວເມັງ, ລູກ) _____ ວັນເກີດ _____

ເລກຄວາມປອດພັຍສັງຄົມ (SSN)* _____ ທ່ານຕ້ອງການການຄຸ້ມຄອງສຳລັບຄົນນີ້ຫລືບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ສະພາບເປັນສັນຊາດຫລືບໍ່ເປັນສັນຊາດ (ຕາມທີ່ໃສ່ອັນນີ້)

ສັນຊາດ U.S. ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ຄົນອາສັຍຢູ່ຮັດວໍຊິງຕັນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ທ່ານເປັນຄົນຮິສແປນິກ, ລາຕິໂນ, ຫລືສະແປນິຊດັ້ງເດີມບໍ່? (ຕາມສະມັກໃຈ)

ຄົນຄົວບາ ຄົນເມັກຊິແກນ/ຄົນເມັກຊິແກນອະເມຣິກັນ/ ຄົນຊືກາໂນ ບໍ່ແມ່ນຄົນສະແປນິຊ/ຮິສແປນິກ
 ຄົນສະແປນິຊ/ຮິສແປນິກອື່ນ ຄົນເປີຕີໂຣກ

ຜົວພັນ(ຕາມສະມັກໃຈ-ເລືອກເອົາເຖິງຫ້າອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ)

ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນຫລືຄົນອາລາສກາດັ່ງເດີມ	ຄົນຈີນ	ຄົນເກົາຫລີ	ຄົນໄທ
ຄົນເອເຊັຽ	ຄົນຟິລິບິນ	ຄົນລາວ	ຄົນວຽດນາມ
ຄົນເອເຊັຽອິນເດັຽ	ຄົນເກາະກວມ	ຄົນເກາະເຊຊີຟິກອື່ນໆ	ຄົນຜົວຂາວ
ຄົນຜົວດຳຫລືຄົນຜອຟຣິການອະເມຣິກັນ	ຄົນຮາວາຍ	ຄົນຜົວພັນອື່ນໆ	
ຄົນຂະເມນ	ຄົນຢີປຸ່ນ	ຄົນຊາມວນ	

ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກຳເອົາສິ່ງນີ້ – ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຣະອຽດດັ່ງນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມໃຫ້ດ້ວຍຄວາມສະເໝີພາບໃນສຸຂະພາບແລະເພີ່ມການເຂົ້າຫາການປົວສຸຂະພາບສຳລັບທຸກໆຄົນ. ຮາຍຣະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານສຳລັບການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ.

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) _____ ເພດຖືກແຕ່ງຕັ້ງແຕ່ກຳເນີດ _____ ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ (ເຊັ່ນວ່າ, ຜົວເມັງ, ລູກ) _____ ວັນເກີດ _____

ເລກຄວາມປອດພັບສັງຄົມ (SSN)* _____ ທ່ານຕ້ອງການການຄຸ້ມກັນສຳລັບຄົນນີ້ຫລືບໍ່? _____ ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____

ສະພາບເປັນສັນຊາດຫລືບໍ່ເປັນສັນຊາດ (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

ສັນຊາດ U.S. _____ ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____ ຄົນອາສີຍູຣິດວໍຊິງຕັນ _____ ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____

ທ່ານເປັນຄົນຮິສແປນິກ, ລາຕິໂນ, ຫລືສະແປນິດດັ່ງເດີມບໍ່? (ຕາມສະມັກໃຈ)

ຄົນຄົວບາ _____ ຄົນເມັກຊິເກັນ/ຄົນເມັກຊິເກນອະເມຣິກັນ/ ຄົນຊີກາໂນ _____ ບໍ່ແມ່ນຄົນສະແປນິດ/ຮິສແປນິກ _____

ຄົນສະແປນິດ/ຮິສແປນິກອື່ນ _____ ຄົນເປີຕີໂກ _____

ຜົວພັນ (ຕາມສະມັກໃຈ – ເລືອກເອົາເຖິງຫ້າອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ)

ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນຫລືຄົນອາລາສກາດັ່ງເດີມ	ຄົນຈີນ	ຄົນເກົາຫລີ	ຄົນໄທ
ຄົນເອເຊັຽ	ຄົນຟິລິບິນ	ຄົນລາວ	ຄົນວຽດນາມ
ຄົນເອເຊັຽອິນເດັຽ	ຄົນເກາະກວມ	ຄົນເກາະເຊຊີຟິກອື່ນໆ	ຄົນຜົວຂາວ
ຄົນຜົວດຳຫລືຄົນຜອຟຣິການອະເມຣິກັນ	ຄົນຮາວາຍ	ຄົນຜົວພັນອື່ນໆ	
ຄົນຂະເມນ	ຄົນຢີປຸ່ນ	ຄົນຊາມວນ	

ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກຳເອົາສິ່ງນີ້ – ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຣະອຽດດັ່ງນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມໃຫ້ດ້ວຍຄວາມສະເໝີພາບໃນສຸຂະພາບແລະເພີ່ມການເຂົ້າຫາການປົວສຸຂະພາບສຳລັບທຸກໆຄົນ. ຮາຍຣະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານສຳລັບການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ.

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) _____ ເພດຖືກແຕ່ງຕັ້ງແຕ່ກຳເນີດ _____ ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ (ເຊັ່ນວ່າ, ຜົວເມັງ, ລູກ) _____ ວັນເກີດ _____

ເລກຄວາມປອດພັບສັງຄົມ (SSN)* _____ ທ່ານຕ້ອງການການຄຸ້ມກັນສຳລັບຄົນນີ້ຫລືບໍ່? _____ ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____

ສະພາບເປັນສັນຊາດຫລືບໍ່ເປັນສັນຊາດ (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

ສັນຊາດ U.S. ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ຄົນອາສີຍູຣົດວໍຊິງຕັນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ທ່ານເປັນຄົນຮິສເປນິກ,ລາຕິໂນ,ຫລືສະເປນິຊດັ້ງເດີມບໍ່? (ຕາມສະມັກໃຈ)

ຄົນຄົວບາ ຄົນເມັກຊິແກັນ/ຄົນເມັກຊິແກນອະເມຣິກັນ/ ຄົນຊີກາໂນ ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນິຊ/ຮິສເປນິກ
ຄົນສະເປນິຊ/ຮິສເປນິກອື່ນ ຄົນເວີຕິໂກ

ຜົວຜ້າ (ຕາມສະມັກໃຈ – ເລືອກເອົາເຖິງຫ້າອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ)

ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນຫລືຄົນອາລາສກາດັ້ງເດີມ ຄົນຈີນ ຄົນເກົາຫລີ ຄົນໄທ
ຄົນເອເຊັຽ ຄົນຟິລິບິນ ຄົນລາວ ຄົນວຽດນາມ
ຄົນເອເຊັຽອິນເດັຽ ຄົນເກາະກວມ ຄົນເກາະເຊຊິຟິກອື່ນໆ ຄົນຜົວຂາວ
ຄົນຜົວດຳຫລືຄົນແອຟຣິການອະເມຣິກັນ ຄົນຮາວາຍ ຄົນຜົວຜັນອື່ນໆ
ຄົນຂະເມນ ຄົນຢີປຸ່ນ ຄົນຊາມວນ

ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກຳເອົາສິ່ງນີ້—ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມໃຫ້ດີຂຶ້ນຄວາມສະເໝີພາບໃນສຸຂະພາບແລະເພີ່ມການເຂົ້າຫາການປິ່ນປົວສຸຂະພາບສຳລັບທຸກໆຄົນ.ຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານສຳລັບການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ.

***HCA ບໍ່ແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ນຳກັບການເຂົ້າເມືອງບ່ອນໃດໜຶ່ງສຳລັບບຸກຄົນປະສົງການບັງຄັບໃຊ້ການເຂົ້າເມືອງ. ປະມັ້ນວ່າງເປົ້າຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີເລກ SSN.**

4 ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການຄຸ້ມກັນພະຍາບານ

ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ຫລື ກຳລັງໄດ້ຮັບ: **Medicare Part A**
ຫມາຍໃສ່ອັນໃດທີ່ກ່ຽວນຳ

ຕົນເອງ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ເລກ Medicare _____
ຜົວເມັ້ງ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ເລກ Medicare _____
ອື່ນໆ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ເລກ Medicare _____

ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ຫລື ກຳລັງໄດ້ຮັບ: **Medicare Part B**
ຫມາຍໃສ່ອັນໃດທີ່ກ່ຽວນຳ

ຕົນເອງ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ເລກ Medicare _____
ຜົວເມັ້ງ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ເລກ Medicare _____
ອື່ນໆ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ເລກ Medicare _____

ຮ້ອຍ/ພວກເຮົາມີການຄຸ້ມກັນພະຍາບານ ແນວອື່ນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ,ປະກັນພ້ອມໃດແລະມັນຄຸ້ມກັນແມ່ນໃດແດ່?

ຖ້າແມ່ນ,ບອກພວກເຮົາວ່າເດືອນໃດ?

5 ຮາຍໄດ້

ຂຽນຮາຍໄດ້ສໍາລັບທ່ານແລະຄູ່ຜົວເມັຽຂອງທ່ານຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ນໍາທ່ານ (ຖ້າກ່ຽວນໍາ) . ຂຽນຈໍານວນເງິນຮາຍໄດ້ກ່ອນເງິນຫັກອອກ(ເຊັ່ນວ່າພາສີ ຫລື ປະກັນພັຍ)ຈະຖືກຕັດເອົາ. ຮາຍໄດ້ລວມເອົາແຕ່ບໍ່ຈໍາກັດໄປເຖິງ:

- ເງິນເດືອນ
- ເງິນວຽກງານສ່ວນຕົວ
- ເງິນຄອມມິດເຊິນ
- ເງິນຄ່າຫ້ອງຄ່າກິນ/ເງິນເຊົ່າເຮືອນ
- ເງິນກົມທາງຮີດໄຟ
- ເງິນປະກັນພັຍສັງຄົມ
- ເງິນນັກຮົບເກົ່າ
- ເງິນລ້ຽງຄູ່ຜົວເມັຽ
- ເງິນວ່າງງານ ຫລື ເງິນທົດແທນແຮງງານ
- ຮາຍໄດ້ຂອງຊົນເຜົ່າ*
- SSI/ເງິນຊ່ວຍເຫລືອຂອງຫລວງ
- ເງິນເບັ້ຽລ້ຽງ/ເງິນເບັ້ຽບໍານານ
- ເງິນແບ່ງຜົນໄດ້ ແລະ ກໍາໄຮ
- ເງິນອື່ນໆ

*ເບິ່ງເຊັ່ຽຮາຍຮະອຽດຊ່ວຍກ່ຽວກັບຮາຍໄດ້ຂອງຊົນເຜົ່າເພື່ອຈະຮູ້ຈັກວ່າຮາຍໄດ້ຂອງຊົນເຜົ່າຂອງທ່ານຈະຖືກໄລ່ເອົາຫລືບໍ່: hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf

ຊື່	ນາຍຈ້າງ ຫລື ບ່ອນມາຂອງຮາຍໄດ້	ຈໍານວນເງິນກ່ອນເງິນຫັກອອກ	ດິນຢານໃດໄດ້ຮັບເທື່ອນຶ່ງ?

6 ການຈົດຊື່ລົງທະບຽນບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ

ກົມສະເນີການບໍຣິການດ້ານການຈົດຊື່ລົງທະບຽນບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ,ລວມທັງການຈົດຊື່ບ່ອນບັດໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

ການສະເນີການຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ການປະຕິເສດທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງການບໍຣິການ ຫລື ຈໍານວນຂອງການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານຈະຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍ ຫ້ອງການແຫ່ງນີ້. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນໍາການຂຽນປະກອບໃບຟອມຈົດຊື່ລົງທະບຽນບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ,ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ. ການຕັດສິນໃຈວ່າຈະບໍ່ເອົາ ຫລື ຮັບ ເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອແມ່ນຂອງທ່ານເອງ. ທ່ານຈະຂຽນປະກອບໃບຟອມຈົດຊື່ລົງທະບຽນບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍສ່ວນຕົວໄດ້. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງໄດ້ເອົາແຊກແຊງນໍາສິດທິຂອງ ທ່ານທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະບ່ອນບັດ, ສິດທິຂອງທ່ານໃນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວໃນການຕັດສິນໃຈທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ໃນການສະເນີການທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງ ທະບຽນເພື່ອຈະບ່ອນບັດ, ຫລື ສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະເລືອກເອົາພັກການເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫລື ຄວາມຊອບໃຈທາງດ້ານການເມືອງອື່ນໆ, ທ່ານຈະຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກໄດ້ນໍາ

Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, ອີເມລ໌ elections@sos.wa.gov, ຫລືໂທຫາ 1-800-448-4881.

ທ່ານຢາກຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ດັດແປງໃຫມ່ການຈົດຊື່ລົງທະບຽນບ່ອນບັດເລືອກ ຕັ້ງຂອງທ່ານບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຫມາຍໃສ່ຈັກບອກ,ທ່ານຈະຖືກຖືວ່າໄດ້ຕັດສິນໃຈທີ່ຈະບໍ່ຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃນເວລານີ້, ນອກຈາກວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ,ແລະບໍ່ ໄດ້ປະຕິເສດ,ການຈົດຊື່ ບ່ອນບັດໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

ນອກຈາກວ່າທ່ານໄດ້ຫມາຍໃສ່ “ບໍ່” ຂ້າງເທິງນີ້,ທ່ານຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຈົດຊື່ບ່ອນບັດໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຈົດຊື່ບ່ອນບັດໂດຍອັດຕະໂນມັດຖ້າຫາກວ່າທ່ານຈະມີອາ ຍຸຢ່າງຫນ້ອຍ 18 ປີ ກ່ອນການເລືອກຕັ້ງເທື່ອຫນ້າ,ທ່ານເປັນຄົນສັນຊາດຂອງສະຫາຣັດອະເມຣິກາ,ແລະ DSHS ມີຊື່ຂອງທ່ານ,ທີ່ຢູ່ຂອງບ່ອນອາໄສຢູ່ແລະໄປສະນີຂອງທ່ານ,ວັນເກີດ,ຫລັກຖານພິສູດ ຂອງ ຮາຍຮະອຽດການເປັນສັນຊາດ,ແລະລາຍເຊັນທີ່ຢືນຢັນຄວາມຈິງຂອງຮາຍຮະອຽດທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຄໍາຮ້ອງໃບນີ້.

ທ່ານຢາກຈະຖືກຈັດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ໝາຍໃສ່ບ່ອນທີ່ຖືກໝາຍໃສ່ວ່າ “ແມ່ນ” ຫລືບໍ່ໄດ້ໝາຍໃສ່ຈັກບອກແລະ ທ່ານສອດຄ່ອງນຳກົດກຳນົດຂອງເງື່ອນໄຂຂອງການຈັດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດໂດຍອັດຕະໂນມັດ, **DSHS** ຈະສົ່ງຮາຍຮະອຽດຂອງທ່ານໄປຫາ **Office of the Secretary of State** ແລະທ່ານຈະຖືກຈັດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດໂດຍອັດຕະໂນມັດໂລດ.

7 ອ່ານຢ່າງຮະມັດຮະວັງກ່ອນເຊັນຊື່

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ລາຍງານໂດຍທັນທີໂລດໄປຫາຫ້ອງການ ຫລື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງຫ້ອງການ, ໂດຍທາງໜັງສື, ຫລື ທາງໂທຣະສັບ, ການປ່ຽນແປງຕ່າງໆຢູ່ໃນສະພາບການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ການລາຍງານຊ້າຈະເຮັດໃຫ້ເກີດມີການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງຈຳນວນ.
- ສະພາບການຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກພິສູດເບິ່ງໂດຍຫ້ອງການ ຫລື ຫ້ອງການຂອງຮັດ ຫລື ຮັດຖະບານກາງບ່ອນອື່ນ.
- ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງສົ່ງຫລັກຖານມາໃຫ້ເມື່ອຖືກຂໍເອົາ. ຫ້ອງການ ຫລື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງຫ້ອງການຈະຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຊອກຫາເອົາຫລັກຖານ ຫລື ຕິດ ຕໍ່ຫາບຸກຄົນ ຫລື ຫ້ອງການບ່ອນອື່ນເພື່ອຈະຂໍເອົາມັນ.
- ໂດຍການຮ້ອງຂໍເອົາ ແລະ ການໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານ, ຂ້າພະເຈົ້າແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ຮັດວິຊາຄົ້ນຄ້ວາທຸກໆຢ່າງໃນການຮູ້ມອຸພະຍາບານຕ່າງໆ, ແລະ ການຈ່າຍເງິນຈາກຝ່າຍທີສາມທຸກໆຢ່າງສຳລັບການປົນປົວພະຍາບານ

ເພື່ອຈະແລກປ່ຽນຄວາມເຫັນຫລືລວມເອົາຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມ, ຄັດໃບເຊັນຊື່ເພີ່ມເຕີມມານຳ.

8 ຄຳຮ້ອງການ ແລະ ລາຍເຊັນ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈຮາຍຮະອຽດຢູ່ໃນຄຳຮ້ອງໃບນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮ້ອງວ່າ, ພາຍໃຕ້ການປັບໃໝລົງໂທດຂອງການວ່າເທັດ, ຮາຍຮະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ໃນໃບຄຳຮ້ອງໃບນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ, ແລະ ຄົບຖ້ວນອີງຕາມຄຳຮັບຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

_____	_____
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ວັນທີ
_____	_____
ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຊ່ວຍເຫລືອຜູ້ຮ້ອງຂໍ (ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ)	ວັນທີ
_____	_____
ອົງການ	ວັນທີ

HCA ແລະ DSHS ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງຮັດວິຊາຄົ້ນຄ້ວາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳທຸກໆຢ່າງ ແລະ ໄດ້ມຸ່ງຫມັ້ນຕໍ່ການເອົາໃຫ້ການເຂົ້າເຖິງທີ່ເທົ່າ ທຽມກັນ ເຖິງການບໍ່ຮືກການຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການການອ່ານວຍຄວາມສະດວກ, ຫລື ຕ້ອງການເອກສານໃນແບບຮູບຮ່າງ ຫລື ເປັນພາສາອື່ນ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-877-501-2233.