

ຈະໃຊ້ການບໍລິການ **Apple Health (Medicaid)** ແລະ ປະກັນພັຍສຸຂະພາບເອກະຊົນໄດ້ແນວໃດ ເພື່ອຈະຮັບເອົາການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ

Q: ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີປະກັນພັຍເອກະຊົນ, **Apple Health** ຍັງຈະຊ່ວຍເຫຼືອຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ບໍ່?

A: ແມ່ນແລ້ວ. ການມີ **Apple Health** ພ້ອມທັງປະກັນພັຍເອກະຊົນຂອງທ່ານຈະຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ຫຼາຍແທ້. ນາມເທົ່ານາມທີ່ທ່ານຍັງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ **Apple Health** ຢູ່, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍເງິນຈ່າຍຮ່ວມ, ເງິນຫັກອອກ ແລະ ການບໍລິການປິ່ນປົວທີ່ປະກັນພັຍຂອງທ່ານບໍ່ຄຸ້ມກັນຈ່າຍໃຫ້.

Q: ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີທັງປະກັນພັຍເອກະຊົນ ແລະ **Apple Health** ເດ ຂ້າພະເຈົ້າຈະບອກທ່ານຫມໍ ຫລື ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຄົນອື່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າວ່າຈິ່ງໃດ?

A: ມັນສໍາຄັນທີ່ທ່ານຈະໄປຫາທ່ານຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວທີ່ຈະຮັບເອົາທັງປະກັນພັຍເອກະຊົນ ແລະ ບັດບໍລິການ **Apple Health** ຂອງທ່ານ (ຍັງຖືກເອີ້ນວ່າເພີ່ມເຕີມບັດບໍລິການ **ProviderOne**) ແລະ/ຫລືບັດບໍລິການ **Apple Health** ຂອງທ່ານ.

ເມື່ອເວລາທ່ານໄປຫາທ່ານຫມໍຂອງທ່ານ ຫລື ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວພະຍາບານຄົນອື່ນ, ສະເໝີ ບັດຂອງທ່ານທຸກໆໃບ ລວມທັງບັດປະກັນພັຍສຸຂະພາບເອກະຊົນ, ບັດບໍລິການ **Apple Health** ແລະ ບັດໂຄງການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຈິດຊື່ເຂົ້ານໍາໂຄງການປິ່ນປົວທີ່ຖືກຄວບຄຸມນໍາ.

Q: ຂ້າພະເຈົ້າຄວນຈະເຮັດແນວໃດຖ້າວ່າທ່ານຫມໍ ຫລື ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຄົນອື່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າບອກວ່າເຂົາເຈົ້າບໍ່ເອົາປະກັນພັຍເອກະຊົນ ຫລື ບັດບໍລິການ?

A: ທ່ານຄວນຈະຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວທີ່ຮັບເອົາທັງ **Apple Health** ແລະ ປະກັນພັຍເອກະຊົນຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ໂທຫາບໍລິສັດປະກັນພັຍຂອງທ່ານເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຢູ່ໃນເຂດຂອງທ່ານ.

- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຫມໍຂອງທ່ານບໍ່ຮັບເອົາ **Apple Health** (ລວມທັງໂຄງການປິ່ນປົວທີ່ຖືກຄວບຄຸມນໍາທີ່ມີສັນຍານໍາ **Apple Health**), ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ຊອກຫາທ່ານຫມໍທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານຮັບຜິດຊອບສໍາລັບເງິນຈ່າຍຮ່ວມ ຫລື ເງິນຫັກອອກຕ່າງໆ.
- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຫມໍຂອງທ່ານຮັບເອົາ **Apple Health**, ແຕ່ບໍ່ແມ່ນພາກສ່ວນຂອງໂຄງການປິ່ນປົວທີ່ຖືກຄວບຄຸມນໍາທີ່ທ່ານໄດ້ຈິດຊື່ເຂົ້ານໍາ:
 - ທ່ານຫມໍສາມາດເລືອກທີ່ຈະສົ່ງໃບບິນເກັບເງິນນໍາໂຄງການປິ່ນປົວທີ່ຖືກຄວບຄຸມນໍາ,
 - ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ຊອກເອົາທ່ານຫມໍຄົນຕ່າງ; ຫລື
 - ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ປ່ຽນໂຄງການປິ່ນປົວທີ່ຖືກຄວບຄຸມນໍາຂອງທ່ານໄປສູ່ໂຄງການທີ່ທ່ານຫມໍຂອງທ່ານຮັບເອົາ.

Q: ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນຖ້າຫາກວ່າປະກັນພັຍເອກະຊົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວ?

A: ທ່ານຫມໍຂອງທ່ານຈະສົ່ງໃບບິນໄປເກັບເອົາເງິນນໍາປະກັນພັຍເອກະຊົນຂອງທ່ານກ່ອນຫມູ່. ຖ້າຫາກວ່າການປິ່ນປົວບໍ່ໄດ້ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍປະກັນພັຍຂອງທ່ານແຕ່ວ່າຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍ **Apple Health**, ເຂົາເຈົ້າຈະສົ່ງໃບບິນໄປເກັບເອົາເງິນນໍາ **Apple Health** ຫລືໂຄງການປິ່ນປົວທີ່ຖືກຄວບຄຸມນໍາ. ເພື່ອຈະໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າມັນບໍ່ມີບັນຫາ, ໃຫ້ຖືເອົາບັດບໍລິການ **Apple Health** ຂອງທ່ານ ແລະ ບັດໂຄງການສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄປນໍາທ່ານເລື້ອຍໆ.

Q: ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງໄດ້ເຮັດຫຍັງແດ່ເພື່ອຈະໃຫ້ທ່ານຈ່າຍຄ່າທໍານຽມປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ?

A: ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຈະຕ້ອງການຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຈໍານວນເງິນຄ່າທໍານຽມ, ເມື່ອໃດຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍ ແລະ ທ່ານ ຫລື ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານຈ່າຍຄ່າທໍານຽມ ຫລື ບໍ່. ເມື່ອໃດພວກເຮົາມີຮາຍຮະອຽດເຫຼົ່ານີ້ແລ້ວ ພວກເຮົາຈະບອກທ່ານວ່າພວກເຮົາສາມາດຈ່າຍຄ່າທໍານຽມຂອງທ່ານໄດ້ ຫລື ບໍ່.

Q: ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຂໍໃຫ້ຈ່າຍຈໍານວນເງິນແຕກຕ່າງຮະຫວ່າງຈໍານວນທີ່ **Apple Health** ຈ່າຍໃຫ້ ແລະ ຈໍານວນທີ່ທ່ານຫມໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າສົ່ງໃບບິນໄປເກັບເງິນນໍາບໍ່?

A: ບໍ່ແມ່ນ. ເມື່ອທ່ານຫມໍ ຫລື ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຄົນອື່ນເຮັດວຽກນໍາ **Apple Health**, ເຂົາເຈົ້າຈະຕົກລົງເຫັນພ້ອມທີ່ຈະຮັບເອົາຈໍານວນທີ່ **Apple Health** ຈ່າຍໃຫ້ ແລະ ບໍ່ສົ່ງໃບບິນໄປເກັບເອົາເງິນນໍາທ່ານສໍາລັບຈໍານວນແຕກຕ່າງກັນຈັກຢ່າງ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນ, ຈິ່ງໂທຫາພວກເຮົາໂດຍທັນທີໂລດ. ທ່ານບໍ່ສາມາດຖືກສົ່ງໃບບິນໄປເກັບເອົາເງິນນໍາສໍາລັບການປິ່ນປົວທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍ **Apple Health**.

Q: ຖ້າຫາກວ່າປະກັນພັຍເອກະຊົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າສິ້ນສຸດລົງ ຫລື ປ່ຽນແປງເດ?

A: ມັນສໍາຄັນທີ່ທ່ານຈະໄປຫາໂຄງການປິ່ນປົວທີ່ຖືກຄວບຄຸມນໍາຂອງທ່ານ ແລະ ລາຍງານການປ່ຽນແປງຕ່າງໆໃນການຄຸ້ມກັນປະກັນພັຍເອກະຊົນຂອງທ່ານ. ເຂົາເຈົ້າຈະຕິດຕໍ່ແປງເອກະສານຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານຈະດໍາເນີນໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວພະຍາບານຕໍ່ໄປໂດຍຜ່ານ **Apple Health** ນາມເທົ່ານາມທີ່ທ່ານຍັງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຢູ່.

Q: ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີປະກັນພັຍການປິ່ນປົວຮະຍະຍາວ (**LTC**) ເດ, **Apple Health** ຍັງຈະຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ບໍ່?

A: ແມ່ນແລ້ວ. **Apple Health** ສາມາດຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າ **LTC** ຂອງທ່ານເມື່ອເວລາທ່ານຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານເອງ, ສະຖານທີ່ອາໄສຢູ່ທີ່ຖືກຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຮືອນຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່, ຫລື ສະຖານທີ່ເຮືອນຜູ້ຖືກຖ້າຫາກວ່າປະກັນພັຍ **LTC** ຂອງທ່ານຈະບໍ່ຈ່າຍສໍາລັບຄ່າປິ່ນປົວທັງຫມົດ. ຖ້າຫາກວ່າປະກັນພັຍຈ່າຍເງິນໃຫ້ທ່ານໂດຍກົງໂລດ ທ່ານຕ້ອງສົ່ງເຊັກເງິນປະກັນພັຍໄປຫາສະຖານທີ່ບ່ອນທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວ.

Q: ເປັນຫຍັງຂ້າພະເຈົ້າຈຶ່ງຄວນຈະຮັກສາປະກັນພັຍ **LTC** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອົາໄວ້ ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ **Apple Health**?

A: ມັນບໍ່ມີການຮັບປະກັນວ່າທ່ານຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ **Apple Health** ສະເໝີໄປ. ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບບ່ອນມາຂອງຮາຍໄດ້ ຫລື ຮັບສິນເພີ່ມເຕີມຊຶ່ງສາມາດເຮັດໃຫ້ເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານຖືກຕັດ ຫລືວ່າ ສະພາອາດຈະລຸດງົບປະມານເງິນທຶນລົງສໍາລັບບາງໂຄງການ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຍົກເລີກປະກັນພັຍ **LTC** ຂອງທ່ານ ທ່ານອາດຈະບໍ່ສາມາດເອົາມັນຄືນມາໄດ້. ສະຖິດການປະກັນພັຍ **LTC** ຍັງຈະລຸດຄວາມຮັບຜິດຊອບຕ່າງໆໃສ່ຮັບສິນບັດຂອງທ່ານລົງ ເມື່ອເວລາທ່ານເສັຽຊີວິດໄປແລ້ວ.

Q: ເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຕ້ອງການເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ?

A: ກົດໝາຍຂອງຮັດຖະບານກາງເວົ້າວ່າທຸກໆຄົນທີ່ຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອເມດິເຄດ໌ຕ້ອງເອົາເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມໃຫ້ (42 USC 132b-7(a), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, ແລະ 42 CFR 457.340(b)). ກົດຮະບຽບເຫຼົ່ານີ້ຊ່ວຍພວກເຮົາໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອໃນຈຳນວນຖືກຕ້ອງໃຫ້ທ່ານ ແລະ ເພື່ອຈະກອບກູ້ເອົາເງິນຄືນຖ້າວ່າພວກເຮົາໄດ້ຈ່າຍການຊ່ວຍເຫຼືອເກີນ.

Q: ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີຄຳຖາມແນວອື່ນອີກເດ?

A: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບເອກຊົນຂອງທ່ານ, ຈົ່ງໂທຫາໂຄງການຂອງທ່ານໂດຍກົງໂລດ. ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການໃຊ້ບັດບໍລິການຂອງທ່ານນຳປະກັນພ້ອມເອກຊົນຂອງທ່ານ, ຈົ່ງໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເລກໂທຂ້າງລຸ່ມນີ້.

**ເລກໂທຟຣີ ຂອງຜະແນກປະສານງານຂອງສະວັດດີການ 1-800-562-3022 ວັນຈັນ-
ວັນສຸກ: 7:00 a.m. ຫາ 5:00 p.m**

ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການຄຸ້ມກັນພະຍາບານ				
ລາຍລະອຽດສໍາຄັນ: ຈຸດປະສົງຂອງຟອມໃບນີ້ແມ່ນເພື່ອຈະຊອກຮູ້ເບິ່ງວ່າທ່ານມີປະກັນພ້ອມໂດຍ ຫລື ບໍ່. ທ່ານສາມາດມີປະກັນພ້ອມໂດຍ ຫລື ບໍ່ ຍັງຈະຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍ Apple Health (Medicaid) ໄດ້ອີກຄັ້ງ. ເມື່ອເວລາທ່ານຂຽນປະກອບຟອມໃບນີ້ແລ້ວ, ກະຮຸນາສົ່ງໃບຟອມຄືນມາຫາໃສ່ໃນຊ່ອງເປົ້າທີ່ຖືກຄັດມານຳໄປທີ່ Health Care Authority, PO Box 45565, Olympia, WA 98504-5565 . ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄໍາຖາມຜົນໃດກ່ຽວກັບຟອມໃບນີ້, ກະຮຸນາໂທຫາເລກ 1-800-562-3022				
ຊື່ຂອງຜູ້ຮັບ	ວັນທີ	ເລກໂທຣະສັບ	ວັນເກີດ	ACES ລູກຄ້າ ID#
A. ທ່ານມີການຄຸ້ມກັນປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບ (ລວມທັງສະວັດດີການທະຫານ) ບໍ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ				
B. ທ່ານມີການຄຸ້ມກັນປະກັນພ້ອມຜະວັດບໍ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ				
C. ທ່ານເຄີຍມີການຄຸ້ມກັນປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບ ຫລື ຜະວັດໃນ 12 ເດືອນຜ່ານມາບໍ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ				
D. ທ່ານມີປະກັນພ້ອມການປິ່ນປົວຣະຍະຍາວ (LTC) ບໍ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ? ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາຊັບອກວ່າການຄຸ້ມກັນຜົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານມີຢູ່: ☐ ເຮືອນເບິ່ງແຍງຜູ້ເຖົ້າ ☐ ບ່ອນຊ່ວຍນຳການດຳລົງຊີວິດ ☐ ເຮືອນຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ ☐ ການເບິ່ງແຍງຜູ້ຊຸມຢູ່ໃນເຮືອນ ☐ ອື່ນໆ: _____				
ຖ້າວ່າທ່ານຫມາຍໃສ່ວ່າ ມີ ຕໍ່ຜົນໃດໜຶ່ງຂ້າງເທິງນີ້, ກະຮຸນາຂຽນຕໍ່ລົງໃບນີ້ສໍາລັບນະໂຍບາຍປະກັນພ້ອມແຕ່ລະຢ່າງ (ກະຮຸນາໃຊ້ຫນ້າເຈ້ຍຕື່ມຖ້າຕ້ອງການ):				
1. ຊະນິດນະໂຍບາຍ: ☐ ພະຍາບານ ☐ ຜະວັດ ☐ ການປິ່ນປົວຣະຍະຍາວ		ຂຽນຊື່ຜູ້ທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍນະໂຍບາຍອັນນີ້ (ໃຊ້ເຈ້ຍຕື່ມເຕີມຖ້າຕ້ອງການ)		
		ເລກ	ວັນ	ວັນເກີດ
ຊື່ຂອງບໍລິສັດປະກັນພ້ອມ	ເລກໂທຣະສັບ	1.		
ທີ່ຢູ່ (ຕາມທີ່ຖືກຂຽນຢູ່ໃນບັດຂອງທ່ານ)		2.		
ເລກນະໂຍບາຍ	ວັນທີທີ່ນະໂຍບາຍເລີ່ມຕົ້ນ	ວັນທີທີ່ນະໂຍບາຍຈົບລົງ	3.	
ຊື່ຂອງຜູ້ຈອງເປັນສະມາຊິກ	ວັນເກີດຜູ້ຈອງເປັນສະມາຊິກ	ເລກ SSN ຂອງຜູ້ຈອງ	4.	
ນາຍຈ້າງ	ຊື່ຂອງຢູນຮຸນ ຫລື ເລກຂອງຫ້ອງຖິ້ນ, ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ		5.	
2. ຊະນິດນະໂຍບາຍ: ☐ ພະຍາບານ ☐ ຜະວັດ ☐ ການປິ່ນປົວຣະຍະຍາວ		ຂຽນຊື່ຜູ້ທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍນະໂຍບາຍອັນນີ້ (ໃຊ້ເຈ້ຍຕື່ມເຕີມຖ້າຕ້ອງການ)		
		ເລກ	ວັນ	ວັນເກີດ
ຊື່ຂອງບໍລິສັດປະກັນພ້ອມ	ເລກໂທຣະສັບ	1.		
ທີ່ຢູ່ (ຕາມທີ່ຖືກຂຽນຢູ່ໃນບັດຂອງທ່ານ)		2.		
ເລກນະໂຍບາຍ	ວັນທີທີ່ນະໂຍບາຍເລີ່ມຕົ້ນ	ວັນທີທີ່ນະໂຍບາຍຈົບລົງ	3.	
ຊື່ຂອງຜູ້ຈອງເປັນສະມາຊິກ	ວັນເກີດຜູ້ຈອງເປັນສະມາຊິກ	ເລກ SSN ຂອງຜູ້ຈອງ	4.	
ນາຍຈ້າງ	ຊື່ຂອງຢູນຮຸນ ຫລື ເລກຂອງຫ້ອງຖິ້ນ, ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ		5.	
3. ຊະນິດນະໂຍບາຍ: ☐ ພະຍາບານ ☐ ຜະວັດ ☐ ການປິ່ນປົວຣະຍະຍາວ		ຂຽນຊື່ຜູ້ທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍນະໂຍບາຍອັນນີ້ (ໃຊ້ເຈ້ຍຕື່ມເຕີມຖ້າຕ້ອງການ)		
		ເລກ	ວັນ	ວັນເກີດ
ຊື່ຂອງບໍລິສັດປະກັນພ້ອມ	ເລກໂທຣະສັບ	1.		
ທີ່ຢູ່ (ຕາມທີ່ຖືກຂຽນຢູ່ໃນບັດຂອງທ່ານ)		2.		
ເລກນະໂຍບາຍ	ວັນທີທີ່ນະໂຍບາຍເລີ່ມຕົ້ນ	ວັນທີທີ່ນະໂຍບາຍຈົບລົງ	3.	
ຊື່ຂອງຜູ້ຈອງເປັນສະມາຊິກ	ວັນເກີດຜູ້ຈອງເປັນສະມາຊິກ	ເລກ SSN ຂອງຜູ້ຈອງ	4.	
ນາຍຈ້າງ	ຊື່ຂອງຢູນຮຸນ ຫລື ເລກຂອງຫ້ອງຖິ້ນ, ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ			

ໂຄງການຈ່າຍເງິນຄ່າທຳນຽມ		
ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ Apple Health , ມີປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບເອກຊົນ ແລະ ຢາກໄດ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳຄ່າທຳນຽມປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ກະຊວງໂທຫາ ເລກ 1-800-562-3022 x15473 ຫລື ຂຽນປະກອນໃບຟອມ, “ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາໂຄງການຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ HCA ” (HCA 13-705) ເພື່ອຈະເບິ່ງວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ຫລື ບໍ່. ທ່ານສາມາດຊອກເຫັນໃບຟອມໄດ້ທາງອອນລາຍນີ້ທີ່ http://www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/13-705.pdf		
ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບອຸປະຕິເຫດຫລືການບາດເຈັບ		
ທ່ານ ຫລື ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ ເລີຍມີອຸປະຕິເຫດທີ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວພະຍາບານພາຍໃນ 3 ປີຜ່ານມາບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		ວັນທີຂອງອຸປະຕິເຫດ
ອຸປະຕິເຫດໄດ້ເກີດຂຶ້ນຍ້ອນ: ☐ ຣິດຍິນ ☐ ໃນວຽກງານ (L&I) ☐ ການປະຕິບັດງານພິດພາດ ☐ ການບາດເຈັບສ່ວນຕົວຢູ່ບ່ອນກິຈການຄ້າ ຫລື ເຮືອນຂອງຄົນອື່ນ ☐ ຜະລິດທະພັນບໍ່ທຳງານ ☐ ກິຈກຳພິດກິດອາດຍາ ☐ ອື່ນໆ: _____		
ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຫມາຍໃສ່ຣິດຍິນ, ກະຊວງຂຽນປະກອບສ່ວນທີ່ເຫລືອຂອງພາກສ່ວນນີ້		
ສະຖານທີ່ຂອງອຸປະຕິເຫດ (ຖະນົນ/ທາງສີເຜຍກ, ເມືອງ, ຄາວຕີ, ແລະ ຣັດ)		
ມີບໍລິສັດປະກັນພ້ອມກ່ຽວຂ້ອງນຳບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		
ຊື່ຂອງຄົນຜູ້ທີ່ຖືກຮັບປະກັນ		
ຊື່ຂອງບໍລິສັດປະກັນພ້ອມ	ທີ່ຢູ່ຂອງບໍລິສັດປະກັນພ້ອມ	
ເລກທວງຮຽກຮ້ອງ	ເລກນະໂຍບາຍ	
ຊື່ຂອງຜູ້ຕີຣາຄາຄວາມເສັຽຫາຍ	ເລກໂທຣະສັບຂອງຜູ້ຕີຣາຄາຄວາມເສັຽຫາຍ	
ຊື່ຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບບາດເຈັບໃນອຸປະຕິເຫດ (ໃຊ້ເຈ້ງເພີ່ມເຕີມຖ້າຕ້ອງການ)	ການບາດເຈັບ	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
ມີທະນາຍຄວາມກ່ຽວພັນນຳບໍ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ		
ຊື່ຂອງທະນາຍຄວາມ	ເລກໂທຣະສັບຂອງທະນາຍຄວາມ	ທີ່ຢູ່ຂອງທະນາຍຄວາມ
ຂ້າພະເຈົ້າ ມາໃນທີ່ນີ້ ອະນຸຍາດການເປີດເຜີຍໃນຮາຍຮະອຽດຕ່າງໆທີ່ຈຳເປັນ ກ່ຽວກັບການຄຸ້ມກັນຂອງນະໂຍບາຍປະກັນພ້ອມທຸກໆຢ່າງ ຊຶ່ງຂ້າພະເຈົ້າເປັນ ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ຫລື ບຸກຄົນທີ່ຮັບເອົາການຄຸ້ມກັນ, ໃຫ້ແກ່ Health Care Authority ສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງການປະສານງານໃນການຊ່ວຍເຫລືອສຸຂະ ພາບ/ພະຍາບານ. (WAC 182-503-0540)		
ລາຍເຊັນ	ວັນທີ	