

ຄຳຮ້ອງຂໍສຳລັບການຄຸ້ມກັນການປົນປົງສຸຂະພາບ (ແລະ ເພື່ອຈະຮູ້ຈັກວ່າທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳໃຊ້ຈ່າຍ ຫລື ບໍ່)

ໃຊ້ຄຳຮ້ອງໃບນີ້ເພື່ອຈະເບິ່ງວ່າການຄຸ້ມກັນການປົນປົງສຸຂະພາບແນວໃດແດ່ທີ່ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ:

- ການຄຸ້ມກັນການປົນປົງສຸຂະພາບຟຣີ ຫລື ຮາຄາຕຳຈາກໂຄງການ Washington Apple Health (Medicaid), ລວມທັງໂຄງການ Apple Health for Kids ຜ່ວມທັງຄ່າທຳນຽມຍັງເປັນທີ່ຮູ້ຈັກກັນອີກວ່າແມ່ນ Children's Health Insurance Program (CHIP)
- ເງິນແທກຄ່າເສດຖິກທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານຈ່າຍເງິນຄ່າທຳນຽມຂອງການປົນປົງສຸຂະພາບຂອງທ່ານສຳລັບໂຄງການ Qualified Health Plan
- ໂຄງການເອກຊົນເຕັມຄ່າ Qualified Health Plan ແລະ Qualified Dental Plan

ຂໍເອົາໄດ້ໃນກວ່າທາງອອນລາຍນ໌

- ຂໍເອົາໄດ້ໃນກວ່າທາງອອນລາຍນ໌ໄດ້ທີ່ **wahealthplanfinder.org**

ຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງການເພື່ອຈະຂໍເອົາສຳລັບທ່ານເອງແລະຄົນອື່ນ:

- ເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ (SSN): ສຳລັບສະມາຊິກທຸກໆຄົນຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ມີເລກ SSN (ບໍ່ແມ່ນວ່າທຸກໆໂຄງການຈະບິ່ງໃຫ້ທ່ານທີ່ຈະມີເລກ SSN)
- ວັນເກີດສຳລັບສະມາຊິກຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານແຕ່ລະຄົນ
- ຫນັງສືຜ່ານແຜນຂອງຄົນຕ່າງດ້າວ, ເລກ "A", ຫລືເລກການເຂົ້າເມືອງອື່ນໆສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ເປັນຄົນເຂົ້າເມືອງມາຕັ້ງຖິ່ນຖານແລະເປັນທີ່ຕ້ອງການຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົນປົງສຸຂະພາບ
- ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຮາຍໄດ້ສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ທຸກໆຄົນ ແລະ ເດັກນ້ອຍຕ່າງກວ່າກະສຽນທຸກໆຄົນທີ່ມີຮາຍໄດ້ພຽງພໍທີ່ຍັງໃຫ້ເອົາເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຍິນໃບພາສີຮາຍໄດ້ສິ່ງຄືນ
- ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບປະກັນພັຍສຸຂະພາບທີ່ມີໃວ້ໃຫ້ແກ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານ

ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງຂໍເອົາຮາຍຮະອຽດຫລາຍແທ້?

ພວກເຮົາຕ້ອງການຮາຍຮະອຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້ເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງວ່າການຄຸ້ມກັນການປົນປົງສຸຂະພາບແນວໃດແດ່ທີ່ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ. ພວກເຮົາຈະເກັບຮັກສາຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ໄວ້ເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວຕາມທີ່ຖືກບິ່ງໄວ້ໃດຍກົດໝາຍ

ສິ່ງໃບຄຳຮ້ອງທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວ ແລະ ເຊັນຊີໃສ່ແລ້ວຂອງທ່ານໄປທີ່:

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, Washington, 98507
ຫລືແຟກຊ 1-855-867-4467

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີຮາຍຮະອຽດທຸກໆຢ່າງທີ່ພວກເຮົາຖາມເອົາ, ທ່ານສາມາດເລີ່ມຕົ້ນຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໂດຍການຂຽນຊື່ຂອງທ່ານໃສ່, ວັນເກີດ, ທີ່ຢູ່, ແລະ ລາຍເຊັນ ແລະ ສິ່ງມາຕາມທີ່ຢູ່ອ້າງເທິງນີ້.

ຂໍເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳໃບຄຳຮ້ອງໃບນີ້:

- ທາງອອນລາຍນ໌: **wahealthplanfinder.org**
- ໂທຮະສັບ: ໂທຫາ Customer Support Center ໄດ້ທີ່ 1-855-WAFINDER (855-923-4633) ຫລື 1-855-627-9604 (TTY)
- ໂດຍຕົນເອງ: ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳໃບຄຳຮ້ອງໃນການຊອກຫາຜູ້ນຳທາງ ຫລື ນາຍຫນ້າໂດຍຜ່ານສາຍຕໍ່ຜູ້ມອຸລຸກຄ້າໄດ້ທີ່ **wahealthplanfinder.org**.
- ພາສາ ຫລື ຄວາມເສັຽອົງຄະ: ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຟຣີໃນພາສາຂອງທ່ານ (ລວມທັງນາຍແປພາສາຫລືການແປເອກສານຕີພິມ) ຫລື ການອຳນວຍຄວາມສະດວກ ດ້ານຄວາມເສັຽອົງຄະ, ຈົ່ງໂທຫາ 1-855-WAFINDER (855-923-4633) or 1-855-627-9604 (TTY)

ການຕີຄວາມຫມາຍ

ເງິນຄ່າທຳນຽມ: ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍແຕ່ລະເດືອນສຳລັບແຜນການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຖ້າມີທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າທຳນຽມຂອງທ່ານເພື່ອຈະຮັກສາການຄຸ້ມກັນໄວ້, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການປົວສຸຂະພາບແນວໃດກໍຕາມ.

ເງິນແທກຊໍເຄຣດິດສຳລັບເງິນຄ່າທຳນຽມປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບ: ເງິນແທກຊໍເຄຣດິດຖືກໃຊ້ເພື່ອຈະລຸດຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານລົງ.

Washington Healthplanfinder: ຕະລາດທາງອອນລາຍນ໌ສຳລັບບຸກຄົນ, ແລະ ຄອບຄົວ ໃນຮັດວິຊາທີ່ເພື່ອຈະປຽບທຽບ ແລະຈັດຊື້ເຂົ້າໃນການຄຸ້ມກັນປະກັນພ້ອມ ແລະ ມີການເຂົ້າເຖິງເງິນແທກຊໍເຄຣດິດ, ການຮ່ວມຈ່າຍຮາຄາລຸດຜ່ອນ, ແລະ ໂຄງການຂອງຫລວງເຊັ່ນວ່າ Washington Apple Health.

Qualified Health Plan: ການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບອອກຊົນຜ່ານໂຄງການ Washington Healthplanfinder.

ການຄຸ້ມກັນຈຳເປັນຕ່ຳສຸດ: ອັນນີ້ແມ່ນຂະນິດຂອງການຄຸ້ມກັນທີ່ບຸກຄົນໃດບຸກຄົນໜຶ່ງຈະຕ້ອງການທີ່ຈະມີເພື່ອຈະສອດຄ່ອງກັບກົດກຳນົດຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນບຸກຄົນພາຍໃຕ້ກົດຫມາຍ Affordable Care Act. ອັນນີ້ລວມເອົານະໂຍາຍຕາມປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນແລະຄອບຄົວ, ການຄຸ້ມກັນອົງຕາມວຽກງານ, Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP), TRICARE ແລະ ການຄຸ້ມກັນອື່ນໆທີ່ຄຸ້ມກັນສະວັດດີການສຸຂະພາບສຳຄັນ 10 ຢ່າງ.

ສະວັດດີການສຸຂະພາບສຳຄັນ: ຊຸດການບໍລິການປົວສຸຂະພາບ 10 ຢ່າງທີ່ທຸກໆໂຄງການຕ້ອງຄຸມກັນ, ເຊັ່ນວ່າການປ້ຽມຢາມທ່ານຫມໍ, ການນອນໂຮງພະຍາບານ, ແລະຢາສັ່ງຊື້ຈາກທ່ານຫມໍ. ສະວັດດີການບາງຢ່າງແມ່ນຟຣີ, ແລະບາງຢ່າງອາດຈະມີເງິນຈ່າຍຮ່ວມແລະປະກັນພ້ອມຮ່ວມ.

Washington Apple Health: ໂຄງການປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບຂອງຫລວງສຳລັບຄົນອາໄສຢູ່ໃນຮັດວິຊາທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ. Washington Apple Health ເປັນຊື່ທີ່ຖືກໃຊ້ຢູ່ໃນຮັດວິຊາສຳລັບMedicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP), ແລະ ໂຄງການປົວສຸຂະພາບທີ່ຖືກອອກທຶນໃຫ້ໂດຍຮັດເທົ່ານັ້ນ.

ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ

ທ່ານສາມາດຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້ຢູ່ອ້າງລຸ່ມນີ້ອອກຈາກຮາຍໄດ້ທັງໝົດຂອງທ່ານເພື່ອຈະໄດ້ຈຳນວນສຳລັບຍອດຮາຍໄດ້ຂອງວຽກງານສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ເພື່ອຮາຍອະນຸຍາດເພີ່ມເຕີມ, ຈົ່ງເບິ່ງ “Instructions for Schedule C ຫລື Schedule F” ໄດ້ທີ່ www.irs.gov.

ຕົວຢ່າງບາງອັນຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້ແມ່ນ

- ຮາຍຈ່າຍສຳລັບຮົດ ແລະ ຮົດທຳຮັກ
- ຄ່າຄອມມິສເຊິນ, ຄ່າທຳນຽມ, ແລະ ສັນຍາແຮງງານ
- ການເຮັດໃຫ້ລຸດຮາຄາລົງ
- ການຕົກຮາຄາ
- ໂຄງການສະວັດດີການຂອງພະນັກງານ, ເງິນເບັ້ງລ້ຽງ, ແລະ ໂຄງການແບ່ງສ່ວນກຳໄລນຳກັນ
- ປະກັນພ້ອມ (ຍົກເວັ້ນສຸຂະພາບ) ແລະ ດອກເບັ້ງຂອງຄ່າງວດເຮືອນ
- ການບໍລິການທາງດ້ານກົດຫມາຍ ແລະ ດ້ານວິຊາການ
- ຮາຍຈ່າຍສຳລັບຫ້ອງການ, ຄ່າເຊົ່າ, ແລະ ຄ່າເຊົ່າຮະຍະຍາວ
- ປະກັນພ້ອມສຳລັບທີ່ດິນເຮືອນຊານ, ຄວາມຮັບຜິດຊອບ, ຫລື ການຢຸດສະງັກຂອງກິຈການຄ້າ
- ດູບປະກອນ, ການສ້ອມແປງ, ແລະ ການບິວຮະບັດຮັກສາ
- ການທ່ອງທ່ຽວ, ອາຫານ, ແລະ ການບັນເທີງ
- ຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟ, ພາສີ, ແລະ ໃບອະນຸຍາດ
- ຄ່າເງິນຄ່າແຮງງານ

ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ

ໃນເອກະສານສະບັບນີ້:

- **ພາກ 1** ໂຄງການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບທັງໝົດ
- **ພາກ 2** Washington Apple Health ເທົ່ານັ້ນ
- **ພາກ 3** ແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນສົມບັດຄົບເທົ່ານັ້ນ
- **ພາກ 4** ຍືນຄ່າຮ້ອງທຸກ

1. ໂຄງການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບທັງໝົດ

ສິດຂອງທ່ານ

Washington Health Benefit Exchange ແລະ ອົງການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບຕ້ອງ:

ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານອ່ານ ແລະ ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍ. Washington Health Benefit Exchange (HBE) ດູແລກຳກັບ Washington Healthplanfinder ເຊິ່ງເປັນບ່ອນທີ່ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍ ແລະ ຈັດການການຄຸ້ມຄອງທາງສຸຂະພາບ ແລະ ທັນຕະກຳຂອງທ່ານ. ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ສູນຊ່ວຍເຫຼືອລູກຄ້າ Washington Healthplanfinder ທີ່ 1-855-923-4633. ຖ້າທ່ານເປັນບຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸ, ມີພາວະຕາບອດ ຫຼື ພິການ ຫຼື ຕ້ອງການການບໍລິການ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອໄລຍະຍາວ (LTSS), ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ ພະແນກບໍລິການສັງຄົມ ແລະ ສຸຂະພາບ (DSHS) ທີ່ 1-877-501-2233.

ສະໜອງການບໍລິການລ່າມແປພາສາ ຫຼື ນາຍແປພາສາ ໂດຍທີ່ທ່ານບໍ່ເສຍຄ່າ ແລະ ໂດຍບໍ່ຊັກຊ້າເມື່ອສື່ສານກັບ HBE, ອົງການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ (HCA) ຫຼື DSHS. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍລ່າມແປພາສາ ໃນເວລາທີ່ທ່ານຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ.

ຮັກສາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໃຫ້ເປັນສ່ວນຕົວ ແຕ່ພວກເຮົາອາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນບາງຢ່າງກັບໜ່ວຍງານອື່ນໆ ຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການກວດສອບ ເງື່ອນໄຂສິດ ແລະ ການລົງທະບຽນ. ອ່ານ ນະໂຍບາຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ຂອງ HBE wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html.

ໃຫ້ທ່ານມີໂອກາດອຸທອນ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນໂດຍ HBE ຫຼື DSHS ທີ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ເງື່ອນໄຂສິດຂອງທ່ານ ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ, LTSS, ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ເຄຣດິດອາກອນເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເບ້ຍປະກັນ ຫຼື ສ່ວນຫຼຸດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມ. ໂດຍການຂໍອຸທອນ, ກໍລະນີຂອງທ່ານຈະຖືກກວດສອບ. ທ່ານສາມາດຊອກຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂະບວນການອຸທອນຂອງ HBE ໂດຍເຂົ້າເບິ່ງ wahbexchange.org/contact-us/appeals ຫຼື ຕິດຕໍ່ສູນຊ່ວຍເຫຼືອລູກຄ້າ Washington Healthplanfinder ທີ່ 1-855-923-4633. ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການອຸທອນສຳລັບໂຄງການ DSHS, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ DSHS ທີ່ 1-877-501-2233 ຫຼື ເຂົ້າຮັບບໍລິການຢູ່ສຳນັກງານບໍລິການເຮືອນ ແລະ ຊຸມຊົນໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະຖືກນັດໝາຍສຳລັບການໄຕ່ສວນຄຸ້ມຄອງ ຖ້າການອຸທອນແມ່ນສຳລັບຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ Washington Apple Health (Medicaid).

ປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານຢ່າງເປັນທຳ. ການເລືອກປະຕິບັດແມ່ນຂັດກັບກົດໝາຍ. HBE ແລະ HCA ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ມີຜົນນຳໃຊ້ຕໍ່ສິດພົນລະເມືອງ ແລະ ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ ບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ. HBE ແລະ HCA ບໍ່ກົດກັນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ປະຊາຊົນຢ່າງແຕກຕ່າງ ຍ້ອນເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ.

HBE ແລະ HCA ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍທີ່ມີຜົນນຳໃຊ້ຂອງລັດ ແລະ ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ ບົນພື້ນຖານຂອງນິກາຍ, ລັກສະນະທາງເພດ, ການສະແດງອອກທາງເພດ ຫຼື ຕົວຕົນ, ລົດນິຍົມທາງເພດ, ສະຖານະການແຕ່ງດອງ, ສາດສະໜາ, ສະຖານະນັກຮົບເກົ່າ ຫຼື ທະຫານທີ່ຖືກປົດປະຈຳການຢ່າງມີກຽດ ຫຼື ການໃຊ້ໝາກນຳທາງທີ່ຜ່ານການຝຶກຝົນ ຫຼື ສັດບໍລິການ ໂດຍບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມພິການ.

HBE ແລະ HCA:

- ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ ແກ່ຄົນພິການ ເພື່ອວ່າເຂົາເຈົ້າຈະສາມາດສື່ສານຢ່າງມີປະສິດທິພາບກັບພວກເຮົາ ເຊັ່ນ:
 - ລ່າມແປພາສາທີ່ມີຄຸນສົມບັດຄົບ
 - ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນໆ (ແບບພິມໃຫຍ່, ສຽງ, ຮູບແບບອີເລັກໂຕຣນິກທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ)
- ສະໜອງການບໍລິການດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າແກ່ຄົນທີ່ບໍ່ໄດ້ປາກເວົ້າພາສາອັງກິດເປັນພາສາຫຼັກ, ເຊັ່ນ:
 - ລ່າມແປພາສາທີ່ມີຄຸນສົມບັດຄົບ
 - ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນພາສາອື່ນ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ 1-855-923-4633.

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ HBE ຫຼື HCA ບໍ່ສາມາດໃຫ້ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ເລືອກປະຕິບັດດ້ວຍວິທີອື່ນ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບ:

- Washington Health Benefit Exchange
Legal Department**
**ATTN: Legal Division Equal Access/Equal
Opportunity Coordinator**
 PO Box 1757
 Olympia, WA 98507-1757
 1-855-859-2512
 ແຟັກ: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org
- Health Care Authority Division of
Legal Services**
**ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)**
 PO Box 42704
 Olympia, WA 98501-2704
 1-855-682-0787
 ແຟັກ: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ທາງໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ອີເມວ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ, ພະແນກກົດໝາຍຂອງ Washington Health Benefit Exchange ຫຼື ຂະແໜງບໍລິການທາງກົດໝາຍຂອງ HCA ແມ່ນພ້ອມໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ທ່ານ.

ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບສິດພົນລະເມືອງກັບ ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ ມະນຸດ ຂອງ ສະຫະລັດ, ສໍານັກງານເພື່ອສິດພົນລະເມືອງ, ທາງໄປສະນີ, ອີເມວ, ໂທລະສັບ ຫຼື ອອນລາຍທີ່:

U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201
 ໂທລະສັບ: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
 ອີເມວ: **ocrmail@hhs.gov**
 ອອນລາຍ: **ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງທຸກແມ່ນມີໃຫ້ທີ່: hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf

ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ

ທ່ານຕ້ອງສະໜອງໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (SSN) ຫຼື ໝາຍເລກເອກະສານກວດຄົນເຂົ້າເມືອງ ຖ້າທ່ານມີໝາຍເລກ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີ SSN ຫຼື ເອກະສານກວດຄົນເຂົ້າເມືອງ, ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ ແຕ່ອາດບໍ່ມີສິດສໍາລັບທຸກໂຄງການທີ່ມີການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ. ພວກເຮົາໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ ເພື່ອກວດເບິ່ງເງື່ອນໄຂສິດຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການ ໂດຍຢືນຢັນຕົວຕົນ, ຄວາມເປັນພົນລະເມືອງ, ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງ, ວັນເດືອນປີເກີດ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ພ້ອມມີໃຫ້. ພວກເຮົາຈະບໍ່ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນີ້ກັບໜ່ວຍງານກວດຄົນເຂົ້າເມືອງ. SSN ແມ່ນຈໍາເປັນສໍາລັບເຄຣດິດອາກອນ ແລະ ໂຄງການບາງຢ່າງ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ສະໜອງ SSN ຫຼື ໝາຍເລກເອກະສານກວດຄົນເຂົ້າເມືອງສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ ຫຼື ຄົນອື່ນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາອາດຈໍາເປັນຕ້ອງຕິດຕາມກັບທ່ານເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ສະໜອງຂໍ້ມູນ ຫຼື ຫຼັກຖານທີ່ຈໍາເປັນ ເພື່ອຕັດສິນວ່າທ່ານມີສິດ ຫຼື ບໍ່ ຖ້າຮ້ອງຂໍໂດຍໜ່ວຍງານ.

ສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນຮູ້

ມີກົດໝາຍບາງສະບັບຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງທີ່ຄຸ້ມຄອງການດໍາເນີນງານຂອງ Washington Healthplanfinder ແລະ ລະບົບການສະໝັກທີ່ດູແລກໍາກັບໂດຍລັດ, ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ ໃນຖານະຄົນທີ່ໃຊ້ລະບົບ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກການໃຊ້ລະບົບ. ໂດຍການໃຊ້ລະບົບເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີທີ່ຈະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍທີ່ມີຜົນນໍາໃຊ້ກັບຄົນທີ່ໃຊ້ລະບົບ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບເປັນຜົນຕາມມາ.

ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງແຫ່ງຊາດ ສະບັບປີ 1973 ກໍານົດໃຫ້ທຸກລັດມີການຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ ຜ່ານສໍານັກງານການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະຂອງເຂົາເຈົ້າ. ການສະໝັກຂໍລົງທະບຽນ ຫຼື ການປະຕິເສດລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ ແມ່ນຈະບໍ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ເງື່ອນໄຂສິດຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດທີ່ສະໜອງໃຫ້ຜ່ານໜ່ວຍງານຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານສາມາດລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງທີ່ **vote.wa.gov** ຫຼື ສົ່ງແບບຟອມລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ ໂດຍໂທຫາ 1-800-448-4881.

ຂໍ້ຈໍາກັດໃນ**ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການເຄື່ອນຍ້າຍ ແລະ ການຮັບຜິດຊອບຂໍ້ມູນປະກັນສຸຂະພາບ (HIPAA)** ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ HBE, HCA ແລະ DSHS ສົນທະນາກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທາງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານກັບຄົນອື່ນ, ລວມເຖິງຕົວແທນທີ່ມີອໍານາດ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າບຸກຄົນນັ້ນມີໜັງສືສອບອໍານາດ ຫຼື ທ່ານໄດ້ເຊັນແບບຟອມຍິນຍອມທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້. ສິ່ງນີ້ລວມເຖິງການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງສຸຂະພາບຈິດ, HIV, AIDS, STD ຜົນກວດ ຫຼື ການປິ່ນປົວ ແລະ ການບໍລິການທີ່ຕ້ອງອາໄສສານເຄມີ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບ ນະໂຍບາຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ HBE, ໃຫ້ເຂົ້າເບິ່ງ **wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html**

ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການດູແລສຸຂະພາບໃນລາຄາທີ່ຈັບຕ້ອງໄດ້ ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ HBE, HCA ແລະ DSHS ສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນຂອງບຸກຄົນ (PII) ກ່ຽວກັບທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແກ່ຄົວອື່ນທີ່ບໍ່ມີອໍານາດຮັບ ແລະ ບໍ່ມີການຍິນຍອມຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ແກ່ HBE, HCA ແລະ DSHS ແມ່ນຕ້ອງຖືກຢືນຢັນຄວາມຖືກຕ້ອງໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດ ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການຕັດສິນເງື່ອນໄຂສິດຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ. ການຢືນຢັນຄວາມຖືກຕ້ອງສາມາດລວມເຖິງການກວດສອບຫຼັງເງື່ອນໄຂສິດ ແລະ ການຕິດຕາມຈາກພະນັກງານຂອງໜ່ວຍງານ.

ຖ້າທ່ານເລີ່ມການສະມັກສໍາລັບການປະກັນສຸຂະພາບຜ່ານ Washington Healthplanfinder ແລະ ບໍ່ສໍາເລັດຂະບວນການດ້ວຍເຫດຜົນໃດໜຶ່ງ, ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຈະຖືກຈັດເກັບໄວ້ໃນ Washington Healthplanfinder ແລະ ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ເປັນເວລາ 90 ວັນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສໍາເລັດການສະໝັກ ຫຼັງຈາກຊ່ວງເວລາ 90 ວັນ, ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຈະຖືກລຶບຈາກລະບົບ Washington Healthplanfinder.

HBE, HCA ແລະ DSHS ແມ່ນບໍ່ຮັບຜິດຊອບສໍາລັບການດູແລກໍາກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານສາມາດສະໜອງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບຂໍ້ກຳນົດໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ລວມເຖິງຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານມີສິດຮັບ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕົວຈິງທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນຂອງທ່ານ ແລະ ການອໍາງສິດຮັບຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ການອຸທອນສໍາລັບການປະຕິເສດຜົນປະໂຫຍດ, ທ່ານຄວນຕິດຕໍ່ບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີສິດສໍາລັບ COBRA ຫຼັງຈາກການສິ້ນສຸດການຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບທີ່ຊື່ຜ່ານ Washington Healthplanfinder, ກໍາກັບດູແລ COBRA ແລະ ໃຫ້ແຈ້ງການ COBRA ທີ່ຈໍາເປັນ ແລະ ຊ່ວງເວລາເລືອກຕັ້ງແມ່ນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ.

ຍ້າຍກາລິການຄຸ້ມຄອງປະກັນໃນປັດຈຸບັນ ຫຼື ປະຕິເສດຜົນປະໂຫຍດ COBRA ຈົນກວ່າທ່ານຈະຮັບໜັງສືອະນຸມັດ ແລະ ນະໂຍບາຍປະກັນໄພ, ຍັງເອີ້ນວ່າ ສັນຍາ ຫຼື ໃບຢັ້ງຢືນປະກັນໄພ, ຈາກບໍລິສັດປະກັນໄພທີ່ທ່ານເລືອກ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ ທ່ານເຂົ້າໃຈ ແລະ ຕົກລົງເຫັນດີກັບຂໍ້ກຳນົດຂອງນະໂຍບາຍ, ເອົາໃຈໃສ່ເປັນພິເສດກັບວັນທີທີ່ມີຜົນນໍາໃຊ້, ຊ່ວງເວລາລໍຖ້າ, ຈໍານວນເບ້ຍປະກັນ, ຜົນປະໂຫຍດ, ຂໍ້ຈໍາກັດ, ຂໍ້ຍົກເວັ້ນ ແລະ ຂໍ້ກຳນົດເພີ່ມເຕີມ.

2. Washington Apple Health ເທົ້ານັ້ນ

ສິດຂອງທ່ານ

Washington Health Benefit Exchange ແລະ ອົງການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບຕ້ອງ:

ອະທິບາຍສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ທ່ານ ຖ້າທ່ານຂໍ.

ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານສົ່ງແບບສະໝັກບາງສ່ວນ ທີ່ປະກອບດ້ວຍຊື່, ທີ່ຢູ່ ແລະ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ ຫຼື ລາຍເຊັນຕົວແທນທີ່ມີອໍານາດຂອງຜູ້ສະໝັກ. ວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບແບບສະໝັກບາງສ່ວນແມ່ນວັນທີ່ສະໝັກຂອງທ່ານ ເຊິ່ງອາດມີຜົນກະທົບເມື່ອການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານເລີ່ມມີຜົນນໍາໃຊ້. ພວກເຮົາຈະບໍ່ຕັດສິນເດັດຂາດກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຈົນກວ່າທ່ານຈະສໍາເລັດການສະໝັກ.

ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານສະໝັກ ຫຼື ຍື່ນແບບສະໝັກບາງສ່ວນ ໂດຍໃຊ້ວິທີການໃດໜຶ່ງທີ່ລະບຸຢູ່ກ້ອງ WAC 182-503-0005.

ປະມວນການສະໝັກຂອງທ່ານໃນທັນທີ ແລະ ບໍ່ກາຍເສັ້ນເວລາທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນ WAC 182-503-0060.

ໃຫ້ທ່ານມີເວລາ 10 ວັນປະຕິທິນ ເຊິ່ງພວກເຮົາຈໍາເປັນຕ້ອງຕັດສິນເງື່ອນໄຂສິດ. ຖ້າທ່ານຂໍເວລາເພີ່ມ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ເວລາເພີ່ມແກ່ທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ພວກເຮົາ ຫຼື ຂໍເວລາເພີ່ມ, ພວກເຮົາອາດປະຕິເສດ, ປິດ ຫຼື ປ່ຽນການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການຮັບຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼັກຖານທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາຕັດສິນວ່າ ທ່ານມີສິດ ຫຼື ບໍ່. ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການເອກະສານທີ່ທ່ານຕ້ອງເສຍຄ່າ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງເງິນໃຫ້ ແລະ ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮັບຊາບຢ່າງໜ້ອຍ 10 ວັນ ກ່ອນ ທີ່ພວກເຮົາຢຸດການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ໃຫ້ຄໍາຕັດສິນເງື່ອນໄຂສິດເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນ 45 ວັນ. ການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບສໍາລັບກໍລະນີພິການບາງກໍລະນີອາດໃຊ້ເວລາສູງເຖິງ 60 ວັນ. ພວກເຮົາໃຫ້ຄໍາຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງທາງການແພດສໍາລັບການຖືພາ ພາຍໃນ 15 ວັນ.

ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານປະຕິເສດທີ່ຈະໂອ້ລົມກັບຜູ້ສືບສວນ ຖ້າພວກເຮົາກວດສອບກໍລະນີຂອງທ່ານ. ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໃຫ້ຜູ້ສືບສວນເຂົ້າໄປໃນເຮືອນຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຂໍໃຫ້ຜູ້ສືບສວນກັບຄືນມາໃນເວລາອື່ນ. ຄໍາຮ້ອງຂໍດັ່ງກ່າວຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ເງື່ອນໄຂສິດຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ.

ສືບຕໍ່ການຄຸ້ມຄອງ Washington Apple Health ໃນຂະນະທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນວ່າ ທ່ານມີສິດສໍາລັບໂຄງການອື່ນ ຫຼື ບໍ່ ຕາມ WAC 182-504-0125

ໃຫ້ການບໍລິການເຂົ້າເຖິງຢ່າງເທົ່າທຽມແກ່ທ່ານ ຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນ WAC 182-503-0120 ຖ້າທ່ານມີສິດ.

ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ

ທ່ານຕ້ອງ:

ລາຍງານການປ່ຽນແປງຕາມຄວາມຈໍາເປັນ ໃນ WAC 182-504-0105 ແລະ WAC 182-504-0110 ພາຍໃນ 30 ວັນ ຫຼັງຈາກການປ່ຽນແປງ. ອ່ານໜັງສືອະນຸມັດຂອງທ່ານ ເພື່ອເບິ່ງການປ່ຽນແປງທີ່ທ່ານຕ້ອງລາຍງານ.

ສໍາເລັດການຕໍ່ສັນຍາ ເມື່ອຮ້ອງຂໍ.

ໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດ ເຊິ່ງເປັນຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອຮຽກເກັບເງິນຈາກພວກເຮົາ ສໍາລັບການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ.

ສະໝັກຂໍ Medicare ຖ້າທ່ານມີສິດຮັບ.

ຮ່ວມມືກັບພະນັກງານ HCA ເມື່ອຮ້ອງຂໍ.

ສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນຮູ້

ໂດຍການຮ້ອງຂໍ ແລະ ຮັບ Apple Health, ທ່ານໃຫ້ລັດ Washington ມີສິດທັງໝົດສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ ແລະ ການຊໍາລະພາກສ່ວນທີສາມສໍາລັບການດູແລສຸຂະພາບ.

- **ຫນ່ວຍງານອາດແບ່ງປັນ**ປະຫວັດການສ້າງພູມຄຸ້ມກັນຂອງລູກທ່ານ ກັບລະບົບການຕິດຕາມການສ້າງພູມຄຸ້ມກັນຂອງເດັກ
- **ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານລາຍງານອາດຖືກສະໜອງໃຫ້ແກ່ DSHS ເພື່ອຕັດສິນເງື່ອນໄຂສິດ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດປະຈໍາເດືອນສໍາລັບໂຄງການຕ່າງໆ** ເຊັ່ນ: ການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ, ການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນເງິນສົດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ ແລະ ເງິນອຸດໜູນດູແລເດັກ.

ອີງຕາມກົດໝາຍ, ລັດ Washington ອາດຮຽກຄືນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຊໍາລະສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດບາງປະເພດຈາກຊັບສິນພິໄນກໍາຂອງທ່ານຜ່ານ ການຮຽກຄືນຊັບສິນປະກັນໄພ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 ແລະ ໝວດ 182-527 WAC). ການຮຽກຄືນຊັບສິນພິໄນກໍາ ແມ່ນຈະບໍ່ເກີດຂຶ້ນຈົນກວ່າທ່ານຈະເສຍຊີວິດ, ຜົວເມຍທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ຂອງທ່ານໄດ້ເສຍຊີວິດ ແລະ ລູກທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ຂອງທ່ານອາຍຸ 21 ປີ ຂຶ້ນໄປ. ນອກຈາກນັ້ນ, ມັນຈະບໍ່ເກີດຂຶ້ນ ຖ້າລູກທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ມີພາວະຕາບອດ/ພິການ ໃນເວລາທີ່ທ່ານເສຍຊີວິດ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ສາມາດຮຽກຄືນໄດ້ລວມເຖິງ:

- ການບໍລິການ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອໄລຍະຍາວບາງຢ່າງຂອງ Washington Apple Health ຖ້າທ່ານອາຍຸ 55 ປີ ຂຶ້ນໄປ ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການ;
- ການບໍລິການບາງຢ່າງທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜອງທຶນຈາກລັດເທົ່ານັ້ນ, ບໍ່ວ່າທ່ານຈະອາຍຸເທົ່າໃດກໍຕາມ ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການ.

ທ່ານສາມາດຊອກຫາລາຍການບໍລິການທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການຮຽກຄືນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕາມ WAC 182-527-2746. ທ່ານສາມາດຊອກຫາລາຍການຊັບສິນ ທີ່ຖືກຍົກເວັ້ນຈາກການຮຽກຄືນພາຍໃຕ້ WAC 182-527-2754. ນອກຈາກນັ້ນ, ລັດອາດຍິ້ມຂໍສິດຄຸ້ມຄອງຊັບສິນກ່ອນເສຍຊີວິດ ສໍາລັບການຮຽກຄືນຫຼັງຈາກເສຍຊີວິດ, ອີງຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງ 42 ປະມວນກົດໝາຍຂອງສະຫະລັດ 1396p. ດິນຊົມເຜົ່າ ແລະ ຕົກອາຄານບາງຢ່າງທີ່ເປັນຂອງຄົນດິນເດຍອາເມຣິກາ ແລະ ຄົນພື້ນເມືອງອາລັດສະກາ ອາດຖືກຍົກເວັ້ນຈາກການຮຽກຄືນ (WAC 182-527-2754). ລັດອາດຮຽກຄືນຈາກການຂາຍຕົກອາຄານ ຫຼື ຊັບສິນພິໄນກໍາຂອງທ່ານ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າ:

- ຜົວເມຍຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນຕົກອາຄານ;
- ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນຕົກອາຄານ, ເປັນເຈົ້າຂອງຮ່ວມ ແລະ ບັນລຸເງື່ອນໄຂບາງຢ່າງ.
- ລູກຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນຕົກອາຄານ ແລະ ມີພາວະຕາບອດ/ພິການ; ຫຼື
- ລູກຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນຊັບສິນດັ່ງກ່າວ ແລະ ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ.

ທ່ານສາມາດຊອກຫາລາຍການບໍລິການທີ່ອາດຖືກຮຽກຄືນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍພາຍໃຕ້ສິດຄຸ້ມຄອງຊັບສິນກ່ອນເສຍຊີວິດໃນ WAC 182-527-2734.

ທ່ານອາດຖືກຈຳກັດສໍາລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ, ຮ້ານຂາຍຢາ ແລະ/ຫຼື ໂຮງໝໍໜຶ່ງລາຍເທົ່ານັ້ນ ຖ້າທ່ານຂໍການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ຈຳເປັນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ.

3. ແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນສົມບັດຄົບເທົ່ານັ້ນ

ສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນຮູ້

ຖ້າທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນສົມບັດຄົບຜ່ານ Washington Healthplanfinder ແລະ ບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນພຽງພໍ ເພື່ອຢືນຢັນຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງເງື່ອນໄຂສິດຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະມີເວລາ 90 ວັນ ເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຈົນກວ່າຈະຄົບເງື່ອນໄຂສິດ. ການຊໍາລະເຄຣດິດອາກອນລ່ວງໜ້າ ທີ່ຊໍາລະຕາງໜ້າໃຫ້ແກ່ທ່ານ ແມ່ນຈະມີການໄກ່ເກ່ຍ.

ຖ້າທ່ານມີໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (SSN), ທ່ານຕ້ອງລະບຸມັນໄວ້ໃນແບບສະໝັກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີ SSN, ທ່ານຍັງສາມາດຊື້ປະກັນສຸຂະພາບໃນ Washington Healthplanfinder. ພວກເຮົາຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ ເພື່ອກວດເບິ່ງວ່າທ່ານມີສິດສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ບໍ່ ໂດຍຢືນຢັນຕົວຕົນ, ຄວາມເປັນພົນລະເມືອງ, ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງ, ວັນເດືອນປີເກີດ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ມີໃຫ້. ພວກເຮົາຈະບໍ່ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນີ້ກັບຫນ່ວຍງານກວດຄົນເຂົ້າເມືອງ. SSN ແມ່ນຈຳເປັນຕ້ອງມີສໍາລັບເຄຣດິດອາກອນ ແລະ ບາງໂຄງການ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ສະໜອງໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ ຫຼື ຄົນອື່ນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາອາດຈຳເປັນຕ້ອງຕິດຕາມກັບທ່ານ ເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ຖ້າທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນສົມບັດຄົບຜ່ານ Washington Healthplanfinder ແລະ ມີການປ່ຽນແປງໃນລາຍໄດ້, ທ່ານຄວນແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮັບຊາບໃຫ້ໄວເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້. ການປ່ຽນແປງໃນລາຍໄດ້ສາມາດປ່ຽນແປງເຄຣດິດອາກອນ ຫຼື ສ່ວນຫຼຸດໃນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມທີ່ທ່ານມີສິດຮັບ. ທ່ານຄວນມີສິດສໍາລັບແຜນປະກັນທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຫຼຸດລົງ ຫຼັງຈາກການປ່ຽນແປງລາຍໄດ້ ຫຼື ທ່ານສາມາດຖືກກຳນົດໃຫ້ຈ່າຍຄືນເຄຣດິດອາກອນສ່ວນໜຶ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ຖ້າລາຍໄດ້ຂອງທ່ານເພີ່ມຂຶ້ນ ແລະ ທ່ານບໍ່ລາຍງານການປ່ຽນແປງ.

ຖ້າທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນສົມບັດຄົບຜ່ານ Washington Healthplanfinder ແລະ ມີການປ່ຽນແປງໃນລາຍໄດ້ **ການໄກ່ເກ່ຍເຄຣດິດອາກອນແມ່ນຈຳເປັນ:** ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານເຄຣດິດອາກອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຕໍ່ IRS. ທ່ານເຮັດເຊັ່ນນີ້ ໂດຍຢືນແບບສະແດງລາຍການອາກອນ IRS ປະຈຳປີ ແລະ ລວມເຖິງແບບຟອມ IRS ທີ່ຖືກຕ້ອງ. ການລະເລີຍໃນການລາຍງານເຄຣດິດອາກອນຕໍ່ IRS ຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານບໍ່ສາມາດຮັບເຄຣດິດອາກອນໃນອະນາຄົດ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ອ່ານຄໍາສັ່ງທີ່ສະໜອງໃຫ້ກັບແບບຟອມ IRS 1095 ແລະ 8962.

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການປະກັນສຸຂະພາບທີ່ສະແດງແມ່ນສາມາດປ່ຽນແປງໄດ້: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສາມາດປ່ຽນແປງໄດ້ ອີງຕາມການປະຕິບັດຮັບປະກັນໄພຂອງບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ຕົວເລືອກທີ່ມີໃຫ້ແກ່ທ່ານ.

ອັດຕາທີ່ສະແດງແມ່ນສໍາລັບວັນທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີຜົນນໍາໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ. ອັດຕາເບ້ຍປະກັນຂອງທ່ານແມ່ນຂຶ້ນກັບອາຍຸຂອງຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ. ຖ້າສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີວັນເດືອນປີເກີດລະຫວ່າງເວລາທີ່ທ່ານທົບທຸວນແຜນປະກັນ ແລະ ເວລາທີ່ແຜນປະກັນເລີ່ມຕົ້ນ (ວັນທີ່ທີ່ມີຜົນນໍາໃຊ້), ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເບ້ຍປະກັນຂອງທ່ານອາດເພີ່ມຂຶ້ນ. ບໍລິສັດທີ່ທ່ານເລືອກອາດບໍ່ຮັບປະກັນອັດຕາຂອງເຂົາເຈົ້າ ສໍາລັບຊ່ວງເວລາໃດໜຶ່ງ. ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະບໍ່ເປີດໃຊ້ງານ ຈົນກວ່າຜູ້ອອກປະກັນຂອງທ່ານຈະຢືນຢັນວ່າໄດ້ຮັບການຊໍາລະແລ້ວ.

ການຍິນຍອມຂອງທ່ານທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ ພະແນກຄວາມໝັ້ນຄົງການຈ້າງງານຂອງລັດ Washington ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເງິນຄ່າຈ້າງ ແລະ ການຈ້າງງານຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ HBE. ທ່ານຮັບຮູ້ວ່າ ການອະນຸຍາດການຍິນຍອມນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ການສະໝັກ ແລະ ຂະບວນການຕັດສິນຄືນໃໝ່ໃນ Washington Healthplanfinder ງ່າຍຂຶ້ນ. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນ ນະໂຍບາຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ຂອງພວກເຮົາ. ເບິ່ງ ນະໂຍບາຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ຂອງ HBE ທີ່ wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html.

4. ຍືນຄໍາຮ້ອງທຸກ

ອີງຕາມກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ ມະນຸດ (HHS) ຂອງ ສະຫະລັດ, ສະຖາບັນນີ້ແມ່ນຖືກສັ່ງທ້າມບໍ່ໃຫ້ເລືອກປະຕິບັດບັນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ອາຍຸ ຫຼື ຄວາມພິການ. ເພື່ອຍືນຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ HHS.

**Regional Manager,
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services**

2201 Sixth Ave. M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831
ໂທລະສັບ: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
ແຟັກ: 206-615-2297

ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານຍັງສາມາດຍືນຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບສິດພົນລະເມືອງກັບ HHS, ສໍານັກງານເພື່ອສິດພົນລະເມືອງ.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែបងកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរស័ព្ទរថ្ងៃទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Farsi (Persian)] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[French] Des services d'aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-562-3022 (TRS : 711).

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງມາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຝຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګليسي ژبه باندې دپوهېدلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تاديې په وړيا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسي موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنگ ووهئ (د اورېدلو يا خبرو کولو معلوليت لرونکي خلکو د زنگ و هلو شمېره (TRS): 711)

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਏ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਾਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጉምትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዲሱ ናይ ቋንቋ ሓዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ ພາກທີ 1

1 ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຕົ້ນຕໍ ແລະ ຮາຍຮະອຽດຂອງການຕິດຕໍ່

_____	_____	_____	_____
ນາມ	ຊື່ກາງ.	ນາມສະກຸນ ແລະ ຊື່ລົງທ້າຍ	
ວັນເກີດ (ເດດ/ວວ/ປປປປ)	ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN)*	ເພດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງແຕ່ກຳເນີດ	ຊ ຍ

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ

ທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່ເຮືອນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າບໍ່ແມ່ນ, ຢູ່ໃນຄວາມຕື່ນເຕັ້ນທີ່ທ່ານຢາກຈະໄດ້ຮັບການປົວສຸຂະພາບ? ທ່ານຍັງຈະຕ້ອງໄດ້ເອົາທີ່ຢູ່ໄປສະນີໃຫ້ຢູ່.

_____	_____	_____	_____
ທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂລດ
_____	_____	_____	_____
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂລດ
_____	_____	_____	_____
ເລກໂທຣະສັບຕົ້ນຕໍ	ເລກໂທຣະສັບສຳລອງ	ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌	

Washington Healthplanfinder ອາດຈະຕ້ອງການຕິດຕໍ່ຫາທ່ານກ່ຽວກັບສະພາບຂອງຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ ແລະ/ຫລື ຂໍເອົາຮາຍຮະອຽດເພີ່ມ ເຕີມ.

ທ່ານມັກຢາກໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາທ່ານແນວໃດ? ໂທຣະສັບ ອີເມລ໌ USPS ໄປສະນີ

***ຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ຈະບໍ່ຖືກແລກປ່ຽນນຳຕ້ອງການກວດຄົນເຂົ້າເມືອງທຸກໆບ່ອນສຳລັບບຸກຄົນທີ່ຮ້ອງຂໍການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ປະບ່ອນນີ້ເປົ້າວ່າຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີເລກSSN.**

2 ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບພາສາ

ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ຕ້ອງການນາຍແປພາສາບໍ່ ແລະ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບເອກສານເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ພາສາຫຍັງ ຫລື ແບບຮຽບຮ້າງອື່ນໆແບບໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ? ຂຽນທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ: _____

ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ຕ້ອງການເອກສານໃນແບບຮຽບຮ້າງແບບອື່ນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ແບບຮຽບຮ້າງອື່ນໆແບບໃດທີ່ພວກເຮົາຄວນຈະສົ່ງໄປໃຫ້ທ່ານ? ພາສາອັງກິດພົມເປັນຕົວໃຫຍ່ ພາສາໃບ້



18001

3

ນາຍະຮອດກ່ຽວກັບການຖືພາຕັ້ງທ້ອງ

ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຖືພາຕັ້ງທ້ອງບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

4

ນາຍະຮອດກ່ຽວກັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ

1. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ (AREP) ແມ່ນຜູ້ໃຫຍ່ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຮູ້ຈັກດີພຽງພໍກ່ຽວກັບສະພາບການຂອງຄອບຄົວແລະຖືກອະນຸຍາດໂດຍຄອບຄົວໃຫ້ທຳໜ້າທີ່ໃນນາມຂອງຄອບຄົວສຳລັບຈຸດປະສົງກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ. ອັນນີ້ແມ່ນແຕກຕ່າງຈາກການປະສານງານຮ່ວມງານນຳຜູ້ນຳທາງ ຫລື ນາຍໜ້າ.
2. ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍບໍ່ສາມາດທີ່ຈະແຕ່ງຕັ້ງ AREP, ຍ້ອນສະພາບພະຍາບານ, ບຸກຄົນອາດຈະແຕ່ງຕັ້ງຕົນເອງໃຫ້ເປັນ AREP ໂດຍການຂຽນປະກອບໃບຟອມ Authorization Representative Designation (DSHS 14-532) ໄດ້ທີ່ dshs.wa.gov/authorized-rep-form.
3. ໂດຍການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ, ທ່ານເອົາການອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະ:
 - ເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຄຳຮ້ອງຂໍໃນນາມຂອງທ່ານ;
 - ຮັບເອົາໃບແຈ້ງການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳຄຳຮ້ອງຂໍ ແລະ ບັນຊີຂອງທ່ານ; ແລະ
 - ທຳໜ້າທີ່ໃນນາມ ຂອງທ່ານສຳລັບເຮືອງທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳຄຳຮ້ອງຂໍ ແລະ ບັນຊີ.

- d. ທ່ານຈະແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ
- b. ທ່ານຢາກໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຮັບເອົາໃບແຈ້ງການກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍແລະບັນຊີຂອງທ່ານບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຊື່/ວົງການຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ _____ ເລກໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ _____ ທີ່ຢູ່ອີເມວ _____

5

ນາຍະຮອດກ່ຽວກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ

ທ່ານຕ້ອງໄດ້ລວມເອົາບຸກຄົນຕໍ່ລົງໄປນີ້ໃນບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ: ຄູ່ຜົວເມັຽຂອງທ່ານ, ລູກຂອງທ່ານທີ່ອາໄສຢູ່ນຳທ່ານ, ພໍ່ແມ່ທຸກໆຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນນຳລູກຂອງເຂົາເຈົ້າ, ແລະ ທຸກໆຄົນທີ່ທ່ານຄາດວ່າຈະທວງໃສ່ໃນໃບພາສີສົ່ງຄືນຂອງຮັດຖະບານກາງຂອງທ່ານ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຍື່ນ. **ໃຊ້ໜ້າ 9 ຮອດໜ້າ 16 ເພື່ອຈະແລກປ່ຽນນາຍະຮອດກ່ຽວກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ.**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຄາດວ່າຈະຖືກທວງວ່າເປັນຄົນຫວັງເພິ່ງຕາມພາສີຢູ່ໃນໃບພາສີສົ່ງຄືນຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງ, ທ່ານຕ້ອງລວມເອົາສະມາຊິກທຸກຄົນຂອງຄອບຄົວຍື່ນພາສີທວງວ່າທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນອາໄສຢູ່ນຳທ່ານ.

ທ່ານບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຍື່ນໃບພາສີເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ.

6

ຜູ້ຮ້ອງຂໍຕົ້ນຕໍ (ຕົນເອງ)

ເອ. _____ ຊ.ນ. _____ ນາມສະກຸນ _____ ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ) _____

ບຸກຄົນນີ້ຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຕົນເອງ _____
ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ: _____

(ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ບໍ່ຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນ, ການເອົາເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN) ຫລື ສະພາບຂອງສັນຊາດໃຫ້ແມ່ນຕາມສະມັກໃຈ) ສະພາການເປັນສັນຊາດ: (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

ຄົນສັນຊາດ U.S. ຫລື ຄົນເຊື້ອຊາດ U.S. ຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຢູ່ໃນ U.S. ອື່ນໆ

ເລກຄວາມປອດພັນຂອງສັງຄົມ (SSN):

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເປັນຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕາມກົດໝາຍ, ຂຽນຮາຍຮະວຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້ໃສ່:

ຊະນິດຂອງເອກສານຂອງການເຂົ້າເມືອງ: "A" ເລກ: ເລກຂອງໃບຮັບ ຫລື ເລກການເຂົ້າເມືອງອື່ນໆ:

ເລກໜັງສືເດີນທາງຂອງຄົນຕ່າງດ້າວ: ປະເທດທີ່ເຮັດອອກໃຫ້:

ວັນທີເຂົ້າມາ: (ດດ/ວວ/ປປປປ) ວັນທີເອກສານໝົດອາຍຸ: (ດດ/ວວ/ປປປປ)

ສະພາບການຍື່ນໃບພາສີຮາຍໄດ້ທີ່ຄາດໄວ້ສໍາລັບປີປັດຈຸບັນ (ໝາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

- ໂສດຍື່ນໃບພາສີ ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ
 - ຫົວໜ້າຂອງຄອບຄົວ ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງ ບໍ່ຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ
 - ຜູ້ຮ້າງແມ່ຮ້າງທີ່ມີຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຜູ້ທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ບຸກຄົນບໍ່ໄດ້ຍື່ນໃບພາສີ ຫລື ວ່າເປັນຄົນຫວັງເພິ່ງສໍາລັບພາສີ
 - ແຕ່ງງານຍື່ນແຍກກັນຕ່າງຫາກ
 - ແຕ່ງງານຍື່ນຮ່ວມກັນ:
- ຊື່ຂອງຜູ້ຍື່ນພາສີຕົ້ນຕໍ: _____

ທ່ານໄດ້ມີສະພາບພາສີຄືກັນກັບປີກາຍນີ້ໃຫ້ເປັນປີປັດຈຸບັນທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂຽນສະພາບພາສີຂອງປີກາຍນີ້: **(ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄໍາຖາມອັນນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການ Apple Health)**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງໃບນີ້ໃນຮະຫວ່າງວັນທີ 11/01 ແລະ 12/31 ຂອງປີຕາມປະຕິທິນປີນີ້, ທ່ານຄາດວ່າຈະຍື່ນດ້ວຍສະພາບພາສີຄືກັນໃນປີຕໍ່ມາຄືກັນກັບທ່ານໄດ້ເຮັດປີນີ້ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຜົວພັນ (ຕາມໃຈ – ໝາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນໍາ)

- ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກໍາເນີດ ຄົນຟິລິບິນ ຄົນລາວ ຄົນວຽດນາມ
- ຄົນເອເຊັຽອິນເດັຽ ຄົນເກາະກວມ ຄົນເກາະເອຊຽນແປຊີຟິກອື່ນໆ ຄົນຂາວ
- ຄົນດໍາ ຫລື ແອຟຣິກັນອະເມຣິແກນ ຄົນຮາວາອຽນ ຄົນຜົວອື່ນໆ
- ຄົນຂະເໝນ ຄົນຍີ່ປຸ່ນ ຄົນຊາມວນ
- ຄົນຈີນ ຄົນເກົາຫລີ ຄົນໄທ

ທ່ານເປັນຄົນ ຮິສແປນິກ, ລາຕິໂນ, ຫລືສະແປນິຊ ດັ່ງເດີມບໍ່?

- ຄົນຄົວບາ ຄົນເມກຊິແກັນ/ເມັກຊິແກັນອະເມຣິກັນ/ຄົນຊິກາໂນ ບໍ່ແມ່ນຄົນສະແປນິຊ/ ຮິສແປນິກ
- ຄົນສະແປນິຊ/ ຮິສແປນິກອື່ນໆ ຄົນປີໂຕຣີໂກ

ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກໍາເອົາອັນນີ້ – ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຮະວຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມຄວາມສະເໝີພາບທາງສຸຂະພາບແລະຜົນການເຂົ້າຫາການປົວສຸຂະພາບສໍາລັບທຸກໆຄົນ. ຮາຍຮະວຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ກົດກັນຄວາມສາມາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຈິດຊື່ເຂົ້າໃນໂຄງການສຸຂະພາບ.

7 ຄູ່ຜົວເມັດ ຫລື ພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງ (ຖ້າອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ)

ເອ.ນ.ນ. ນາມສະກຸນ ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ)

ບຸກຄົນນີ້ຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ເພດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງແຕ່ກໍາເນີດ ຊ ຍ

ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ (ເຊັ່ນວ່າ, ລູກ, ຫລານ, ຫລານຊາຍ, ຫລານສາວ, ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງຄຶງໆ)

(ສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ບໍ່ເອົາການຄຸ້ມກັນ, ການເອົາເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN) ຫລື ສະພາບຂອງສັນຊາດໃຫ້ແມ່ນຕາມສະມັກໃຈ)

ສະພາບການເປັນສັນຊາດ: (ໝາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

ຄົນສັນຊາດ U.S. ຫລື ຄົນເຊື້ອຊາດ U.S. ຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຢູ່ໃນ U.S. ອື່ນໆ

ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN):

ຖ້າຫາກວ່າບຸກຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ, ຂຽນລາຍລະອຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້ໃສ່:

ຂະນິດຂອງເອກສານຂອງການເຂົ້າເມືອງ: "A" ເລກ: ເລກຂອງໃບຮັບ ຫລື ເລກການເຂົ້າເມືອງອື່ນໆ:

ເລກຫນັງສືເດີນທາງຂອງຄົນຕ່າງດ້າວ: ປະເທດທີ່ເຮັດອອກໃຫ້:

ວັນທີ່ເຂົ້າມາ: (ດດ/ວວ/ປປປປ) ວັນທີ່ເອກສານຫມົດອາຍຸ: (ດດ/ວວ/ປປປປ)

ສະພາບການຍື່ນໃບພາສີຮາຍໄດ້ທີ່ຄາດໄວ້ສໍາລັບປີດຽວບັນ (ໝາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

- ໂສດຍື່ນໃບພາສີ ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ
- ຫົວຫນ້າຂອງຄອບຄົວ ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງ ບໍ່ຢູ່ ໃນໃບ ຄໍາຮ້ອງ
- ພໍ່ຮ້າງແມ່ຮ້າງທີ່ມີຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີທີ່ມີເງື່ອນໄຂ ໄດ້ຮັບ ບຸກຄົນບໍ່ໄດ້ຍື່ນໃບພາສີ ຫລື ວ່າເປັນຄົນຫວັງເພິ່ງສໍາລັບພາສີ
- ແຕ່ງງານຍື່ນແຍກກັນຕ່າງຫາກ
- ແຕ່ງງານຍື່ນຮ່ວມກັນ:
ຊື່ຂອງຜູ້ຍື່ນພາສີຕົ້ນຕໍ: _____

ທ່ານໄດ້ມີສະພາບພາສີຄືກັນກັບປີກາຍນີ້ໃຫ້ເປັນປີປັດຈຸບັນທີ່ຖືກບິ່ງຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂຽນສະພາບພາສີຂອງປີກາຍນີ້: **(ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄໍາຖາມອັນນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການ Apple Health)**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງໃບນີ້ໃນວັນທີ 11/01 ແລະ 12/31 ຂອງປີຕາມປະຕິທິນປີນີ້, ທ່ານຄາດວ່າຈະຍື່ນດ້ວຍສະພາບພາສີຄືກັນໃນປີຫນ້າຄືກັນກັບທ່ານໄດ້ເຮັດດັ່ງນີ້ບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ສະພາບການຢືນໃບພາສີຮາຍໄດ້ທີ່ຄາດໄວ້ສໍາລັບປີດຽວ (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

- | | |
|---|---|
| ໂສດຢືນໃບພາສີ | ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ |
| ຫົວຫນ້າຂອງຄອບຄົວ | ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງ ບໍ່ຢູ່ໃນໃບ ຄໍາຮ້ອງ |
| ພໍ່ຮ້າງແມ່ຮ້າງທີ່ມີຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຜູ້ທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ | ບຸກຄົນບໍ່ໄດ້ຢືນໃບພາສີ ຫລື ວ່າເປັນຄົນຫວັງເພິ່ງສໍາລັບພາສີ |
| ແຕ່ງງານຢືນແຍກກັນຕ່າງຫາກ | |
| ແຕ່ງງານຢືນຮ່ວມກັນ: | |

ຊື່ຂອງຜູ້ຢືນພາສີຕົ້ນຕໍ: _____

ທ່ານໄດ້ມີສະພາບພາສີຄືກັນກັບປີກາຍນີ້ໃຫ້ເປັນປີປັດຈຸບັນທີ່ຖືກນຶ່ງຢູ່ຮ້າງເທິງນີ້ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂຽນສະພາບພາສີຂອງປີກາຍນີ້: **(ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄໍາຖາມອັນນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການ Apple Health)**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢືນຄໍາຮ້ອງໃບນີ້ໃນຮະຫວ່າງວັນທີ 11/01 ແລະ 12/31 ຂອງປີຕາມປະຕິທິນນີ້, ທ່ານຄາດວ່າຈະຢືນດ້ວຍສະພາບພາສີຄືກັນໃນປີຫນ້າຄືກັນກັບທ່ານໄດ້ເຮັດນີ້ບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຜົວຜົນ (ຕາມໃຈ – ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນໍາ)

- | | | | |
|--|------------|---------------------------|-----------|
| ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກໍາເນີດ | ຄົນຟິລິບິນ | ຄົນລາວ | ຄົນວຽດນາມ |
| ຄົນເອເຊັຽອິນເດັຽ | ຄົນເກາະກວມ | ຄົນເກາະເອເຊັຽແປຊີຟິກອື່ນໆ | ຄົນຂາວ |
| ຄົນດໍາ ຫລື ແອຟຣິກັນອະເມຣິເຊຍນ | ຄົນຮາວາອຽນ | ຄົນຜົວອື່ນໆ | |
| ຄົນຂະເໝນ | ຄົນຍີ່ປຸ່ນ | ຄົນຊາມວນ | |
| ຄົນຈີນ | ຄົນເກົາຫລີ | ຄົນໄທ | |

ທ່ານເປັນຄົນ ຮິສແປນິກ, ລາຕິໂນ, ຫລືສະແປນິຊີ້ດັ່ງເດີມບໍ່?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ຄົນຄົວບາ | <input type="checkbox"/> ຄົນເມກຊິແກັນ/ເມັກຊິແກັນອະເມຣິກັນ/ຄົນຊິກາໂນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນຄົນສະແປນິຊີ້/ ຮິສແປນິກ |
| <input type="checkbox"/> ຄົນສະແປນິຊີ້/ ຮິສແປນິກອື່ນໆ | <input type="checkbox"/> ຄົນປີໂຕຣີໂກ | |

ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກໍາເອົາອັນນີ້ – ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຮະວຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມຄວາມສະເໝີພາບທາງສຸຂະພາບແລະເພີ່ມການເຂົ້າຫາການຢືນປົວສຸຂະພາບສໍາລັບທຸກໆຄົນ. ຮາຍຮະວຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ກົດກັນຄວາມສາມາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຈິດຊື່ເຂົ້າໃນໂຄງການສຸຂະພາບ.

ທ່ານເປັນຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກໍາເນີດບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

_____	_____	_____	_____	_____
ເພິ່ງ	ຊ.ນ.	ນາມສະກຸນ	ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ)	
ບຸກຄົນນີ້ຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົນປົງ ສຸຂະພາບບໍ່?	ບໍ່ແມ່ນ	ແມ່ນ	ເພດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງແຕ່ກຳເນີດ	ຊ ຍ

ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ (ເຊັ່ນວ່າ, ລູກ, ຫລານ, ຫລານ ຊາຍ, ຫລານສາວ, ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງຄືງໆ)

(ສຳລັບບຸກຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນ, ການເອົາເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN) ຫລື ສະພາບຂອງສັນຊາດໃຫ້ແມ່ນຕາມສະມັກໃຈ)

ສະພາບການເປັນສັນຊາດ: (ໝາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

ຄົນສັນຊາດ U.S. ຫລື ຄົນເຊື້ອຊາດ U.S. ຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຢູ່ໃນ U.S. ອື່ນໆ

ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN):

ຖ້າຫາກວ່າບຸກຄົນນັ້ນຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ, ຂຽນຮາຍຮະວຽດຕໍ່ລິງໄປນີ້ໃສ່:

_____	_____	_____
ຊະນິດຂອງເອກສານຂອງການເຂົ້າເມືອງ:	"A" ເລກ:	ເລກຂອງໃບຮັບ ຫລື ເລກການເຂົ້າເມືອງອື່ນໆ:

_____	_____
ເລກຫນັງສືເດີນທາງຂອງຄົນຕ່າງດ້າວ:	ປະເທດທີ່ເຮັດອອກໃຫ້:

_____	_____
ວັນທີເຂົ້າມາ: (ດດ/ວວ/ປປປປ)	ວັນທີເອກສານຫມົດອາຍຸ: (ດດ/ວວ/ປປປປ)

ສະພາບການຍື່ນໃບພາສີຮາຍໄດ້ທີ່ຄາດໄວ້ສຳລັບປີປັດຈຸບັນ (ໝາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ໂສດຍື່ນໃບພາສີ | <input type="checkbox"/> ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງ |
| <input type="checkbox"/> ຫົວຫນ້າຂອງຄອບຄົວ | <input type="checkbox"/> ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງ ບໍ່ຢູ່ໃນໃບ ຄຳຮ້ອງ |
| <input type="checkbox"/> ພໍ່ຮ້າງແມ່ຮ້າງທີ່ມີຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຜູ້ທີ່ມີເງື່ອນໄຂ ໄດ້ຮັບ | <input type="checkbox"/> ບຸກຄົນບໍ່ໄດ້ຍື່ນໃບພາສີ ຫລື ວ່າເປັນຄົນຫວັງເພິ່ງສຳລັບພາສີ |
| <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານຍື່ນແຍກກັນຕ່າງຫາກ | |
| <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານຍື່ນຮ່ວມກັນ: | |

ຊື່ຂອງຜູ້ຍື່ນພາສີຕົ້ນຕໍ: _____

ທ່ານໄດ້ມີສະພາບພາສີຄືກັນກັບປີກາຍນີ້ໃຫ້ເປັນປີປັດຈຸບັນທີ່ຖືກບິ່ງຢູ່ອ້າງເທິງນີ້ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂຽນສະພາບພາສີຂອງປີກາຍນີ້: **(ຄຳຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄຳຖາມອັນນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສຳລັບໂຄງການ Apple Health)**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຍື່ນຄຳຮ້ອງໃບນີ້ໃນຮະຫວ່າງວັນທີ 11/01 ແລະ 12/31 ຂອງປີຕາມປະຕິທິນປີນີ້, ທ່ານຄາດວ່າຈະຍື່ນດ້ວຍສະພາບພາສີຄືກັນໃນປີຫນ້າຄືກັນກັບທ່ານໄດ້ເຮັດນີ້ບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຜົວຜ້ນ (ຕາມໃຈ – ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ)

ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກຳເນີດ	ຄົນຟິລິບິນ	ຄົນລາວ	ຄົນວຽດນາມ
ຄົນເອເຊັຽອິນເດັຽ	ຄົນເກາະກວມ	ຄົນເກາະເອຊຽນແປຊີຟິກອື່ນໆ	ຄົນຂາວ
ຄົນດຳ ຫລື ເອຟຣິກັນອະເມຣິເຊກນ	ຄົນຮາວາອຽນ	ຄົນຜົວອື່ນໆ	
ຄົນຂະເໝນ	ຄົນຢີປຸ່ນ	ຄົນຊາມວນ	
ຄົນຈີນ	ຄົນເກົາຫລີ	ຄົນໄທ	

ທ່ານເປັນຄົນຮິສແປນິກ, ລາຕິໂນ, ຫລື ສະແປນິຊີດັ່ງເດີມບໍ່?

ຄົນຄົວບາ ຄົນເມກຊິແກັນ/ເມັກຊິແກັນອະເມຣິກັນ/ຄົນຊິກາໂນ ບໍ່ແມ່ນຄົນສະແປນິຊ/ ຮິສແປນິກ

ຄົນສະແປນິຊ/ ຮິສແປນິກອື່ນໆ ຄົນປີໂຕຣິໂກ

ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກຳເອົາອັນນີ້ – ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຣະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມຄວາມສະເໝີພາບທາງສຸຂະພາບແລະເພີ່ມການເຂົ້າຫາການປົວສຸຂະພາບສຳລັບທຸກໆຄົນ. ຮາຍຣະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ກົດກັນຄວາມສາມາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຈົດຊື່ເຂົ້າໃນໂຄງການສຸຂະພາບ.

ທ່ານເປັນຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກຳເນີດບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

10 **ຂຽນຊື່ເດັກນ້ອຍ/ຜູ້ຫວັງເພິ່ງພາສີ/ສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນອື່ນໆ #3**

 ນາ. ຊ.ນ. ນາມສະກຸນ ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ)

ບຸກຄົນນີ້ຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ເພດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງແຕ່ກຳເນີດ ຊ ຍ

ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ (ເຊັ່ນວ່າ, ລູກ, ຫລານ, ຫລານ ຊາຍ, ຫລານສາວ, ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງຄຶງໆ)

(ສຳລັບບຸກຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນ, ການເອົາເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN) ຫລື ສະພາບຂອງສັນຊາດໃຫ້ແມ່ນຕາມສະມັກໃຈ)

ສະພາບການເປັນສັນຊາດ: (ຫມາຍໃສ່ອັນນີ້ໆ)

ຄົນສັນຊາດ U.S. ຫລື ຄົນເຊື້ອຊາດ U.S. ຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດຫມາຍຢູ່ໃນ U.S. ອື່ນໆ

ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN):

ຖ້າຫາກວ່າບຸກຄົນບັນຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດຫມາຍ, ຂຽນຮາຍຣະອຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້ໃສ່:

 ຊະນິດຂອງເອກສານຂອງການເຂົ້າເມືອງ: "A" ເລກ: ເລກຂອງໃບຮັບ ຫລື ເລກການເຂົ້າເມືອງອື່ນໆ:

 ເລກຫນັງສືເດີນທາງຂອງຄົນຕ່າງດ້າວ: ປະເທດທີ່ເຮັດອອກໃຫ້:

 ວັນທີເຂົ້າມາ: (ດດ/ວວ/ປປປປ) ວັນທີເອກສານຫມົດອາຍຸ: (ດດ/ວວ/ປປປປ)

ສະພາບການຢືນໃບພາສີຮາຍໄດ້ທີ່ຄາດໄວ້ສໍາລັບປີປັດຈຸບັນ (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

- | | |
|---|---|
| ໂສດຢືນໃບພາສີ | ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ |
| ຫົວຫນ້າຂອງຄອບຄົວ | ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງ ບໍ່ຢູ່ ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ |
| ພໍ່ຮ້າງແມ່ຮ້າງທີ່ມີຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຜູ້ທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ | ບຸກຄົນບໍ່ໄດ້ຢືນໃບພາສີ ຫລື ວ່າເປັນຄົນຫວັງເພິ່ງສໍາລັບພາສີ |
| ແຕ່ງງານຢືນຜຍກັນຕ່າງຫາກ | |
| ແຕ່ງງານຢືນຮ່ວມກັນ: | |

ຊື່ຂອງຜູ້ຢືນພາສີຕົ້ນຕໍ: _____

ທ່ານໄດ້ມີສະພາບພາສີຄືກັນກັບປີກາຍນີ້ໃຫ້ເປັນປີປັດຈຸບັນທີ່ຖືກບິ່ງຢູ່ຮ່າງເທິງນີ້ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂຽນສະພາບພາສີຂອງປີກາຍນີ້: **(ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄໍາຖາມອັນນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການ Apple Health)**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢືນຄໍາຮ້ອງໃນນີ້ໃນຮະຫວ່າງວັນທີ 11/01 ແລະ 12/31 ຂອງປີຕາມປະຕິທິນນີ້, ທ່ານຄາດວ່າຈະຢືນດ້ວຍສະພາບພາສີຄືກັນໃນປີຫນ້າຄືກັນກັບທ່ານໄດ້ເຮັດນີ້ບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຜົວຜັນ (ຕາມໃຈ – ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນໍາ)

- | | | | |
|--|------------|----------------------------|-----------|
| ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກໍາເນີດ | ຄົນຟິລິບິນ | ຄົນລາວ | ຄົນວຽດນາມ |
| ຄົນເອເຊັຽອິນເດັຽ | ຄົນເກາະກວມ | ຄົນເກາະເອເຊັຽນແປຊີຟິກອື່ນໆ | ຄົນຂາວ |
| ຄົນດໍາ ຫລື ເອເຟຣິກັນອະເມຣິເຊກນ | ຄົນຮາວາອຽນ | ຄົນຜົວອື່ນໆ | |
| ຄົນຂະເໝນ | ຄົນຢີປຸ່ນ | ຄົນຊາມວນ | |
| ຄົນຈີນ | ຄົນເກົາຫລີ | ຄົນໄທ | |

ທ່ານເປັນຄົນຮິສແປປນິກ, ລາຕິໂນ, ຫລືສະແປນິຊີດັ້ງເດີມບໍ່?

- ຄົນຄົວບາ ຄົນເມກຊິແກັນ/ເມັກຊິແກັນອະເມຣິກັນ/ຄົນຊິກາໂນ ບໍ່ແມ່ນຄົນສະແປນິຊ/ ຮິສແປປນິກ
 ຄົນສະແປນິຊ/ ຮິສແປປນິກອື່ນໆ ຄົນບໍ່ໂຕຣິໂກ

ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກໍາເອົາອັນນີ້ – ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມຄວາມສະເໝີພາບທາງສຸຂະພາບແລະເພີ່ມການເຂົ້າຫາການປິ່ນປົວສຸຂະພາບສໍາລັບທຸກໆຄົນ. ຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ກົດກັນຄວາມສາມາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຈິດຊື່ເຂົ້າໃນໂຄງການສຸຂະພາບ.

ທ່ານເປັນຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາ ມາແຕ່ກໍາເນີດບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ເພື່ອຈະລວມເອົາສະມາຊິກຄອບຄົວເພີ່ມເຕີມໃສ່ອີກ, ຈົ່ງຕິດຄັດເຈ້ຽໃສ່ມໍານໍາຜ່ວມດ້ວຍຮາຍຮະອຽດທີ່ຖືກຂໍ ເອົາຢູ່ຮ່າງເທິງນີ້ສໍາລັບແຕ່ລະບຸກຄົນ.

ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຄົນອະເນຣິກັນອິນດຽນ ແລະ ອາລາສກາມາແຕ່ກຳເນີດ

ຄົນອະເນຣິກັນອິນດຽນ ແລະ ອາລາສກາດັ້ງເດີມອາດຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການປ້ອງກັນພິເສດຂອງໂລ Apple Health ແລະ ສັງຄົມການພິເສດໂດຍຜ່ານ Washington Healthplanfinder. ຂຽນປະກອບຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ສຳລັບສະມາຊິກແຕ່ລະຄົນທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍຜູ້ທີ່ເປັນເຊື້ອສາຍຄົນອະເນຣິກັນອິນດຽນ ແລະ ອາລາສກາດັ້ງເດີມ.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນ	ຊື່ຂອງຄົນເຜົ່າ
ສະມາຊິກຂອງຄົນເຜົ່າທີ່ຖືກຮັບຮູ້ຈາກຮັດຖະບານກາງ, band, Pueblo ຫລື Rancharia; ຜູ້ຖືຫຸ້ນສ່ວນຂອງຢູ່ໃນ Alaska Native Regional ຫລື Village Corporation	ບໍ່ແມ່ນ ຕອບ
ຊື່ຂອງບຸກຄົນ	ຊື່ຂອງຄົນເຜົ່າ
ສະມາຊິກຂອງຄົນເຜົ່າທີ່ຖືກຮັບຮູ້ຈາກຮັດຖະບານກາງ, band, Pueblo ຫລື Rancharia; ຜູ້ຖືຫຸ້ນສ່ວນຂອງຢູ່ໃນ Alaska Native Regional ຫລື Village Corporation	ບໍ່ແມ່ນ ຕອບ
ຊື່ຂອງບຸກຄົນ	ຊື່ຂອງຄົນເຜົ່າ
ສະມາຊິກຂອງຄົນເຜົ່າທີ່ຖືກຮັບຮູ້ຈາກຮັດຖະບານກາງ, band, Pueblo ຫລື Rancharia; ຜູ້ຖືຫຸ້ນສ່ວນຂອງຢູ່ໃນ Alaska Native Regional ຫລື Village Corporation	ບໍ່ແມ່ນ ຕອບ
ຊື່ຂອງບຸກຄົນ	ຊື່ຂອງຄົນເຜົ່າ
ສະມາຊິກຂອງຄົນເຜົ່າທີ່ຖືກຮັບຮູ້ຈາກຮັດຖະບານກາງ, band, Pueblo ຫລື Rancharia; ຜູ້ຖືຫຸ້ນສ່ວນຂອງຢູ່ໃນ Alaska Native Regional ຫລື Village Corporation	ບໍ່ແມ່ນ ຕອບ

ບ່ອນຢູ່ອາໄສ

ຄົນອາໄສຢູ່ໃນຮັດວໍຊິງຕັນແມ່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຮັດວໍຊິງຕັນໃນປັດຈຸບັນນີ້, ຕັ້ງໃຈທີ່ຈະອາໄສຢູ່ໃນຮັດວໍຊິງຕັນ, ລວມທັງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ມີທີ່ຢູ່ຕາຍຕົວ; ຫລືຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ເຂົ້າມາໃນຮັດເມັອະຈະຊອກຫາວຽກເຮັດ; ຫລື ເຂົ້າມາໃນຮັດຍ້ອນການຮັບປະກັນວຽກງານໃຫ້ເຮັດ.

ທຸກຄົນຜູ້ທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບເປັນຄົນອາໄສຢູ່ໃນຮັດວໍຊິງຕັນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ຕອບ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງທຸກຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນຄົນອາໄສຢູ່:

ການໃຊ້ຢາສູບ

ມີສະມາຊິກຂອງຄອບຄົວຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງໃບຄົນໃດຄົນນຶ່ງໄດ້ໃຊ້ຜະລິດທະພັນຢາສູບເປັນປົກກະຕິໃນ 6 ເດືອນຜ່ານມາ ບໍ່ແມ່ນ ຕອບ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງເຂົາເຈົ້າໃສ່:
(ຄຳຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄຳຖາມນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສຳລັບ Apple Health)

ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຜູ້ໃຫຍ່ເສັຽອົງຄະ

ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຜູ້ໃຫຍ່ເສັຽອົງຄະແມ່ນບຸກຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກງານໄດ້ຍ້ອນຄວາມເສັຽອົງຄະ ແລະຫວັງເພິ່ງໃສ່ສະມາຊິກຄອບຄົວສໍາລັບການຜູ້ມອຸ.

ທ່ານມີລູກຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ເປັນຄົນຫວັງເພິ່ງເສັຽອົງຄະ ອາຍຸ 26 ປີຫລືແກ່ກວ່າບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງເອົາເຈົ້າໃສ່:

(ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄໍາຖາມອັນນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບ **Apple Health**)

ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບລູກ ແລະ ບ່ອນຄຸມຂັງ

1. ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ທ່ານກໍາລັງຂໍໃຫ້ຢູ່ໃນລູກ ຫລື ລູກໃຫຍ່ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງເອົາເຈົ້າໃສ່:

2. ການຕັດສິນການກ່າວຫາກໍາລັງໄຈະຢູ່ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

3. ວັນທີ່ປ່ອຍຕົວແມ່ນພາຍໃນ 30 ວັນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ການຈົດຊື່ລົງທະບຽນບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ລົງທະບຽນເພື່ອຈະບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຢູ່ບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ດຽວນີ້, ທ່ານຢາກສະມັກຈົດຊື່ເພື່ອຈະບ່ອນບັດບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລືອກວ່າ “ແມ່ນ” ໃບຟອມການລົງທະບຽນບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຈະຖືກສົ່ງໄປໃຫ້ທ່ານ.

ການສະມັກທີ່ຈະລົງທະບຽນຫລືການປະຕິເສດທີ່ຈະບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງຈໍານວນຂອງການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານຈະຖືກເອົາໃຫ້ ຫລື ເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການຂຽນປະກອບໃບຄໍາຮ້ອງຂໍລົງທະບຽນການບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຢູ່ທີ່ສາຍດ່ວນໂທຟຣີ voter registration hotline ຂອງຮັດວໍຊິງຕັນ, 1-800-448-4881. ການຕັດສິນໃຈວ່າຈະຊອກຫາ ຫລື ຮັບເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອແມ່ນຂອງທ່ານເອງ. ທ່ານຈະຂຽນປະກອບໃບຄໍາຮ້ອງຕາມລໍາພັງສ່ວນຕົວກໍໄດ້.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງໄດ້ເຂົ້າແຊກແຊງນໍາສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະລົງທະບຽນເພື່ອຈະບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ ຫລື ທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະລົງທະບຽນເພື່ອຈະບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ, ຫລື ສິດທິຂອງທ່ານໃນສິດທິສ່ວນຕົວໃນການຕັດສິນໃຈວ່າຈະລົງທະບຽນ ຫລື ບໍ່, ທ່ານຈະຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກໄດ້ນໍາຜະແນກ Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, ອີເມລ໌ elections@sos.wa.gov, ຫລື ໂທຫາ 1-800-448-4881.

ລາຍເຊັນສໍາລັບຜູ້ຮ້ອງຂໍເອົາໂຄງການ **Qualified Health Plan**

ຢຸດ: ທ່ານສາມາດມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນຟຣີຫລືໃນຮາຄາຕໍ່າ.ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການຢາກໃຫ້ຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານຖືກຜິາຮະນາເບິ່ງ ແລະ ຢາກຈະຈົດຊື່ເຂົ້າໃນໂຄງການ **Qualified Health Plan (QHP)**, ຈົ່ງເຊັນຊື່ເຂົ້າຊ່ວຍນີ້ ແລະ ຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.ທ່ານຈະຈ່າຍເຕັມຮາຄາສໍາລັບການຄຸ້ມກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຂຽນປະກອບພາກທີ 2 ຂອງໃບຄໍາຮ້ອງ.

ອ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫລື ໄດ້ຖືກອະທິບາຍສູ່ອ້າພະເຈົ້າຝັງສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງອ້າພະເຈົ້າ.

ໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງໃບນີ້ທ່ານໄດ້ເຫັນພ້ອມນໍາໂຄງການ Washington Healthplanfinder ທີ່ຈະແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດຂອງທ່ານນໍາຕ້ອງການຂອງຮັດ ແລະ ຮັດຖະບານກາງບ່ອນອື່ນໆ.

ລາຍເຊັນ

ວັນທີ

ດຳເນີນຕໍ່ໄປ: ເພື່ອຈະສະມັກຂໍເອົາໂຄງການ **Washington Apple Health (Medicaid)** ຫລື ເຄຣດິດພາສີເພື່ອຈະລຸດຄ່າທຳນຽມປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບຂອງທ່ານລົງ, ທ່ານຕ້ອງຂຽນປະກອບພາກທີ 2 ຂອງຄຳຮ້ອງໃບນີ້.

ພາກທີ 2

1

ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບ

ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ມີປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບບໍ່ນອກຈາກໂຄງການ Washington Apple Health (Medicaid or CHIP)?

(ຕົວຢ່າງລວມເອົາປະກັນພ້ອມເອກຊົນ ຫລື ຂອງນາຍຈ້າງ, ປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນ, ປະກັນ ພ້ອມສະວັດດີການຈຳກັດ, Medicare, ນັກຮົບເກົ່າ,

Peace Corps, Tri-Care, ແລະປະກັນພ້ອມອື່ນໆ) ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງບອກຮາຍຮະອຽດໃສ່ໃນຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຖ້າຫລາຍກວ່າຄົນນຶ່ງມີປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບ, ໃຫ້ໃຊ້ກະດາດເພີ່ມເຕີມ.

ບໍລິສັດປະກັນພ້ອມຫລື ຊື່ຂອງ ນາຍຈ້າງ:	ເລກນະໂຍບາຍ:	ເລກກຸ່ມ:
_____	_____	_____
ຊື່ຂອງຜູ້ກຳນະໂຍບາຍ/ຊື່ຂອງພະນັກງານ:	ວັນເກີດຂອງຜູ້ກຳນະໂຍບາຍ:	
_____	_____	
ອຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ໂຄງການອັນນີ້:	ອຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ໂຄງການອັນນີ້:	
_____	_____	
ອຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ໂຄງການອັນນີ້:	ອຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ໂຄງການອັນນີ້:	
_____	_____	
ອຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ໂຄງການອັນນີ້:	ອຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ໂຄງການອັນນີ້:	
_____	_____	

2

ປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບຂອງເດັກນ້ອຍ

ຂ້າມຄຳຖາມນີ້ໄປ ແລະ ໄປຫາພາກສ່ວນຕໍ່ໄປ (ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບໃບບິນພະຍາບານທີ່ບໍ່ທັນຈ່າຍເທື່ອ) ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນສຳລັບເດັກນ້ອຍ.

ປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບຂອງທ່ານຄຸ້ມກັນລູກຂອງທ່ານບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງເດັກນ້ອຍໃສ່: _____

ທ່ານໄດ້ປ່ອຍການຄຸ້ມກັນປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບຂອງລູກຂອງທ່ານໄປ, ຕຳກວ່າອາຍຸ 19 ປີ, ພາຍໃນສີ່ເດືອນຜ່ານມາບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ການຄຸ້ມກັນສິ້ນສຸດລົງເມື່ອໃດ? _____

3

ຮາຍຮະອຽດໃບບິນພະຍາບານທີ່ຍັງບໍ່ທັນຈ່າຍເທື່ອ

ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳການຈ່າຍໃບບິນພະຍາບານທີ່ຍັງບໍ່ທັນຈ່າຍເທື່ອຊຶ່ງໄດ້ເກີດຂຶ້ນໃນເດືອນໃດເດືອນນຶ່ງຂອງ 3 ເດືອນທັນທີກ່ອນເດືອນປັດຈຸບັນນີ້ບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ,ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນ :

4

ການເບິ່ງແຍງເດັກກຳຜ້າໃນຜ່ານມາ

ການເບິ່ງແຍງເດັກກຳຜ້າໃນຜ່ານມາ 18-25 ປີດຽວນີ້ເປັນຢູ່ໃນບ່ອນລ້ຽງເດັກກຳຜ້າບໍ່ເມື່ອເວລາເຂົາເຈົ້າຮອດ18 ປີ?

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ,ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນ :

5

ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການພະຍາບານສຸກເສີນຂອງຄົນທີ່ບໍ່ເປັນສັນຊາດ

ທ່ານ ຫລື ສະມາຊິກຄອບຄົວອາດຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນສຸກເສີນຈຳກັດຢູ່ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນຢ່າງອື່ນຍ້ອນສະພາບການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ.

ຫມາຍໃສ່ທຸກໆບ່ອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳຄົນທີ່ບໍ່ແມ່ນຄົນສັນຊາດຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ ແລະ ຂຽນຊື່ເຂົາເຈົ້າໃສ່ໃນບ່ອນເປົ່າວ່າງທີ່ເຂົາໃຫ້:

ໄດ້ຖືກປິ່ນປົວສຳລັບສະພາບພະຍາບານສຸກເສີນໃນເດືອນນີ້ຫລືໃນຮະຫວ່າງສາມເດືອນຜ່ານມາ:

ແມ່ນໃຜ: _____

ຕ້ອງການການຟອກເລືອດ ຫລື ການປິ່ນປົວພະຍາດມະເລງ:ແມ່ນໃຜ: _____

ຕ້ອງການຢາແກ້ການບໍ່ຍອມຮັບເຂົາເມື່ອງເປັນຜົນມາຈາກການຜ່າຕັດປ່ຽນອະວັຍຍະວະ: ແມ່ນໃຜ: _____

ຕ້ອງການການເບິ່ງແຍງຜູ້ເຖົ້າ,ການດຳຮົງຊີວິດທີ່ຖືກຊ່ວຍເຫລືອ,ຫລືການປິ່ນປົວຢູ່ເຮືອນ : ແມ່ນໃຜ: _____

6

ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການຖືພາຕັ້ງທ້ອງ

ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຖືພາຕັ້ງທ້ອງບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ (ໃຊ້ແຖວທີ່ສອງຖ້າຫາກວ່າຫລາຍກວ່າ 1 ຄົນກຳລັງຖືພາ

ຫລືມີການຖືພາຕັ້ງທ້ອງສິ້ນສຸດລົງ.) ຖ້າແມ່ນ,

ຂຽນຊື່:

ວັນທີລູກຈະເກີດ:

ຈຳນວນລູກທີ່ຄາດໄວ້:

ຂຽນຊື່:

ວັນທີລູກຈະເກີດ:

ຈຳນວນລູກທີ່ຄາດໄວ້:

ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄຳຮ້ອງໃບມີການຖືພາຕັ້ງທ້ອງໃນ 12 ເດືອນຜ່ານມາບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

(ໃຊ້ແຖວທີ່ສອງຖ້າຫາກວ່າຫລາຍກວ່າ 1 ຄົນມີການຖືພາຕັ້ງໜ້າສູນສຸດລົງ.) ຖ້າແມ່ນ,

ຂຽນຊື່:

ວັນທີ່ການຖືພາສູນສຸດລົງ:

ຂຽນຊື່:

ວັນທີ່ການຖືພາສູນສຸດລົງ:

7 ຣາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຮາຍໄດ້ທັງໝົດ

ພາກສ່ວນນີ້ຊ່ວຍພວກເຮົາພິຈາລະນາເບິ່ງຈຳນວນເງິນຂອງຮາຍໄດ້ທັງໝົດທີ່ຖືກດັດແປງ (MAGI) ຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ຮາຍໄດ້ MAGI ຕ້ອງຖືກໃຊ້ເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງວ່າທ່ານຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບສ່ວນຫລາຍ ຫລື ບໍ່. ກະຽນາຕອບຄຳຖາມຕໍ່ລົງໄປນີ້ສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວແຕ່ລະຄົນທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ຢ່າງຖືກຕ້ອງແນ່ນອນເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້. ຂຽນແຕ່ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຄະນິດຂອງຮາຍໄດ້ທີ່ຖືກປັບເທົ່ານັ້ນ.

ທ່ານຈະຕ້ອງຂຽນຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ (ຈຳນວນເງິນກ່ອນເງິນຫັກອອກ) ປັດຈຸບັນໃສ່ສຳລັບຕົວທ່ານເອງ, ຜົວເມັຽຂອງທ່ານແລະລູກຕຳກວ່າກະສຽນທຸກໆຄົນ ແລະ ຄົນຫວັງເພິ່ງທາງພາສີ ບໍ່ກ່ຽວກັບອາຍຸ, ນອກຈາກວ່າລູກຕຳກວ່າກະສຽນ ແລະ ຄົນຫວັງເພິ່ງທາງພາສີຈະບໍ່ຖືກປັບໃຫ້ຍິ່ນໃບພາສີ. ເພື່ອຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວ່າຈະລາຍງານຮາຍໄດ້ໄດ້ແນວໃດ, ຈົ່ງແວ່ເຂົ້າຢ້ຽມ wahbexchange.org/how-to-report-income

ຫມາຍເຫດ: ຄົນອາເມຣິກັນອິນດຽນ/ອາລາສກາດັງເດີມ (AI/AN) ບໍ່ຕ້ອງໄດ້ລາຍງານຮາຍໄດ້ AI/AN ຈັກຢ່າງຊຶ່ງຜະແນກງົບປະມານພາສີຮາຍໄດ້ຍົກເວັ້ນຈາກຮາຍໄດ້ທັງໝົດທີ່ໜັກພາສີໄດ້ຂອງ AI/AN ນອກຈາກນັ້ນອີກ, AI/AN ບໍ່ຕ້ອງໄດ້ລາຍງານຮາຍໄດ້ຢ່າງສຳລັບໂຄງການ Washington Apple Health (Medicaid) ຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍູ່ໃນກົດຫມາຍ WAC 182-509-0340.

ຮາຍໄດ້ຈາກວຽກງານ: ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານກຳລັງເຮັດວຽກຢູ່ປັດຈຸບັນນີ້ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກ, ຊື່ຂອງ ນາຍຈ້າງ, ແລະ ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ **ປັດຈຸບັນ** ຂອງພະນັກງານທີ່ໄດ້ຮັບເປັນເງິນຄ່າຮຽງງານ, ເງິນເດືອນ ຫລື ເປັນເງິນທົບ. ຢ່າສູ່ຂຽນຮາຍໄດ້ຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວໃສ່ໃນພາກສ່ວນນີ້, ຕົວຢ່າງວ່າຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຮັດວຽກຕາມຮະດູການ. ທ່ານຈະເລືອກທີ່ຈະເອົາຈຳນວນໄລ່ສະເລັ່ງຂອງຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານຖ້າຫາກວ່າການປ່ຽນແປງໃນອະນາຄົດໄດ້ຖືກຊັບອກຢ່າງແຈ້ງໄລ່ສະເລັ່ງຈຳນວນປະຈຳເດືອນໂດຍການໄລ່ສະເລັ່ງຮາຍໄດ້ກວມເອົາຮະຍະເວລາຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍູ່ໃນກົດຫມາຍ WAC 182-509-0310.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກ ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ

ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ ເມືອງ ຮັດ ຊືບໂຄດ

ໂຮ: _____
ຮາຍໄດ້ (ກ່ອນພາສີຖືກຫັກອອກ) ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ (ເງິນຄ່າຮຽງງານ, ເງິນເດືອນ, ເງິນທົບ, ບໍຣິສັດ, ຈຳນວນເງິນລ້ຽງຜົວເມັຽເງິນຄຸ້ມຄູ)

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຖືກສະເນີປະກັນພັຍສຸຂະພາບໃຫ້ໂດຍນາຍຈ້າງຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກສະເນີປະກັນພັຍໃຫ້

ໂຮ: _____
ຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຕຳສຸດທີ່ນາຍຈ້າງບ່ອນນີ້ໄດ້ສະເນີໃຫ້ເພື່ອຈະຄຸ້ມກັນແຕ່ພະນັກງານເທົ່ານັ້ນ?

ໂຮ: _____
ຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຕຳສຸດທີ່ນາຍຈ້າງບ່ອນນີ້ໄດ້ສະເນີໃຫ້ເພື່ອຈະຄຸ້ມກັນຄອບຄົວຂອງທ່ານແມ່ນເທົ່າໃດ?

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກ ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ

ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ ເມືອງ ຮັດ ຊືບໂຄດ

ໂຮ: _____
ຮາຍໄດ້ (ກ່ອນພາສີຖືກຫັກອອກ) ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ (ເງິນຄ່າຮຽງງານ, ເງິນເດືອນ, ເງິນທົບ, ບໍຣິສັດ, ຈຳນວນເງິນລ້ຽງຜົວເມັຽເງິນຄຸ້ມຄູ)

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຖືກສະເໜີປະກັນພັຍສຸຂະພາບໃຫ້ໃດຍນາຍຈ້າງຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກສະເໜີປະກັນພັຍໃຫ້

ຮ: _____
ຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຕຳສຸດທີ່ນາຍຈ້າງບ່ອນນີ້ໄດ້ສະເໜີໃຫ້ເພື່ອຈະຮຸ້ມກັນແຕ່ພະນັກງານເທົ່ານັ້ນ?

ຮ: _____
ຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຕຳສຸດທີ່ນາຍຈ້າງບ່ອນນີ້ໄດ້ສະເໜີໃຫ້ເພື່ອຈະຮຸ້ມກັນຄອບຄົວຂອງທ່ານແມ່ນເທົ່າໃດ?

ຊື່ຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກ

ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ

ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ

ເມືອງ

ຮັດ

ຊື່ປະເທດ

ຮ: _____
ຮາຍໄດ້ (ກ່ອນພາສີຖືກຫັກອອກ) ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ (ເງິນຄ່າຜຽງງານ, ເງິນເດືອນ, ເງິນທົບ, ບໍຣິສັດ, ຈຳນວນເງິນລ້ຽງຜົວເມັງ/ເງິນຊື້ມຸຊ)

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຖືກສະເໜີປະກັນພັຍສຸຂະພາບໃຫ້ໃດຍນາຍຈ້າງຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກສະເໜີປະກັນພັຍໃຫ້

ຮ: _____
ຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຕຳສຸດທີ່ນາຍຈ້າງບ່ອນນີ້ໄດ້ສະເໜີໃຫ້ເພື່ອຈະຮຸ້ມກັນແຕ່ພະນັກງານເທົ່ານັ້ນ?

ຮ: _____
ຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຕຳສຸດທີ່ນາຍຈ້າງບ່ອນນີ້ໄດ້ສະເໜີໃຫ້ເພື່ອຈະຮຸ້ມກັນຄອບຄົວຂອງທ່ານແມ່ນເທົ່າໃດ?

***ບອກຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານບໍ່ມີແຜນທີ່ຈະຮັບເອົາປະກັນພັຍສຳລັບຄົນອື່ນຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານກໍຕາມ. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄຳຖາມນີ້ຕໍ່ຄຳຖາມເຫລົ່ານີ້ຈະ ຫ້ອນເຖິງ ເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ **Apple Health** ຂອງທ່ານ.**

ຮາຍໄດ້ຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວ: ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນີ້ຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຈຳລັງເຮັດວຽກສ່ວນ ? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະຊວງຂອງນາຍຈ້າງປະຈຳເດືອນທີ່ຄາດຄະເນໄວ້ໃນປັດຈຸບັນ (ກຳໄລເມື່ອຮາຍຈຳບັດໄດ້ຖືກຈຳພັດ) ຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວ. ກະຊວງເບິ່ງໜ້າກິໄສຳລັບຮາຍຈຳບັດຂອງກິຈການຄ່າທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້. ທ່ານຈະເລືອກທີ່ຈະເອົາຈຳນວນໄລ່ສະເລັ່ງຂອງຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານຖ້າຫາກວ່າການປ່ຽນແປງໃນອະນາຄົດໄດ້ຖືກຊີ້ບອກຢ່າງແຈ້ງ. ໄລ່ສະເລັ່ງຈຳນວນປະຈຳເດືອນໂດຍການໄລ່ສະເລັ່ງຮາຍໄດ້ກວມເອົາຮະຍະເວລາຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍຢູ່ໃນກົດໝາຍ WAC 182-509-0370.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ _____ ຊື່ຂອງບໍຣິສັດ (ຖ້າມີຊື່ຢັ້ງ) _____ ຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ (ຢ່າສູ່ຂຽນຮາຍໄດ້ຂອງບໍຣິສັດ ຫລື S-ບໍຣິສັດໃຫຍ່ໃສ່ບ່ອນນີ້)

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ _____ ຊື່ຂອງບໍຣິສັດ (ຖ້າມີຊື່ຢັ້ງ) _____ ຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ (ຢ່າສູ່ຂຽນຮາຍໄດ້ຂອງບໍຣິສັດ ຫລື S-ບໍຣິສັດໃຫຍ່ໃສ່ບ່ອນນີ້)

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ _____ ຊື່ຂອງບໍຣິສັດ (ຖ້າມີຊື່ຢັ້ງ) _____ ຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ (ຢ່າສູ່ຂຽນຮາຍໄດ້ຂອງບໍຣິສັດ ຫລື S-ບໍຣິສັດໃຫຍ່ໃສ່ບ່ອນນີ້)

ຮາຍໄດ້ຈາກເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ: ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນີ້ຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ ຈຳລັງໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມຢູ່ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ຕອບ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນເງິນຮາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກ Social Security Administration ສຳລັບເງິນຜູ້ບຳນານ, ເລີ່ມຈາກ, ຫລື ຜູ້ລອດຊີວິດ. ຢ່າສູ່ລາຍງານເງິນຄວາມປອດພັຍພື້ນເຕີມ (SSI).

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (ບໍ່ແມ່ນເງິນ SSI)

ຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງຫມົດ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (ບໍ່ແມ່ນເງິນ SSI)

ຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງຫມົດ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (ບໍ່ແມ່ນເງິນ SSI)

ຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງຫມົດ

ຮາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນ: ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນີ້ຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ ຈຳລັງໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນຢູ່ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ຕອບ

ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາຂຽນຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທີ່ໄດ້ຮັບຈາກການເຊົ່າເຮືອນຂຽນ ຫລື ຊັບສິນສ່ວນຕົວ. ຂຽນຍອດຮາຍໄດ້ໃສ່, ຫລັງຈາກຮາຍຈ່າຍຂອງກິດຈະການຄ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນ

ຊື່ຂອງທີ່ດິນເຮືອນຂຽນ (ຖ້າມີຢູ່)

ຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນ

ຊື່ຂອງທີ່ດິນເຮືອນຂຽນ (ຖ້າມີຢູ່)

ຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນ

ຊື່ຂອງທີ່ດິນເຮືອນຂຽນ (ຖ້າມີຢູ່)

ຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ

ຮາຍໄດ້ຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວ: ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນີ້ຢູ່ທີ່ທ່ານ ຂໍໃຫ້ກຳລັງເຮັດວຽກສ່ວນຕົວຢູ່ປັດຈຸບັນນີ້ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ຕອບ

ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາຂຽນຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທີ່ຄາດຄະເນໄວ້ໃນປັດຈຸບັນ (ກ່າວເຖິງຮາຍຈ່າຍໄດ້ຖືກຈ່າຍແລ້ວ) ຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວ. ກະຮຸນາເບິ່ງຫນັງສືສຳລັບຮາຍຈ່າຍຂອງກິດຈະການຄ້າທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້. ທ່ານຈະເລືອກທີ່ຈະເອົາຈຳນວນໄລ່ສະເລັ່ງຂອງຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານຖ້າຫາກວ່າການປ່ຽນແປງໃນອະນາຄົດໄດ້ຖືກຊີ້ບອກຢ່າງແຈ້ງ. ໄລ່ສະເລັ່ງຈຳນວນປະຈຳເດືອນໂດຍການໄລ່ສະເລັ່ງຮາຍໄດ້ກວມເອົາຮະຍະເວລາຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍູ່ໃນກົດຫມາຍ WAC 182-509-0370.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ

ຊື່ຂອງບໍຣິສັດ (ຖ້າມີຊື່ຢູ່)

ຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ (ຢ່າສູ່ຂຽນຮາຍໄດ້ຂອງບໍຣິສັດ ຫລື S-ບໍຣິສັດໃຫຍ່ໃສ່ບ່ອນນີ້)

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ

ຊື່ຂອງບໍຣິສັດ (ຖ້າມີຊື່ຢູ່)

ຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ (ຢ່າສູ່ຂຽນຮາຍໄດ້ຂອງບໍຣິສັດ ຫລື S-ບໍຣິສັດໃຫຍ່ໃສ່ບ່ອນນີ້)

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ

ຊື່ຂອງບໍຣິສັດ (ຖ້າມີຊື່ຢູ່)

ຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ (ຢ່າສູ່ຂຽນຮາຍໄດ້ຂອງບໍຣິສັດ ຫລື S-ບໍຣິສັດໃຫຍ່ໃສ່ບ່ອນນີ້)

ເງິນຄວາມປອດພັນຂອງສັງຄົມ: ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນ ນຶ່ງຜູ້ທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ກຳລັງໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັນຂອງສັງຄົມຢູ່ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ຕອບ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນເງິນຮາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກສຳລັບເງິນເບື້ອງບຳນານ, ເລັ່ງອົງຄະ, ຫລື ຜູ້ລອດຊີວິດ. ຢ່າສູລາຍງານເງິນຄວາມປອດພັນພົມເຕີມ (SSI).

ຊື່ຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັນຂອງສັງຄົມ (ບໍ່ແມ່ນເງິນ SSI)

ຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງຫມົດ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັນຂອງສັງຄົມ (ບໍ່ແມ່ນເງິນ SSI)

ຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງຫມົດ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັນຂອງສັງຄົມ (ບໍ່ແມ່ນເງິນ SSI)

ຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງຫມົດ

8

ຮາຍໄດ້ອື່ນໆ

ຢ່າສູລວມເຂົ້າໃສ່ນຳເງິນລ້ຽງລູກ ຫລື ເງິນນັກຮຽນເກົ່າທີ່ບໍ່ແມ່ນເບື້ອງລ້ຽງ, ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ ແລະ ບອກພວກເຮົາວ່າແມ່ນໃຜໄດ້ເງິນນັ້ນ ແລະ ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບເປັນຈຳນວນເທົ່າໃດ, ແລະ ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ.

ເງິນລ້ຽງດູລູ່ຜົວເມັງ/ເງິນຊົມອູຜົວເມັງ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ເງິນຈ່າຍປະຈຳປີຫລືເງິນເບື້ອງລ້ຽງ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ເງິນຕົ້ນທຶນໄດ້ກຳໄລ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ເງິນຈ່າຍກຳໄລປັນກັນ, ສະຕອກ, ຫລື ເງິນແບ່ງສ່ວນ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ຮາຍໄດ້ຈາກການເຮັດຝາມ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ຮາຍໄດ້ຈາກຕ່າງປະເທດ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ຮາຍໄດ້ຈາກບັນຊີສິນເຊື້ອ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ເງິນກຳໄລດອກເບື້ອງ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ຮາຍໄດ້ຈາກ IRA	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____

ຮາຍໄດ້ຫັກພາສີອອກໄດ້ອື່ນໆ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ເງິນເບື້ຽນຈຳນວນກົມທາງຮິດໄຟ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ຮາຍໄດ້ຈາກຄ່າລິກຂະສິດ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ຮາຍໄດ້ຈາກຊົນເຜົ່າທີ່ຫັກພາສີໄດ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ເງິນວ່າງງານ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____

ສະມາຊິກອາຍຸຕໍ່ກວ່າ 19 ປີ ຫລື ຄົນຫວັງເພິ່ງອີງຕາມພາສີຢູ່ໃນຄຳຮ້ອງໃບນີ້ຈະສອດຄ່ອງນຳກົດກຳນົດທີ່ຈະຢືນໃບພາສີຮາຍໄດ້ຂອງຮັດຖະບານການໃບນີ້ບໍ່?

_____	ບໍ່ແມ່ນ	ແມ່ນ
_____	ບໍ່ແມ່ນ	ແມ່ນ
_____	ບໍ່ແມ່ນ	ແມ່ນ

9 ເງິນຫັກອອກ

ຮາຍຈ່າຍເຫລົ່ານີ້ສາມາດລຸດຈຳນວນເງິນຂອງຮາຍໄດ້ຊຶ່ງພວກເຮົາໃສ່ສຳລັບການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບບາງຊະນິດ, ຄືກັນກັບຜະແນກ IRS ໃຊ້ມັນເພື່ອຈະລຸດຈຳນວນເງິນ ພາສີທີ່ທ່ານຕິດຢູ່. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຕອບ, ທ່ານຍັງຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບຟຣີ ຫລື ໃນຮາຄາຕໍ່ຢູ່.

ເງິນສ້ຽງດູລູຜົວເມັງເງິນຊຸ້ມຜົວເມັງທີ່ຖືກຈ່າຍອອກໄປ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ຮາຍຈ່າຍການຄ້າທີ່ທວງເອົາໄດ້ບາງຢ່າງ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ຮາຍຈ່າຍສຳລັບນາຍຄູ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ເງິນບໍຣິຈາກບັນຊີອອມສິນສຸຂະພາບ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____

ຄ່າຍົກຍ້າຍສຳລັບການຍົກຍ້າຍທະຫານທາງການ	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ເງິນປັບໄຫມໃນການຖອນເງິນອອມສິນກ່ອນກຳນົດ	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ເງິນປັບໄຫມໃນການຖອນເງິນອອມສິນກ່ອນກຳນົດ	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບວຽກງານສ່ວນຕົວ	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ແຜນການເບັ້ງບຳນານວຽກງານສ່ວນຕົວ	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ພາສີວຽກງານສ່ວນຕົວ	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ດອກເບັ້ງເງິນກູ້ຢືນັກສຶກສາ	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	ໂດ: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____

10

ຮາຍຮະອຽດເພີ້ມເຕີມ

ມີສະມາຊິກຄົນໃດຄົນນຶ່ງຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເຫລົ່ານີ້ແນວໃດແນວນຶ່ງບໍ່?

- a. ການບໍ່ຮຽນຮ້ອນເປັນປົວຮະຍະຍາວຍ້ອນວ່າທ່ານກຳລັງອາໄສຢູ່ໃນປັດຈຸບັນນີ້ ຫລື ຄາດວ່າຈະຍ້າຍໄປຢູ່ໃນສະຖາບັນປົວພະຍາບານ, ເຊັ່ນວ່າເຮືອນຜູ້ເຖົ້າ. ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ
ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນ: _____
ຊະນິດຂອງສະຖາບັນປົວ: _____
- b. ຄົນເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ໃນເຮືອນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນ: _____
- c. ການບໍ່ຮຽນຮ້ອນເປັນປົວຊ່ວຍເຫລືອນຳການອາໄສຢູ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນ: _____
- d. ການບໍ່ຮຽນຮ້ອນຜ່ານ Division of Developmental Disabilities? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ
ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນ: _____
- e. ການປົວ Hospice care? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນ: _____

f. ການຄຸ້ມກັນປົນປົງສຸຂະພາບຍ້ອນວ່າເວົ້າເຈົ້າບໍ່ສາມາດທີ່ຈະເຮັດວຽກໄດ້ຍ້ອນສະພາບຂອງສຸຂະພາບຫລືຄວາມເສັຽອົງຄະບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນ: _____

ທ່ານຈະຖືກບິ່ງໃຫ້ຂຽນປະກອບໃບຟອມ HCA form 18-005 (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf)

ຖ້າຫາກວ່າສິ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້ແນວ ໃດແນວນັ້ນກ່ຽວຂ້ອງນຳ:

- ທ່ານມີອາຍຸ 65 ປີຫລືແກ່ກວ່າຫລືໄດ້ຮັບ Medicare.
- ທ່ານໄດ້ຕອບວ່າແມ່ນຕໍ່ຄຳຖາມອັນໃດອັນນຶ່ງໃນ າ-ພ ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້.
- ທ່ານຮ້ອງຂໍເວົ້າໂຄງການ Medically Needy (MN) ຫລື Apple Health for Workers with Disabilities (HWD).

11 ອ່ານຢ່າງຮະມັດຮະວັງກ່ອນເຊັນຊື່

ການເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດໃຫ້ທ້ອງການຂອງຮັດ ແລະ ຮັດຖະບານກາງອື່ນໆ:

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ ຮຽາຊຸຣິນງທໂນ ຫຕາລທຣປລານພິນດຣ ທີ່ຈະພິສູດຮາຍຮະອຽດ ກ່ຽວກັບພາສີຮາຍໄດ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າທາງເອເລກ ໂຕຣນິກໃນຮະຫວ່າງການ ດຳເນີນການຕໍ່ໃຫມ່ປະຈຳປີເປັນຮະຍະເວລາເຖິງ 5 ປີ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດປ່ຽນຄຳອະນຸຍາດ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃນທຸກໆເວລາ. ໂດຍການ ຫມາຍ ໃສ່ບອກນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເວົ້າເຖິງເຄຣດິດພາສີຖືກໄລ່ໃສ່ການຕໍ່ໃຫມ່ປະຈຳປີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ໂດຍບໍ່ຕ້ອງມີການກະທຳຕໍ່ໄປໃດໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫລື ໄດ້ຖືກອະທິບາຍໃຫ້ຂ້າ ພະ ເຈົ້າຝັງສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະໄດ້ຮັບໃບໂກປີຂອງ ສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບ ຂອງລູກຄ້າ.

12 ການຮຽງການ ແລະ ລາຍເຊັນ

ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນ Washington Apple Health (Medicaid) ຝຣີ ຫລື ຮາຄາຕ່ຳ ຫລື ເຄຣດິດພາສີເພື່ອຈະ ຈຸດຄ່າທຳນຽມຂອງທ່ານລົງ, ລາຍເຊັນຂອງທ່ານຕ້ອງມີຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈຮາຍຮະອຽດ ຢູ່ໃນຄຳຮ້ອງໃບນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງວ່າ, ພາຍໃຕ້ ການປັບໂຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເທັດ, ຮາຍຮະ ອຽດທີ່ຂ້າພະ ເຈົ້າ ເວົ້າໃຫ້ຢູ່ໃນຄຳ ຮ້ອງໃບນີ້ເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ, ແລະ ຄົບຖ້ວນ ອີງຕາມ ຄວາມຮັບຮູ້ທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

_____ ລາຍເຊັນ _____ ວັນທີ