

## ຄຳຮ້ອງຂໍສຳລັບໂຄງການ Washington Apple Health ສຳລັບການບໍລິການແລະການຊຸມຊົນແກ່ຊາຮາ, ຕາບອດ, ເສັຽອົງຄະ/ ການປົວຮະຍະຍາວ

ຈົ່ງໃຊ້ຄຳຮ້ອງໃບນີ້ເພື່ອຈະເບິ່ງວ່າການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບແນວໃດແດ່ທີ່ທ່ານອາດຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຖ້າຫາກວ່າ:

- ທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການປົວແລະການຊຸມຊົນ ຮະຍະຍາວ (LTSS) ເຊັ່ນວ່າການປົວຢູ່ເຮືອນຜູ້ເຖົ້າ, ສະຖານທີ່ດຳລົງຊີວິດທີ່ຖືກຊ່ວຍເຫລືອ, ເຮືອນຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່, ໂຄງການປົວຢູ່ເຮືອນ, ຫລື ໂຄງການຊຸມຊົນທີ່ຖືກເຮັດຂຶ້ນມາສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ແກ່ກວ່າ (TSOA)
- ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານມີ Medicare
- ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ Medicare ຫລື ຄ່າປະກັນພ້ອມຈ່າຍຮ່ວມກັນ
- ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານມີອາຍຸ 65 ປີ ຫລື ແກ່ກວ່າ
- ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານມີຄວາມເສັຽອົງຄະ ແລະບໍ່ມີ Medicare
- ສຳລັບ TSOA: ທ່ານມີອາຍຸ 55 ປີຫລືແກ່ກວ່າ, ແລະທ່ານຫລື ຜູ້ເບິ່ງແຍງຜູ້ທີ່ບໍ່ຖືກຈ່າຍເງິນໃຫ້ຂອງທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊຸມຊົນ

**ຫມາຍເຫດ:** ຮ້ອງຂໍເອົາເອົາຫລືຕິໃຫມ່ການຄຸ້ມກັນ Apple Health ຂອງທ່ານທາງອອນລາຍຜ່ານ Washington Healthplanfinder ຫລື [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org) ໂດຍການໂທຫາ 1-855-923-4633 ຖ້າຫາກວ່າທ່ານ:

- ຜູ້ໃຫຍ່ອາຍຸ 19 ຫາ 64 ປີ.
- ຮ້ອງຂໍໃຫ້ເດັກນ້ອຍ.
- ພໍ່ແມ່ຫລືຜູ້ປົກຄອງຮ້ອງຂໍໃຫ້ເດັກນ້ອຍ.
- ຖືພາຫລືຮ້ອງຂໍໃຫ້ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ຖືພາຕັ້ງທ້ອງ.

### ສະມັກໄດ້ໂວກວ່າທາງອອນລາຍນີ້

- ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທາງອອນລາຍນີ້ໄດ້ທີ່ [washingtonconnection.org](http://washingtonconnection.org)

### ຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງການເພື່ອຈະຂໍເອົາ:

- ເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ
- ວັນເກີດ
- ສະພາບການເຂົ້າເມືອງ
- ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຮາຍໄດ້
- ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຊັບສິນແລະຊັບສິນບັດ (ເຊັ່ນວ່າເງິນຍັງ ເຫລືອຢູ່ໃນບັນຊີທະນາຄານ, ສະຕອກ, ບອນດ໌, ສິນເຊື້ອ, ບັນຊີເບັ້ງບຳນານ)

### ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງຂໍຮາຍຮະອຽດຫລາຍແນວແທ້?

- ພວກເຮົາຈະໃຊ້ຮາຍຮະອຽດເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງວ່າການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບແນວໃດແດ່ທີ່ທ່ານອາດຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ. ພວກເຮົາຈະເກັບຮັກສາຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ໄວ້ເປັນຄວາມລ້າມທີ່ຖືກຍິ່ງໄວ້ໂດຍກົດຫມາຍ.

ຈະສົ່ງໄປໃສບາດຮ້ອງທີ່ຖືກຂຽນປະກອບ ແລະ ເຊັນຊີໃສ່ແລ້ວຂອງທ່ານໄປທີ່:

ສຳລັບການຄຸ້ມກັນອີງຕາມຄວາມເສັຽອົງຄະ **Washington Apple Health**, ການຄຸ້ມກັນຄົນອົບອົ້ນ ແລະ ການຄຸ້ມກັນສຳລັບຄົນອາດຸໄສ 65+, ແລະ ໂຄງການທີ່ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ ແລະ ຮາຍຈ່າຍຂອງ Medicare

- ສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄປທີ່:  
DSHS  
Community Services Division - Customer Service Center  
PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- ແຟກຊີໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄປທີ່ 1-888-338-7410
- ເອົາໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄປຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຊົນທ້ອງຖິ່ນ (CSO).
- ເບິ່ງ [dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office](http://dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office) ສຳລັບສະຖານທີ່.
- ສະມັກທາງອອນລາຍນີ້ໄດ້ທີ່ [washingtonconnection.org](http://washingtonconnection.org)
- ຮ້ອງຂໍເອົາທາງໂທຣະສັບໄດ້ທີ່ 1-877-501-2233

ສຳລັບການຄຸ້ມກັນການປົ່ນປົວແລະການຄຸ້ມຄຸ້ມຮູບຮ່າງຍາວເຊັ່ນວ່າການປົ່ນປົວຢູ່ເຮືອນຜູ້ເຖົ້າ, ການປົ່ນປົວສ່ວນຕົວຢູ່ເຮືອນ, ສະຖານທີ່ດຳຮົງຊີວິດທີ່ຖືກຊ່ວຍເຫລືອ, ເຮືອນຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່, ແລະໂຄງການປົ່ນປົວຢູ່ໃນຄອບຄົວເຮືອນຜູ້ໃຫຍ່ **TSOA**

- ສິ່ງໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄປທີ່:  
DSHS  
Home and Community Services  
PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826
- ເພື່ອຈະຊອກຫາຫ້ອງການ Home and Community Services (HCS) ທ້ອງຖິ່ນແວ່ປ່ຽນ **dshs.wa.gov/office-locations**
- ແຟັກຊີໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄປທີ່ **1-855-635-8305**
- ສະມັກທາງອອນລາຍນີ້ໄດ້ທີ່ **washingtonconnection.org**
- ສຳລັບແຫລ່ງຊ່ວຍເຫລືອ LTSS ເພີ່ມເຕີມແວ່ປ່ຽນ **dshs.wa.gov/altsa/resources**
- ສຳລັບແຫລ່ງຊ່ວຍເຫລືອ TSOA ເພີ່ມເຕີມໂທຫາເລກ **1-855-567-0252** ຫລືຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການ Area Agency on Aging (AAA) ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານເພື່ອຈະເວົ້າກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານການເບິ່ງແຍງຄອບຄົວ.ຊອກຫາຫ້ອງການ AAA ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ: **wacalc.org**

# ສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ

## ສິດທິຂອງທ່ານ (ພວກເຮົາຕ້ອງ) ສຳລັບໂຄງການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບທຸກໆໂຄງການ

ຊ່ວຍທ່ານອ່ານ ແລະ ຮຽນປະກອບໃບຟອມທີ່ຖືກຂໍເອົາທຸກໆໃບ. ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ Department of Social and Health Services (DSHS) ໄດ້ທີ່ 1-877-501-2233 ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ.

ເອົາການບໍລິການດ້ານນາຍພາສາ ຫລື ນາຍແປເອກສານໃຫ້ ໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າທ່ານ ແລະ ໂດຍປາດສະຈາກການຖ່ວງເວລາໃນເວລາປະສານຕິດຕໍ່ນຳ DSHS ຫລື Health Care Authority (HCA).

ເັກບໍລິການສາຍຮະອຽດສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໄວ້ເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວ ແຕ່ວ່າພວກເຮົາຈະແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນບາງຢ່າງນຳເຖິງການຂອງຮັດ ແລະ ຮັດຖະບານກາງບ່ອນອື່ນ, ສະຖາບັນການເງິນ, ແລະຜູ້ມີສັນຍານຳ HCA ສຳ ລັບຈຸດປະສົງຂອງເງື່ອນ ໄຂ່ໄດ້ຮັບ ແລະ ການຈົດຊື່ເຂົ້ານຳ.

ໃຫ້ໂອກາດແກ່ທ່ານທີ່ຈະອຸທອນ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນຜົນມາການພິຈາະນາຕັດສິນທີ່ຖືກເຮັດໂດຍໂຄງການ DSHS ຫລື HCA ຊຶ່ງສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານສຳລັບການຄຸ້ມກັນສຸຂະພາບ, ການປົວຮະຍະຍາວ ແລະ ການຄຸ້ມຄູ (LTSS), ຫລື ແຜນການສຸຂະພາບ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາການອຸທອນ, ສຳນວນເອກສານຂອງທ່ານຈະຖືກກວດເບິ່ງຄືນ. ເພື່ອຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການອຸທອນສຳລັບໂຄງການຂອງ DSHS, ທ່ານຈະຕິດຕໍ່ຫາສູນກາງຕິດຕໍ່ຜະແນກປະຊາສັມພັນຂອງກົມ DSHS ໄດ້ທີ່ເລກ 1-877-501-2233 ຫລື ແວ່ຍັງຮຽນຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຊົນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກວ່າການອຸທອນແມ່ນສຳລັບອຳຕັດສິນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມກັນ Washington Apple Health, ຊຶ່ງຖືກແກ້ໄຂບໍ່ໄດ້ໂດຍການກວດເບິ່ງສຳນວນເອກສານຄືນ, ທ່ານຈະຖືກມັດມາຝັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງ.

ເຮັດນຳທ່ານຢ່າງຍຸຕິທັມ. ການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະແມ່ນຜິດຕໍ່ກົດໝາຍ. DSHS ແລະ HCA ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນເມືອງຂອງຮັດຖະບານກາງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ ແລະ ບໍ່ແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໃສ່ພື້ນຖານຂອງຜິວພັນ, ສີສັນ, ເຊື້ອຊາດຕັ້ງເຕີມ, ອາຍຸ, ຄວາມເສຍອົງຄະ, ຫລືເພດ. DSHS ແລະ HCA ບໍ່ຍົກເວັ້ນບຸກຄົນ ຫລື ເຮັດນຳເອົາເຈົ້າແຕກຕ່າງໄປຍ້ອນຜິວພັນຂອງເອົາເຈົ້າ, ສີສັນ, ເຊື້ອຊາດຕັ້ງເຕີມ, ອາຍຸ, ຄວາມເສຍອົງຄະ, ຫລື ເພດ.

DSHS ແລະ HCA ຍັງຈະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຂອງຮັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳອີກຄືກັນ ແລະ ບໍ່ແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໃສ່ອີງຕາມພື້ນຖານຂອງຄວາມເຊື່ອຖືທາງສາສະນາ, ເພດ, ການສະແດງອອກມາທາງເພດ ຫລື ເອກະລັກປະຈຳຕົວ, ຄວາມອຸ່ນອ່ຽງທາງເພດ, ສະພາບແຕ່ງງານ, ສາສະນາ, ນັກຮັບເກົ່າພັນຫນ້າທີ່ຢ່າງມີກຽດ ຫລື ສະພາບທະຫານ, ຫລື ການໃຊ້ຫມາ ນຳທາງທີ່ຖືກຝຶກຝົນມາໂດຍບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມເສຍອົງຄະ.

DSHS ແລະ HCA:

- ເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ ແລະ ການບໍລິການຟຣີໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມເສຍອົງຄະເພື່ອວ່າເອົາເຈົ້າຈະສາມາດຕິດຕໍ່ສື່ສານນຳພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີຜົນ, ເຊັ່ນວ່າ:
  - ນາຍແປພາສາໃບທີ່ມີຄຸນນະຈຸດທິ
  - ຫນັງສືຮາຍຮະອຽດໃນແບບຮູບຮ່າງແນວອື່ນ (ຕົວພິມໃຫຍ່, ເຄື່ອງອັດສຽງ, ແບບຮ່າງເອເລກໂຕຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ແບບຮູບຮ່າງອື່ນ)
- ເອົາການບໍລິການດ້ານການແປພາສາຟຣີໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ ມີພາສາຕົ້ນຕໍຂອງເອົາເຈົ້າບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊັ່ນວ່າ:
  - ນາຍແປພາສາທີ່ມີຄຸນນະຈຸດທິ
  - ຫນັງສືຮາຍຮະອຽດເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການເຫລົ່ານີ້, ຕິດຕໍ່ຫາ 1-877-501-2233.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າ DSHS ຫລື HCA ໄດ້ຜິດພາດທີ່ຈະເອົາການບໍລິການເຫລົ່ານີ້ໃຫ້ ຫລື ໄດ້ແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໃສ່ໃນຫນ້າທາງອື່ນທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້ນຳ:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DSHS</b><br/>ATTN: Constituent Services<br/>PO Box 45131<br/>Olympia, WA 98504-5131<br/>1-800-737-0617<br/>ແຟກຊ໌: 1-888-338-7410<br/><b>askdshs@dshs.wa.gov</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>HCA Division of Legal Services</b><br/>ATTN: Compliance Officer<br/>PO Box 42704<br/>Olympia, WA 98504-2704<br/>1-855-682-0787<br/>ແຟກຊ໌: 1-360-586-9551<br/><b>compliance@hca.wa.gov</b></li> </ul> |
|--|--|

ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້ໂດຍຕົນເອງ ຫລື ໂດຍທາງໄປສະນີ, ແຟກຊ໌, ຫລື ອີແມລ໌. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ, DSHS Constituent Services ຫລື HCA Division of Legal Services ກໍ່ມີໄວ້ໃຫ້ເພື່ອຈະ ຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ.

ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກສິດທິພົນເມືອງໄດ້ອີກຄືກັນນຳ U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ໂດຍທາງເອເລກໂຕຣນິກໄດ້ທີ່ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ໂດຍທາງໄປສະນີ ຫລື ໂທຣະສັບໄດ້ທີ່:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

ໃບຟອມຮ້ອງທຸກມີໄວ້ໃຫ້ຢູ່ທີ່ [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ (ທ່ານຕ້ອງ) ສໍາລັບໂຄງການຄຸ້ມກັນການປົ່ວສຸຂະພາບທຸກໆໂຄງການ

ການເປີດເຜີຍເລກ **SSN** ແລະ ສະພາບການເຂົ້າເມືອງ ດ້ວຍການຍົກເວັ້ນບາງຢ່າງ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ເອົາໃຫ້ເລກຄວາມປອດໄພຂອງສັງຄົມ (SSN) ຫລື ເລກເອກສານການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫລື ຄົນໃດຄົນໜຶ່ງອີກຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ຕ້ອງການຈະເຂົ້າການຄຸ້ມກັນການປົ່ວສຸຂະພາບ. ເລກ SSN ແມ່ນຕ້ອງມີເພື່ອຈະເຂົ້າເອກສານຄົດຂອງຄ່າທຳນຽມປະກັນພັນສຸຂະພາບ. ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານໂດຍການຢືນຢັນເອກກະລັກບຸກຄົນຂອງທ່ານ, ສັນຊາດ, ສະພາບການເຂົ້າເມືອງ, ວັນເກີດ, ແລະ ການມີໃຜໃຫ້ໃນການຄຸ້ມກັນການປົ່ວສຸຂະພາບແນວອື່ນ. ພວກເຮົາບໍ່ແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ນໍາຕໍ່ໂຄງການກວດຄົນເຂົ້າເມືອງອື່ນໆ.

ມັນເປັນໄປໄດ້ທີ່ຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນສໍາລັບສະມາຊິກບາງຄົນຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ແຕ່ວ່າບໍ່ຂໍໃຫ້ຄົນອື່ນ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີເລກ SSN ຫລື ເລກເອກສານການເຂົ້າເມືອງສໍາລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນ, ຄົນອື່ນຍັງສາມາດເຂົ້າ ແລະ ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ. ຕົວຢ່າງວ່າ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍເອົາໃຫ້ລູກຂອງທ່ານເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນກໍຕາມ. ການຮ້ອງຂໍເອົາຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງສະພາບການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ ຫລື ໂອກາດທີ່ຈະກາຍເປັນຄົນອາສັຍຢູ່ຖາວອນ ຫລື ເປັນຄົນສັນຊາດ.

ມັນຍັງມີໂຄງການ Washington Apple Health ໂຄງການອີກຄືກັນສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ບໍ່ສາມາດສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າເຂົາຢູ່ໃນປະເທດນີ້ຖືກຕ້ອງຕາມ ກົດໝາຍ. ແຕ່ວ່າຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເອົາໃຫ້ເລກ SSN ຫລື ເລກເອກສານການເຂົ້າເມືອງຂອງຄົນໃດຄົນໜຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະຕ້ອງໄດ້ຕິດຕາມ ນໍາທ່ານເພື່ອຈະເອົາຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຮາຍໄດ້ຂອງຜູ້ທີ່ບໍ່ເຂົ້າ.

ຖ້າຫາກວ່າຖືກຮ້ອງຂໍໂດຍຫ້ອງການ, ໃຫ້ສົ່ງຮາຍຮະອຽດ ຫລື ຫລັກຖານຕ່າງໆທີ່ຕ້ອງການມາໃຫ້ເພື່ອຈະຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ຫລື ບໍ່.

## ສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນຈະຮູ້ກ່ຽວກັບໂຄງການຄຸ້ມກັນການປົ່ວສຸຂະພາບທຸກໆໂຄງການ

ມັນມີກົດໝາຍຂອງຮັດ ແລະ ຮັດຖະບານກາງບາງຢ່າງ ຊຶ່ງຈະປົກຄອງການດໍາເນີນງານຂອງ Washington Connection, ແລະ ຮະບົບຄໍາຮ້ອງຂໍທີ່ຖືກບໍລິຫານໂດຍຮັດ, ສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນຄົນໃດຄົນໜຶ່ງທີ່ໃຊ້ມັນ ແລະ ການຄຸ້ມກັນທີ່ໄດ້ມາຈາກການໃຊ້ມັນ. ໂດຍການໃຊ້ຮະບົບເຫລົ່ານີ້, ທ່ານເຫັນພ້ອມນໍາທີ່ຈະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍທີ່ມັນກ່ຽວກັບຄົນໃດຄົນໜຶ່ງທີ່ໃຊ້ມັນ ແລະ ການຄຸ້ມກັນທີ່ເອົາເຈົ້າໄດ້ມາຈາກຜົນຂອງມັນ.

**The National Voter Registration Act of 1973** ບົ່ງໃຫ້ທຸກໆຮັດມີການຊ່ວຍເຫລືອຈິດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃຫ້ໂດຍຜ່ານຫ້ອງການຊ່ວຍເຫລືອສາທາລະນະ ຄົນ. ການຮ້ອງຂໍທີ່ຈະຈິດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ການປະຕິເສດທີ່ຈະຈິດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງການບໍລິການ ຫລື ການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານຈະຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍຫ້ອງການແຫ່ງນີ້. ທ່ານສາມາດຈິດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໄດ້ທີ່ [www.vote.wa.gov](http://www.vote.wa.gov) ຫລື ສົ່ງເອົາໃບຟອມຈິດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໄດ້ໂດຍການໂທໄປຫາ 1-800-448-4881.

**Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)** ການຈຳກັດຂອງໂຄງການກົດກັ້ນ HCA ແລະ DSHS ຈາກການເວົ້າລົມຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫລື ສະມາຊິກຄົນໃດຄົນໜຶ່ງຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານນໍາຄົນໃດຄົນໜຶ່ງ, ລວມທັງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ, ນອກຈາກວ່າບຸກຄົນນັ້ນມີອໍານາດຂອງທະນາຍຄວາມ ຫລືວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນຊື່ໃສ່ໃບອະນຸຍາດການເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດອັນນີ້. ອັນນີ້ຈະລວມເອົາການເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບໂຮກຈິດ, ຜົນຂອງການກວດພະຍາດ HIV, AIDS, STD ຫລື ການປິ່ນປົວ ແລະ ການບໍລິການການຕິດສານເສມີ.

**The Affordable Care Act** ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ DSHS ແລະ HCA ເອົາຮາຍຮະອຽດທີ່ຊັບອກຕົວສ່ວນບຸກຄົນ (PII) ຂອງທ່ານ ຫລື ສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານໃຫ້ຄົນໃດຄົນໜຶ່ງທີ່ບໍ່ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້ຮັບມັນ, ແລະ ໂດຍປາດສະຈາກການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ.

ຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ **DSHS** ແລະ **HCA** ຈະຖືກພິສູດໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະ ຮັດສໍາລັບຈຸດປະສົງຂອງການພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປົ່ວສຸຂະພາບ. ຫລັກຖານສາມາດລວມເອົາການຕິດຕໍ່ຕິດຕາມມາຈາກພະນັກງານຂອງຫ້ອງການ.

**HCA** ແລະ **DSHS** ບໍ່ຮັບຜິດຊອບສໍາລັບການບໍລິຫານໂຄງການປະກັນພັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ບໍລິສັດປະກັນພັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານສາມາດເອົາຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມໃຫ້ທ່ານອີກກ່ຽວກັບສະຖິຕິການຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄໍາຖາມແນວໃດກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຂອງໂຄງການປະກັນພັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ລວມທັງສະຖິຕິການແນວໃດແດ່ທີ່ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ, ແລະ ການເຮັດການທວງໃຫ້ຈ່າຍເງິນ ຫລື ການອຸທອນໃສ່ການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫລືອ, ທ່ານຄວນຈະຕິດຕໍ່ໄປຫາບໍລິສັດປະກັນພັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ທ່ານຈະຮ້ອງຂໍເອົາການບໍລິການດ້ານການເຮັດເງິນລ້ຽງເດັກໄດ້ໂດຍຜ່ານ **Division of Child Support (DCS)**. ເພື່ອຈະໄດ້ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການບໍລິການເຫລົ່ານີ້, ຈົ່ງໄປທີ່: [www.childsupportonline.wa.gov](http://www.childsupportonline.wa.gov) ຫລື ຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການ DCS ຫ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

## ສິດທິຂອງທ່ານ (ພວກເຮົາຕ້ອງ) ສໍາລັບໂຄງການ **Washington Apple Health** ເທົ່ານັ້ນ

ອະທິບາຍໃຫ້ທ່ານຝັງສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຖາມ.

**ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານສິ່ງຄຳຮ້ອງສ່ວນນຶ່ງເຂົ້າມາ** ຊຶ່ງລວມເອົາຢ່າງໜ້ອຍ, ຊື່ຂອງທ່ານ, ທີ່ຢູ່, ແລະ ລາຍເຊັນ ຫລື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຜູ້ຂໍ. ວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງສ່ວນນຶ່ງເປັນວັນທີ່ຂອງຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ, ຊຶ່ງຈະເປັນຜົນເຖິງເວລາທີ່ການຄຸ້ມກັນຂອງທ່ານກາຍເປັນມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໄດ້. ພວກເຮົາຈະບໍ່ທໍາການຕັດສິນຂັ້ນສຸດທ້າຍກ່ຽວກັບການຄຸ້ມກັນຂອງທ່ານຈົນກວ່າໝັ້ນຈາກທ່ານປະກອບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.

**ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານສິ່ງຄຳຮ້ອງ ຫລື ຄຳຮ້ອງສ່ວນນຶ່ງເຂົ້າມາ** ໂດຍການໃຊ້ແບບວິທີໃດກໍໄດ້ຊຶ່ງຖືກບັງຄັບພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ WAC 182-503-0005.

**ພິຈາລະນາດຳເນີນຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໂດຍທັນທີໂລດ** ແລະ ບໍ່ ກາຍເກີນຂອບເຂດເວລາຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍໄວ້ຢູ່ໃນກົດໝາຍ WAC 182-503-0060.

**ໃຫ້ເວລາທ່ານ 10 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ເມື່ອຈະສິ່ງຮາຍຮະອຽດທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການເພື່ອພິຈາລະນາສິດທິຄວນໄດ້ຮັບ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເອົາຮາຍຮະອຽດໃຫ້ພວກເຮົາ ຫລື ຂໍເອົາເວລາເພີ່ມເຕີມພວກເຮົາອາດຈະປະຕິເສດ, ປິດ, ຫລື ປ່ຽນແປງການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

**ຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ** ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການຊອກເອົາຮາຍຮະອຽດແນວໃດແນວນຶ່ງ ຫລື ຫລັກຖານທີ່ຕ້ອງການສໍາລັບພວກເຮົາເພື່ອຈະຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ຫລື ບໍ່. ຖ້າຫາກວ່າພວກເຮົາຕ້ອງການເອກສານທີ່ທ່ານຕ້ອງໄດ້ເສັຽເງິນ, ພວກເຮົາຈະສິ່ງໄປເອົາ ແລະ ຈ່າຍໃຫ້.

**ແຈ້ງບອກທ່ານ, ຢູ່ໃນກໍລະນີສ່ວນຫລາຍ, ຢ່າງໜ້ອຍ 10 ວັນ** ກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະຢຸດການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

**ເອົາໃບໜັງສືຄຳຕັດສິນໃຫ້ທ່ານ, ຢູ່ໃນກໍລະນີສ່ວນຫລາຍ, ພາຍໃນ 45 ວັນ.** ການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບສໍາລັບກໍລະນີຄວາມເສັຽອົງຄະບາງກໍລະນີອາດຈະໃຊ້ເວລາເຖິງ 60 ວັນ. ພວກເຮົາຈະເອົາໜັງສືຕັດສິນໃຫ້ສໍາລັບການພະຍາບານຖືພາພາຍໃນ 15 ວັນ.

**ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະເວົ້ານຳ** ຜູ້ສືບສວນຖ້າຫາກວ່າພວກເຮົາກວດເບິ່ງເອກສານຂອງທ່ານ. ທ່ານບໍ່ຕ້ອງໃຫ້ຜູ້ສືບສວນເຂົ້າມາໃນເຮືອນຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະຂໍໃຫ້ຜູ້ສືບສວນກັບຄືນມາໃຫ້ໄດ້ໃນເວລາອື່ນ. ການຮ້ອງຂໍແນວນີ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ.

**ດຳເນີນການຄຸ້ມກັນ Washington Apple Health ຕໍ່ໄປ** ໃນຂະນະທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການອື່ນໜຶ່ງ ບໍ່ ອີງຕາມກົດໝາຍ WAC 182-504-0125.

**ໃຫ້ການບໍລິການເຂົ້າເຖິງສະເໝີພາບແກ່ທ່ານ** ຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍຢູ່ໃນກົດໝາຍ WAC 182-503-0120 ຖ້າຫາກວ່າ ທ່ານ ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ.

## ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ (ທ່ານຕ້ອງ) ສໍາລັບໂຄງການ **Washington Apple Health** ເທົ່ານັ້ນ

ລາຍງານການປ່ຽນແປງຕາມທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ໃນກົດໝາຍ WAC 182-504-0105 ແລະ WAC 182-504-0110 ພາຍໃນ 30 ວັນຂອງການປ່ຽນແປງ. ຈົ່ງອ່ານໜັງສືອະນຸມັດຂອງທ່ານເພື່ອຈະເບິ່ງວ່າການປ່ຽນແປງແນວໃດແດດທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ລາຍງານ.

**ເຮັດການຕໍ່ໃຫມ່ໃຫ້ສໍາເຮັດ** ເມື່ອເວລາຖືກຖາມໃຫ້ເຮັດ.

**ໃຫ້ບອກຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຮາຍຮະອຽດ** ທີ່ຕ້ອງການເພື່ອຈະສິ່ງໃບບິນເກັບເງິນນຳພວກເຮົາສໍາລັບການບໍລິການປົວສຸຂະພາບ.

**ຂໍເອົາ Medicare** ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ.

**ຮ່ວມມືນຳພະນັກງານການຮັບປະກັນຄຸນນະພາບ** ເມື່ອເວລາຖືກຖາມໃຫ້ເຮັດ.

**ຂໍເອົາ ແລະ ທຳຄວາມພະຍາຍາມອັນເໝາະສົມ** ເພື່ອຈະໄດ້ຮາຍໄດ້ທີ່ອາດຈະໄດ້ຮັບມາຈາກແຫຼ່ງອື່ນເມື່ອທ່ານຂໍເອົາ ຫລື ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ Washington Apple Health.

## ສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນຈະຮູ້ຈັກສໍາລັບໂຄງການ **Washington Apple Health** ເທົ່ານັ້ນ

ໂດຍການຂໍເອົາ ຫລື ການໄດ້ຮັບ **Washington Apple Health**, ທ່ານເອົາໃຫ້ຮັດວິຊາຄົ້ນຄ້ວາທຸກໆຢ່າງໃນເງິນຊຸ້ມສູງການພະຍາບານທຸກໆຢ່າງ ແລະ ເງິນຈ່າຍໃຫ້ສໍາລັບການປົວສຸຂະພາບໃຫ້ຝ່າຍທີ ສາມທຸກໆຢ່າງສໍາລັບການປົວສຸຂະພາບ.

**ຫ້ອງການອາດຈະແລກປ່ຽນ** ປະວັດການສັກຢາກັນໂຮກຂອງລູກຂອງທ່ານນຳຮະບົບການຕິດຕາມນຳການສັກຢາກັນໂຮກຂອງເດັກນ້ອຍ.

**ຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານລາຍງານມາ** ຈະຖືກເອົາໃຫ້ກົມ DSHS ເພື່ອຈະຈະພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ແລະ ການຊ່ວຍເຫລືອປະຈຳເດືອນສໍາລັບໂຄງການເຊິ່ນວ່າການຄຸ້ມກັນສຸຂະພາບ, ການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສິດ, ການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ ແລະ ການເສັຽຊ່ວຍຄ່າຝາກເດັກ.

ອີງຕາມກົດໝາຍ, ຮັດວ່າຊິງຕັນຈະກອບກູ້ເວົ້າຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຮັດຈ່າຍອອກໄປສຳລັບການປິ່ນປົວພະຍາບານບາງຊະນິດຈາກມູນມໍຣະດີກຂອງທ່ານຜ່ານການກອບກູ້ເວົ້າມູນມໍຣະດີກ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 ແລະ Chapter 182-527 WAC). ການກອບກູ້ເວົ້າມູນມໍຣະດີກຈະບໍ່ເກີດຂຶ້ນວິນກວ່າການເສັຽຊີວິດຂອງທ່ານ, ການເສັຽຊີວິດຂອງຄູ່ຜົວເມັຽຜູ້ທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ຂອງທ່ານ, ແລະ ລູກຜູ້ທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ຂອງທ່ານມີອາຍຸ 21 ປີ ຫລື ແກ່ກວ່າ. ມັນຈະບໍ່ເກີດຂຶ້ນອີກຖ້າຫາກວ່າລູກຜູ້ທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ຂອງທ່ານເປັນຄົນຕາຍອດເສັຽອີງຄະໃນເວລາຂອງການເສັຽຊີວິດຂອງທ່ານ.ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຖືກກອບກູ້ເວົ້າໄດ້ລວມເອົາ:

- ການປິ່ນປົວຮະຍະຍາວ ແລະ ການຊຸ້ມຊູບາງຢ່າງຂອງ Washington Apple Health, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານອາຍຸ 55ປີຫລືແກ່ກວ່າໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍຣິການປິ່ນປົວ;
- ການປິ່ນປົວທີ່ຖືກຈ່າຍດ້ວຍເງິນທຶນຂອງຮັດເທົ່າມັນບາງຢ່າງ, ບໍ່ຮ່ວກັບອາຍຸຂອງທ່ານໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ.

ທ່ານສາມາດຊອກຫາລາຍຊື່ຂອງການບໍຣິການປິ່ນປົວທີ່ຕ້ອງໄດ້ກອບກູ້ເວົ້າເງິນຄືນພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ WAC 182-527-2742. ທ່ານສາມາດຊອກຫາລາຍຊື່ຂອງຊັບສິນທີ່ຖືກຍົກເວັ້ນຈາກການກອບກູ້ເວົ້າເງິນຄືນພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ WAC 182-527-2746.

ຮັດອາດຈະຍື່ນການຜູກມັດໃສ່ກ່ອນການເສັຽຊີວິດໃນຊັບສິນເຮືອນຂອງທ່ານ, ໃນທຸກໆອາຍຸ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກາຍເປັນນອນໂຮງພະຍາບານຖາວອນເລີຍ (WAC 182-527-2734). ຮັດອາດຈະກອບກູ້ເວົ້າເງິນຈາກການຂາຍຊັບສິນເຮືອນຂານ, ຫລື ມູນມໍຣະດີກຂອງທ່ານ, ນອກຈາກກວ່າ:

- ຜົວເມັຽຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ;
- ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງຄົງຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ, ເປັນເຈົ້າຂອງຮ່ວມກັນ, ແລະ ສອດຄ່ອງນຳເງື່ອນໄຂບາງຢ່າງ.
- ລູກຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ, ແລະ ເປັນຄົນຕາຍອດ/ ເສັຽອີງຄະ; ຫລື
- ລູກຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ແລະ ອາຍຸອ່ອນກວ່າ 21 ປີ.

ທ່ານສາມາດຊອກຫາລາຍການຂອງການບໍຣິການທີ່ຕ້ອງມີການກອບກູ້ເວົ້າຄ່າໃຊ້ຈ່າຍພາຍໃຕ້ການຜູກມັດໃສ່ກ່ອນການເສັຽຊີວິດຢູ່ໃນ WAC 182-527-2734.

ທ່ານອາດຈະຖືກຈຳກັດໃສ່ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຄົນນຶ່ງ, ຮ້ານຂາຍຢາ, ແລະ/ຫລື ໂຮງພະຍາບານບ່ອນນຶ່ງຖ້າຫາກວ່າທ່ານຊອກເວົ້າການປິ່ນປົວສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ຈຳເປັນຈາກທ່ານໝໍຫລາຍຄົນ.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Amharic] የትንቢት ለገጽ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነድ-ትንቢት ትርጉም አገልግሎት በነጻ ይሰጣል። 1-877-501-2233 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူပေးဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-877-501-2233 (TRS: 711) ကိုရုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែស្តាប់សំឡេង និង ការបកប្រែបកសារពេញ គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទេសលេខ 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711)。

[Korean] 봉역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-501-2233 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງບາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານດິນິມ, ມີ.ລິເວັ້ນໂລຍບໍລິການ, ໂທຫາເຈດ 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-877-501-2233 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. شماره 1-877-501-2233 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹੇਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-877-501-2233 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚነት ናይ ጽሑፍ ማተራሪነት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ገልጻሎት ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-877-501-2233 (TRS: 711) ይውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711).

## ຄຳຮ້ອງຂໍສຳລັບໂຄງການ Washington Apple Health

ສຳລັບການບໍລິການແລະການຊຸມຊົນແກ່ຊາຮາ, ຕາບອດ, ເສັຽອົງຄະ/ ການປິ່ນປົວຮະຍະຍາວ

1

ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ແລະ ຮາຍຮະອຽດຂອງການຕິດຕໍ່

ຊື່ (ຕົ້ນເອງ)

ຊື່ກາງ

ນາມສະກຸນ

ເລກ ID ລູກຄ້າ (ຖ້າກ່ຽວນຳ)

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຫລືຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ

ທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ (ຕ້ອງມີ)

ຄາວຕີ

ເມືອງ

ຮັດ

ຊືບໂຄດ

ຫມາຍໃສ່ບ່ອນນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່ຕົວຈິງ

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງ)

ຄາວຕີ

ເມືອງ

ຮັດ

ຊືບໂຄດ

ເລກໂທຣະສັບທຳອິດ

ມິຖີ

ວິເໝລ໌

ຖ້າຫາກວ່າອາສັບຢູ່ໃນສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ, ຂຽນຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງ ສະຖານທີ່, ຖ້າຫາກວ່າບໍ່ແມ່ນບ່ອນດຽວກັນກັບຂ້າງເທິງ:

ຊື່ຂອງສະຖານທີ່

ທີ່ຢູ່ຂອງສະຖານທີ່

ຄາວຕີ

ເມືອງ

ຮັດ

ຊືບໂຄດ



18005



2

ໂຄງການທີ່ຂໍເອົາ:

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັງ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍເອົາ:

ການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ເຮືອນ

ການຄຸ້ມກັນປິ່ນປົວສຸຂະພາບສໍາລັບຄົນຊາຮາ, ຕາບອດ, ຫລື ເສັຽອົງຄະ

ສະຖານທີ່ຊ່ວຍດໍາລົງຊີວິດ/ເຮືອນຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່

ໂຄງການປະຢັດເງິນ Medicare

ການເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ເຮືອນຜູ້ເຖົ້າ

ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບສໍາລັບພະນັກງານທີ່ເສັຽອົງຄະ (HWD)

ການຈູ້ມູງທີ່ຖືກເຮັດຂຶ້ນມາສະເພາະຜູ້ໃຫຍ່ແກ່ກວ່າ (TSOA)

3

ລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບໃບບິນພະຍາບານທີ່ຍັງບໍ່ທັນຈ່າຍເທື່ອ

ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນໍາການຈ່າຍໃບບິນພະຍາບານທີ່ຍັງບໍ່ທັນຈ່າຍເທື່ອຊຶ່ງເກີດຂຶ້ນໃນເດືອນໃດເດືອນນຶ່ງຂອງ 3 ເດືອນກ່ອນໜ້າເດືອນປັດຈຸບັນນີ້ໄລດ໌ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ວ່າແມ່ນໃຜ:

4

ລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບພາສາ

ທ່ານຫລືຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ຈະຕ້ອງການນາຍແປພາສາຫລືຈະໄດ້ຮັບເອກສານເປັນພາສາອື່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຈົ່ງແປເອກສານໜັງສືໃຫ້ເປັນພາສາ \_\_\_\_\_

5

ລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບທ່ານແລະຄອບຄົວຂອງທ່ານ

ຂຽນຊື່ຕົວທ່ານເອງ, ຄູ່ຜົວເມັງ, ແລະຄົນໜຶ່ງເພິ່ງທີ່ອາໄສຢູ່ນໍາທ່ານເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າກໍຕາມ (ຄັດໃບເຈ້ງເພີ້ມເຕີມມາມໍາ, ຖ້າຈໍາເປັນ).

_____	_____	ຕົວທ່ານເອງ	_____
ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ເພດທີ່ຖືກຕັ້ງແຕ່ກໍາເນີດ	ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ	ວັນເກີດ

ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN) \_\_\_\_\_ ທ່ານຕ້ອງການການຄຸ້ມກັນສໍາລັບຄົນນີ້ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ສະພາບການເປັນສັນຊາດຫລືການບໍ່ເປັນສັນຊາດ (ຫມາຍໃສ່ວັນນຶ່ງ)

ຄົນສັນຊາດ U.S. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຄົນອາໄສຢູ່ໃນຮັດວໍຊິງຕັນ ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານເປັນຄົນຮີສແປນິກ, ລາຕິໂນ, ຫລືສະແປນິຄັງເດີມບໍ່ (ຕາມໃຈ)

ຄົນຄົວບາ ຄົນແມກຊິແຖນ/ແມກຊິແຖນ-ອະເມຣິແຖນ/ຊິກາໂນ ບໍ່ແມ່ນສະແປນິຊ/ຮີສແປນິກ

ຄົນສະແປນິຊ/ຮີສແປນິກອື່ນໆ ຄົນເປີໂຕຣີແຖນ

ຜົວພັນ (ຕາມໃຈ-ເລືອກເອົາເຖິງຫ້າຢ່າງທີ່ກ່ຽວນໍາ)

ອາເມຣິແຖນອິນດຽນ	ຄົນຈີນ	ຄົນເກົາຫລີ	ຄົນໄທ
ຄົນເອເຊັຽ	ຄົນຟິລິບິນ	ຄົນລາວ	ຄົນວຽດນາມ
ຄົນເອຊຽນອິນດຽນ	ຄົນເກາະກວມ	ຄົນເກາະແປຊິຟິກອື່ນໆ	ຄົນຜົວຂາວ

ຄົນຜິວດຳຫລືຜູ້ຮັບຮາກຄົນອະເມຣິກັນ	ຄົນຮາວາຍ	ຜິວພັນອື່ນໆ		
ຄົນຂະເມນ	ຄົນຢີປຸ່ນ	ຄົນຊາມວນ		

ຊື່ (ຊື່,ຊື່ກາງ,ນາມສະກຸນ) \_\_\_\_\_ ເພດທີ່ຖືກຕັ້ງແຕ່ກຳເນີດ \_\_\_\_\_ ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ \_\_\_\_\_ ວັນເກີດ \_\_\_\_\_

ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN) \_\_\_\_\_ ທ່ານຕ້ອງການການຮຸ້ມກັນສຳລັບຄົນນີ້ບໍ່? \_\_\_\_\_ ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_

ສະພາບການເປັນສັນຊາດຫລືການບໍ່ເປັນສັນຊາດ (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

ຄົນສັນຊາດ U.S. \_\_\_\_\_ ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ຄົນອາໄສຢູ່ໃນຣັດວໍຊິງຕັນ \_\_\_\_\_ ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_

ທ່ານເປັນຄົນຮືສແປນິກ,ລາຕິໂນ,ຫລືສະແປນິຊດັ່ງເດີມບໍ່ (ຕາມໃຈ)

ຄົນຄົວບາ \_\_\_\_\_ ຄົນແມກຊິເຊກນ/ແມກຊິເຊກນ-ອະເມຣິເຊກນ/ຊີກາໂນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນສະແປນິຊ/ຮືສແປນິກ \_\_\_\_\_

ຄົນສະແປນິຊ/ຮືສແປນິກອື່ນໆ \_\_\_\_\_ ຄົນເປີໂຕຣິເຊກນ \_\_\_\_\_

**ຜິວພັນ(ຕາມໃຈ-ເລືອກເອົາເຖິງຫ້າຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ)**

ອາເມຣິເຊກນອິນດຽນ	ຄົນຈີນ	ຄົນເກົາຫລີ	ຄົນໄທ
ຄົນເອເຊັຽ	ຄົນຟິລິບິນ	ຄົນລາວ	ຄົນວຽດນາມ
ຄົນເອຊຽນອິນດຽນ	ຄົນເກາະກວມ	ຄົນເກາະແປຊີຟິກອື່ນໆ	ຄົນຜິວຂາວ
ຄົນຜິວດຳຫລືຜູ້ຮັບຮາກຄົນອະເມຣິກັນ	ຄົນຮາວາຍ	ຜິວພັນອື່ນໆ	
ຄົນຂະເມນ	ຄົນຢີປຸ່ນ	ຄົນຊາມວນ	

ຊື່ (ຊື່,ຊື່ກາງ,ນາມສະກຸນ) \_\_\_\_\_ ເພດທີ່ຖືກຕັ້ງແຕ່ກຳເນີດ \_\_\_\_\_ ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ \_\_\_\_\_ ວັນເກີດ \_\_\_\_\_

ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN) \_\_\_\_\_ ທ່ານຕ້ອງການການຮຸ້ມກັນສຳລັບຄົນນີ້ບໍ່? \_\_\_\_\_ ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_

ສະພາບການເປັນສັນຊາດຫລືການບໍ່ເປັນສັນຊາດ (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

ຄົນສັນຊາດ U.S. \_\_\_\_\_ ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ຄົນອາໄສຢູ່ໃນຣັດວໍຊິງຕັນ \_\_\_\_\_ ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_

ທ່ານເປັນຄົນຮືສແປນິກ,ລາຕິໂນ,ຫລືສະແປນິຊດັ່ງເດີມບໍ່ (ຕາມໃຈ)

ຄົນຄົວບາ \_\_\_\_\_ ຄົນແມກຊິເຊກນ/ແມກຊິເຊກນ-ອະເມຣິເຊກນ/ຊີກາໂນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນສະແປນິຊ/ຮືສແປນິກ \_\_\_\_\_

ຄົນສະແປນິຊ/ຮືສແປນິກອື່ນໆ \_\_\_\_\_ ຄົນເປີໂຕຣິເຊກນ \_\_\_\_\_

**ຜົວຜ້ນ(ຕາມໃຈ-ເລືອກອາເຕີງຫ້າຢ່າງທີ່ກ່ຽວນໍາ)**

ອາເມຣິເຊກນອິນດຽນ	ຄົນຈີນ	ຄົນເກົາຫລີ	ຄົນໄທ
ຄົນເອເຊັຽ	ຄົນຟິລິບິນ	ຄົນລາວ	ຄົນວຽດນາມ
ຄົນເອຊຽນອິນດຽນ	ຄົນເກາະກວມ	ຄົນເກາະຊປຊືຟິກອື່ນໆ	ຄົນຜົວຂາວ
ຄົນຜົວດໍາຫລີເອຟຣີເຊກນອິນອະເມຣິກັນ	ຄົນຮາວາຍ	ຜົວຜ້ນອື່ນໆ	
ຄົນຂະເມນ	ຄົນຍີ່ປຸ່ນ	ຄົນຊາມວນ	

ຊື່ (ຊື່,ຊື່ກາງ,ນາມສະກຸນ) \_\_\_\_\_ ເພດທີ່ຖືກຕ້ອງແຕ່ກໍາເນີດ \_\_\_\_\_ ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ \_\_\_\_\_ ວັນເກີດ \_\_\_\_\_

ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN) \_\_\_\_\_ ທ່ານຕ້ອງການການຄຸ້ມກັນສໍາລັບຄົນນີ້ບໍ່? \_\_\_\_\_ ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_

ສະພາບການເປັນສັນຊາດຫລືການບໍ່ເປັນສັນຊາດ (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

ຄົນສັນຊາດ U.S. \_\_\_\_\_ ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ຄົນອາສັຍຢູ່ໃນຣັດອໍຊຶງຕັນ \_\_\_\_\_ ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_

ທ່ານເປັນຄົນຮິສເຟປນິກ,ລາຕິໂນ,ຫລືສະເຟປນິຊຕັ້ງເດີມບໍ່ (ຕາມໃຈ)

ຄົນຄົວບາ \_\_\_\_\_ ຄົນແມກຊິເຊກນ/ແມກຊິເຊກນ-ອະເມຣິເຊກນ/ຊືກາໂນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນສະເຟປນິຊ/ຮິສເຟປນິກ \_\_\_\_\_

ຄົນສະເຟປນິຊ/ຮິສເຟປນິກອື່ນໆ \_\_\_\_\_ ຄົນເປີໄຕຣິເຊກນ \_\_\_\_\_

**ຜົວຜ້ນ(ຕາມໃຈ-ເລືອກອາເຕີງຫ້າຢ່າງທີ່ກ່ຽວນໍາ)**

ອາເມຣິເຊກນອິນດຽນ	ຄົນຈີນ	ຄົນເກົາຫລີ	ຄົນໄທ
ຄົນເອເຊັຽ	ຄົນຟິລິບິນ	ຄົນລາວ	ຄົນວຽດນາມ
ຄົນເອຊຽນອິນດຽນ	ຄົນເກາະກວມ	ຄົນເກາະຊປຊືຟິກອື່ນໆ	ຄົນຜົວຂາວ
ຄົນຜົວດໍາຫລີເອຟຣີເຊກນອິນອະເມຣິກັນ	ຄົນຮາວາຍ	ຜົວຜ້ນອື່ນໆ	
ຄົນຂະເມນ	ຄົນຍີ່ປຸ່ນ	ຄົນຊາມວນ	

ຊື່ (ຊື່,ຊື່ກາງ,ນາມສະກຸນ) \_\_\_\_\_ ເພດທີ່ຖືກຕ້ອງແຕ່ກໍາເນີດ \_\_\_\_\_ ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ \_\_\_\_\_ ວັນເກີດ \_\_\_\_\_

ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN) \_\_\_\_\_ ທ່ານຕ້ອງການການຄຸ້ມກັນສໍາລັບຄົນນີ້ບໍ່? \_\_\_\_\_ ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_

ສະພາບການເປັນສັນຊາດຫລືການບໍ່ເປັນສັນຊາດ (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

ຄົນສັນຊາດ U.S. \_\_\_\_\_ ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ຄົນອາສັຍຢູ່ໃນຣັດອໍຊຶງຕັນ \_\_\_\_\_ ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_

ທ່ານເປັນຄົນຮິສເຟປນິກ,ລາຕິໂນ,ຫລືສະເຟປນິຊຕັ້ງເດີມບໍ່ (ຕາມໃຈ)

ຄົນຄົວບາ \_\_\_\_\_ ຄົນແມກຊິເຊກນ/ແມກຊິເຊກນ-ອະເມຣິເຊກນ/ຊືກາໂນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນສະເຟປນິຊ/ຮິສເຟປນິກ \_\_\_\_\_

ຄົນສະເຟປນິຊ/ຮິສເຟປນິກອື່ນໆ \_\_\_\_\_ ຄົນເປີໄຕຣິເຊກນ \_\_\_\_\_

ຜົວຜ້ນ(ຕາມໃຈ-ເລືອກເອົາເຖິງຫ້າຢ່າງທີ່ກ່ຽວນ້າ)

ອາເມຣິແຖນອິນດຽນ	ຄິນຈິນ	ຄິນເກົາຫລີ	ຄິນໄທ
ຄິນເອເຊັຽ	ຄິນຟີລິບິນ	ຄິນລາວ	ຄິນວຽດນາມ
ຄິນເອຊຽນອິນດຽນ	ຄິນເກາະກວມ	ຄິນເກາະແປຊີຟິກອື່ນໆ	ຄິນຜົວຂາວ
ຄິນຜົວດ້າຫລີແອຟຣິແຖນຄິນອະເມຣິກັນ	ຄິນຮາວາຍ	ຜົວຜ້ນອື່ນໆ	
ຄິນຂະເມນ	ຄິນຍີ່ປຸ່ນ	ຄິນຊາມວນ	

**\*HCA ບໍ່ແລກປ່ຽນຮາຍຮະຮຽດອັນນີ້ນ້າຫ້ອງການຄິນເຂົ້າເມືອງຈັກບ່ອນສ້າລັບບຸດປະສົງຂອງການບັງຄັບໃຊ້ການເຂົ້າເມືອງ.ປະບ່ອນເຝົ້າວ່າບ່ອນນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີເລກ SSN.**

**6 ຮາຍຮະຮຽດທີ່ວ່າໄປ**

- ໃນ 30 ວັນຜ່ານມາ, ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລືຄິນໃດຄິນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນປົນປົວສຸຂະພາບຈາກຮັດອື່ນ, ຊິນເຜົ່າ, ຫລື ບ່ອນອື່ນ?  
 ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ,ອະທິບາຍ \_\_\_\_\_
- ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄິນໃດຄິນນຶ່ງຢູ່ໃນ ຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້ຄວາມປອດພ້ຍເຜັ້ນເຕີມ (SSI) ຢູ່ໃນຮັດອື່ນ?  
 ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ,ແມ່ນໃຜ? \_\_\_\_\_
- ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄິນໃດຄິນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນຄິນເຂົ້າເມືອງທີ່ຖືກຮັບປະກັນມາ?  
 ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ,ແມ່ນໃຜ? \_\_\_\_\_
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄິນໃດຄິນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບໃຊ້ໃນກອງທັບທະຫານຂອງ U.S., ທະຫານປ້ອງກັນຊາດ ຫລື ທະຫານສຳລອງ ຫລື ເຄີຍເປັນຄິນຫວັງເຝິງ ຫລື ຜົວເມັຽຂອງຄິນໃດຄິນນຶ່ງຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບໃຊ້ບໍ່:  
 ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ,ແມ່ນໃຜ? \_\_\_\_\_
- ຂ້າພະເຈົ້າມີຄິນຫວັງເຝິງສຳລັບພາສີຮາຍໄດ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ທັນໄດ້ລວມເຂົ້າມາໃນຄຳຮ້ອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ບໍ່ອາສັຍຢູ່ນ້າຂ້າພະເຈົ້າ?  
 ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ,ຂຽນຊື່ຂອງຄິນຫວັງເຝິງສຳລັບພາສີຮາຍໄດ້' \_\_\_\_\_

6. ຂ້າພະເຈົ້າເປັນ ໂສດ ແຕ່ງງານອາສັຍຢູ່ນ້າຄູ່ຜົວເມັຽ ແຕ່ງງານອາສັຍຢູ່ນ້າຄູ່ຜົວເມັຽ ຢ່າຮ້າງ ເປັນຫມ້າຍ  
 ໃຢູ່ໃນຄວາມສັ້ນພັນຢູ່ເຮືອນນ້າກັນທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນ ແຍກທາງກັນຕາມກົດຫມາຍ

**7 ຮາຍໄດ້ຈາກວຽກງານຫລືວຽກງານສ່ວນຕົວ (ຄັດຫລັກຖານມານ້າ)**

ຮາຍໄດ້ທີ່ເຮັດວຽກເອົາແມ່ນເງິນທີ່ເຮັດເອົາຈາກວຽກງານຫລືວຽກງານສ່ວນຕົວ,ຕົວຢ່າງບາງອັນ\* ລວມເອົາ

**ວຽກງານ**

- ເງິນແຮງງານ,ເງິນເດືອນຫລືເງິນທົບທີ່ພາສີຮາຍໄດ້ຂອງຮັດຖະບານກາງໄດ້ຖືກກັກເອົາໄວ້ໃສ່ຟອມ **W-2**, ບອກ **1**
- ເງິນໂບນັສແລະອອມມິດເຊີນ
- ເງິນຈ່າຍໂຄງການເບັຽລັຽງ

- ການໃຫ້ການບໍຣິການກໍ່ສ້າງຫລືຊ່ຽວຊານ
- ການແລ່ນວຽກຫລືເຮັດພາລະກິດ
- ການຂາຍສິນຄ້າອອນລາຍນ
- ເງິນຈ່າຍໂຄງການເບັຽລັຽງ
- ເງິນການຂັບຮິດສຳລັບການຈອງຮິດຫລືສິ່ງຂອງ

**ວຽກງານສ່ວນຕົວ:**

- ເປັນເຈົ້າຂອງຫລືດຳເນີນກິຈການ
- ເປັນເຈົ້າຂອງຫລືເຮັດຝາມ
- ຄຸນພໍ່ຫລືສະມາຊິກຂອງສະສະນາ
- ພະນັກງານແລະມີຮາຍໄດ້
- ເງິນຮາຍໄດ້ຈາກວຽກບ່ອນທີ່ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານບໍ່ກັກເອົາພາສີ (ເຊັ່ນວ່າວຽກເສດຖະກິດ)

**ແຫລ່ງທີ່ມາ: [irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables](https://irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables)**

**1.** ອ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັງຂອງອ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ອ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍເອົາມີຮາຍໄດ້ຈາກວຽກງານ? ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ  ຖ້າແມ່ນ,

**2.** \_\_\_\_\_ ແມ່ນໃຜເຮັດວຽກເອົາຮາຍໄດ້ນີ້: \_\_\_\_\_ ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ເລກໂທຣະສັບຂອງນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ອັນນີ້ແມ່ນວຽກງານສ່ວນຕົວບໍ່? ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ \_\_\_\_\_ ຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບ (ຈຳນວນເງິນຕອນລາກ່ອນເງິນຫັກອອກ) \_\_\_\_\_ ທຸກໆ: \_\_\_\_\_ ຊົ່ວໂມງ \_\_\_\_\_ ອາທິດ \_\_\_\_\_ ສອງອາທິດ \_\_\_\_\_

ສອງເທື່ອຕໍ່ເດືອນ \_\_\_\_\_ ເດືອນ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ \_\_\_\_\_ ວັນທີເລີ່ມເງິນ (ຕົວຢ່າງ 1<sup>st</sup> ພຶດສະພາ 15<sup>th</sup>, ຫລື ທຸກໆວັນສຸກ)

**3.** \_\_\_\_\_ ແມ່ນໃຜເຮັດວຽກເອົາຮາຍໄດ້ນີ້: \_\_\_\_\_ ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ເລກໂທຣະສັບຂອງນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ອັນນີ້ແມ່ນວຽກງານສ່ວນຕົວບໍ່? ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ \_\_\_\_\_ ຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບ (ຈຳນວນເງິນຕອນລາກ່ອນເງິນຫັກອອກ) \_\_\_\_\_ ທຸກໆ: \_\_\_\_\_ ຊົ່ວໂມງ \_\_\_\_\_ ອາທິດ \_\_\_\_\_ ສອງອາທິດ \_\_\_\_\_

ສອງເທື່ອຕໍ່ເດືອນ \_\_\_\_\_ ເດືອນ \_\_\_\_\_

**8 ຮາຍໄດ້ອື່ນໆ (ໃຊ້ສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນ) (ຄັດຫລັກຖານມານຳ)**

- 1.** ຕົວຢ່າງຂອງຮາຍໄດ້ອື່ນໆແມ່ນ:
- ເງິນລ້ຽງລູກ ຫລື ເງິນບຳຮຸງຮັກສາຜົວເມັງ
  - ເງິນສະວັດດິການການສຶກສາ (ເງິນກູ້ຂອງນັກຮຽນ, ເງິນທຶນ, ເງິນເຮັດວຽກນຳຮຽນນຳ)
  - ຮາຍໄດ້ຈາກການພະນັນ
  - ເງິນຂອງຂວັນ (ເງິນສິດຊຸມຊົນ/ບັດຂອງຂວັນ)
  - ເງິນຕອກເບິ່ງເງິນແບ່ງປັນກຳໄລ
  - ເງິນແຮງງານແລະອຸດສາຫະກັມ (L&I)
  - ເງິນສະວັດດິການກົມທາງຣິດໄຟ
  - ຮາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນ
  - ເງິນເບິ່ງບຳນານຫລືເບິ່ງລ້ຽງ
  - ສັນຍາຊ່າຍ/ສັນຍາຮັບປະກັນຈ່າຍເງິນ
  - ເງິນຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ
  - ເງິນຄວາມປອດພ້ອມເພີ່ມເຕີມ (SSI)
  - ຮາຍໄດ້ຈາກຊົນເຜົ່າ
  - ເງິນສິນເຊື້ອ
  - ເງິນວ່າງງານ
  - ເງິນນັກຮົບເກົ່າ (VA) ຫລື ເງິນສະວັດດິການທະຫານ
  - ອື່ນໆ
- 2.** ຂຽນຮາຍໄດ້ອື່ນໆທີ່ທ່ານ, ຜົວເມັງຂອງທ່ານ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ກຳລັງໄດ້ຮັບຢູ່:

ຮາຍໄດ້ຊະນິດຊື່ນ	ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ	ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ
_____	_____	_____	_____	_____
ຮາຍໄດ້ຊະນິດຊື່ນ	ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ	ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ
_____	_____	_____	_____	_____
ຮາຍໄດ້ຊະນິດຊື່ນ	ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ	ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ
_____	_____	_____	_____	_____
ຮາຍໄດ້ຊະນິດຊື່ນ	ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ	ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ
_____	_____	_____	_____	_____
ຮາຍໄດ້ຊະນິດຊື່ນ	ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ	ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ
_____	_____	_____	_____	_____

3. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້ຈາກການລົງທຶນປະຈຳປີບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

_____	_____	_____	_____	_____
ແມ່ນໃຜເປັນເຈົ້າຂອງເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ	ບໍລິສັດ ຫລື ສະຖາບັນ	ຈຳນວນເງິນ ຫລື ມູນຄ່າ	ຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ	ວັນທີຊໍ່ເອົາ
_____	_____	_____	_____	_____
ແມ່ນໃຜເປັນເຈົ້າຂອງເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ	ບໍລິສັດ ຫລື ສະຖາບັນ	ຈຳນວນເງິນ ຫລື ມູນຄ່າ	ຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ	ວັນທີຊໍ່ເອົາ

**9 ຮາຍຈ່າຍສໍາລັບບ່ອນຢູ່ອາໄສ (ຄັດຫລັກຖານມາມາຖ້າຫາກວ່າຮອງອໍເອົາການບໍລິການ LTSS)**

_____	_____	_____	_____	_____	_____
ຄ່າເຊົ່າເຮືອນ	ຄ່າງວດເຮືອນ	ຄ່າເຊົ່າບ່ອນວ່າງ	ປະກັນພັຍເຈົ້າຂອງເຮືອນ	ພາສີຕາດິນ	ຮາຍຈ່າຍອື່ນໆ

ທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຈາກຄົນອື່ນຫລືອົງການອື່ນ, ເຊັ່ນວ່າເຮືອນຫລວງທີ່ຈ່າຍຮາຍຈ່າຍເຫລົ່ານີ້ທັງຫມົດຫລືສ່ວນນຶ່ງ?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ວ່າແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

**10 ເງິນຫັກອອກ**

1. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ຈ່າຍ ຫລື ຄວນຈະຕ້ອງຈ່າຍ:

_____	_____	_____
ການເບິ່ງແຍງເດັກນ້ອຍ ຫລື ຜູ້ໃຫຍ່ຫວັງເມິງ	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນ	ແມ່ນໃຜຈ່າຍ
_____	_____	_____
ເງິນລ້ຽງລູກທີ່ຖືກສົ່ງໂດຍສານ	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນ	ແມ່ນໃຜຈ່າຍ
_____	_____	_____
ຄ່າທຳນຽມສໍາລັບຜູ້ອອກຊື່ຈ່າຍເງິນ	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນ	ແມ່ນໃຜຈ່າຍ
_____	_____	_____
ຄ່າທຳນຽມສໍາລັບຜູ້ຮຸ້ມຄອງ	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນ	ແມ່ນໃຜຈ່າຍ
_____	_____	_____
ຄ່າທຳນຽມສໍາລັບທະນາຍຄວາມທີ່ຖືກສົ່ງໂດຍສານ	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນ	ແມ່ນໃຜຈ່າຍ
_____	_____	_____
ຄ່າປົນປົວພະຍາບານທີ່ເກີດຂຶ້ນຕໍ່ໄປ (ລວມທັງຄ່າທຳນຽມຂອງ Medicare ຫລື ປະກັນພັຍສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ທ່ານຈ່າຍ)	ຈຳນວນປະຈຳເດືອນ	ແມ່ນໃຜຈ່າຍ

2. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ຈ່າຍຕິດຫນີ້ຄ່າປົນປົວພະຍາບານ?

_____	_____	_____	_____
ຊະນິດຂອງຮາຍຈ່າຍຄ່າພະຍາບານ	ວັນທີທີ່ເກີດຂຶ້ນ	ຈຳນວນເງິນທີ່ຕິດຢູ່	ແມ່ນໃຜຕິດຢູ່
_____	_____	_____	_____
ຊະນິດຂອງຮາຍຈ່າຍຄ່າພະຍາບານ	ວັນທີທີ່ເກີດຂຶ້ນ	ຈຳນວນເງິນທີ່ຕິດຢູ່	ແມ່ນໃຜຕິດຢູ່
_____	_____	_____	_____
ຊະນິດຂອງຮາຍຈ່າຍຄ່າພະຍາບານ	ວັນທີທີ່ເກີດຂຶ້ນ	ຈຳນວນເງິນທີ່ຕິດຢູ່	ແມ່ນໃຜຕິດຢູ່

3. ຮ້າຍພະເຈົ້າ, ຜົວເມັງຂອງຮ້າຍພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຮ້າຍພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີຄວາມເສັຽຊົງຄະ ແລະ ກຳລັງເຮັດວຽກຢູ່ແລະ ມີຮາຍຈ່າຍທີ່ສູງມາຈາກບໍ່? ສິ່ງເຫລົ່ານີ້ຖືກເອີ້ນວ່າຄວາມບໍ່ສົມບູນທີ່ກ່ຽວພັນນຳຮາຍຈ່າຍວຽກງານ (IRWE).

ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ,ບອກຈຳນວນເງິນ IRWE \_\_\_\_\_

**11 ຊັບສິນບັດ (ຄັດຫລັກຖານມານຳ )**

**(ຂ້າມພາກສ່ວນນີ້ຖ້າຫາກວ່າຮ້ອງຂໍເອົາແຕ່ Medicare Savings Programs (MSP) ຫລື Apple Health ສຳລັບພະນັກງານທີ່ມີຄວາມເສັຽຊົງຄະ (HWD))**

1. ຊັບສິນແມ່ນທຸກໆຢ່າງທີ່ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງ ຫລື ຊື່ເອົາມາຊື່ງສາມາດຂາຍໄດ້, ແລກປ່ຽນໄດ້, ຫລື ປ່ຽນມາເປັນເງິນສົດໄດ້ ຫລື ເງິນທີ່ຖືກກຳໄວ້ໃນຄົນອື່ນ. ຊັບສິນບັດບໍ່ໄດ້ລວມເອົາຊັບສິນສ່ວນຕົວເຊັ່ນວ່າ ເມັມີເຈີ,ເຄື່ອງໃຊ້ໃນຄອບຄົວ, ຫລື ເຄື່ອງນຸ່ງ. ຕົວຢ່າງຂອງຊັບສິນບັດແມ່ນ:

- ເງິນສົດ
- ບັນຊີເຊັກກົງ
- ບັນຊີເຊັວວົງ
- ເງິນຊື້ຄິດ CDs
- ບັນຊີເງິນຕະລາດ
- ເຊັວວົງບອນດ໌
- ບອນດ໌
- ເງິນມົວໂຊຟັນ
- ສະຕອກ໌
- ເງິນປະຈຳປີ
- ເງິນ ສິນເຊື້ອ
- ເງິນ IRA
- ເງິນ 401K
- ເງິນຫຼິ້ນເບັຽບຳນານ
- ເຮືອນ,ລວມທັງຫລັງບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່
- ເງິນຫຼິ້ນຝັງສົບ
- ຄອນໂຕເນີນຽມ
- ດິນ
- ສັນຍາຊື້ຂາຍ
- ຕົກອາຄານ
- ມໍຮະດົກຊີວິດ
- ປະກັນພັຍຊີວິດ
- ແຜນການສົ່ງສະການຈ່າຍກ່ອນ
- ເງິນຫຼິ້ນເອົ້າຄອນເຫລດ
- ເຮືອນພັກຮ້ອນແບ່ງເວລາ
- ອຸປະກອນເຄື່ອງຈັກການຄ້າ
- ອຸປະກອນເຮັດຟາມ
- ສັດລ້ຽງ

2. ຮ້າຍພະເຈົ້າ, ຜົວເມັງຂອງຮ້າຍພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຮ້າຍພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ຈ່າຍຕິດຫນີ້ຄ່າປັນປົວພະຍາບານ?

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ຊະນິດຂອງຊັບສິນ	ແມ່ນໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ	ສະຖານທີ່	ມູນຄ່າ	ແມ່ນໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ	ສະຖານທີ່	ມູນຄ່າ
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ຊະນິດຂອງຊັບສິນ	ແມ່ນໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ	ສະຖານທີ່	ມູນຄ່າ	ແມ່ນໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ	ສະຖານທີ່	ມູນຄ່າ
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ຊະນິດຂອງຊັບສິນ	ແມ່ນໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ	ສະຖານທີ່	ມູນຄ່າ	ແມ່ນໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ	ສະຖານທີ່	ມູນຄ່າ
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ຊະນິດຂອງຊັບສິນ	ແມ່ນໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ	ສະຖານທີ່	ມູນຄ່າ	ແມ່ນໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ	ສະຖານທີ່	ມູນຄ່າ

3. ຮ້າຍພະເຈົ້າ, ຜົວເມັງຂອງຮ້າຍພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຮ້າຍພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ມີຮົດ, ຮົດທຣັກ, ຮົດແວນ, ເຮືອ, RVs, ຮົດເທຣເລີ, ຫລື ຮົດຍົນ ແນວອື່ນ:

_____	_____	_____	_____
ປີ(ເຊັ່ນວ່າ, 2010)	ຍີ່ຫໍ້(ເຊັ່ນວ່າ, Ford)	ແບບ (ເຊັ່ນວ່າ, Escort)	ຈຳນວນເງິນທີ່ຍັງຕິດຢູ່
ຫມາຍໃສ່ຖ້າເຊົ່າ	ຫມາຍໃສ່ຖ້າຖືກໃຊ້ສຳລັບຈຸດປະສົງດ້ານພະຍາບານ		
_____	_____	_____	_____
ປີ(ເຊັ່ນວ່າ, 2010)	ຍີ່ຫໍ້(ເຊັ່ນວ່າ, Ford)	ແບບ (ເຊັ່ນວ່າ, Escort)	ຈຳນວນເງິນທີ່ຍັງຕິດຢູ່
ຫມາຍໃສ່ຖ້າເຊົ່າ	ຫມາຍໃສ່ຖ້າຖືກໃຊ້ສຳລັບຈຸດປະສົງດ້ານພະຍາບານ		

**12 ແຫລ່ງຊ່ວຍເຫລືອ LTSS ເພີ້ມເຕີມ (ຂຽນປະກອບຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາ LTSS ເທົ່ານັ້ນ)**

1. ຮ້າຍພະເຈົ້າ, ຜົວເມັງຂອງຮ້າຍພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຮ້າຍພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ເປັນເຈົ້າຂອງ ຫລື ຊື່ເອົາເຮືອນຊື່ງເປັນບ່ອນຢູ່ອາໄສຍັ້ນຕໍ່:

_____	_____	_____
ທີ່ຢູ່ຂອງທີ່ດິນເຮືອນຊານ	ມູນຄ່າປັດຈຸບັນ (ເື່ອງຕາມຜູ້ປະເມີນຮາຄາ)	ຈຳນວນເງິນກູ້ທີ່ຍັງຕິດໃນເຮືອນຢູ່
_____	_____	_____
ທີ່ຢູ່ຂອງທີ່ດິນເຮືອນຊານ	ມູນຄ່າປັດຈຸບັນ (ເື່ອງຕາມຜູ້ປະເມີນຮາຄາ)	ຈຳນວນເງິນກູ້ທີ່ຍັງຕິດໃນເຮືອນຢູ່

2. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ໄດ້ອາຍ, ແລກປ່ຽນເຈົ້າ, ເຈົ້າໃຫ້ໄປ, ຫລື ໂອນຊັບສິນໃນຫ້າປີຜ່ານມາ (ລວມທັງທີ່ດິນເຮືອນຊານ, ເງິນສິນ ເຊື້ອ, ຣົດ ຫລື ມໍຮະດົກຊີວິດ)? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນປະກອບຕໍ່ລົງໄປນີ້: (ຄັດເຈັ່ງເພີ່ມເຕີມມານຳ, ຖ້າຈຳເປັນ)

_____	_____	_____	_____
ຂະນິດຂອງຊັບສິນ	ວັນທີຂອງການໂອນໄປ	ມູນຄ່າຂອງຊັບສິນທີ່ຖືກໂອນໄປ	ແມ່ນໃຜຖືກໂອນໄປຫາ
_____	_____	_____	_____
ຂະນິດຂອງຊັບສິນ	ວັນທີຂອງການໂອນໄປ	ມູນຄ່າຂອງຊັບສິນທີ່ຖືກໂອນໄປ	ແມ່ນໃຜຖືກໂອນໄປຫາ

**13 ປະກັນພັຍການປົນປົວຮະຍະຍາວ (ບໍ່ຕ້ອງການສຳລັບໂຄງການປະຢັດ Medicare)**

ຂ້າພະເຈົ້າ/ພວກເຮົາມີປະກັນພັຍຮະຍະຍາວ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ວັນນີ້ແມ່ນນະໂຍບາຍ LTC Partnership (LTCP) ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ຖ້າແມ່ນ, ກະຊວງຂອງຊື່ຂອງບໍຣິສັດປະກັນພັຍ ແລະ ຜູ້ທີ່ນະໂຍບາຍຄຸ້ມກັນ.

_____	_____	_____	_____	_____
ບໍຣິສັດປະກັນພັຍ	ເລກນະໂຍບາຍ	ຊື່ຂອງຜູ້ກຳນະໂຍບາຍ	ບຸກຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນ	ມູນຄ່າ (ຖ້າເປັນ LTCP)
_____	_____	_____	_____	_____
ບໍຣິສັດປະກັນພັຍ	ເລກນະໂຍບາຍ	ຊື່ຂອງຜູ້ກຳນະໂຍບາຍ	ບຸກຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນ	ມູນຄ່າ (ຖ້າເປັນ LTCP)

ເພື່ອຈະລວມເອົາຄວາມເຫັນເພີ່ມເຕີມແນວໃດແນວນຶ່ງສຳລັບຄຳຮ້ອງຂໍອັນມີຄັດເຈັ່ງທີ່ມີຮາຍຮະອຽດມານຳ,

**14 ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ**

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຜູ້ໃຫຍ່ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຮູ້ຈັກດີພຽງພໍກ່ຽວກັບສະພາບການຂອງຄອບຄົວ ແລະ ຖືກອະນຸຍາດໂດຍຄອບຄົວໃຫ້ທຳໜ້າທີ່ໃນນາມຂອງຄອບຄົວສຳລັບປະສົງກ່ຽວກັບ ເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ.

ໂດຍການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ, ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຈາກທ່ານເພື່ອຈະ:

- ເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຄຳຮ້ອງຂໍໃນນາມຂອງທ່ານ;
- ຮັບເອົາໃບແຈ້ງການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳຄຳຮ້ອງຂໍ ແລະ ບັນຊີຂອງທ່ານ; ແລະ
- ທຳໜ້າທີ່ໃນນາມຂອງທ່ານສຳລັບເຮືອງທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳຄຳຮ້ອງຂໍ ແລະ ບັນຊີ.

1. ທ່ານຈະແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
2. ທ່ານຢາກໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຈາກທ່ານທີ່ຈະຮັບເອົາໃບແຈ້ງການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳຄຳຮ້ອງຂໍ ແລະ ບັນຊີ ຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
3. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຄົນນີ້ເປັນຜູ້ຮຸ້ມຄອງຕາມ ກົດ ຫມາຍບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ສຳລັບໃຜ? \_\_\_\_\_
4. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຄົນນີ້ມີອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ສຳລັບໃຜ? \_\_\_\_\_

ຊື່/ວົງການຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ

_____	_____
ເລກໂທຮະສັບ	ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ



**ການຈ່າຍເງິນໃຫ້ຮັດສຳລັບການປິ່ນປົວພະຍາບານ ແລະ ການປິ່ນປົວຮະຍະຍາວ**

:ຕາມກົດໝາຍໄຊລັດ, ຮັດວ່າຊື່ຈ່າຍຈະກອບກູ້ເງິນຈ່າຍທີ່ຮັດຈ່າຍອອກໄປສຳລັບການປິ່ນປົວພະຍາບານບາງຊະນິດຈາກມູນມໍຣະດີກຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານການກອບກູ້ເງິນຈາກມູນມໍຣະດີກ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, ແລະ Chapter 182-527 WAC). ການກອບກູ້ເງິນຈາກມູນມໍຣະດີກບໍ່ເກີດຂຶ້ນຈົນກວ່າການເສັຽຊີວິດຂອງທ່ານ, ການເສັຽຊີວິດຂອງຄູ່ຜົວເມັຽທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ຂອງທ່ານ, ແລະ ລູກຜູ້ທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ຂອງທ່ານມີອາຍຸ 21 ປີ ຫລື ແກ່ກວ່າ. ມັນຍັງຈະບໍ່ເກີດຂຶ້ນໄດ້ຖ້າຫາກວ່າລູກຜູ້ທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ຂອງທ່ານເປັນຄົນຕາຍອາດເສັຽຊີວິດລະໃນເວລາຂອງການເສັຽຊີວິດຂອງທ່ານ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຖືກກອບກູ້ເງິນໄດ້ລວມເອົາ:

ການປິ່ນປົວຮະຍະຍາວ ແລະ ການຊຸມຊຸກ Washington Apple Health ບາງຢ່າງ,ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີອາຍຸ 55 ປີ ຫລືແກ່ກວ່າໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ;

ການປິ່ນປົວທີ່ຖືກຈ່າຍໃຫ້ໂດຍຮັດເທົ່ານັ້ນບາງຢ່າງ,ບໍ່ກ່ຽວກັບອາຍຸຂອງທ່ານໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ.

**ທ່ານສາມາດຊອກຫາລາຍຊື່ຂອງການບໍລິການປິ່ນປົວທີ່ຕ້ອງໄດ້ກອບກູ້ເງິນຄືນພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ WAC 182-527-2742. ທ່ານສາມາດຊອກຫາລາຍຊື່ຂອງຊັບສິນທີ່ຖືກຍົກເວັ້ນຈາກການກອບກູ້ ເອົາເງິນຄືນພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ WAC 182-527-2746.**

ຮັດຍັງຈະຢືນການຜູກມັດໃສ່ກ່ອນການເສັຽຊີວິດໄກ້ອີກຄັ້ງໃສ່ທີ່ດິນເຮືອນຂອງທ່ານ, ໄດ້ໃນທຸກໆອາຍຸ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກາຍເປັນເຂົ້າໂຮງພະຍາບານຖາວອນລົຍ (WAC 182-527-2734). ຮັດຈະກອບກູ້ເງິນຄືນຈາກການຂາຍຊັບສິນເຮືອນຂາຍ, ຫລື ມູນມໍຣະດີກຂອງທ່ານ, ນອກຈາກວ່າ:

- ຄູ່ຜົວເມັຽຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນທີ່ດິນເຮືອນຂາຍ;
- ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງລູກຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນທີ່ດິນເຮືອນຂາຍ, ເປັນເຈົ້າຂອງຮ່ວມກັນ,ແລະສອດຄ່ອງນຳເງື່ອນໄຂບາງຢ່າງ.
- ລູກຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນທີ່ດິນເຮືອນຂາຍ,ແລະເປັນຄົນຕາຍອາດ, ເສັຽຊີວິດຄະ; ຫລື
- ລູກຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນທີ່ດິນເຮືອນຂາຍແລະມີອາຍຸຫນຸ່ມກວ່າ 21 ປີ.

ທ່ານສາມາດຊອກຫາລາຍຊື່ຂອງການບໍລິການທີ່ຕ້ອງມີການ ກອບ ກູ້ເງິນ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍພາຍໃຕ້ການຜູກມັດໃສ່ກ່ອນການເສັຽຊີວິດຢູ່ໃນ WAC 182-527-2734.

**ການແຕ່ງຕັ້ງສິດທິ ແລະ ຄວາມຮ່ວມມື:**

ທ່ານເຂົ້າໃຈວ່າທ່ານແຕ່ງຕັ້ງເງິນຈ່າຍຈາກຝ່າຍທີ່ສາມສຳລັບການປິ່ນປົວພະຍາບານໃຫ້ແກ່ຮັດວ່າຊື່ຈ່າຍເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ Washington Apple Health. ອັນນີ້ໝາຍຄວາມວ່າຮັດວ່າຊື່ຈ່າຍຈະສ້າງໃບບິນໄປເຮັດເງິນນຳແຜນການປະກັນພ້ອມໆທຸກໆບ່ອນທີ່ຮັດຜິດຊອບຕາມກົດໝາຍທີ່ຈະຄຸ້ມກັນຮາຍຈ່າຍຄ່າພະຍາບານຂອງທ່ານທຸກໆຢ່າງ (ອັນນີ້ສາມາດເປັນແຜນການປະກັນພ້ອມໆຜົວເມັຽອະດີດຫລື ພໍ່ແມ່ທີ່ທ່ານບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ນຳອີກແລ້ວ) . ຜູ້ຈອງແຜນການປະກັນພ້ອມໆນັ້ນສາມາດໄດ້ຮັບຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຮາຍຈ່າຍຄ່າພະຍາບານຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຖືກຈ່າຍແລ້ວໂດຍແຜນການນັ້ນ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢ້ານວ່າອັນນີ້ສາມາດ ເປັນອັນຕະຮາຍຕໍ່ທ່ານຫລື ລູກຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາທີ່ຈະບໍ່ຕິດຕາມເອົາເງິນຈ່າຍຈາກຝ່າຍທີ່ສາມສຳລັບການປິ່ນປົວພະຍາບານ.

**ການເປີດເຜີຍເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານ ຫລື ຜົວ ເມັຽຂອງທ່ານມີເງິນກຳໄລໃນເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ ແລະ ທ່ານຮັບເອົາສະວັດດີການການປິ່ນປົວຮະຍະຍາວ Washington Apple Health (Medicaid) ທ່ານຕ້ອງໃສ່ຮັດວ່າຊື່ຈ່າຍໃຫ້ເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບຂອງເງິນຈ່າຍປະຈຳປີຜູ້ທີ່ຍັງເຫລືອຢູ່.

**ສິດທິໃນການຝັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງ**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳການຕັດສິນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ເຮັດລົງໄປກ່ຽວກັບການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຫລືການບໍລິການປິ່ນປົວຮະຍະຍາວຂອງທ່ານ,ທ່ານມີສິດທີ່ຈະອຸທອນຄຳຕັດສິນໂດຍຜ່ານການດຳເນີນການຝັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງ.ທ່ານຍັງຈະຂໍໃຫ້ຜູ້ລວບລຸມງານແລະຜູ້ບໍລິຫານທີ່ຈະກວດເບິ່ງຄຳຕັດສິນຫລືການກະທຳທີ່ຄິດແບ່ງກັນໂດຍຢາດສະຈາກການສະທ້ອນເຖິງສິດທິຂອງທ່ານໃນການຝັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຮາຍຮະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາ ຫລື ຕໍ່ໃຫມ່ໃນການຊ່ວຍເຫລືອຈະຖືກພິສູດເບິ່ງໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງຮັດເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງວ່າມັນຖືກຕ້ອງຫລືບໍ່. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ Washington State Health Care Authority (HCA) ແລະ Department of Social and Health Services (DSHS) ຈະທຳການພິສູດຊັບສິນເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂອັນໄວ້ອັນເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າຄືນ ແລະ ເພື່ອຈະພິສູດຄວາມຖືກຕ້ອງແນ່ນອນຂອງຮາຍຮະອຽດດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ HCA ແລະ DSHS ຈະສືບສວນ ແລະ ຕິດຕໍ່ໄປຫາສະຖາບັນການເງິນຕ່າງໆ, ຫ້ອງການຂອງຮັດ ຫລື ຮັດຖະບານກາງ, ຫລື ຄັງເກັບຮັກສາຮາຍຮະອຽດເອກຄຸ້ມ, ໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນນຶ່ງຂອງການດຳເນີນການພິສູດຊັບສິນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຄ່າອະນຸຍາດອັນນີ້ຈະຈົບລົງເມື່ອເວລາ ຄຳຕັດສິນໄປທາງກົງກັນຂ້າມຂຶ້ນສຸດທ້າຍໄດ້ຖືກເຮັດອອກມາໃສ່ຄຳຮ້ອງຂໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ເງື່ອນໄຂອັນໄວ້ອັນເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈົບລົງ, ຫລື ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະຍົກເລີກຄຳອະນຸຍາດອັນນີ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍການສົ່ງໃບໜັງສືຜູ້ການໄປຫາ HCA ຫລື DSHS. ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຍົກເລີກຫລືປະຕິເສດທີ່ຈະເອົາຄຳອະນຸຍາດໃຫ້, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການ (ກ່ຽວນຳ SSI) Medicaid ຂອງ Washington Apple Health ສຳລັບຄົນອາຍຸແກ່, ຕາຍອາດ ຫລື ເສັຽຊີວິດຄະ.

**ການຍົກເລີກຫລືການປະຕິເສດທີ່ຈະອະນຸຍາດການພິສູດຊັບສິນຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂອັນໄວ້ອັນເອົາການຊຸມຊຸກທີ່ຖືກເຮັດຂຶ້ນມາສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ອາຍຸແກ່ກວ່າ (TSOA).**

ກົມສະເນີເວັບໄຊຂອງການບໍລິການຈິດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃຫ້, ລວມທັງການຈິດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ການສະມັກທີ່ຈະຈິດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ປະຕິເສດທີ່ຈະຈິດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງການບໍລິການ ຫລື ຈຳນວນຂອງການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈາກຫ້ອງການແຫ່ງນີ້. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການຂຽນປະກອບໃບຟອມຈິດຊື່ລົງທະບຽນການປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ. ການຕັດສິນໃຈວ່າຈະຊອກຫາ ຫລື ຮັບເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອແມ່ນຂອງທ່ານເອງ. ທ່ານຈະຂຽນປະກອບໃບຟອມຈິດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໄດ້ຕາມລຳພັງສ່ວນຕົວ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງໄດ້ເຂົ້າແຊກແຊງນຳສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະຈິດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະຈິດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ, ສິດທິຂອງທ່ານໃນສິດທິສ່ວນຕົວໃນການຕັດສິນໃຈວ່າຈະຈິດຊື່ລົງທະບຽນຫລື ບໍ່ ຫລື ໃນການ ສະມັກທີ່ຈະຈິດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ, ຫລື ສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະເລືອກເອົາພັກການເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫລືຄວາມຊອບໃຈທາງການເມືອງອື່ນໆ, ທ່ານຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້ນຳ Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, ອີເມວເລັ ອີເມວເລັ elections@sos.wa.gov, ຫລືໂທຫາ 1-800-448-4881.

ທ່ານຢາກຈະຈິດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ ຫລື ດັດແປງການລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຫມາຍໃສ່ຈັກບອກ, ພວກເຮົາຈະຖືວ່າທ່ານໄດ້ຕັດສິນໃຈທີ່ຈະບໍ່ຈິດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃນເວລານີ້, ນອກຈາກວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ, ແລະບໍ່ໄດ້ປະຕິເສດ, ການຈິດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

ນອກຈາກວ່າທ່ານໄດ້ຫມາຍໃສ່ວ່າ “ບໍ່ແມ່ນ” ຢູ່ຂ້າງເທິງ ນີ້, ທ່ານຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຈິດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ທ່ານຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຈິດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີອາຍຸຢ່າງຫນ້ອຍ 18 ປີກ່ອນການເລືອກຕັ້ງເທື່ອຫນຶ່ງ, ທ່ານເປັນປະຊາຊົນຂອງສະຫາຣັດອະເມຣິກາ, ແລະກົມ DSHS ມີຊື່ຂອງທ່ານ, ທີ່ຢູ່ເຮືອນແລະໄປສະນີ, ວັນເກີດ, ຫລັກ ຖານພິສູດຂອງຮາຍຣະອຽດການເປັນສັນຊາດ, ແລະລາຍເຊັນຂອງທ່ານທີ່ຢືນຢັນຄວາມຈິງໃນຮາຍຣະອຽດທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງໃບນີ້.

ທ່ານຢາກຈະຖືກຈິດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຫມາຍໃສ່ບອກທີ່ຖືກຫມາຍບອກວ່າ “ແມ່ນ” ຫລື ບໍ່ໄດ້ຫມາຍໃສ່ຈັກບອກເລີຍ ແລະ ທ່ານສອດຄ່ອງນຳກົດກຳນົດຂອງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດ, ກົມ DSHS ຈະສົ່ງຮາຍຣະອຽດຂອງທ່ານໄປຫາຫ້ອງການເລຂານຸການຂອງຣັດແລະທ່ານຈະຖືກຈິດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

ເພື່ອແລກປ່ຽນຄວາມເຫັນຫລືລວມເອົາຮາຍຣະອຽດເພີ່ມເຕີມ, ຄັດເຊິ່ງເພີ່ມເຕີມນຳ.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈຮາຍຣະອຽດຢູ່ໃນຄຳຮ້ອງໃບນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງວ່າ, ພາຍໃຕ້ການປັບໂຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເທັດພາຍໃຕ້ກົດຫມາຍຂອງຣັດວໍຊິງຕັນວ່າຮາຍຣະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຄຳຮ້ອງໃບນີ້, ລວມທັງຮາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບສັນຊາດ ແລະ ສະພາບການເຂົ້າເມືອງຂອງສະມາຊິກຜູ້ທີ່ຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ, ເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ, ແລະ ຄົບຖ້ວນອີງຕາມຄວາມຮັບຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ	ເລກໂທຣະສັບ	ວັນທ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ເຝິກຝົນ	ເລກໂທຣະສັບ	ວັນທ
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ສຳລັບລູກຄ້າທີ່ເປັນເດັກນ້ອຍຕຳກວ່າກະສຽນ	ເລກໂທຣະສັບ	ວັນທ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຫລືຜູ້ຊ່ວຍເຫລືອ	ເລກໂທຣະສັບ	ວັນທ