

ពាក្យសុំ Washington Apple Health
សម្រាប់ជំនួយដែលបានកែប្រែសម្រាប់មនុស្សចាស់ (TSOA)

Washington Apple Health Application for Tailored Supports for Older Adults (TSOA)

<p>តើអ្វីជា TSOA?</p>	<p>TSOA គឺជាកម្មវិធីដែលជួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំដែលកំពុងថែទាំសមាជិកគ្រួសារដោយឥតគិតថ្លៃ ។</p> <p>វាក៏អាចផ្តល់ជំនួយខ្លះ បើអ្នកមិនមានសមាជិកគ្រួសារដែលជួយអ្នក ។</p> <p>សេវាកម្មរួមមាន ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ការសម្រាកពេលថែទាំ ឬអាហារដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ ។ • ការសម្រាកពេលថែទាំអាចជួលនរណាម្នាក់ដើម្បីផ្តល់ការសម្រាកដល់អ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក។ • ឧបករណ៍ និងសម្ភារៈវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជា កៅអីសម្រាប់ងូតទឹក ឬសម្ភារៈសម្រាប់ការបត់ជើងតូច ឬធំដោយមិនដឹងខ្លួន ដូចជា ខោទឹកនោមមនុស្សពេញវ័យ ។ • ការបណ្តុះបណ្តាល និងការអប់រំ ដូចជា ការបណ្តុះបណ្តាលឧបករណ៍ខ្លាំងក្លាសម្រាប់អ្នកផ្តល់ការថែទាំ ។ • អ្វីៗដែលអាចជួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ដូចជាការប្រឹក្សាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬការព្យាបាលចាប់សរសៃ ។ • ជំនួយខ្លះលើតម្រូវការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន បើអ្នកមិនមានសមាជិកគ្រួសារជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំ ។
<p>តើនរណាអាចទទួលបាន TSOA?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • អ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ។ • អ្នកមានសមាជិកគ្រួសារដែលជួយអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ ប៉ុន្តែអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នកត្រូវការជំនួយ ឬ • អ្នកត្រូវការជំនួយ និងមិនមានសមាជិកគ្រួសារដែលជួយអ្នកលើមូលដ្ឋានទៀងទាត់ ។
<p>អ្នកអាចចំពេញបែបបទនេះ ឬដាក់ពាក្យលើបណ្តាញ ។</p>	<p>ដើម្បីដាក់ពាក្យលើបណ្តាញ ចូលទៅ www.washingtonconnection.org។</p>
<p>ព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីដាក់ពាក្យ ៖ (បើរៀបការហើយ ផ្តល់ឲ្យពួកយើងនូវព័ត៌មានសហព័ន្ធរបស់អ្នកផងដែរ ។)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • លេខសន្តិសុខសង្គម • ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត • ស្ថានភាពគ្រួសារ • ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ • ប្រាក់ចំណូល • ព័ត៌មានធនធាន (ដូចជាសមតុល្យករណីធនាគារ ភាគហ៊ុន ប័ណ្ណប្រាក់ ឯកសារកម្ម គណនីចូលនិវត្តន៍)
<p>តើហេតុអ្វីបានជាពួកយើងស្នើសុំព័ត៌មានច្រើនម៉្លោះ?</p>	<p>ពួកយើងត្រូវតែគិតគូរ ថាតើអ្នកមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬអត់ ។ ពួកយើងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាសម្ងាត់ដូចដែលបានតម្រូវដោយច្បាប់ ។</p>
<p>ខ្ញុំបានចំពេញពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំរួចហើយ ។ ឥឡូវយ៉ាងមេចទៀត?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ត្រូវប្រាកដថាអ្នកចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំរបស់អ្នក ។ • ផ្ញើវាទៅ ៖ DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826 ឬ • ទូរសារទៅលេខ 1-855-635-8305 ឬ • យកវាទៅកាវិយាល័យសេវាកម្មគ្រួសារ និងសហគមន៍ (HCS) ក្នុងតំបន់ ។ • សូមមើល http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm សម្រាប់ទីតាំង ឬ • ដាក់ពាក្យសុំលើបណ្តាញទៅ www.washingtonconnection.org
<p>សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ៖</p>	<ul style="list-style-type: none"> • សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃរបស់ពួកយើង គឺ 1-855-567-0252 • ទាក់ទងការិយាល័យទីភ្នាក់ងារចាស់ជរាភូមិភាគ (AAA) ក្នុងតំបន់របស់អ្នក និងស្នើសុំនិយាយជាមួយអ្នកឯកទេសសមាជិកគ្រួសារជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំ ។ ស្វែងរកការិយាល័យ AAA ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ទីនេះ ៖ www.waclc.org • ដើម្បីស្គាល់ទីតាំងការិយាល័យ HCS ក្នុងតំបន់ សូមមើល http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm • ពួកយើងមានសន្លឹកព័ត៌មានដែលប្រាប់អ្នកអំពី TSOA និងកម្មវិធីផ្សេងទៀត ។ TSOA អាចមិនសាកសមសម្រាប់អ្នក ។

ជំនួយដែលបានកែប្រែសម្រាប់មនុស្សចាស់ (TSOA) សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ

ពួកយើងត្រូវប្រាប់អ្នកពីព័ត៌មាននេះ ។ កុំរំលងវា ។

សិទ្ធិរបស់អ្នក (ពួកយើងត្រូវតែ) ៖

ពន្យល់អ្នកពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក បើអ្នកសាកសួរ ។
ជួយអ្នក បើអ្នកមានពិការភាព ។ ពួកយើងពណ៌នាជំនួយនេះក្នុងវីដេអូ ។
សូមមើល WAC 182-503-0120 ។

ពួកយើងនឹងជួយអ្នកអាន និងបំពេញបែបបទនានា បើអ្នកត្រូវការជំនួយ ។
សូមទូរស័ព្ទទៅការិយាល័យសេវាកម្មគេហដ្ឋាន និងសហគមន៍

ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ។ ទីតាំងមាននៅ ៖

<http://www.altsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm>

បើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬអ្នកបកប្រែ សូមប្រាប់
ពួកយើង ។ ពួកយើងនឹងមិនគិតប្រាក់ពីអ្នកទេ ។ ពួកយើងនឹងផ្តល់ជូន
អ្នកភ្លាម ។

រក្សាព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកជាសម្ងាត់ ។ ពួកយើងនឹងចែករំលែក
ព័ត៌មានតែជាមួយភ្នាក់ងាររដ្ឋ និងសហព័ន្ធផ្សេងទៀតប៉ុណ្ណោះ ដើម្បី
ដឹងថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន និងឲ្យអ្នកចូលកម្មវិធី ។

ធ្វើការសម្រេចចាប់របស់សត្វតាមតែពួកយើងអាច ។

បើពួកយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ពួកយើងនឹងប្រាប់អ្នក ។ អ្នកនឹង
មានពេល **10** ថ្ងៃដើម្បីផ្តល់ឲ្យពួកយើងនូវព័ត៌មាននោះ ។ បើអ្នកស្នើ
សុំពេលវេលាបន្ថែម ពួកយើងនឹងផ្តល់ពេលវេលាបន្ថែមដល់អ្នក ។ ផ្តល់
ព័ត៌មានឲ្យពួកយើងក្នុងរយៈពេល **10** ថ្ងៃ ឬស្នើសុំពួកយើងនូវពេល
វេលាបន្ថែម ។ បើអ្នកមិនធ្វើ អ្នកនឹងមិនទទួលបាន TSOA ។

ពួកយើងនឹងជួយអ្នក បើអ្នកមានការលំបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាន
ដែលពួកយើងត្រូវការ ។

ផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវការសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ក្នុងករណីជាច្រើន
រយៈពេល **45** ថ្ងៃ ។

អ្នកមិនចាំបាច់និយាយជាមួយអ្នកស៊ើបអង្កេត បើពួកយើងពិនិត្យសំណុំ
រឿងរបស់អ្នក ។ អ្នកមិនចាំបាច់ឲ្យអ្នកស៊ើបអង្កេតចូលផ្ទះរបស់អ្នកទេ ។
ការមិននិយាយជាមួយអ្នកស៊ើបអង្កេតនឹងមិនប៉ះពាល់ ថាតើអ្នកទទួលបាន
TSOA ឬអត់នោះទេ ។

ផ្តល់ឱកាសឲ្យអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការកំណត់
ដែលបានធ្វើដោយក្រសួងសេវាសង្គម និងសុខាភិបាល (DSHS)
ដែលប៉ះពាល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន TSOA របស់អ្នក ។

ការស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកនឹងត្រូវបានកំណត់ពេលសវនាការរដ្ឋបាល ។
ទទួលអ្នកដោយស្មើភាព ។ ការរើសអើងគឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់ ។ DSHS
និងអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព (HCA) អនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិល
សហព័ន្ធជាធរមាន និងមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃជនជាតិសាសន៍
ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទឡើយ។ DSHS និង
HCA មិនលើកលែងមនុស្ស

ឬប្រព្រឹត្តលើពួកគេខុសគ្នាដោយសារតែជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ
សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទឡើយ។

DSHS និង HCA ក៏អនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋជាធរមាន និងមិន
រើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃការបង្ហាញ ឬអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ
ជម្រើសផ្លូវភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ សាសនាអតីតយុទ្ធជន
ដែលបានឈប់ពីតំណែងដោយកិត្តិយស ឬប៉ានៈ យោធា
ឬការប្រើប្រាស់សត្វសុទ្ធជានការហ្វឹកហាត់នាំផ្លូវ
ឬសត្វសេវាកម្មដោយបុគ្គលដែលមានពិការភាព ។

DSHS និង HCA ៖

- ផ្តល់ជំនួយ និងសេវាកម្មគិតតម្លៃដល់ជនពិការ
ដើម្បីឱ្យពួកគេអាចធ្វើទំនាក់ទំនងជាមួយយើង
ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ដូចជា ៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ជាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានដែលសរសេរក្នុងទម្រង់ផ្សេង
(អក្សរពង្រីក សម្លេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែល
អាចចូលប្រើបាន ទម្រង់ដទៃ)
- ផ្តល់សេវាភាសាភាគតិចដល់អ្នកដែលភាសាទីមួយគឺមិនមែន
ជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា ៖
 - អ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាដទៃ

បើសិនអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនេះ សូមទាក់ទង **1-877-501-2233** ។

បើអ្នកជឿថា DSHS ឬ HCA បានបរាជ័យក្នុងការផ្តល់សេវាទាំងនេះ
ឬបានរើសអើងក្នុងវិធីមួយផ្សេង អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយយើង ៖

- **DSHS**
ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
ទូរសារ ៖ 1-888-338-7410
askdshs@dshs.wa.gov
- **HCA Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
ទូរសារ ៖ 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខដោយផ្ទាល់ ឬតាមទូរស័ព្ទ សំបុត្រ ទូរសារ ឬអ៊ីម៉ែល
។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ ផ្នែកសេវាធម្មនុញ្ញ DSHS
ឬនាយកដ្ឋានសេវាផ្នែកច្បាប់ HCA ក៏អាចរកបានដើម្បីជួយអ្នក។

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយនិងក្រសួងសុខាភិបាល
និងសេវាប្រជាជនសហរដ្ឋអាមេរិក

ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមអេឡិចត្រូនិចផងដែរ នៅ

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

ឬតាមសំបុត្រ ឬទូរស័ព្ទនេះ ៖

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) ។

ទម្រង់បណ្តឹងក៏អាចរកបាននៅ

www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html។

ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក (អ្នកត្រូវតែ) ៖

សហការជាមួយបុគ្គលិកធានាកុណភាព បើពួកយើងស្នើសុំអ្នកឱ្យធ្វើ។
បើត្រូវបានស្នើសុំដោយទិដ្ឋភាពផ្តល់ព័ត៌មាន ឬភស្តុតាងនានាដែលត្រូវការ
ដើម្បីសម្រេច បើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ។

SSN និងការបង្ហាញឋានៈអន្តោប្រវេសន៍ ។ អ្នកត្រូវតែឱ្យពួកយើងនូវ
លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬលេខឯកសារអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ។
ពួកយើងត្រូវការវាដើម្បីសម្រេច បើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ។ ពួកយើងប្រើ
SSN របស់អ្នក ដើម្បីបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ ភាពជាពលរដ្ឋ ឋានៈអន្តោប្រវេសន៍
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នក និងថាអ្នកមានធានារ៉ាប់រងថែ
ទាំសុខភាពផ្សេងទៀតទេ ។ ពួកយើងមិនចែករំលែកព័ត៌មាននេះ
ជាមួយសន្តិសុខប្រទេសទេ ។

រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដូចដែលបានតម្រូវក្នុងវិធានរបស់ពួកយើងក្នុង
រយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្តូរ ។ អានលិខិតយល់ព្រមរបស់អ្នកដើម្បី
ដឹងពីការផ្លាស់ប្តូរអ្វីដែលអ្នកត្រូវតែរាយការណ៍ ។

អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹង ៖

មានច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធដែលគ្រប់គ្រងរបៀបដែលពួកយើងដំណើរការ
ពាក្យសុំរបស់អ្នក ។ ពួកយើងគ្រប់គ្រងសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក
ជាអ្នកដាក់ពាក្យ ហើយបើអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម TSOA ផងដែរ ។ តាម
ការដាក់ពាក្យសុំ អ្នកយល់ស្របធ្វើតាមច្បាប់ទាំងនេះ ។ បើអ្នកទទួលបាន
TSOA អ្នកយល់ស្របធ្វើតាមច្បាប់ដែលអនុវត្ត ។

ច្បាប់សហព័ន្ធយកម្រិតឱ្យពួកយើងដឹងអ្នកចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត បើអ្នកចង់ ។
អ្នកអាចសម្រេចចុះឈ្មោះ ឬអត់ ។ ការសម្រេចនោះនឹងមិនប៉ះ
ពាល់ការសម្រេចរបស់ពួកយើងអំពីសេវាកម្ម និងផលប្រយោជន៍ ។ អ្នក
ក៏អាចចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅ www.vote.wa.gov ឬទទួលបាន
បទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដោយទូរស័ព្ទទៅ 1-800-448-4881 ។

ចំពេញការបន្តពេលដែលពួកយើងស្នើសុំអ្នក ។
ការដាក់កម្រិតនៃច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពមានសិទ្ធិទទួល និងគណនេយ្យភាព
(HIPAA) ចង្ការ HCA និង DSHS ពីការពិភាក្សាព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក
ឬសមាជិកនានានៃគ្រួសារអ្នកជាមួយនរណាផ្សេង
ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ
លុះត្រាតែបុគ្គលមានលិខិតប្រគល់សិទ្ធិ
ឬអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើបែបបទយល់ព្រមផ្តល់សិទ្ធិបង្ហាញព័ត៌មាននេះ ។
វារាប់បញ្ចូលទាំងការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្ត លទ្ធផលតេស្ត HIV,
AIDS, STD ឬការព្យាបាល និងសេវាកម្មច្រៀងសារធាតុគីមី ។

ច្បាប់ការថែទាំតម្លៃសមរម្យចង្ការ DSHS
ពីការឱ្យព័ត៌មានអាចស្គាល់ភិនភាគផ្ទាល់ខ្លួន (PII) អ្នក
ឬសមាជិកគ្រួសារណាមួយរបស់អ្នក
ដល់នរណាដែលមិនត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិទទួលវា។

ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យ **DSHS** គឺជាកម្មវត្ថុដើម្បីបញ្ជាក់ដោយមន្ត្រីសហព័ន្ធ
និងរដ្ឋសម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី **TSOA**
របស់អ្នក ។ ការបញ្ជាក់អាចរាប់បញ្ចូលទាំងការទាក់ទងតាមដានពីបុគ្គល
DSHS ។

[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 የሰነድ-ጽ/ቅ ጽሑፍ ምረቃ ለነጻ 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 ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារព្រះពុទ្ធ សិក្សាសិក្សាដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 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)。

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

[Laotian] ການບໍລິການປຶກ້າມາສາ, ລວມທັງມາບວບມາສາ ແລະ ການວບວກສາບຕີມ, ມີເປັນໄປໄດ້ໂດຍບໍລິຫານ. ໂທຫາລາວ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuun fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

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

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

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[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).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 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 ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሉ ናይ ቋንቋ ሓገዝ 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).

ពាក្យសុំជំនួយដែលបានកែប្រែសម្រាប់មនុស្សចាស់ (TSOA)

I. ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ និងព័ត៌មានទាក់ទង			
1. នាម អក្សរកាត់ឈ្មោះ: កណ្តាល ត្រកូល		2. លេខសម្គាល់អតិថិជន (បើអ្នកដឹងវា) ()	
3. អាសយដ្ឋានដែលអ្នករស់នៅ		ទីក្រុង	រដ្ឋ ហ្សឺប៊ូកូដ
4. អាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្រ (បើខុសគ្នា)		ទីក្រុង	រដ្ឋ ហ្សឺប៊ូកូដ
5. លេខទូរស័ព្ទចំហ () <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> ធ្វើសារ		6. លេខទូរស័ព្ទទីពីរ () <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> ធ្វើសារ	
II. ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ការថែទាំ និងព័ត៌មានទាក់ទង			
<input type="checkbox"/> គូសត្រង់នេះ បើអ្នកមិនមានអ្នកផ្តល់ការថែទាំ			
7. ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក		8. លេខទូរស័ព្ទទីពីរ () <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> ធ្វើសារ	
9. អាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់ការថែទាំ		ទីក្រុង	រដ្ឋ ហ្សឺប៊ូកូដ
10. ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក			
III. ព័ត៌មានអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ			
អ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិគឺជាមនុស្សពេញវ័យដែលអ្នកផ្តល់សិទ្ធិធ្វើសកម្មភាពជំនួសឲ្យអ្នកអំពីពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកអាចចុះហត្ថលេខា និងបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកជំនួសឲ្យអ្នក និងអាចទទួលបានលិខិតអំពីវាពីពួកយើង។ អង្គការក៏អាចជាអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកដែរ បើអង្គការក៏ជាអាណាព្យាបាលរបស់អ្នក។			
1. តើអ្នកមានអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
2. តើចង់ឲ្យអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកទទួលបានលិខិតអំពីពាក្យសុំរបស់អ្នកទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
3. តើអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកក៏ជាអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់អ្នកមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើបាទ/ចាស នរណា ៖ _____			
4. តើអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកក៏មានលិខិតផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើបាទ/ចាស នរណា ៖ _____			
5. តើអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកក៏ជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នកមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
6. ឈ្មោះ/អង្គការអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ		7. លេខទូរស័ព្ទ ()	
8. អាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្ររបស់អ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ			
IV. ស្ថានភាពគ្រួសារ			
<input type="checkbox"/> មិនរៀបការ			
<input type="checkbox"/> រៀបការរស់នៅជាមួយសហព័ន្ធ			
<input type="checkbox"/> រៀបការរស់នៅបែកពិសហព័ន្ធ			
<input type="checkbox"/> ក្នុងភាពជាដៃគូស្របច្បាប់ដែលបានចុះឈ្មោះ			

HCA 18-008 CA (7/20) Cambodian



18008

V. ព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក (សសេរតែខ្លួនអ្នក និងសហព័ន្ធរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ បើរៀបការហើយ)								
						មានជម្រើសសម្រាប់សហព័ន្ធរបស់អ្នក បើមិនដាក់ពាក្យសុំ TSOA		
ឈ្មោះ (នាម កណ្តាល ត្រកូល)	ភេទ ៖ M ឬ F	តើជននេះទាក់ ទងអ្វីជាមួយ អ្នក?	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	គូស បើអ្នក ចង់បាន សេវាកម្ម សម្រាប់ជន នេះ	លេខសន្តិសុខសង្គម	គូស បើជាពល រដ្ឋអាមេរិក	ជាតិសាសន៍ (មើលខាងក្រោម)	ឈ្មោះកូលសម្ព័ន្ធ (សម្រាប់ជនជាតិសណ្ឋានស្បែក ក្រហមអាមេរិក ជន ជាតិដើមអាហ្វ្រិក)
		ខ្លួនឯង		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		សហព័ន្ធ		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
VI. ព័ត៌មានទូទៅ								
1. ប្រវត្តិជាតិរបស់ខ្ញុំគឺ Hispanic ឬឡាទីន ៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ចំណាំ ៖ ព័ត៌មានប្រវត្តិជាតិសាសន៍ និងជាតិពន្ធគិរដោយស្ម័គ្រចិត្ត ។ (ឧទាហរណ៍ជាតិសាសន៍ ៖ ស្បែកស ស្បែកខ្មៅឬអាហ្វ្រិកអាមេរិក អាស៊ី ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក ជនជាតិសណ្ឋានស្បែកក្រហមអាមេរិក ជនជាតិដើមអាហ្វ្រិក ឬការផ្សំ ជាតិសាសន៍ផ្សេងទៀត)								
2. សហព័ន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬខ្ញុំគឺជាជនបរទេសដែលបានឧបត្ថម្ភទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើបាទ/ចាស នរណា? _____								
3. ខ្ញុំត្រូវការអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ។ ខ្ញុំនិយាយ ៖ _____ ឬ <input type="checkbox"/> សញ្ញា បកប្រែលិខិតរបស់ខ្ញុំជា ៖ _____								
VII. ប្រាក់ចំណូលដែលរកបាន (ភ្ជាប់ភស្តុតាង – ឧទាហរណ៍កន្ទុយបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក ឬការច្នៃប្រឌិតយោធន៍របស់អ្នក)								
ចំណាំ ៖ ជនជាតិសណ្ឋានស្បែកក្រហមអាមេរិក/ជនជាតិដើមអាហ្វ្រិកមិនចាំបាច់រាយការណ៍ពីប្រាក់ចំណូលខ្លះ ដូចជាការចែកចាយពិភាក្សាស្នាក់នៅ និងការដោះស្រាយ ទ្រព្យដែលរក្សាក្នុងកិច្ចការ និងភាពជាម្ចាស់នៃធនធានធម្មជាតិ និងការធ្វើឲ្យប្រសើរឡើង ការទូទាត់ការស្តុកស្តុក ការទាញយក និងប្រមូលធនធានធម្មជាតិ ការទូទាត់ពីភាពជាម្ចាស់នៃវត្ថុដែលមានភាពសំខាន់ដោយឡែកខាងសាសនា ព្រលឹង ប្រពៃណី ឬវប្បធម៌ និងការិយាល័យជំនួយហិរញ្ញវត្ថុកិច្ចការសិស្សសណ្ឋានស្បែកក្រហម ។								
1. ខ្ញុំមានប្រាក់ចំណូលពីការងារ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ					ឈ្មោះនិយោជក			
លេខទូរស័ព្ទនិយោជក		កាលបរិច្ឆេទខ្ញុំចាប់ផ្តើមការងារនេះ			តើការងារនេះជាការងារធ្វើដោយខ្លួនឯងមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
បរិមាណដុលដែលបានទទួល (បរិមាណដុល្លារ មុនការកាត់បន្ថយ) \$ _____ រៀងរាល់ ៖ <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ								
ចំនួនម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ៖ _____					កាលបរិច្ឆេទប្រាក់ (ឧទាហរណ៍ ថ្ងៃទី 1 និងថ្ងៃទី 15 ឬរៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ) ៖ _____			
2. សហព័ន្ធរបស់ខ្ញុំមានប្រាក់ចំណូលពីការងារ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាសទេ <input type="checkbox"/> ទេ					ឈ្មោះនិយោជករបស់សហព័ន្ធ			
លេខទូរស័ព្ទនិយោជករបស់សហព័ន្ធ		កាលបរិច្ឆេទសហព័ន្ធចាប់ផ្តើមការងារនេះ			តើការងារនេះជាការងារធ្វើដោយខ្លួនឯងមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
បរិមាណដុលដែលបានទទួល (បរិមាណដុល្លារ មុនការកាត់បន្ថយ) \$ _____ រៀងរាល់ ៖ <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ								
ចំនួនម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ៖ _____					កាលបរិច្ឆេទប្រាក់ (ឧទាហរណ៍ ថ្ងៃទី 1 និងថ្ងៃទី 15 ឬរៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ) ៖ _____			

VIII. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតទាំងអស់ (អ្នក ឬសហព័ន្ធរបស់អ្នក) (ភ្ជាប់តម្លៃស្តង់ដារ – ឧទាហរណ៍ លិខិតឆ្លាន របាយការណ៍ ឯកសារធនលាភ)

ឧទាហរណ៍មាន ៖ <ul style="list-style-type: none"> • សន្តិសុខសង្គម • ផលប្រយោជន៍មិនធ្វើការ • IRA/401(k) 	<ul style="list-style-type: none"> • ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ • ការប្រាក់/ ភាគលាភ • ពលកម្ម និងឧស្សាហកម្ម (L&I) • ផលប្រយោជន៍ផ្លូវដែក 	<ul style="list-style-type: none"> • កិច្ចសន្យាលក់/ប័ណ្ណសន្យា • ប្រាក់ចិញ្ចឹមសហព័ន្ធ • ប្រាក់ចំណូលកុលសម្ព័ន្ធ 	<ul style="list-style-type: none"> • រដ្ឋបាលយុទ្ធសាស្ត្រ (VA) ឬផលប្រយោជន៍យោធា • អំណោយ (ជំនួយសាច់ប្រាក់/ប័ណ្ណអំណោយ) 	<ul style="list-style-type: none"> • ប្រាក់ចំណូលពីការផ្តល់ឯកាធិកម្ម • ធនលាភ
---	--	--	--	---

ប្រភេទប្រាក់ចំណូលដែលមិនបានរក	នរណាទទួលប្រាក់ចំណូល	បរិមាណដុលប្រចាំខែ	នរណាទទួលប្រាក់ចំណូល	បរិមាណដុលប្រចាំខែ
		\$		\$
		\$		\$

IX. ធនធាន (ភ្ជាប់តម្លៃស្តង់ដារ – ឧទាហរណ៍ ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ធនធាន ឯកសារផ្នែកច្បាប់ ឬប្រាក់ធានារ៉ាប់រង)

ធនធានគឺជាអ្វីៗដែលជាប់សេវា ឬកំពុងទិញ ដែលអាចត្រូវបានលក់ ដូចជា ឬប្រើប្រាស់ជាសាច់ប្រាក់ ឬលុយ ។ វារាប់បញ្ចូលទាំងអ្វីៗដែលកាន់កាប់ដោយអ្នកដទៃ ។ ធនធានមិនរាប់បញ្ចូលទាំងទ្រព្យផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាគ្រឿងសង្ហារឹម សម្លៀកបំពាក់ ទ្រព្យសម្បត្តិឯកជន រួមទាំងគ្រឿងអលង្ការ ។

ឧទាហរណ៍នៃធនធានមាន ៖

<ul style="list-style-type: none"> • សាច់ប្រាក់ • គណនីចរន្ត/CDs • ភាគហ៊ុន/ប័ណ្ណជំពាក់ • សង្គមធន 	<ul style="list-style-type: none"> • ផ្ទះរបស់អ្នក • IRA/401K/មូលធនចូលនិវត្តន៍ • ដី/ទ្រព្យផ្សេងទៀត 	<ul style="list-style-type: none"> • កម្មសិទ្ធិមួយអាយុកាល • ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងជីវិត • មូលធនមហាវិទ្យាល័យ • ហ៊ុនពេល 	<ul style="list-style-type: none"> • ឯកាធិកម្ម/ធនលាភ • ការរៀបចំបុណ្យសព • ឧបករណ៍កសិកម្ម/បសុសត្វ 	<ul style="list-style-type: none"> • ឧបករណ៍ធ្វើជំនួញ • កិច្ចសន្យាលក់
---	--	--	---	--

ប្រភេទធនធាន	នរណាជាម្ចាស់	ទីតាំង	តម្លៃ	ប្រភេទធនធាន	នរណាជាម្ចាស់	ទីតាំង	តម្លៃ
			\$				\$
			\$				\$
			\$				\$

ឃានយន្ត ៖ សរសេរឃានយន្តនានាដែលជាប់សេវា និងសហព័ន្ធរបស់អ្នក ។ វារួមមាន ៖ ឡាន ឡានដឹកទំនិញ ឡានដឹកទំនិញតូចៗ ទូក RVs រថសណ្តោង ឬឃានយន្តផ្សេងទៀត ។

ឆ្នាំ (ឧទាហរណ៍ 2010)	ផលិត (Toyota)	ម៉ូដែល (Camry)	គូស បើដូល	បរិមាណដែលជំពាក់
			<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	\$

X. អានដោយប្រុងប្រយ័ត្នមុនចុះហត្ថលេខា

សិទ្ធិសវនាការរដ្ឋបាល ៖ បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចដែលពួកយើងបានធ្វើ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដើម្បីទទួលបានសវនាការ ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំជំនួយពីអ្នកគ្រប់គ្រង និងអ្នករដ្ឋបាល ។ អ្នកនៅតែអាចមានសវនាការ ទោះបីជាអ្នកស្នើសុំជំនួយនេះ ។

XI. ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត

ក្រសួងផ្តល់សេវាការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត រួមទាំងអ្នកបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធចុះឈ្មោះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សេវា ឬចំនួនអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចទទួលបានពីភ្នាក់ងារនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងបំពេញពាក្យសុំការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាតើស្វែងរក ឬទទួលបាននិយមន័យរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញពាក្យសុំការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតជាឯកជន។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាមានរណស្ត្រក្នុងការប្រើប្រាស់សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធការចុះឈ្មោះ សិទ្ធិរបស់អ្នកគឺឯកជនក្នុងការបដិសេធថាតើចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយរបស់អ្នក ឬចំណូលចិត្ត នយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងជាមួយ ការិយាល័យបោះឆ្នោតរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)

តើអ្នកចង់ចុះបោះឆ្នោត ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដោយស្វ័យប្រវត្តិឬទេ? បាទចាស ទេ

ប្រសិនបើអ្នកមិនគូសទាំងពីរប្រអប់ យើងនឹងពិចារណាថាអ្នកសម្រេចថាមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះ លុះត្រាតែអ្នកមានសិទ្ធិ និងមិនបដិសេធការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

លុះត្រាតែអ្នកបានគូស “ទេ” ខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិសម្រាប់ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

អ្នកមានសិទ្ធិសម្រាប់ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិប្រសិនបើអ្នកមានអាយុយ៉ាងហោចណាស់ 18 ឆ្នាំនៅថ្ងៃបោះឆ្នោតបន្ទាប់ អ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ហើយ DSHS មានឈ្មោះអ្នក លំនៅដ្ឋាន អាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្រ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ព័ត៌មានបញ្ជាក់ថាជាពលរដ្ឋ ការបញ្ជាក់ហត្ថលេខារបស់អ្នកដើម្បីដាក់ទំនុកចិត្តថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់លើពាក្យសុំនេះ។

តើអ្នកចង់ចុះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិឬទេ? បាទចាស ទេ

ប្រសិនបើអ្នកបានគូសប្រអប់សម្គាល់ថា “បាទចាស” ឬ មិនបានគូសទាំងប្រអប់ ហើយអ្នកបំពេញតម្រូវការ សិទ្ធិសម្រាប់ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ DSHS នឹងធ្វើព័ត៌មានរបស់អ្នកទៅការិយាល័យរដ្ឋលេខាធិការ ហើយអ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

XII. ការប្រកាស និងហត្ថលេខា

ខ្ញុំបានអាន និងយល់ព័ត៌មានក្នុងពាក្យសុំនេះ ។ ខ្ញុំប្រកាសក្រោមទោសទណ្ឌនៃការបំពានសម្បទ ក្រោមច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនក្នុងពាក្យសុំនេះ រួមទាំងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងភាពជាពលរដ្ឋ និងឋានៈអន្តោប្រវេសន៍របស់ខ្ញុំ គិតត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញនៃចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យ ឬអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិឲ្យ	កាលបរិច្ឆេទ
--	-------------

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ ឬអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិឲ្យសេរីជាអក្សរពុម្ព