

**សេចក្តីស្នើសុំសម្រាប់ចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះនៃសេវាកម្មលំនៅដ្ឋាន  
និងសហគមន៍ជាមូលដ្ឋាន (HCBS) របស់នាយកដ្ឋានអភិវឌ្ឍន៍ពិការភាព (DDD)  
ឬសេចក្តីស្នើសុំដើម្បីផ្លាស់ប្តូរពីសេវាកម្មវិធីអនុគ្រោះនៃ DDD HCBS  
មួយទៅសេវាកម្មផ្សេងទៀត  
Request for Enrollment in Division of Developmental Disabilities (DDD) Home  
and Community Based Services (HCBS) Waiver or Request to Change From  
One DDD HCBS Waiver to Another**

**សេចក្តីណែនាំ** ៖ បើអ្នកចង់ស្នើសុំចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះ DDD HCBS Waiver ឬបើអ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យគេដកឈ្មោះចេញពីកម្មវិធីអនុគ្រោះ DDD HCBS Waiver មួយ ទៅចុះក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះមួយផ្សេងទៀត, អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំនេះតាមមាត់ក៏បាន ឬតាមការសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរណាមួយក៏បាន ។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំតាមមាត់, សូមអញ្ជើញទូរស័ព្ទទាក់ទងការិយាល័យប្រចាំតំបន់របស់អ្នក (អ្នកអាចរកមើលលេខទូរស័ព្ទរបស់ការិយាល័យប្រចាំតំបន់នានា នៅលើទំព័រចុងក្រោយបង្អស់នៃទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំនេះ) ។ បើអ្នកចង់ធ្វើការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ, សូមប្រើទម្រង់នេះ ។

សូមបំពេញទម្រង់នេះតាមលទ្ធភាពដែលអ្នកអាចបំពេញទៅបាន ។ អ្នកអាចភ្ជាប់បន្ថែមឯកសារផ្សេងៗទាំងឡាយណា ដែលអ្នកគិតថា នាយកដ្ឋាន DDD គួរតែមាននៅក្នុងដៃ ដើម្បីជួយនាយកដ្ឋាន DDD ក្នុងការធ្វើសេចក្តីសម្រេច ថាគេគួរចុះឈ្មោះអ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះមួយនេះ ឬក៏គេគួរចុះឈ្មោះអ្នក នៅក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះមួយផ្សេងទៀត ។ កាលណាអ្នកបំពេញទម្រង់នេះចប់សព្វគ្រប់ហើយ, សូមប្រគល់ឬផ្ញើទៅឱ្យនាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់អ្នក ។ (អ្នកអាចរកមើលអាសយដ្ឋាន ឬព័ត៌មាននៃការទាក់ទងសម្រាប់ការិយាល័យប្រចាំតំបន់នានា នៅលើទំព័រចុងក្រោយបង្អស់នៃទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំនេះ ។) នា យកដ្ឋាន DDD នឹងឆ្លើយតបចំពោះសេចក្តីស្នើសុំរបស់អ្នកតាមលិខិតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់នេះ, អ្នកអាចសុំនា យកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់អ្នក ឱ្យជួយអ្នក ឬអ្នកអាចទូរស័ព្ទទាក់ទងសេវាការពារសិទ្ធិជនពិការនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (Disability Rights Washington) តាមលេខ (800) 562-2702 ឬលេខ (800) 905-0209 (TTY) ឬលេខ (206) 324-1521 ឬលេខ (206) 957-0728 (TTY) ។

បើអ្នកចង់បានព័ត៌មានពិស្តារបន្ថែមទៀតអំពីសេវាកម្មនានា ដែលកំពុងមានដំណើរការលើកម្មវិធីអនុគ្រោះទាំងបួនរបស់នាយកដ្ឋាន DDD, អ្នកអាចអញ្ជើញចូលទៅមើលគេហទំព័រអ៊ីនធឺណិតខាងក្រោមនេះ រួចហើយពិនិត្យសៀវភៅព័ត៌មានលើលិខិតអង្គហេតុផែនការអនុគ្រោះ (Waiver Plan Fact Sheet) និងកូនសៀវភៅផ្សព្វផ្សាយការអនុគ្រោះ DDD HCBS (DDD HCBS Waiver Brochure) ឬ អ្នកអាចទាក់ទងជាមួយការិយាល័យប្រចាំតំបន់របស់អ្នក ហើយស្នើសុំឱ្យគេផ្តល់សំណៅចម្លងនៃឯកសារទាំងនេះជូនអ្នកក៏បាន ។

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/waivers.shtml>

ឈ្មោះរបស់ខ្ញុំគឺ	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត
------------------	------------------

លេខអតិថិជន DDD	ឈ្មោះរបស់នាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង	លេខទូរស័ព្ទ
----------------	--------------------------------	-------------

អាសយដ្ឋានរបស់ខ្ញុំគឺ	ក្រុង	រដ្ឋ	លេខបរិបត្តិ
----------------------	-------	------	-------------

ឈ្មោះរបស់អ្នកអាណាព្យាបាល/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់	លេខទូរស័ព្ទ
--	-------------

អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកអាណាព្យាបាល/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់	ក្រុង	រដ្ឋ	លេខបរិបត្តិ
--	-------	------	-------------

សព្វថ្ងៃ ខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងការអនុគ្រោះដូចតទៅ ៖  Basic (មូលដ្ឋាន)  Basic Plus (មូលដ្ឋានបូក)  CORE (ស្នូល)  Community Protection (ការការពារសហគមន៍)

ខ្ញុំស្នើសុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងការអនុគ្រោះ ដូចបានគូសបញ្ជាក់នៅខាងក្រោមនេះជំនួសវិញ ៖

Basic (មូលដ្ឋាន)  Basic Plus (មូលដ្ឋានបូក)  CORE (ស្នូល)  Community Protection (ការការពារសហគមន៍) **កាលបរិច្ឆេទនៃការស្នើសុំ ៖**

សព្វថ្ងៃ ខ្ញុំមិនទាន់បានចុះឈ្មោះនៅក្នុងការអនុគ្រោះណាមួយទេ ហើយស្នើសុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងការអនុគ្រោះដូចបានគូសបញ្ជាក់នៅខាងក្រោមនេះ ៖

Basic (មូលដ្ឋាន)  Basic Plus (មូលដ្ឋានបូក)  CORE (ស្នូល)  Community Protection (ការការពារសហគមន៍)

ខ្ញុំចង់ចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះណាមួយ ឬចង់ផ្លាស់ប្តូរទៅចុះនៅក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះផ្សេងវិញ ពីព្រោះ ៖

ខ្ញុំត្រូវការសេវាកម្មនានាខាងក្រោមនេះបន្ថែមទៀត ៖ (សូមភ្ជាប់ទំព័រព័ត៌មានផ្សេងៗបន្ថែមទៀត ប្រសិនបើចាំបាច់)

ខ្ញុំនាន់ឯកសារនានាបន្ថែមទៀត ដើម្បីទ្រទ្រង់ដល់ការដាក់ពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់ចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះណាមួយ ឬក៏ការសុំផ្លាស់ប្តូរទៅចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះផ្សេងៗទៀត ហើយខ្ញុំបានដាក់វាជូននាយកដ្ឋានដោយគ្រប់គ្នាជាមួយនឹងទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំនេះ ។  បាទ/ចាះ  ទេ

**បើអ្នកគូសចម្លើយក្នុងប្រអប់ "បាទ/ចាះ", ចូរភ្ជាប់ឯកសារចាំបាច់នានាជាមួយនឹងទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំនេះ ។**

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន	កាលបរិច្ឆេទ
---------------------	-------------

## ព័ត៌មានសម្រាប់ការទាក់ទងប្រចាំតំបន់

### ទីបញ្ជាការតំបន់ (Region) 1

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/region1.shtml>

1611 West Indiana Avenue  
Spokane, WA 99205-4221

ទូរស័ព្ទប្រចាំមូលដ្ឋាន ៖ (509) 329-2900

ប្រព័ន្ធទូរស័ព្ទ TTY ៖ (509) 568-3038

ទូរសារ ៖ (509) 568-3037

ទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ ៖ 1-800-462-0624

អ៊ីមែល ៖ [DD1FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD1FSO@dshs.wa.gov)

### ទីបញ្ជាការតំបន់ (Region) 2

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/region2.shtml>

3700 Fruitvale Blvd., Suite 200  
Yakima, WA 98902-1100

PO Box 12500  
Yakima, WA 98909-1100

ទូរស័ព្ទប្រចាំមូលដ្ឋាន ៖ (509) 225-4620

ប្រព័ន្ធទូរស័ព្ទ TTY ៖ (509) 454-4321

ទូរសារ ៖ (509) 574-5607

ទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ ៖ 1-800-822-7840

អ៊ីមែល ៖ [DD2FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD2FSO@dshs.wa.gov)

### ទីបញ្ជាការតំបន់ (Region) 3

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/region3.shtml>

840 North Broadway, 1<sup>st</sup> floor  
Building A, Suite 100  
Everett, WA 98201-1288

ទូរស័ព្ទប្រចាំមូលដ្ឋាន ៖ (425) 339-4833

ប្រព័ន្ធទូរស័ព្ទ TTY ៖ (425) 339-4850

ទូរសារ ៖ (425) 339-4856

ទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ ៖ 1-800-788-2053

អ៊ីមែល ៖ [DD3FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD3FSO@dshs.wa.gov)

**ទីបញ្ជាការនៃតំបន់ (Region) 4**

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/region4.shtml>

1700 East Cherry Street  
Seattle, WA 98122

ទូរស័ព្ទប្រចាំមូលដ្ឋាន ៖ (206) 568-5700

ប្រព័ន្ធទូរស័ព្ទ TTY ៖ (206) 720-3325

ទូរសារ ៖ (206) 720-3334

ទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ ៖ 1-800-314-3296

អ៊ីមែល ៖ [DD4FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD4FSO@dshs.wa.gov)

**ទីបញ្ជាការនៃតំបន់ (Region) 5**

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/region5.shtml>

1305 Tacoma Avenue South, Suite 300  
Tacoma, WA 98402

ទូរស័ព្ទប្រចាំមូលដ្ឋាន ៖ (253) 404-8500

ប្រព័ន្ធទូរស័ព្ទ TTY ៖ (253) 572-7381

ទូរសារ ៖ (253) 597-4368

ទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ ៖ 1-800-248-0949

អ៊ីមែល ៖ [DD5FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD5FSO@dshs.wa.gov)

**ទីបញ្ជាការនៃតំបន់ (Region) 6**

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/region6.shtml>

Point Plaza East, Bldg. 2, 3<sup>rd</sup> Floor  
6860 Capitol Blvd. SE  
PO Box 45315  
Olympia WA 98504-5315

ទូរស័ព្ទប្រចាំមូលដ្ឋាន ៖ (360) 725-4250

ប្រព័ន្ធទូរស័ព្ទ TTY ៖ (360) 586-4719

ទូរសារ ៖ (360) 586-6502

ទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ ៖ 1-800-339-8277

អ៊ីមែល ៖ [DD6FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD6FSO@dshs.wa.gov)