ពាក្យសុំ **WA Cares Fund**

សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំរយៈពេលវែង

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

ឈ្មោះអ្នកទទួលផល	
លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់)	

បែបបទនេះគឺត្រូវបានប្រើដើម្បីដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ **WA Cares Fund** ។

ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund អ្នកទទួលផលត្រូវតែបំពេញតម្រូវការរួមចំណែក និងទាមទារជំនួយជាមួយសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃយ៉ាងហោចណាស់ 90 ថ្ងៃ។

ដាក់ស្នើពាក្យសុំដែលបានបំពេញរបស់អ្នក៖	វិធីផ្សេងទៀតក្នុងការដាក់ពាក្យ៖
ផ្ញើពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅ៖ DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• អនឡាញនៅ៖ https//wacaresfund.wa.gov/ (សូមមើលការណែនាំខាងក្រោម) • ទូរសព្ទ៖ 1-844-CARE4WA (844-227-3492)
ជំនួយភាសាគឺអាចរកបាន៖	**តើអ្នកត្រូវការជំនួយបំពេញបែបបទនេះឬទេ?**
• សេវាអ្នកបកប្រែភាសា • សេវាភាសាសញ្ញា • អក្សរស្ទាប ឬអក្សរពុម្ពធំ • អ្នកប្រើ TTY/TDD ចុចទៅលេខ 1-800-833-6384	• ទាក់ទក WA Cares សម្រាប់ជំនួយ៖ 1-844-CARE4WA (844-227-3492)

ព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវដឹង៖

- ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ
- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកដាក់ពាក្យ
- ឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់អត្តសញ្ញាណ

បង្កើតគណនី WA Cares អនឡាញ និងដាក់ពាក្យ

គណនី WA Cares Fund អនឡាញ គឺជាកន្លែងអ្នកទទួលផលនឹងមើលឃើញព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់ពួកគេ និងបើបានអនុម័តហើយធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីរបៀបពួកគេប្រើវា។ នេះរួមទាំងការបង្កើតគណនី ការផ្តល់សិទ្ធិប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ មើលប្រវត្តិរួមចំណែក និងការផ្តល់សិទ្ធិតាមដានការប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ និងអន្តរសកម្មជាមួយមជ្ឈមណ្ឌលផ្ញើសារ។

ដើម្បីបង្កើតគណនីមួយ ចូលទៅគេហទំព័រនៅ https://wacaresfund.wa.gov/ ឬ៖

- អនឡាញនៅ៖ https://wacaresfund.wa.gov/apply
- អ្នកនឹងត្រូវការចូលប្រើគណនី (SAW) សុវត្ថិភាព ដើម្បីបង្កើតគណនី WA Cares អនឡាញ

Barcode Label Here

ពាក្យសុំ **WA Cares Fund**

សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំរយៈពេលវែង

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

ឈ្មោះអ្នកទទួលផល
លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់)

ព័ត៌មានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំឱ្យខ្លួនឯង ឬក្នុងនាមឱ្យនរណាម្នាក់ផ្សេង? ☐ សម្រាប់ខ្លួនឯង ☐ សម្រាប់អ្នកផ្សេង

នាមខ្លួនស្របច្បាប់អ្នកដាក់ពាក្យ	នាមកណ្តាលស្របច្បាប់អ្នកដាក់ពាក្យ	នាមត្រកូលស្របច្បាប់អ្នកដាក់ពាក្យ	
នាមចូលចិត្ត	សព្វនាម	អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ	យេនឌ័រពីកំណើត

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)	លេខអត្តសញ្ញាណអ្នកបង់ពន្ធបុគ្គល (ITIN)

☐ ខ្ញុំមិនមាន SSN ឬ ITIN ទេ	តើអ្នកបានប្រើ SSN ឬ ITIN ច្រើនជាងមួយតាំងពីឆ្នាំ 2023? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស ទូរសព្ទទៅ WA Cares នៅលេខ 1-844-CARE4WA (844-227-3492) ដើម្បីបំពេញពាក្យសុំរបស់អ្នក។

អាសយដ្ឋានលេខផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្ស៊ីប
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្ស៊ីប

លេខទូរសព្ទចម្បង (ជាមួយលេខកូដតំបន់)	តើយើងអាចផ្ញើសារជាសំឡេងឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
លេខទូរសព្ទចល័ត (ជាមួយលេខកូដតំបន់)	តើយើងអាចផ្ញើសារអត្ថបទឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

តើវិធីសាស្ត្រប្រាស្រ័យទាក់ទងដែលអ្នកចូលចិត្តគឺជាអ្វី?

☐ សំបុត្រ ☐ អ៊ីមែល ☐ SMS / សារជាអត្ថបទ ☐ ការហៅទូរសព្ទ

ព័ត៌មានរបស់តំណាងស្របច្បាប់

តើអ្នកមានអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ អ្នកថែរក្សា ឬអំណាចមេធាវីបានកំណត់ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ឈ្មោះ	តួនាទី ☐ អ្នកថែរក្សា ☐ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ☐ អ្នកបង្កើតការសម្រេចចិត្តគាំទ្រ ☐ អំណាចមេធាវី

លេខផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្ស៊ីប

លេខទូរសព្ទចម្បង (ជាមួយកូដតំបន់) តើយើងអាចផ្ញើសារទៅតំណាងជាសំឡេងឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	លេខទូរសព្ទចល័ត (ជាមួយលេខកូដតំបន់) តើយើងអាចផ្ញើសារទៅតំណាងអត្ថបទឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

តើអ្នកបានផ្តល់ឯកសារហើយឬនៅ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តំណាងស្របច្បាប់ត្រូវតែផ្តល់ភស្តុតាងមុនធ្វើការសម្រេចចិត្តណាមួយក្នុងនាមជាអ្នក។

Barcode Label Here

ពាក្យសុំ **WA Cares Fund**

សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំរយៈពេលវែង

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

ឈ្មោះអ្នកទទួលផល
លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់)

ឈ្មោះ	លេខផ្លូវ ☐ អ្នកថែរក្សា ☐ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ☐ អ្នកបង្កើតការសម្រេចចិត្តគាំទ្រ ☐ អំណាចមេធាវី
លេខផ្លូវ	ទីក្រុង រដ្ឋ កូដហ្ស៊ីប
លេខទូរស័ព្ទចម្បង (ជាមួយកូដតំបន់) តើយើងអាចផ្ញើសារទៅតំណាងជាសំឡេងឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	លេខទូរស័ព្ទលំនៅ (ជាមួយលេខកូដតំបន់) តើយើងអាចផ្ញើសារទៅតំណាងអត្ថបទឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល	
តើអ្នកបានផ្តល់ឯកសារហើយឬនៅ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ តំណាងស្របច្បាប់ត្រូវតែផ្តល់ភស្តុតាងមុនធ្វើការសម្រេចចិត្តណាមួយក្នុងនាមជាអ្នក។	

ឯកជនភាព

ការរឹតបន្តឹងរបស់ HIPAA និងច្បាប់ឯកជនភាពផ្សេងទៀតការពារ WA Cares Fund ពីការចែករំលែកព័ត៌មានគណនីសម្ងាត់របស់អ្នកទទួលផល ឬព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ។ ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានអំពីបុគ្គលម្នាក់ WA Cares ត្រូវតែតែមានការយល់ព្រមជាក់លាក់ពីបុគ្គលនោះ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ពួកគេ។

ព័ត៌មានរបស់អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ

អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិគឺជានរណាម្នាក់ដែលអ្នកជ្រើសរើសឱ្យជួយអ្នកដើម្បីផ្តល់សិទ្ធិអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares របស់អ្នក។
អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិអាចចូលប្រើគណនីរបស់អ្នកដើម្បីអនុម័តការផ្តល់សិទ្ធិក្រោមការដឹកនាំរបស់អ្នក។
តើអ្នកចាត់តាំងអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមបំពេញបែបបទអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិដោយឡកចូលទៅក្នុងគណនី WA Cares របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយសូមទាក់ទងក្រុមយកចិត្តទុកដាក់អត្ថប្រយោជន៍ និងអតិថិជនរបស់យើងនៅលេខ 844-CARE4WA (844-224-3492)។

ព័ត៌មានទូទៅ និងភាសារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ

តើអ្នកជាអតីតយុទ្ធជនមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
តើអ្នកធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលកុលសម្ព័ន្ធដែលចូលរួមក្នុង WA Cares ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ភាសានិយាយចម្បង	ភាសានិយាយដែលពេញចិត្ត	ភាសាសរសេរដែលពេញចិត្ត
តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
ពូជសាសន៍	ជនជាតិ ☐ អេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន ☐ មិនមែនអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន	

ព័ត៌មានសាវតាពូជសាសន៍ និងជនជាតិនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួល របស់អ្នកទេ ហើយ DSHS នឹងមិនប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកខុសគ្នាព្រោះតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទរបស់អ្នកឡើយ។
ឧទាហរណ៍ពូជសាសន៍៖ អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាស៊ី ហាវ៉ៃដើម អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក ឥណ្ឌាអាមេរិក ដើមកំណើតអាឡាស្កា ស្បែកស ឬចម្រុះពូជសាសន៍។

ពាក្យសុំ **WA Cares Fund**

សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំរយៈពេលវែង

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

ឈ្មោះអ្នកទទួលផល
លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់)

ការម្រេចចិត្តចូលរួមចំណែក

ដោយដាក់ស្នើពាក្យសុំនេះ អ្នកផ្តល់សិទ្ធិឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយក្រសួងសន្តិសុខការងារ (ESD)។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវប្រើក្នុងគោលបំណងការកំណត់ការរួចចំណែក។

ការទទួលស្គាល់ និងហត្ថលេខា

ដោយចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund ។
ខ្ញុំសូមស្បថ់ក្រោមការដាក់ពិន័យពីការភូតកុហកក្រោមច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ថាខ្ញុំបានផ្តល់ព័ត៌មានដែលពិត និងត្រឹមត្រូវដល់ចំណេះដឹងខ្ពស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ។

ទាំងអ្នកដាក់ពាក្យ និងតំណាងស្របច្បាប់ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា លុះត្រាតែឯកសារតំណាងបច្ចុប្បន្នទៅក្នុងឯកសារ។
ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យមិនអាចចុះហត្ថលេខា ពួកគេអាចគូស x។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យ	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះអក្សរពុម្ព
ហត្ថលេខារបស់តំណាងស្របច្បាប់ (បើមាន)	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះអក្សរពុម្ព
ហត្ថលេខាសាក្សី (បើបានគូស X)	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះអក្សរពុម្ព

តើរឿងអ្វីខ្លះបន្ទាប់?

អ្នកគួរតែរំពឹងលិខិតកំណត់ការរួមចំណែកពីក្រសួងសន្តិសុខការងារ (ESD) ក្នុងពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រៃសណីយ៍។

ប្រសិនបើ ESD ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវលិខិតកំណត់ការរួមចំណែកដែលបានអនុម័ត នោះក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខភាព (DSHS) នឹងទាក់ទងទៅអ្នកតាមទូរសព្ទដើម្បីបំពេញការទទួល និងកំណត់ពេលវាយតម្លៃតម្រូវការការថែទាំរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើ ESD បដិសេធការកំណត់ការរួមចំណែករបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការកំណត់របស់យើង ESD នឹងផ្តើជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីការត្រួតពិនិត្យការកំណត់ការរួចចំណែក និងសិទ្ធិបណ្តឹង។

តើត្រូវធ្វើអីបន្ទាប់?

បង្កើតគណនី WA Cares របស់អ្នក។

ប្រសិនបើបានអនុម័ត អ្នកនឹងអាចគ្រប់គ្រងការផ្តល់សិទ្ធិជាមុន និងមើលសមតុល្យអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងគណនី WA Cares អនឡាញរបស់អ្នក។ សូមប្រាកដថាបង្កើតគណនី WA Cares របស់អ្នករាប់។ដើម្បីតាមដានពាក្យសុំរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំអត្ថប្រយោជន៍ និងអតិថិជន WA Cares Fund ៖

មានសំណួរឬទេ? ទូរសព្ទទៅក្រុមថែទាំអត្ថប្រយោជន៍ និងអតិថិជនទៅលេខ 844-CARE4WA (844-227-3492)

Barcode Label Here