Đơn Xin Hưởng Các Phúc Lợi Chăm Sóc Dài Hạn WA Cares Fund

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

Tên Người Thụ Hưởng	
Số ID của WA Cares (nếu có)	

Mẫu đơn này được sử dụng để xin hưởng các phúc lợi WA Cares Fund.

Để hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi WA Cares Fund, người thụ hưởng phải đáp ứng yêu cầu đóng góp và cần hỗ trợ ba hoạt động sinh hoạt hàng ngày trong thời gian ít nhất 90 ngày.

Nộp đơn xin đã hoàn tất của quý vị:	**Các cách nộp đơn xin khác:**
Gửi đơn xin của quý vị đến: DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• Trực tuyến tại: https//wacaresfund.wa.gov/ (xem hướng dẫn dưới đây) • Gọi: 1-844-CARE4WA (844-227-3492)
Hỗ trợ ngôn ngữ hiện có:	**Quý vị có cần giúp hoàn tất mẫu đơn này không?**
• Dịch vụ phiên dịch viên ngôn ngữ • Dịch vụ ngôn ngữ ký hiệu • Chữ Braille hoặc chữ in lớn • Người dùng TTY/TDD gọi số 1-800-833-6384	• Liên hệ với WA Cares để được hỗ trợ: 1-844-CARE4WA (844-227-3492)

Thông tin quý vị sẽ cần:

- Tên người nộp đơn xin
- Ngày sinh người nộp đơn xin
- Giấy tờ xác minh danh tính

Tạo một tài khoản WA Cares và nộp đơn xin trực tuyến

Tài khoản WA Cares Fund trực tuyến là nơi mà người thụ hưởng sẽ xem thông tin về phúc lợi của mình, và nếu được chấp thuận, đưa ra các quyết định về cách thức họ sử dụng phúc lợi đó. Điều này bao gồm việc tạo tài khoản, ủy quyền sử dụng phúc lợi, xem quá trình đóng góp và phê duyệt, theo dõi việc sử dụng phúc lợi, và tương tác với trung tâm tin nhắn.

Để tạo một tài khoản, hãy truy cập trang web tại https://wacaresfund.wa.gov/ hoặc:

- Trực tuyến tại: https://wacaresfund.wa.gov/apply
- Quý vị sẽ cần một tài khoản Secure Access Washington (SAW) để tạo tài khoản trực tuyến WA Cares.

Đơn Xin Hưởng Các Phúc Lợi Chăm Sóc Dài Hạn WA Cares Fund

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

Tên Người Thụ Hưởng	
Số ID của WA Cares (nếu có)	

Thông Tin Đơn Xin

Quý vị có đang nộp đơn xin cho bản thân mình hay thay mặt cho người nào khác không?
☐ Cho bản thân tôi ☐ Cho người nào khác

Tên Hợp Pháp của Người Nộp Đơn Xin	Tên Lót của Người Nộp Đơn Xin	Họ Hợp Pháp của Người Nộp Đơn Xin	
Tên Thường Gọi	Đại Từ	Bản Dạng Giới	Giới Tính khi Sinh Ra

Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội (SSN)	Mã Số Thuế Cá Nhân (ITIN)

☐ Tôi không có SSN hoặc ITIN	Quý vị có sử dụng nhiều hơn một SSN hoặc ITIN kể từ năm 2023 không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, hãy gọi WA Cares theo số 1-844-CARE4WA (844-227-3492) để hoàn tất đơn xin của quý vị.

Địa chỉ Đường Thực Sự	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
Địa chỉ gửi thư	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính

Điện Thoại Chính (có mã vùng)	Chúng tôi có thể để lại thư thoại cho quý vị không? ☐ Có ☐ Không
Điện Thoại Di Động (có mã vùng)	Chúng tôi có thể gửi tin nhắn văn bản cho quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Địa Chỉ Email

Phương thức liên lạc ưu tiên của quý vị là gì?
☐ Thư ☐ Email ☐ SMS / Tin Nhắn Văn Bản ☐ Gọi Điện Thoại

Thông Tin Về Người Đại Diện Hợp Pháp

Quý vị có là người giám hộ hợp pháp, người bảo hộ được chỉ định hoặc có giấy ủy quyền không?
☐ Có ☐ Không

Tên	Vai Trò ☐ Người Bảo Hộ ☐ Người Giám Hộ Hợp Pháp ☐ Người Hỗ Trợ Ra Quyết Định ☐ Giấy Ủy Quyền

Địa chỉ đường	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính

Điện Thoại Chính (có mã vùng) Chúng tôi có thể để lại thư thoại cho người đại diện không? ☐ Có ☐ Không	Điện Thoại Di Động (có mã vùng) Chúng tôi có thể gửi tin nhắn văn bản cho người đại diện không? ☐ Có ☐ Không

Địa Chỉ Email

Quý vị đã có cung cấp tài liệu không? ☐ Có ☐ Không

Đơn Xin Hưởng Các Phúc Lợi Chăm Sóc Dài Hạn WA Cares Fund

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

Tên Người Thụ Hưởng	
Số ID của WA Cares (nếu có)	

Người đại diện hợp pháp phải cung cấp bằng chứng trước khi đưa ra bất kỳ quyết định nào thay mặt cho quý vị.

Tên	Vai Trò ☐ Người Bảo Hộ ☐ Người Giám Hộ Hợp Pháp ☐ Người Hỗ Trợ Ra Quyết Định ☐ Giấy Ủy Quyền
Địa chỉ đường	Thành Phố Tiểu Bang Mã Bưu Chính
Điện Thoại Chính (có mã vùng) Chúng tôi có thể để lại thư thoại cho người đại diện không? ☐ Có ☐ Không	Điện Thoại Di Động (có mã vùng) Chúng tôi có thể gửi tin nhắn văn bản cho người đại diện không? ☐ Có ☐ Không
Địa Chỉ Email	

Quý vị đã có cung cấp tài liệu không? ☐ Có ☐ Không

Người đại diện hợp pháp phải cung cấp bằng chứng trước khi đưa ra bất kỳ quyết định nào thay mặt cho quý vị.

Quyền Riêng Tư

Những hạn chế HIPAA và các luật bảo vệ quyền riêng tư khác không cho phép WA Cares chia sẻ thông tin tài khoản bảo mật hoặc thông tin y tế được bảo vệ. Để chia sẻ thông tin về một cá nhân, WA Cares phải được cá nhân đó hoặc người đại diện hợp pháp của họ cho phép cụ thể.

Thông Tin Về Người Được Ủy Quyền Sử Dụng

Người được ủy quyền sử dụng là người nào đó mà quý vị chọn để giúp quý vị ủy quyền các phúc lợi WA Cares của mình. Người được ủy quyền sử dụng có quyền truy cập vào tài khoản của quý vị để phê duyệt các quyền theo chỉ dẫn của quý vị.

Quý vị có đang chỉ định người được ủy quyền sử dụng không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, xin hoàn tất mẫu đơn Người Được Ủy Quyền Sử Dụng bằng cách đăng nhập vào tài khoản WA Cares của quý vị. Nếu quý vị cần hỗ trợ, xin liên hệ với nhóm Phúc Lợi và Khách Hàng theo số 844-CARE4WA (844-224-3492).

Ngôn Ngữ Người Nộp Đơn Xin Sử Dụng và Thông Tin Chung

Quý vị có là cựu chiến binh không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có làm việc cho Chính Quyền Bộ Lạc tham gia WA Cares không? ☐ Có ☐ Không

Ngôn Ngữ Nói Chính	Ngôn Ngữ Nói Ưa Thích	Ngôn Ngữ Viết Ưa Thích

Quý vị có cần một phiên dịch viên không? ☐ Có ☐ Không

Chủng tộc	Sắc tộc ☐ Hispanic hoặc Latinh ☐ Không phải Hispanic hoặc Latinh

Thông tin cơ bản về Chủng Tộc và Sắc Tộc sẽ không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện của quý vị và DSHS sẽ không đối xử khác biệt với quý vị vì lý do chủng tộc, màu da, nguyên quán, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính của quý vị.

Ví dụ về chủng tộc: Người Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi, Người Châu Á, Người Hawai Bản Địa, Người Đảo Thái Bình Dương, Người Mỹ Da Đỏ, Người Bản Địa Alaska, Người Da Trắng hoặc bất kỳ hợp chủng nào.

Xác Định Mức Đóng Góp

Bằng cách gửi đơn xin này, quý vị cho phép chia sẻ thông tin của mình với Sở Trợ Cấp Thất Nghiệp (ESD). Thông tin này sẽ được sử dụng nhằm mục đích Xác Định Mức Đóng Góp.

Thừa Nhận và Ký Tên

Bằng cách ký tên vào đơn xin này, tôi thừa nhận rằng tôi đang nộp đơn xin hưởng phúc lợi WA Cares Fund. Tôi xin tuyên thệ, dưới mọi hình phạt khai man theo luật lệ của Tiểu Bang Washington, rằng tôi đã cung cấp thông tin đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết nhất của tôi.

Cả người nộp đơn xin và người đại diện hợp pháp đều phải ký tên, trừ khi có tài liệu đại diện hiện hành trong hồ sơ. Nếu người nộp đơn xin không thể ký tên, họ có thể đánh dấu bằng chữ x.

Chữ Ký Người Nộp Đơn Xin	Ngày	Tên Viết In
Chữ Ký Người Đại Diện Hợp Pháp (nếu có)	Ngày	Tên Viết In
Chữ Ký Nhân Chứng (nếu đã ký bằng chữ X)	Ngày	Tên Viết In

Mong đợi điều gì tiếp theo?

Quý vị sẽ nhận được thư Xác Định Mức Đóng Góp từ Sở Trợ Cấp Thất Nghiệp (ESD) trong vòng 14 ngày làm việc qua đường bưu điện.

Nếu ESD gửi cho quý vị thư Xác Định Mức Đóng Góp đã được phê duyệt, Bộ Y Tế và Xã Hội (DSHS) sẽ liên hệ với quý vị qua điện thoại để hoàn tất quá trình tiếp nhận và sắp xếp lịch trình đánh giá nhu cầu chăm sóc của quý vị.

Nếu ESD từ chối Xác Định Mức Đóng Góp của quý vị, hoặc nếu quý vị không đồng ý với xác định của mình, ESD sẽ gửi cho quý vị thông tin về việc tái xét Xác Định Mức Đóng Góp và các quyền kháng cáo.

Cần làm điều gì tiếp theo?

Thiết lập tài khoản WA Cares của quý vị.

Nếu được chấp thuận, quý vị sẽ có thể quản lý các khoản ủy quyền trước và xem số phúc lợi còn lại trong tài khoản WA Cares trực tuyến của mình. Quý vị đừng quên thiết lập sớm tài khoản WA Cares để theo dõi đơn xin của mình.

Thông tin liên hệ Trung Tâm Chăm Sóc Khách Hàng và Phúc Lợi WA Cares Fund:

Thắc Mắc? Gọi điện thoại cho nhóm Chăm Sóc Khách Hàng và Phúc Lợi theo số 844-CARE4WA (844-227-3492)