DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ

Authorized User

WA CARES FUND

ឈ្មោះអ្នកទទួលផល	
លេខ WA Cares ID (ប្រសិនបើស្គាល់)	

តើអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិគឺជាអ្វី?

អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិគឺជានរណាដែលអ្នកជ្រើសរើសឱ្យចូលប្រើគណនី WA Cares Fund របស់អ្នកដើម្បីជួយអ្នកនៅការដឹកនាំដែលបានបង្ហាញរបស់អ្នក និងជាមួយចំណេះដឹង ការយល់ព្រម និងការគ្រប់គ្រងពេញលេញរបស់អ្នក។

តើអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិអាចធ្វើអ្វីខ្លះ?

ជាមួយចំណេះដឹង និងការយល់ព្រមរបស់អ្នក នៅការដឹកនាំដែលបានបង្ហាញរបស់អ្នក និងក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់អ្នក អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិអាច៖

- ចូលប្រើគណនី WA Cares តាមអនឡាញពេញមួយការឡុកចូលរបស់ពួកគេ៖
- ជួយអ្នកជាមួយការចូលប្រើ និងរុករកគណនី WA Cares អនឡាញរបស់អ្នក រួមទាំងការបំពេញពាក្យសុំតាមអនឡាញ និងបែបបទ និងធ្វើការជ្រើសរើសនៅក្នុងគណនី WA Cares របស់អ្នកទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares របស់អ្នកតាមរយៈទម្រង់អ្នកប្រើផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេ។
- ចូលប្រើព័ត៌មានដែលបានការពារ HIPAA របស់អ្នកដែលអាចរកបាននៅក្នុងគណនី WA Cares របស់អ្នក។
- ប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយ អំពីពាក្យសុំ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវា WA Cares របស់អ្នក។

អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិមិនអាច៖

- គ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares របស់អ្នកសម្រាប់អ្នក ឬធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីពាក្យសុំ អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវា WA Cares របស់អ្នកដោយគ្មានចំណេះដឹង ការព្រមព្រៀង ការយល់ព្រម ឬគ្រប់គ្រងរបស់អ្នកទេ។
- ចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ បែបបទ វិញ្ញាបនបត្រ ឬចូលទៅក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀងណាមួយជាមួយនរណាម្នាក់រួមទាំងក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខាភិបាល ឬជាមួយអ្នកផ្តល់ថែទាំរយៈពេលវែង ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬក្នុងនាមជាអ្នក។
- អនុម័តដល់ការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវាកម្មនានាដែលពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នកដោយផ្ទាល់។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិឬទេ?

ទេ អ្នកមិនត្រូវបានទាមទារឱ្យមានអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិទេ។ ការចាត់តាំងអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិគឺស្រេចចិត្ត ហើយមិនប៉ះពាល់លើអត្ថប្រយោជន៍ និងសិទ្ធិទទួលរបស់អ្នកទេ។ អ្នកអាចដកអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិនៅពេលណាក៏បានតាមរយៈគណនី WA Cares អនឡាញរបស់អ្នក ឬដោយទាក់ទងទៅ WA Cares។

តើអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិគឺជាតំណាងស្របច្បាប់ឬទេ?

អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិមិនមែនជាតំណាងស្របច្បាប់ទេ។ មិនដូចតំណាងស្របច្បាប់ទេ អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិអាចតែជួយអ្នកនៅការដឹកនាំដែលបានបង្ហាញប៉ុណ្ណោះ ហើយមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីពាក្យសុំ អត្ថប្រយោជន៍ សេវាដែលអ្នកទទួល ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលអ្នកទទួលសេវាទាំងនោះ។ WA Cares នឹងមិនទទួលហត្ថលេខាអ្នកប្រើ វិញ្ញាបនបត្រ ឬការយល់ព្រមនៅកន្លែងអ្នកទទួលផលឡើយដោយគ្មានឯកសារផ្លូវច្បាប់។

ប្រសិនបើអ្នកចង់កំណត់នរណាម្នាក់ឱ្យមានសិទ្ធិសម្រេចចិត្តក្នុងនាមជាអ្នក អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឯកសារស្របច្បាប់បង្ហាញការកំណត់បុគ្គលនោះជាតំណាងស្របច្បាប់របស់អ្នក។ អ្នកអាចប្រើបែបបទផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬអំណាចមេធាវីមានកំណត់សម្រាប់បែបបទអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund។

ចុះបើខ្ញុំមានតំណាងស្របច្បាប់រួចហើយ?

ប្រសិនបើអ្នកមានតំណាងស្របច្បាប់រួចហើយ អ្នកអាចផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារស្របច្បាប់ទៅកាន់ WA Cares។ WA Cares ត្រូវតែមានច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារស្របច្បាប់លើកសារសម្រាប់តំណាងស្របច្បាប់របស់អ្នកដើម្បីគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នក។

Barcode Label Here

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ

Authorized User

WA CARES FUND

ឈ្មោះអ្នកទទួលផល	
លេខ WA Cares ID (ប្រសិនបើស្គាល់)	

បំពេញ និងដាក់ស្នើបែបបទនេះ៖	ព័ត៌មានដែលអ្នកនឹងត្រូវការ៖
មានវិធីចំនួនបីដើម្បីបំពេញ និងដាក់ស្នើបែបបទនេះ៖ អនឡាញ៖ កំណែអេឡិចត្រូនិកអាចត្រូវបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាតាមរយៈគណនី WA Cares របស់អ្នក។ អាប់ឡូដ៖ បំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះ។ អាប់ឡូដទៅកាន់គណនី WA Cares អនឡាញរបស់អ្នក។ ផ្ញើទៅកាន់៖ DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• ឈ្មោះពេញរបស់អ្នក • អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក • លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់) • ឈ្មោះពេញ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នក។ **ខ្ញុំត្រូវការជំនួយជាមួយបែបបទនេះ៖** ទាក់ទង WA Cares សម្រាប់ជំនួយ៖ ទូរសព្ទ៖ 844-CARE4WA (844-227-3492) ចូលទៅ៖ www.wacaresfund.wa.gov **ជំនួយភាសាគឺអាចរកបាន៖** • សេវាអ្នកបកប្រែភាសា • សេវាភាសាសញ្ញា • អក្សរស្ទាប • អ្នកប្រើ TTY/TDD ចុចលេខ 1-800-833-6384

ព័ត៌មានរបស់អ្នកទទួលផល

ឈ្មោះពេញ	លេខទូរសព្ទ	លេខ WA Cares ID

លេខផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្ស៊ីបកូដ

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (ស្រេចចិត្ត)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្ស៊ីបកូដ

ព័ត៌មានរបស់អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ

ឈ្មោះពេញ	លេខទូរសព្ទ	លេខ WA Cares ID

លេខផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្ស៊ីបកូដ

តើអ្នកចង់ឱ្យអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកជួយអ្នកយូរប៉ុណ្ណា?

☐ មួយឆ្នាំ ☐ គ្មានកំណត់ ☐ បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទ៖

ឯកជនភាព

ការរឹតបន្តឹងរបស់ HIPAA និងច្បាប់ឯកជនភាពផ្សេងទៀតការពារ WA Cares ពីការចែករំលែកព័ត៌មានគណនីសម្ងាត់របស់អ្នកទទួលផល ឬព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារជាមួយនរណាម្នាក់ លុះត្រាអ្នកទទួលផលបានផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាក់លាក់ WA Cares ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មាននេះ។ ដោយកំណត់អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិជាមួយបែបបទនេះ អ្នកកំពុងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ WA Cares ចែករំលែកព័ត៌មានដែលបានការពារដោយ HIPAA រួមទាំងព័ត៌មានសុខភាព និងព័ត៌មានគណនីសម្ងាត់ ក៏ដូចជាព័ត៌មានដែលទាក់ទងពាក្យសុំ WA Cares និងអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares ជាមួយអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិដែលបានកំណត់។

Barcode Label Here

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ

Authorized User

WA CARES FUND

ឈ្មោះអ្នកទទួលផល
លេខ WA Cares ID (ប្រសិនបើស្គាល់)

ការផ្តល់សិទ្ធិ

ដោយចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា៖

ខ្ញុំកំពុងចាត់តាំងបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើជាអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំដើម្បីជួយខ្ញុំជាមួយអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares របស់ខ្ញុំតែប៉ុណ្ណោះ តាមរបៀបដែលបានរៀបរាប់នៅទីនេះ។

បុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើមិនមែនជាតំណាងស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំទេ ហើយមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តណាមួយទាក់ទងនឹងគណនី WA Cares និងអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំនៅក្នុងកន្លែង ឬក្នុងនាមជាខ្ញុំដោយគ្មានឯកសារស្របច្បាប់បង្ហាញថាបុគ្គលនោះមានសិទ្ធិធ្វើដូច្នេះ។

WA Cares នឹងមិនទទួលហត្ថលេខា វិញ្ញាបនបត្រ ឬការយល់ព្រមរបស់បុគ្គលនោះសម្រាប់គ្រប់យ៉ាងនៅក្នុងកន្លែងរបស់ខ្ញុំដោយគ្មានឯកសារស្របច្បាប់បង្ហាញថាបុគ្គលនោះមានសិទ្ធិធ្វើដូច្នេះ។

WA Cares ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់របស់ខ្ញុំ រួមទាំងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងពាក្យសុំ WA Cares អត្ថប្រយោជន៍ និងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសុខភាព ជាមួយបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើ។

ការអនុញ្ញាតនេះនឹងបញ្ចប់នៅកាលបរិច្ឆេទដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើ ឬប្រសិនបើខ្ញុំលែងមានសមត្ថភាពដឹកនាំអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ។

ប្រសិនអ្នកដាក់ពាក្យមិនអាចចុះហត្ថលេខា ពួកគេអាចគូស “X” ហើយត្រូវតែចុះហត្ថលេខាដោយសាក្សី។ ត្រូវចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងស្របច្បាប់ ឯកសារត្រូវតែផ្តល់ទៅ WA Cares។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះអក្សរពុម្ព	ទីក្រុង និងរដ្ឋបានចុះហត្ថលេខា
ហត្ថលេខារបស់តំណាងស្របច្បាប់ (បើមាន)	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះអក្សរពុម្ព	ទីក្រុង និងរដ្ឋបានចុះហត្ថលេខា
ហត្ថលេខាសាក្សី (ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាជាមួយ X)	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះអក្សរពុម្ព	ទីក្រុង និងរដ្ឋបានចុះហត្ថលេខា

Barcode Label Here