ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ
Authorized User

ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຍດ
ເລກ WA Cares ID (ຖ້າຮູ້ຈັກ)

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຫຍັງ?

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານເລືອກເອົາເພື່ອຈະອະນຸຍາດການເຂົ້າເຖິງບັນຊີ WA Cares Fund ຂອງທ່ານເພື່ອຈະຊ່ວຍເຫລືອທ່ານຕາມການຊີ້ນຳສະແດງອອກມາຂອງທ່ານແລະດ້ວຍຄວາມຮັບຮູ້,ຄວາມຍິນຍອມ,ແລະຄວາມຄວບຄຸມເຕັມທີ່ຂອງທ່ານ.

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດສາມາດເຮັດຫຍັງໄດ້ແດ່?

ດ້ວຍຄວາມຮັບຮູ້ແລະຄວາມຍິນຍອມ,ຕາມການຊີ້ນຳສະແດງອອກມາຂອງທ່ານຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ <u>ສາມາດ:</u>

- ເຂົ້າເຖິງບັນຊີ WA Cares ຂອນລາຍນ໌ຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານຊ່ອງລອກອິນຂອງເຂົາເຈົ້າເອງ.
- ຊ່ວຍເຫລືອທ່ານນຳການເຂົ້າເຖິງແລະການເດີນຜ່ານບັນຊີ WA Cares ຂອນລາຍນ໌ຂອງທ່ານ,ລວມທັງການຂຽນປະກອບຄຳຮ້ອງຂໍແລະໃບຟອມຂອນລາຍນ໌ແລະການເລືອກເອົາຢູ່ໃນບັນຊີ WA Cares ຂອງທ່ານກ່ຽວກັບສະວັດດີການ WA Cares ຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານປະວັດຂໍ້ມູນຜູ້ໃຊ້ຂອງເຂົາເຈົ້າເອງ.
- ເຂົ້າເຖິງຣາຍຣະອຽດ HIPAA ທີ່ຖືກປົກປ້ອງຂອງທ່ານທີ່ມີໄວ້ໃຫ້ຢູ່ໃນບັນຊີ WA Cares ຂອງທ່ານ.
- ຕິດຕໍ່ສື່ສານນຳ WA Cares ກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍ,ສະວັດດີການ,ແລະການບໍຣິການ WA Cares ຂອງທ່ານ.

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ <u>ບໍ່ສາມາດ:</u>

- ຄວບຄຸມເບິ່ງນຳສະວັດດີການ WA Cares ຂອງທ່ານສຳລັບທ່ານຫລືທຳການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍ WA Cares ຂອງທ່ານ,ສະວັດດີການຫລືການບໍຣິການຂອງທ່ານໂດຍປາສຈາກການຮັບຮູ້,ການເຫັນພ້ອມນຳ,ການຍິນຍອມ,ຫລືການຄວບຄຸມຂອງທ່ານ.
- ເຊັນຊື່ໃສ່ຄຳຮ້ອງທຸກໆຢ່າງ,ໃບຟອມ,ການໃຫ້ການເປັນພະຍານ,ແລະການຮັບເອົາການຕົກລົງເຫັນພ້ອມນຳກັນທຸກໆຢ່າງນຳຄົນໃດຄົນນຶ່ງລວມທັງນຳ Department of Social and Health Services ຫລືນຳຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຣະຍະຍາວຫລືການປິ່ນປົວພະຍາບານ,ໃນນາມຂອງທ່ານ.
- ອະນຸມັດການອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າສຳລັບການບໍຣິການຊຶ່ງເຂົາເຈົ້າເອົາໃຫ້ທ່ານໂດຍກົງໂລດ.

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດບໍ່?

ບໍ່,ທ່ານບໍ່ໄດ້ຖືກບັງໃຫ້ຕ້ອງມີຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ.ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຕາມສະມັກໃຈແລະຈະບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນແນວໃດໃສ່ສະວັດດີການຫລືເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານ.ທ່ານຈະເອົາຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດອອກໄປໄດ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍຜ່ານບັນຊີ WA Cares ອອນລາຍນ໌ຂອງທ່ານຫລືໂດຍການຕິດຕໍ່ຫາ WA Cares.

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍບໍ່?

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດບໍ່ແມ່ນຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ.ບໍ່ຄືກັນກັບຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ,ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ເທົ່ານັ້ນຕາມການສະແດງອອກມາຂອງທ່ານແລະບໍ່ສາມາດທຳການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ,ສະວັດດີການ,ການບໍຣິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ,ຫລືທ່ານຫມໍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍຣິການເຫລົ່ານີ້. WA Cares ຈະບໍ່ຮັບເອົາລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ,ການແຈ້ງເປັນພະຍານ,ຫລືການອະນຸຍາດແທນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຍດໂດຍປາສຈາກການບັນທຶກເອກສານຕາມກົດໝາຍ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢາກຈະແຕ່ງຕັ້ງຄົນໃດຄົນນຶ່ງໃຫ້ມີສິດອຳນາດທີ່ຈະທຳການຕັດສິນໃຈໃນນາມຂອງທ່ານ,ທ່ານຕ້ອງເອົາໃຫ້ການເອກສານບັນທຶກຕາມກົດໝາຍທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນການແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນນັ້ນໃຫ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານ.ທ່ານສາມາດໃຊ້ໃບຟອມຂອງທ່ານເອງຫລືໃບຟອມອຳນາດຈຳກັດຂອງທະນາຍຄວາມສຳລັບສະວັດດີການ WA Cares Fund.

ຈະເຮັດແນວໃດຖ້າຫາກວ່າຂ້ອຍມີຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍແລ້ວເດ?

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍແລ້ວ,ທ່ານຈະສົ່ງໃບໂກປີ້ຂອງເອກສານບັນທຶກຕາມກົດໝາຍມາໃຫ້ WA Cares.
WA Cares ຕ້ອງມີໃບໂກປີ້ຂອງເອກສານບັນທຶກຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານຢູ່ໃນສຳນວນເພື່ອວ່າຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານຈະຄວບຄຸມເບິ່ງນຳສະວັດດີການຂອງທ່ານໃນນາມທ່ານ.

Barcode Label Here

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ
Authorized User

WA CARES FUND

ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຍດ
ເລກ WA Cares ID (ຖ້າຮູ້ຈັກ)

ຂຽນປະກອບແລະຍື່ນໃບຟອມໃບນີ້:	ຣາຍຣະອຽດທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງການ:
ມັນມີຢູ່ສາມຫົນທາງທີ່ຈະຂຽນປະກອບແລະຍື່ນໃບຟອມໃບນີ້: **ອອນລາຍນ໌:** ແບບທາງເອເລກໂຕຣນິກຈະຖືກຂຽນປະກອບແລະເຊັນຊື່ໃສ່ຜ່ານບັນຊີ WA Cares ອອນລາຍນ໌ຂອງທ່ານ. **ອັບໂຫລດ:** ຂຽນປະກອບແລະເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຟອມໃບນີ້.ອັບໂຫລດໃສ່ບັນຊີ WA Cares ອອນລາຍນ໌ຂອງທ່ານ. **ໄປສະນີໄປທີ່:** DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• ຊື່ເຕັມຂອງທ່ານ • ທີ່ຢູ່ແລະເລກໂທຣະສັບຂອງທ່ານ • ເລກ WA Cares ID ຂອງທ່ານ (ຖ້າຮູ້ຈັກ) • ຊື່ເຕັມແລະຣາຍຣະອຽດການຕິດຕໍ່ສຳລັບຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານ. **ຊ່ວຍຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳຟອມໃບນີ້:** ຕິດຕໍ່ຫາ WA Cares ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ: **ໂທຫາ: 844-CARE4WA (844-227-3492)** **ແວ່ປ້ຽມ: www.wacaresfund.wa.gov** **ການຊ່ວຍເຫລືອດ້ານການແປພາສາຈະມີໄວ້ໃຫ້:** • ການບໍຣິການນາຍແປພາສາ • ການບໍຣິການພາສາໃບ້ • ໜັງສືຄົນຕາບອດ • ຜູ້ໃຊ້ TTY/TDD ບິບຫາເລກ 1-800-833-6384

ຣາຍຣະອຽດຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຍດ

ຊື່ເຕັມ	ເລກໂທຣະສັບ	ເລກ WA Cares ID	
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ເມືອງ	ຣັດ	ຊິບໂຄດ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຕາມສະມັກໃຈ)	ເມືອງ	ຣັດ	ຊິບໂຄດ

ຣາຍຣະອຽດຂອງຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ

ຊື່ເຕັມ	ເລກໂທຣະສັບ	ເລກ WA Cares ID	
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ເມືອງ	ຣັດ	ຊິບໂຄດ

ຄົນປານໃດທີ່ທ່ານຢາກໃຫ້ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ?

☐ ນຶ່ງປີ ☐ ບໍ່ມີການຫມົດອາຍຸ ☐ ວັນທີອັນເຈາະຈົງ:

ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ

ການຈຳກັດ HIPAA ແລະກົດຫມາຍການເປັນສ່ວນຕົວອື່ນໆກົດກັ້ນ WA Cares ການແລກປ່ຽນຣາຍຣະອຽດຂອງບັນຊີທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຍດຫລືຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທີ່ຖືກປົກປ້ອງນຳຄົນໃດຄົນນຶ່ງ,ນອກຈາກວ່າຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຍດໄດ້ອະນຸມັດໃຫ້ການອະນຸຍາດອັນເຈາະຈົງ WA Cares ໃຫ້ແລກປ່ຽນຣາຍຣະອຽດອັນນັ້ນ.

ໂດຍການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດດ້ວຍໃບຟອມໃບນີ້,ທ່ານໄດ້ເອົາການອະນຸຍາດໃຫ້ WA Cares ທີ່ຈະແລກປ່ຽນຣາຍຣະອຽດທີ່ຖືກປົກປ້ອງ HIPAA, ລວມທັງຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບແລະຣາຍຣະອຽດຂອງບັນຊີທີ່ເປັນຄວາມລັບ,ລວມທັງຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍ WA Cares ແລະສະວັດດີການ WA Cares,ນຳຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງທ່ານ.

Barcode Label Here

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ
Authorized User

WA CARES FUND

ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຍດ
ເລກ WA Cares ID (ຖ້າຮູ້ຈັກ)

ການອະນຸຍາດ

ໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຟອມໃບນີ້,ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ:

ຂ້າພະເຈົ້າແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນທີ່ຖືກບົ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ໃຫ້ເປັນຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອຈະຊ່ວຍເຫລືອຂ້າພະເຈົ້ານຳສະວັດດີການ WA Cares ຂອງຂ້າພະເຈົ້າເທົ່ານັ້ນໃນແບບທີ່ຖືກບັນຍາຍຢູ່ໃນທີ່ນີ້.

ບຸກຄົນທີ່ຖືກບົ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ບໍ່ແມ່ນຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າແລະບໍ່ສາມາດທຳການຕັດສິນໃຈແນວໃດກ່ຽວກັບບັນຊີຫລືສະວັດດີການ WA Cares ຂອງຂ້າພະເຈົ້າແທນທີ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫລືໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໂດຍປາສຈາກເອກສານບັນທຶກຕາມກົດໝາຍທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າບຸກຄົນມີສິດອຳນາດທີ່ຈະເຮັດໄດ້.

WA Cares ຈະບໍ່ຮັບເອົາລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຖືກບົ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້,ການໃຫ້ການເປັນພະຍານ,ຫລືການຍິນຍອມສຳລັບແນວໃດແນວນຶ່ງແທນທີ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໂດຍປາສຈາກເອກສານບັນທຶກຕາມກົດໝາຍທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າບຸກຄົນມີສິດອຳນາດທີ່ຈະເຮັດໄດ້.

WA Cares ໄດ້ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ແລກປ່ຽນຣາຍຣະອຽດທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ,ລວມທັງຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍ WA Cares ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ,ສະວັດດີການ,ແລະຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ,ນຳບຸກຄົນທີ່ຖືກບົ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້.

ການອະນຸຍາດອັນນີ້ຈະສິ້ນສຸດລົງໃນວັນທີທີ່ຖືກກຳວດເຈາະຈົງຢູ່ຂ້າງເທິງຫລືຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີຄວາມສາມາດຕໍ່ໄປອີກແລ້ວທີ່ຈະຊີ້ນຳຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ.

ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍບໍ່ສາມາດທີ່ຈະເຊັນຊື່,ເຂົາເຈົ້າຈະໝາຍໃສ່ດ້ວຍຕົວ "X" ແລະຕ້ອງຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ໂດຍພະຍານ.ເພື່ອຈະຖືກເຊັນຊື່ໂດຍຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ,ເອກສານບັນທຶກຕ້ອງຖືກເອົາໃຫ້ WA Cares.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ວັນທີ	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງແລະຣັດທີ່ຖືກເຊັນຊື່
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ (ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ)	ວັນທີ	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງແລະຣັດທີ່ຖືກເຊັນຊື່
ລາຍເຊັນຂອງພະຍານ (ຖ້າຖືກເຊັນຊື່ດ້ວຍຕົວ X)	ວັນທີ	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງແລະຣັດທີ່ຖືກເຊັນຊື່

Barcode Label Here