



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
HOME AND COMMUNITY BASED SERVICES (HCBS)

សំណើសុំការចុះឈ្មោះក្នុងការលះបង់សិទ្ធិ DDA HCBS

ឬស្នើសុំផ្លាស់ប្តូរពីការលះបង់សិទ្ធិ DDA HCBS មួយទៅមួយផ្សេង

Request for Enrollment in DDA HCBS Waiver or Request to Change from One DDA HCBS Waiver to Another

<p>ការណែនាំ: ទម្រង់បែបបទនេះអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីស្នើសុំការលះបង់សិទ្ធិ DDA HCBS មួយ។</p> <p>អ្នកអាចបន្ថែមឯកសារគាំទ្រ។ នៅពេលអ្នកបានបំពេញទម្រង់បែបបទរួចរាល់ សូមប្រគល់ទៅ DDA វិញ។ DDA នឹងឆ្លើយតបនឹងសំណើរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ អ្នកអាចស្នើឱ្យអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នកជួយអ្នក ឬអ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅសិទ្ធិពិការភាពវ៉ាស៊ីនតោន តាមលេខ (800) 562-2702 ឬ (800) 905-0209 (TTY) ឬ (206) 324-1521 ឬ (206) 957-0728 (TTY)។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាដែលអាចប្រើបាននៅលើការលះបង់សិទ្ធិ HCBS ចំនួនប្រាំរបស់ DDA អ្នកអាចទៅកាន់គេហទំព័រ DDA ខាងក្រោម និងពិនិត្យសន្លឹកការណ៍ពិតអំពីផែនការលះបង់សិទ្ធិ និងកូនសៀវភៅអំពីការលះបង់សិទ្ធិ DDA HCBS ឬអ្នកអាចទាក់ទងការិយាល័យប្រចាំតំបន់របស់អ្នក ហើយស្នើសុំច្បាប់ចម្លងឯកសារទាំងនេះ។</p> <p>https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/home-and-community-based-waivers-hcbs</p>			
ខ្ញុំឈ្មោះ:			ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
លេខអតិថិជន DDA (បើស្គាល់)	ឈ្មោះអ្នកគ្រប់គ្រងករណី (បើអ្នកមានមួយ)	លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋានរបស់ខ្ញុំគឺ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ប៊ូប៊ូកូដ
ឈ្មោះអាណាព្យាបាល / អ្នកតំណាងស្របច្បាប់			លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានអាណាព្យាបាល/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់		ទីក្រុង	រដ្ឋ ប៊ូប៊ូកូដ
ខ្ញុំចង់ចុះឈ្មោះការលះបង់សិទ្ធិ ឬចង់ប្តូរការលះបង់សិទ្ធិ ពីព្រោះ:			
<p>ខ្ញុំត្រូវការសេវាខាងក្រោម (ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមបើចាំបាច់)</p>			
<p>ខ្ញុំនឹងប្រគល់ឯកសារដើម្បីគាំទ្រពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកគួសបាទ/ចាស ក្លាបឯកសារជាមួយពាក្យសុំ។</p>			
ហត្ថលេខាអតិថិជន			កាលបរិច្ឆេទ

តើមានវិធីផ្សេងទៀត ដែលខ្ញុំអាចធ្វើការស្នើសុំការលះបង់សិទ្ធិ HCBS ដែរទេ?

អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំចុះឈ្មោះក្នុងការលះបង់សិទ្ធិផ្នែកតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ដោយចូលមើល៖ <https://www.dshs.wa.gov/dda/service-and-information-request> ហើយបំពេញ និងប្រគល់ទម្រង់បែបបទស្នើសុំសេវា និងព័ត៌មានលើបណ្តាញ។

ដើម្បីស្នើសុំពាក្យផ្ទាល់មាត់ ទាក់ទងការិយាល័យប្រចាំតំបន់របស់អ្នកតាមទូរស័ព្ទ (ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងការិយាល័យប្រចាំតំបន់គឺមាននៅលើទំព័រចុងក្រោយរបស់ទម្រង់បែបបទនេះ)។

តើខ្ញុំទាក់ទងការិយាល័យប្រចាំតំបន់របស់ខ្ញុំដោយរបៀបណា?

តើខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់តំណខាងក្រោមដើម្បីឈានដល់ការិយាល័យប្រចាំតំបន់ ឬប្រើព័ត៌មានខាងក្រោម។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងប្រចាំតំបន់

<https://www.dshs.wa.gov/DDA/dda/find-an-office#>

ប្រចាំតំបន់ទី 1 ទីស្នាក់ការខាងជើង

1611 West Indiana Avenue
Spokane, WA 99205-4221

លេខកូដស្រុក៖ (509) 329-2900

ទូរស័ព្ទ៖ (509) 568-3037

ទូរស័ព្ទភ័ស្តុតាង៖ 1-800-462-0624 (TTY / VOICE)

អ៊ីម៉ែល៖ R1ServiceRequestA@dshs.wa.gov

ប្រចាំតំបន់ទី 1 ទីស្នាក់ការខាងត្បូង

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

PO Box 12500
Yakima, WA 98909-1100

លេខកូដស្រុក៖ (509) 225-4620

ទូរស័ព្ទ៖ (509) 574-5607

ទូរស័ព្ទភ័ស្តុតាង៖ 1-800-822-7840 (TTY / VOICE)

អ៊ីម៉ែល៖ R1ServiceRequestB@dshs.wa.gov

ប្រចាំតំបន់ទី 2 ទីស្នាក់ការខាងជើង

840 North Broadway, 1st floor
Building A, Suite 100

Everett, WA 98201-1288

លេខកូដស្រុក៖ (425) 339-4833

ទូរស័ព្ទ៖ (425) 339-4856

ទូរស័ព្ទភ័ស្តុតាង៖ 1-800-788-2053 (TTY / VOICE)

អ៊ីម៉ែល៖ R2ServiceRequestA@dshs.wa.gov

ប្រចាំតំបន់ទី 2 ទីស្នាក់ការខាងត្បូង

1700 East Cherry Street
Seattle, WA 98122

លេខកូដស្រុក៖ (206) 568-5700

ទូរស័ព្ទ៖ (206) 720-3334

ទូរស័ព្ទភ័ស្តុតាង៖ 1-800-314-3296 (TTY / VOICE)

អ៊ីម៉ែល៖ R2ServiceRequestB@dshs.wa.gov

ប្រចាំតំបន់ទី 3 ទីស្នាក់ការខាងជើង

1305 Tacoma Avenue South, Suite 300
Tacoma, WA 98402

លេខកូដស្រុក៖ (253) 404-5500

ទូរស័ព្ទ៖ (253) 597-4368

ទូរស័ព្ទភ័ស្តុតាង៖ 1-800-248-0949 (TTY / VOICE)

អ៊ីម៉ែល៖ R3ServiceRequestA@dshs.wa.gov

ប្រចាំតំបន់ទី 3 ទីស្នាក់ការខាងត្បូង

Point Plaza East, Bldg. 2, 3rd Floor
6860 Capitol Blvd. SE

PO Box 45315
Olympia WA 98504-5315

លេខកូដស្រុក៖ (360) 725-4250

ទូរស័ព្ទ៖ (360) 586-6502

ទូរស័ព្ទភ័ស្តុតាង៖ 1-800-339-8277 (TTY / VOICE)

អ៊ីម៉ែល៖ R3ServiceRequestB@dshs.wa.gov