

ການກວດທວນຄົນເບິ່ງສິດທີ່ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ
ສໍາລັບການບໍລິການ ແລະ ການຊຸມຊື່ຍະຍາວ
Eligibility Review for Long Term Services and Supports

ຊື່ຂອງລູກຄ້າ (ຊື່,ຊື່ກາງ,ນາມສະກຸນ)		ເລກ ID ຂອງລູກຄ້າ	
ທີ່ຢູ່ຂອງລູກຄ້າ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີຂອງລູກຄ້າ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
ຄູ່ຜົວເມັຽ ຫລື ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍຕໍ່າກວ່າກະສຽນ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)			
ທີ່ຢູ່ຂອງຄູ່ຜົວເມັຽ/ພໍ່ແມ່ (ຖ້າຫາກວ່າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
ເລກໂທຣະສັບຂອງລູກຄ້າ (ລວມທັງຣະຫັດເຂດ) <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ສັ່ງຄວາມ	ອີແມລຂອງລູກຄ້າ		
ຜູ້ຕ່າງຫນ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ			
ຜູ້ຕ່າງຫນ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ທ້ອງການ ຫລື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງເຂົາເຈົ້າທີ່ຈະເວົ້າລົມນໍາກ່ຽວກັນການຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດບິງຊື່ຄົນໃດຄົນນຶ່ງໄດ້ແຕ່ວ່າມັນບໍ່ຕ້ອງມີກໍໄດ້. ຕົວຢ່າງແມ່ນຜູ້ປົກຄອງ, ຄູ່ຜົວເມັຽ, ຍາດພີ່ນ້ອງ, ທະນາຄວາມຕົວຈິງ. ທ່ານມີຜູ້ຕ່າງຫນ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ			
ຊື່	ຄວາມສັມພັນ		
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
ເລກໂທຣະສັບ (ລວມທັງຣະຫັດເຂດ)	ອີແມລ		
ຮາຍໄດ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ເຮັດວຽກເອົາຂອງລູກຄ້າ			ຈໍານວນເງິນ
ເງິນສະວັດດີການຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ			\$
ເງິນເບັ້ຽບໍານານ/ເງິນເບັ້ຽລ້ຽງ/ເງິນຈ່າຍປະຈໍາປີ			\$
ເງິນແນວອື່ນ - ເງິນສະວັດດີການນັກຮົບເກົ່າ, ເງິນ L&I, ເງິນລ້ຽງຜົວເມັຽ, ເງິນແບ່ງກໍາໄຮ, ເງິນດອກເບັ້ຽ, ຮາຍໄດ້ຈາກເຮືອນເຊົ່າ ຫລື ທຸກໆສາມເດືອນ. (ຂຽນລົງຂ້າງລຸ່ມ)			
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



ຮາຍໄດ້ທີ່ເຮັດວຽກເອົາຂອງລູກຄ້າ			
ນາຍຈ້າງ	ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນເຮັດວຽກ	ຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບ	ຊ່ວງເວລາຫ່າງຂອງການເບີກເງິນ
ຮາຍໄດ້ອັນນີ້ແມ່ນຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ຊັບສິນບັດຂອງລູກຄ້າ			
	ມູນຄ່າ	ສະຖາບັນການເງິນ / ບໍຣິສັດ / ສະຖານທີ່	
ບັນຊີເຊັກກົງ	\$		
ບັນຊີເຊວວົງ	\$		
ບັນຊີການເງິນອື່ນໆ:	\$		
	\$		
ໃບຢັ້ງຢືນການຝາກເງິນ (CD)	\$		
ບັນຊີທີ່ຖືກກຳໄວ້ໂດຍສະຖາບັນ	\$		
ເງິນສົດໃນມືທີ່ຖືກກຳໄວ້ໂດຍຄົນອື່ນ	\$		
ນະໂຍບາຍປະກັນພັຍຊີວິດ/ຝັງສົບ	\$		
ເງິນທຶນຝັງສົບ	\$		
ເງິນສິນເຊື້ອ	\$		
ເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ	\$		
ເຮືອນ (ລວມທັງມູນນໍຣະດົກ)	\$		
ຊັບສິນອື່ນໆ:	\$		
	\$		
ອື່ນໆ — ຣິດຍິນ, ສະຕອກ, ບອນດ, ເງິນມິວຊີໂອຟັນ, ບັນຊີເງິນເບັຣບຳນານ (ຂຽນລົງຂ້າງລຸ່ມ)			
	\$		
	\$		
	\$		
ທ່ານໄດ້ຂາຍ, ແລກປ່ຽນ ຫລື ເອົາໃຫ້ໄປ ເງິນຂອງທ່ານ, ເຮືອນ, ຊັບສິນທີ່ດິນ ຫລື ຊັບສິນບັດແນວອື່ນໃນຫ້າປີຜ່ານມາບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຂຽນປະກອບສິ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້:			
ຂະນິດ	ໃຫ້ໄພ	ຈຳນວນ	ວັນທີທີ່ຖືກໂອນໄປ
		\$	
		\$	
		\$	

ລາຍຈ່າຍຄ່າພະຍາບານຂອງລູກຄ້າ ແລະ ຄ່າທຳນຽມຂອງຜູ້ປົກຄອງ / ຜູ້ອອກຊື້ເບີກເງິນ (ຄັດຫຼັກຖານມານຳ)	ຈຳນວນເງິນ
ປະກັນພັຍສຸຂະພາບ (ຂຽນຊື່ທ່ານຫມໍ)	\$
	\$
ປະກັນພັຍການປິ່ນປົວຣະຍະຍາວ (ຂຽນຊື່ທ່ານຫມໍ)	\$
ຄ່າທຳນຽມຂອງຜູ້ປົກຄອງປະຈຳເດືອນ	\$
ຄ່າທຳນຽມຂອງຜູ້ອອກຊື້ເບີກເງິນປະຈຳເດືອນ	\$
ໃບບິນພະຍາບານທີ່ບໍ່ທັນຈ່າຍເທື່ອ (ຂຽນລາຍການ)	\$
	\$
	\$
ລາຍໄດ້ຂອງຄູ່ຜົວເມັຽ/ຄົນຫວັງເຜິ້ງ	ຈຳນວນເງິນ
ເງິນສະວັດດີການຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ	\$
ເງິນເປັນບຳນານ/ເງິນເປັນລ້ຽງ/ເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ	\$
	\$
ເງິນເຮັດວຽກ	\$
	\$
ເງິນນັກຮົບເກົ່າ	\$
ເງິນແນວອື່ນ - ເງິນ L&I, ເງິນລ້ຽງຜົວເມັຽ, ເງິນແບ່ງກຳໄຮ, ເງິນດອກເປັນ, ລາຍໄດ້ຈາກເຮືອນເຊົ່າ ຫລືທຸກໆສາມເດືອນ. (ຂຽນລິງຂ້າງລຸ່ມ)	
	\$
	\$
	\$
ລາຍຈ່າຍຄ່າທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຜົວເມັຽ	ຈຳນວນເງິນ
ຄ່າເຊົ່າເຮືອນ/ງວດເຮືອນ	\$
ພາສີທີ່ດິນເຮືອນ/ປະກັນພັຍເຮືອນ	\$
ຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟ	\$
ແນວອື່ນ - ການຕືຮາຄາ, ຄ່າທຳນຽມຄອນໂດຫ້ອງແຖວ ຫລື ເຮັດວຽກຮ່ວມກັນ, ຄ່າເຊົ່າບ່ອນວ່າງ, ອື່ນໆ	\$

ຄຳອະນຸຍາດສຳລັບຫລັກຖານພິສູດຊັບສິນ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຮາຍຮະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາ ຫລື ຕໍ່ໃຫມ່ໃນການຊ່ວຍເຫລືອຈະຖືກພິສູດເບິ່ງໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງຮັດເພື່ອຈະພິຈາະນາເບິ່ງວ່າມັນຖືກຕ້ອງ ຫລື ບໍ່. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ **Washington State Health Care Authority (HCA)** ແລະ **Department of Social and Health Services (DSHS)** ຈະທຳການພິສູດຊັບສິນເພື່ອຈະພິຈາະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ເພື່ອຈະພິສູດຄວາມຖືກຕ້ອງແນ່ນອນຂອງຮາຍຮະອຽດດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ **HCA** ແລະ **DSHS** ຈະສືບສວນ ແລະ ຕິດຕໍ່ໄປຫາສະຖາບັນການເງິນຕ່າງໆ, ຫ້ອງການຂອງຮັດ ຫລື ຮັດຖະບານກາງ, ຫລື ຄັງເກັບຮັກສາຮາຍຮະອຽດເອກຊົນ, ໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນນຶ່ງຂອງການດຳເນີນການພິສູດຊັບສິນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຄຳອະນຸຍາດອັນນີ້ຈະຈົບລົງເມື່ອເວລາຄຳຕັດສິນໄປທາງກົງກັນຂ້າມຂັ້ນສູດທ້າຍໄດ້ຖືກເຮັດອອກມາໃສ່ຄຳຮ້ອງຂໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈົບລົງ, ຫລື ຖ້າຫາກວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຈະຍົກເລີກຄຳອະນຸຍາດອັນນີ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍການສົ່ງໃບຫນັງສືແຈ້ງການໄປຫາ **HCA** ຫລື **DSHS**. ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຍົກເລີກ ຫລື ປະຕິເສດທີ່ຈະເອົາຄຳອະນຸຍາດໃຫ້, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການ **Medicaid** ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ **SSI** ຂອງ **Washington Apple Health** ສຳລັບຄົນອາຍຸແກ່, ຕາບອດ ຫລື ເສັຽອົງຄະ.

ການແຈ້ງການ ແລະ ລາຍເຊັນ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ, ຫລື ໄດ້ຖືກອະທິບາຍໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຟັງ, ໃບຟອມທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ ແລະ ສິດທິ ແລະ ຫນ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໄດ້ຮັບໂກປີຂອງໃບຟອມສິດທິ ແລະ ຫນ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງການຄຸ້ມກັນການປົນປົວສຸຂະພາບ, - ໃບຟອມ, **HCA 18-011**.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຮາຍຮະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຈະຖືກພິສູດເບິ່ງໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງຮັດເພື່ອຈະພິຈາະນາເບິ່ງວ່າມັນຖືກຕ້ອງ ຫລື ບໍ່. ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີຜົນປະໂຫຍດໃນເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງບິ່ງຊື່ຮັດວິຊາຮັດຖະບານໃຫ້ເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບໃນສ່ວນທີ່ຍັງເຫລືອ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງການວ່າ, ພາຍໃຕ້ການປັບໄຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເທັດຂອງກົດໝາຍຂອງຮັດວິຊາຮັດຖະບານ, ວ່າຮາຍຮະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ວ່າເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນອີງຕາມຄວາມຮັບຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ	ເລກໂທຣະສັບ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຄູ່ຜົວເມັຽ	ເລກໂທຣະສັບ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ສຳລັບລູກຄ້າທີ່ເປັນເດັກຕຳກວ່າກະສຽນ	ເລກໂທຣະສັບ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ ຫລື ຜູ້ຊ່ວຍ	ເລກໂທຣະສັບ	ວັນທີ