



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ရက်စွဲ-

အမှုသည်နံပါတ်- _____

ဘာသာစကား- _____

အစီအစဉ်- _____

မသန်စွမ်းမှုအပေါ်အခြေခံ၍ ငွေသား အထောက်အပံ့ကို ရရှိနိုင်ပါသည်။ အသက်ကြီးခြင်း၊ မျက်စိမမြင်ခြင်း သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းခြင်း (Aged, Blind, or Disabled, ABD) အစီအစဉ်အတွက် သင်၏ သတ်မှတ်ချက်မီမှုကို ကျွန်ုပ်တို့ သုံးသပ်ပေးပါသည်-

- အနည်းဆုံးအနေဖြင့် 24 လပြည့်လျှင် တစ်ကြိမ်။
- လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (Social Security Administration, SSA) က SSI သို့မဟုတ် SSDI အတွက် သင်၏ လျှောက်ထားမှုကို ငြင်းဆိုလိုက်သောအခါ။ WAC 388-449-0150 အရ သင်၏ မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ လက်ရှိဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အထားများ လိုအပ်ပါသည် သို့မဟုတ်ပါက သင်၏ ABD ငွေသားအကျိုးခံစားခွင့်များ ရပ်စဲသွားပါမည်။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သက်သေအထောက်အထားသည် WAC 388-449-0010 တွင် ငြင်းဆိုထားသော စံသတ်မှတ်ချက်ကို ပြည့်မီရပါမည်။

ဤအချက်အလက်များကို _____ မတိုင်ခင် လက်ခံရရှိခြင်း မရှိပါက သင်၏ ABD ငွေသား အကျိုးခံစားခွင့်များက _____ တွင် အဆုံးသတ်သွားပါမည်။
အောက်ပါ သတင်းအချက်အလက်များကို သင် ဖော်ပြပေးရမည်-

- လက်ရှိ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သက်သေအထောက်အထားကို ထုတ်ပေးပါရန် သင်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ နှင့်/သို့မဟုတ် စိတ်ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံတွင် တောင်းဆိုပါ။ သင် သို့မဟုတ် သင်၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူသည် ကားချပ် မှတ်စုများ သို့မဟုတ် အကဲဖြတ်ချက်ပုံစံများကို ပူးတွဲပါ ပြန်စာအိတ်ထဲတွင်ထည့်၍ ချောစာပို့နိုင်ပါသည်။ စိတ်ပညာ / စိတ်ရောဂါ အကဲဖြတ်မှု (DSHS ပုံစံ 13-865) ကို <https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms> တွင် ဒေါင်းလုဒ်ဆွဲယူနိုင်ပါသည်။

ဤဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သက်သေအထောက်အထားကို ရယူရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် သင် သို့မဟုတ် သင်၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံတွင် မေးခွန်းများ ရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

_____ ဖုန်းနံပါတ်- _____

မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ အထူးကျွမ်းကျင်သူ

ရပ်ရွာ ဝန်ဆောင်မှုရုံး- _____