



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

កាលបរិច្ឆេទ ៖

អត្តលេខអតិថិជន ៖ _____

ភាសា ៖ _____

កម្មវិធី ៖ _____

អ្នកកំពុងទទួលជំនួយប្រាក់សុទ្ធដោយផ្អែកលើពិការភាព។ យើងពិនិត្យលក្ខណសម្បត្តិរបស់អ្នកឡើងវិញសម្រាប់ជំនួយកម្មវិធី Aged, Blind, or Disabled (ABD) ៖

យ៉ាងហោចណាស់នៅរៀងរាល់ 24 ខែម្តង។

នៅពេលណាអភិបាលកិច្ចសន្តិសុខសង្គម (Social Security Administration, SSA) បដិសេធពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ SSI ឬ SSDI។

យើងត្រូវការភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្របច្ចុប្បន្នស្តីពីជម្ងឺពិការនារបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍សាច់ប្រាក់ ABD របស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ក្នុងមួយ WAC 388-449-0150។ ភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យដែលបានចែងក្នុង WAC 388-449-0010។

ប្រសិនបើយើងមិនទទួលបានព័ត៌មាននេះត្រឹម _____ អត្ថប្រយោជន៍សាច់ប្រាក់ ABD របស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅ _____ ។

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានទាំងប៉ុន្មានខាងក្រោមនេះ ៖

សូមស្នើឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬ សុខភាពផ្លូវចិត្តផ្តល់នូវភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្របច្ចុប្បន្ន។ អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចផ្ញើសំបុត្រកំណត់ត្រាគំនូសតាង ឬទម្រង់បែបបទរង្វាយតម្លៃក្នុងស្រោមសំបុត្រត្រឡប់បិទទ្រង់។ ការវាយតម្លៃវេជ្ជសាស្ត្រ/ស្មារតីវិជ្ជា (DSHS ទម្រង់ 13-865) គឺអាចរកបានសម្រាប់ទាញយក នៅ <https://www.dshs.wa.gov/office-of-the-secretary/forms>។

សូមទូរស័ព្ទមកខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្រនេះ ឬប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមានសំណួរផ្សេងៗ។

_____ លេខទូរស័ព្ទ ៖ _____

អ្នកឯកទេសខាងពិការភាព

ការិយាល័យសេវាសហគមន៍ (CSO) ៖ _____