

**หนังสือมอบอำนาจเพื่อเบิกจ่ายชดเชยความช่วยเหลือชั่วคราว**  
**Interim Assistance Reimbursement Authorization**

ชื่อผู้รับบริการ	หมายเลขประกันสังคม	หมายเลข ID ผู้รับบริการ	หมายเลขโทรศัพท์
ที่อยู่บ้านเลขที่และถนน	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์
ที่อยู่สำหรับจัดส่งไปรษณีย์	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์

**คำว่า รัฐ หมายถึงกระทรวงบริการสังคมและสุขภาพแห่งรัฐวอชิงตัน คำว่า ข้าพเจ้า และ ของข้าพเจ้า หมายถึงผู้รับบริการที่มีชื่อระบุไว้ข้างต้น คำว่า SSA หมายถึงสำนักงานประกันสังคม (Social Security Administration) คำว่า SSI หมายถึงรายได้เสริมความมั่นคง (Social Security Supplemental Security Income) ซึ่งเป็นโครงการสนับสนุนรายได้ของรัฐบาลกลาง คำว่า ความช่วยเหลือชั่วคราว หมายถึงการจ่ายเงินสดช่วยเหลือที่สนับสนุนโดยงบประมาณของรัฐทั้งหมด ซึ่งรัฐมอบให้แก่ผู้รับบริการหรือในนามของผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของผู้รับบริการ โดยเงินจำนวนดังกล่าวจะมีความซ้ำซ้อนกับเงิน SSI ที่จะจ่ายให้ในงวดแรกหรือเมื่อได้รับการรื้อฟื้นสิทธิ์ในภายหลัง ข้าพเจ้ากำลังมอบอำนาจในเรื่องใดเมื่อลงนามในแบบฟอร์มนี้**

หากข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาว่ามีสิทธิ์ได้รับเงิน SSI ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า ข้าพเจ้ากำลังมอบอำนาจให้กรรมการของ SSA จ่ายเงินจากยอดเงิน SSI ย้อนหลังของข้าพเจ้าให้แก่รัฐ ในจำนวนที่เท่ากับยอดเงินช่วยเหลือสาธารณะของรัฐที่ข้าพเจ้าได้รับไปแล้ว รัฐมีอำนาจในการบังคับให้ข้าพเจ้าลงนามในหนังสือมอบอำนาจนี้หรือไม่

ใช่ การลงนามในหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เป็นเงื่อนไขคุณสมบัติในการขอรับเงินช่วยเหลือที่สนับสนุนโดยรัฐ ตามมาตรา WAC 388-400-0060 และ RCW 74.62.030 หากข้าพเจ้าปฏิเสธที่จะลงนามในหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะไม่สามารถรับเงินช่วยเหลือสาธารณะของรัฐได้

**ข้าพเจ้าต้องทำอะไรหาก SSA จ่ายเงินย้อนหลังเต็มจำนวนให้แก่ข้าพเจ้าโดยตรง**

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า ข้าพเจ้าไม่สามารถรับเงินช่วยเหลือสาธารณะของรัฐและสวัสดิการ SSI ในช่วงเวลาเดียวกันได้ เมื่อข้าพเจ้าได้รับการอนุมัติให้รับเงิน SSI แล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าเงินช่วยเหลือสาธารณะของรัฐจะกลายเป็นหนี้สินที่ข้าพเจ้าค้างชำระและต้องคืนเงินดังกล่าว หากข้าพเจ้าได้รับเงิน SSI ย้อนหลังโดยที่ยังไม่ได้ถูกหักลดเพื่อชำระคืนให้แก่รัฐ ข้าพเจ้าจะโทรศัพท์ติดต่อสำนักงานติดตามหนี้สินทางการเงิน (Office of Financial Recovery) ที่หมายเลข 1-800-562-6114 และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับวิธีการชำระหนี้คืน

**หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้มีผลบังคับใช้นานเท่าใด**

หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อมีการลงนามโดยข้าพเจ้าและตัวแทนของรัฐ หนังสือมอบอำนาจนี้มีผลผูกพันทั้งต่อรัฐและตัวข้าพเจ้าเป็นระยะเวลา 1 ปีปฏิทิน นับจากวันที่รัฐได้รับเอกสารฉบับนี้ และข้าพเจ้าตกลงที่จะยื่นคำร้องขอรับเงิน SSI ภายในช่วงเวลาดังกล่าว

เมื่อมีการยื่นคำร้องขอรับเงิน SSI แล้ว หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้จะยังคงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่า:

- ข้าพเจ้าได้รับเงิน SSI งวดแรก หรือ
- ข้าพเจ้าไม่ได้ยื่นคำร้องขอให้ทบทุนหรือยื่นอุทธรณ์ทางปกครอง และระยะเวลาสูงสุดที่อนุญาตให้ยื่นคำร้องได้สิ้นสุดลงแล้ว หรือ
- รัฐและข้าพเจ้าตกลงร่วมกันที่จะยกเลิกหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้

**หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้จะไม่มีผลผูกพันต่อตัวข้าพเจ้า หากรัฐไม่แจ้งให้ SSA ทราบภายใน 30 วันนับจากวันที่ข้าพเจ้าลงนามในหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้**

**หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ถือเป็นการรักษาสีทธิ์วันที่ยื่นคำร้องสำหรับสวัสดิการ SSI หรือไม่**

ใช่ หากข้าพเจ้ายังไม่ได้ยื่นคำร้องขอรับเงิน SSI ทาง SSA จะต้องยอมรับแบบฟอร์มนี้ และใช้วันที่ข้าพเจ้าลงนามในหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เป็นวันที่ข้าพเจ้าได้ยื่นคำร้องขอรับเงิน SSI หากข้าพเจ้าได้ยื่นคำร้องขอรับเงิน SSI ภายใน 60 วันนับจากวันที่ข้าพเจ้าลงนามในหนังสือมอบอำนาจ หากข้าพเจ้าไม่ได้ยื่นคำร้องขอรับสวัสดิการ SSI ภายใน 60 วัน หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้จะไม่รักษาสีทธิ์วันที่ยื่นคำร้องสำหรับ SSI ของข้าพเจ้าอีกต่อไป

**ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ขอรับการพิจารณาคดีทางปกครอง หากข้าพเจ้าไม่เห็นด้วยกับการดำเนินการของรัฐที่เกี่ยวข้องกับหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้**

ลายมือชื่อผู้รับบริการ	วันที่
ลายมือชื่อตัวแทน DSHS	วันที่ DSHS ได้รับเอกสาร

