



ពាក្យសុំ WA Cares Fund
សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំរយៈពេលវែង
WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits



ឈ្មោះអ្នកទទួលបាន
លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់)

បែបបទនេះត្រូវបានប្រើដើម្បីដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund ។

ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund អ្នកទទួលបានត្រូវតែបំពេញតម្រូវការរួមចំណែក និងទាមទារជំនួយជាមួយសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃយ៉ាងហោចណាស់ 90 ថ្ងៃ។

ដាក់ស្នើពាក្យសុំដែលបានបំពេញរបស់អ្នក៖ **វិធីផ្សេងទៀតក្នុងការដាក់ពាក្យ៖**

<p>ធ្វើពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅ៖ DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612</p>	<ul style="list-style-type: none"> • អនឡាញនៅ៖ https://wacaresfund.wa.gov/ (សូមមើលការណែនាំខាងក្រោម) • ទូរស័ព្ទ៖ 1-844-CARE4WA (844-227-3492)
---	---

ជំនួយភាសាគឺអាចរកបាន៖ **តើអ្នកត្រូវការជំនួយបំពេញបែបបទនេះឬទេ?**

<ul style="list-style-type: none"> • សេវាអ្នកបកប្រែភាសា • សេវាភាសាសញ្ញា • អក្សរស្នាប ឬអក្សរព្រុយឌី • អ្នកប្រើ TTY/TDD ចុចទៅលេខ 1-800-833-6384 	<ul style="list-style-type: none"> • ទាក់ទង WA Cares សម្រាប់ជំនួយ៖ 1-844-CARE4WA (844-227-3492)
---	--

ព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវដឹង៖

- ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ
- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកដាក់ពាក្យ
- ឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់អត្តសញ្ញាណ

បង្កើតគណនី WA Cares អនឡាញ និងដាក់ពាក្យ

គណនី WA Cares Fund អនឡាញ គឺជាកន្លែងអ្នកទទួលបាននិងមើលឃើញព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់ពួកគេ និងបើបានអនុម័តហើយ ធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីរបៀបពួកគេប្រើវា។ នេះរួមទាំងការបង្កើតគណនី ការផ្តល់សិទ្ធិប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ មើលប្រវត្តិរួមចំណែក និងការផ្តល់សិទ្ធិតាមដានការប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ និងអន្តរសកម្មជាមួយមជ្ឈមណ្ឌលផ្ញើសារ។

ដើម្បីបង្កើតគណនីមួយ ចូលទៅគេហទំព័រនៅ <https://wacaresfund.wa.gov/> ឬ៖

- អនឡាញនៅ៖ <https://wacaresfund.wa.gov/apply>
- អ្នកនឹងត្រូវការចូលប្រើគណនី (SAW) សុវត្ថិភាព ដើម្បីបង្កើតគណនី WA Cares អនឡាញ



ពាក្យសុំ **WA Cares Fund**
សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំរយៈពេលវែង
WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits



ឈ្មោះអ្នកទទួលបាន
លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់)

ព័ត៌មានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំឱ្យខ្លួនឯង ឬក្នុងនាមឱ្យនរណាម្នាក់ផ្សេង? សម្រាប់ខ្លួនឯង សម្រាប់អ្នកផ្សេង

នាមខ្លួនស្របច្បាប់អ្នកដាក់ពាក្យ នាមកណ្តាលស្របច្បាប់អ្នកដាក់ពាក្យ នាមត្រកូលស្របច្បាប់អ្នកដាក់ពាក្យ

នាមចូលចិត្ត សព្វនាម អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ យេនឌ័រពិភពលោក

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) លេខអត្តសញ្ញាណអ្នកបង់ពន្ធបុគ្គល (ITIN)

ខ្ញុំមិនមាន SSN ឬ ITIN ទេ តើអ្នកបានប្រើ SSN ឬ ITIN ប្រើជាមួយគំរូព័ត៌មាន 2023? បាទ/ចាស ទេ
ប្រសិនបើ បាទ/ចាស ទូរសព្ទទៅ WA Cares នៅលេខ 1-844-CARE4WA (844-227-3492) ដើម្បីបំពេញពាក្យសុំរបស់អ្នក។

អាសយដ្ឋានលេខផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ កូដហ្សឺប

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ ទីក្រុង រដ្ឋ កូដហ្សឺប

លេខទូរសព្ទចម្បង (ជាមួយលេខកូដតំបន់) តើយើងអាចផ្ញើសារជាសំឡេងឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

លេខទូរសព្ទលឺត (ជាមួយលេខកូដតំបន់) តើយើងអាចផ្ញើសារអត្ថបទឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

តើវិធីសាស្ត្រប្រាស្រ័យទាក់ទងដែលអ្នកចូលចិត្តជាងគេ?
 សំបុត្រ អ៊ីមែល SMS / សារជាអត្ថបទ ការហៅទូរសព្ទ

ព័ត៌មានរបស់តំណាងស្របច្បាប់

តើអ្នកមានអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ អ្នកថែរក្សា ឬអំណាចមេធាវីបានកំណត់ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ឈ្មោះ: ភូមិភាគ
 អ្នកថែរក្សា អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់
 អ្នកបង្កើតការសម្រេចចិត្តគាំទ្រ អំណាចមេធាវី

លេខផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ កូដហ្សឺប

លេខទូរសព្ទចម្បង (ជាមួយកូដតំបន់) លេខទូរសព្ទលឺត (ជាមួយលេខកូដតំបន់)
តើយើងអាចផ្ញើសារទៅតំណាងជាសំឡេងឬទេ? បាទ/ចាស ទេ តើយើងអាចផ្ញើសារទៅតំណាងអត្ថបទឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

តើអ្នកបានផ្តល់ឯកសារហើយឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
តំណាងស្របច្បាប់ត្រូវតែផ្តល់ភស្តុតាងមុនធ្វើការសម្រេចចិត្តណាមួយក្នុងនាមអ្នក។



ពាក្យសុំ **WA Cares Fund**
សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំរយៈពេលវែង
WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits



ឈ្មោះអ្នកទទួលបាន
លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់)

ឈ្មោះ	លេខជូរ	<input type="checkbox"/> អ្នកថែរក្សា	<input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់
		<input type="checkbox"/> អ្នកបង្កើតការសម្រេចចិត្តគាំទ្រ	<input type="checkbox"/> អំណាចមេធាវី
លេខជូរ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប
លេខទូរស័ព្ទចម្បង (ជាមួយកូដតំបន់)	លេខទូរស័ព្ទលំត (ជាមួយលេខកូដតំបន់)		
តើយើងអាចផ្ញើសារទៅតំណាងជាសំឡេងឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើយើងអាចផ្ញើសារទៅតំណាងអត្ថបទឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល			
តើអ្នកបានផ្តល់ឯកសារហើយឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
តំណាងស្របច្បាប់ត្រូវតែផ្តល់ភស្តុតាងមុនធ្វើការសម្រេចចិត្តណាមួយក្នុងនាមជាអ្នក។			

ឯកជនភាព

ការរឹតបន្តឹងរបស់ HIPAA និងច្បាប់ឯកជនភាពផ្សេងទៀតការពារ WA Cares Fund ពីការចែករំលែកព័ត៌មានគណនីសម្ងាត់របស់អ្នកទទួលបាន ឬព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ។ ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានអំពីបុគ្គលិក WA Cares ត្រូវតែមានការយល់ព្រមដាក់លាក់ពីបុគ្គលនោះ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ពួកគេ។

ព័ត៌មានរបស់អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ

អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិគឺជារណាម្នាក់ដែលអ្នកប្រើសរសេរឱ្យអ្នកដើម្បីផ្តល់សិទ្ធិអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares របស់អ្នក។ អ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិអាចចូលប្រើគណនីរបស់អ្នកដើម្បីអនុវត្តការផ្តល់សិទ្ធិក្រោមការដឹកនាំរបស់អ្នក។

តើអ្នកចាត់តាំងអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមបំពេញបែបបទអ្នកប្រើដែលបានផ្តល់សិទ្ធិដោយឡែកចូលទៅក្នុងគណនី WA Cares របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយសង្ខេបទាក់ទងក្រុមយកចិត្តទុកដាក់អត្ថប្រយោជន៍ និងអតិថិជនរបស់យើងលេខ 844-CARE4WA (844-224-3492)។

ព័ត៌មានទូទៅ និងភាសារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ

តើអ្នកជាអតីតយុទ្ធជនមែនទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលកុលសម្ព័ន្ធដែលចូលរួមក្នុង WA Cares ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ភាសានិយាយចម្បង	ភាសានិយាយដែលពេញចិត្ត	ភាសាសរសេរដែលពេញចិត្ត
----------------	----------------------	----------------------

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ពូជសាសន៍	ជនជាតិ
	<input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ ឬឡាទិន <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ ឬឡាទិន

ព័ត៌មានសារតាពូជសាសន៍ និងជនជាតិមិនមែនពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបាន របស់អ្នកទេ ហើយ DSHS នឹងមិនប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកខុសគ្នាព្រោះតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទរបស់អ្នកឡើយ។

ឧទាហរណ៍ពូជសាសន៍៖ អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាស៊ី ហាវ៉ៃ ដើម អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក ឥណ្ឌាអាមេរិក ដើមកំណើតអាហ្វ្រិក ឬស្បែកស ឬចម្រុះពូជសាសន៍។



ពាក្យសុំ WA Cares Fund
សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំរយៈពេលវែង
WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits



ឈ្មោះអ្នកទទួលបាន
លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់)

ការប្រេងចិត្តចូលរួមចំណែក

ដោយដាក់ស្នើពាក្យសុំនេះ អ្នកផ្តល់សិទ្ធិឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយក្រសួងសន្តិសុខការងារ (ESD)។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវប្រើក្នុងគោលបំណងការកំណត់ការរួមចំណែក។

ការទទួលស្គាល់ និងហត្ថលេខា

ដោយចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund ។
 ខ្ញុំសូមស្នើតម្រូវការដាក់ពិន័យពីការរក្សាកុហកក្រោមច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ថាខ្ញុំបានផ្តល់ព័ត៌មានដែលពិត និងត្រឹមត្រូវដល់ចំណេះដឹងខ្ពស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ។
 ទាំងអ្នកដាក់ពាក្យ និងតំណាងស្របច្បាប់ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា លុះត្រាតែឯកសារតំណាងបច្ចុប្បន្ននៅក្នុងឯកសារ។
 ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យមិនអាចចុះហត្ថលេខា ពួកគេអាចគូស X។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យ	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះអក្សរពុម្ព
ហត្ថលេខារបស់តំណាងស្របច្បាប់ (បើមាន)	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះអក្សរពុម្ព
ហត្ថលេខាសាក្សី (បើបានគូស X)	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះអក្សរពុម្ព

តើព័ត៌មានអ្វីខ្លះបន្ទាប់?

អ្នកគួរតែរំលឹកលិខិតកំណត់ការរួមចំណែកពីក្រសួងសន្តិសុខការងារ (ESD) ក្នុងពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រៃសណីយ៍។
 ប្រសិនបើ ESD ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវលិខិតកំណត់ការរួមចំណែកដែលបានអនុម័ត នោះក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខភាព (DSHS) នឹងទាក់ទងទៅអ្នកតាមទូរសព្ទដើម្បីបំពេញការទទួល និងកំណត់ពេលវាយតម្លៃតម្រូវការការថែទាំរបស់អ្នក។
 ប្រសិនបើ ESD បដិសេធការកំណត់ការរួមចំណែករបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការកំណត់របស់យើង ESD នឹងផ្ញើអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីការត្រួតពិនិត្យការកំណត់ការរួមចំណែក និងសិទ្ធិបណ្តឹង។

តើត្រូវធ្វើអ្វីបន្ទាប់?

បង្កើតគណនី WA Cares របស់អ្នក។
 ប្រសិនបើបានអនុម័ត អ្នកនឹងអាចគ្រប់គ្រងការផ្តល់សិទ្ធិជាមុន និងមើលសមតុល្យអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងគណនី WA Cares អនឡាញរបស់អ្នក។
 សូមប្រាកដថាបង្កើតគណនី WA Cares របស់អ្នកឆាប់ៗដើម្បីតាមដានពាក្យសុំរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំអត្ថប្រយោជន៍ និងអតិថិជន WA Cares Fund ៖

មានសំណួរឬទេ? ទូរសព្ទទៅក្រុមថែទាំអត្ថប្រយោជន៍ និងអតិថិជននៅលេខ 844-CARE4WA (844-227-3492)