



លិខិតបញ្ជាក់ **WA Cares Fund 90** ថ្ងៃ



**WA Cares Fund 90-Day Certification**

តើលិខិតបញ្ជាក់ **90** ថ្ងៃគឺជាអ្វី?

បែបបទនេះគឺជាលិខិតបញ្ជាក់តម្រូវការរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយជាមួយសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃត្រូវបានរំពឹងទុកយ៉ាងហោចណាស់ **90** ថ្ងៃ ឬយូរជាងនេះ ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ **WA Cares Fund**។

របៀបបំពេញបែបបទនេះ៖

របៀបដាក់ស្នើបែបបទនេះ៖

បំពេញផ្នែកព័ត៌មានអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។ សូមផ្តល់ឈ្មោះពេញរបស់អ្នក និងលេខអត្តសញ្ញាណ **WA Cares**។  
ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើលិខិតបញ្ជាក់។  
ផ្នែកទាំងអស់ត្រូវបានទាមទារ។  
បែបបទមិនលេញលេញអាចពន្យារការកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។

អាប់ឡូដ៖ អាប់ឡូដបែបបទដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅកាន់គណនី **WA Cares** អនឡាញរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានគណនី **WA Cares** អនឡាញទេ អ្នកអាចបង្កើតមួយដោយចូលទៅ៖  
[www.wacaresfund.gov](http://www.wacaresfund.gov)  
ផ្ញើសំបុត្រទៅ៖  
DSHS  
The WA Cares Fund  
PO Box 45612  
Olympia, WA 98504-5612

សំណួរអំពីបែបបទនេះ៖

ជំនួយភាសាគឺអាចរកបាន៖

ទាក់ទង **WA Cares** សម្រាប់ជំនួយ៖  
ទូរស័ព្ទទៅ៖ **844-CARE4WA (844-227-3492)**  
ចូលទៅ៖ [www.wacaresfund.wa.gov](http://www.wacaresfund.wa.gov)

- សេវាអ្នកបកប្រែភាសា
- សេវាភាសាសញ្ញា
- អក្សរស្តាប
- អ្នកប្រើ **TTY/TDD** ចុចទៅ **1-800-833-6384**



លិខិតបញ្ជាក់ WA Cares Fund 90 ថ្ងៃ



WA Cares Fund 90-Day Certification

WA Cares បានកំណត់បុគ្គលដែលរាយខាងក្រោមត្រូវការជំនួយជាមួយសកម្មភាពយ៉ាងហោចណាស់បីនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ។ បែបបទនេះគឺដើម្បីបញ្ជាក់តម្រូវការរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយជាមួយសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃត្រូវបានរំពឹងទុកយ៉ាងហោចណាស់ 90 ថ្ងៃ ឬយូរជាងនេះដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ WA Cares។ ផ្នែកទាំងអស់ត្រូវបានទាមទារ។ បែបបទមិនពេញលេញអាចពន្យារពេលការកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន។

ព័ត៌មានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

ផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund។

នាមខ្លួន កណ្តាល នាមត្រកូល

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់)

លិខិតបញ្ជាក់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព

បែបបទនេះត្រូវតែបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពមានអាជ្ញាប័ណ្ណ។ ចម្លើយត្រូវតែផ្អែកលើចំណេះដឹង បទពិសោធន៍ និងការពិនិត្យលើបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើ។ តើបុគ្គលដែលមានស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃ ឬការព្យាបាលដែលមិនទាន់បានដល់សកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃដែលទំនងជាយ៉ាងហោចណាស់ ថ្ងៃ 90 ឬយូរជាងនេះឬទេ?

បាទ/ចាស  ទេ

ពិពណ៌នាសង្ខេបពីស្ថានភាពសុខភាព៖

ប្រសិនបើស្ថានភាពរំពឹងថាប្រសើរឡើង ផ្តល់កាលបរិច្ឆេទប៉ាន់ស្មាន។ ពាក្យដូចជា “មិនដឹង” ឬ “មិនកំណត់” នឹងមិនគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការកំណត់សិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ទេ។ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម៖ កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់៖

ការបញ្ជាក់ពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព

ឈ្មោះពេញ ភ្នំនាទី

លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ រដ្ឋ ប្រភេទនៃការអនុវត្ត/ជំនាញ

ឈ្មោះអាជីវកម្ម លេខទូរសព្ទ (រួមទាំងកូដតំបន់)

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រ ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺប៊ុកកូដ

ព័ត៌មានពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមការដាក់ពិន័យពីការភូតកុហកថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅក្នុងបែបបទនេះពិត និងត្រឹមត្រូវ ថាតម្រូវការរបស់អ្នកជំងឺសម្រាប់ជម្រួយ រំពឹងថាយ៉ាងហោចណាស់ 90 ថ្ងៃ ឬយូរជាងនេះ ហើយថាខ្ញុំជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពមានអាជ្ញាប័ណ្ណបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់អ្នក។

ហត្ថលេខា ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត