

ການຢັ້ງຢືນ 90 ວັນແມ່ນຫຍັງ?	
ໃບຟອມໃບນີ້ແມ່ນເພື່ອຈະຢັ້ງຢືນຄວາມຕ້ອງການໃນການຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານນຳກິຈກັມຂອງການດຳລົງຊີວິດປະຈຳວັນໄດ້ຖືກຄາດຫມາຍວ່າຈະຍາວນານເຖິງ 90 ວັນຫລືດົນນານກວ່າເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາສະວັດດີການ WA Cares Fund .	
ຈະຂຽນປະກອບໃບຟອມໃບນີ້ໄດ້ແນວໃດ:	ຈະຢືນໃບຟອມໃບນີ້ໄດ້ແນວໃດ:
<p>ຂຽນປະກອບພາກສ່ວນຮາຍຮອດຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ.ບອກຊື່ເຕັມຂອງທ່ານແລະເລກປະຈຳຕົວຂອງ WA Cares.</p> <p>ໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການປຶ້ມປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານຂຽນປະກອບແລະເຊັນຊື່ໃບຢັ້ງຢືນ.</p> <p>ທຸກໆພາກສ່ວນຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບ.ໃບຟອມບໍ່ຄົບຖ້ວນຈະຖ່ວງດິງໃຫ້ຊັກຊ້າການພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານ.</p>	<p>ອັບໂຫລດ: ອັບໂຫລດໃບຟອມທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວ,ເຊັນຊື່ໃສ່ຂອງທ່ານໃສ່ໃນບັນຊີ WA Cares ອອນລາຍນ໌ຂອງທ່ານ.ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີບັນຊີ WA Cares, ທ່ານສາມາດກໍ່ຕັ້ງບັນຊີຂື້ນໂດຍການແວ່ຢ້ຽມ: www.wacaresfund.gov.</p> <p>ສົ່ງທາງໄປສະນີໄປທີ່: DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612</p>
ຄຳຖາມກ່ຽວກັບໃບຟອມໃບນີ້:	ການຊ່ວຍເຫລືອດ້ານການແປພາສາຈະມີໄວ້ໃຫ້:
<p>ຕິດຕໍ່ຫາ WA Cares ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ:</p> <p>ໂທຫາ: 844-CARE4WA (844-227-3492)</p> <p>ແວ່ຢ້ຽມ: www.wacaresfund.wa.gov</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ການບໍລິການນາຍແປພາສາ • ການບໍລິການພາສາໃບ • ຫນັງສືຄົນຕາບອດ • ຜູ້ໃຊ້ TTY/TDD ບີບຫາເລກ 1-800-833-6384



ການຢັ້ງຢືນ **WA Cares Fund 90** ວັນ
WA Cares Fund 90-Day Certification



WA Cares ໄດ້ພິຈາລະນາພົບເຫັນວ່າບຸກຄົນທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳກົກຂອງການດຳລົງຊີວິດປະຈຳວັນຢ່າງ
ຫນ້ອຍສາມກົກກັມໃບຟອມໃບນີ້ແມ່ນເພື່ອຈະຢັ້ງຢືນວ່າຄວາມຕ້ອງການຂອງບຸກຄົນສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໄດ້ຖືກຄາດຫມາຍວ່າຈະຍາວນານເຖິງ
90 ຫລືດົນນານກວ່ານັ້ນເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງເຂົາເຈົ້າສຳລັບສະວັດດີການ **WA Cares**.

ທຸກໆພາກສ່ວນຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບໃບຟອມບໍ່ຄົບຖ້ວນຈະຖ່ວງດຶງໃຫ້ຊັກຊ້າການພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ.

ລາຍຮອດຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ກະຮຸນາບອກລາຍຮອດຕໍ່ລົງໄປນີ້ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາສະວັດດີການ **WA Cares Fund**.

ຊື່ ອັກສອນກາງ ນາມສະກຸນ

ວັນເກີດ ເລກ WA Cares ID (ຖ້າຮູ້ຈັກ)

ການຢັ້ງຢືນຂອງຜູ້ໃຫ້ການປຶນປົວສຸຂະພາບ

ໃບຟອມໃບນີ້ຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບແລະເຊັນຊື່ໃສ່ໂດຍຜູ້ໃຫ້ການປຶນປົວສຸຂະພາບທີ່ຖືກອະນຸຍາດ.ຄຳຕອບຕ້ອງຖືກອີງໃສ່ຄວາມຮັບຮູ້ປະສົບປະ
ການແລະການກວດເບິ່ງຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້.

ບຸກຄົນມີສະພາບຊຳເຮື້ອຫລືການວິຈັຍເບິ່ງໂຮກທີ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງກົກຂອງການດຳລົງຊີວິດປະຈຳວັນທີ່ຄ້າຍຄືວ່າຈະດົນນານເຖິງ **90**
ວັນຫລືດົນນານກວ່ານັ້ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ບັນຍາຍສັ້ນໆສະພາບຂອງສຸຂະພາບ:

ຖ້າຫາກວ່າສະພາບໄດ້ຖືກຄາດວ່າຈະດີຂຶ້ນໄປ,ບອກວັນທີ່ຖືກຄຳນວນໄວ້.ຄຳເວົ້າເຊັ່ນວ່າ “ບໍ່ຮູ້ຈັກ” ຫລື “ຄິດໄລ່ຄຳນວນບໍ່ໄດ້” ຈະບໍ່ພຽງພໍເພື່ອ
ຈະພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາສະວັດດີການ.

ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ: ວັນທີຈົບລົງ:

ການໃຫ້ການຢັ້ງຢືນຂອງຜູ້ໃຫ້ການປຶນປົວສຸຂະພາບ

ຊື່ເຕັມ ຫນ້າທີ່ການ

ເລກໃບປະກາດ ຮັດ ຊະນິດຂອງການປຶນປົວ/ວິຊາສະເພາະ

ຊື່ຂອງກົກການ ໂທຣະສັບ (ລວມທັງຣະຫັດເຂດ)

ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ ເມືອງ ຮັດ ຊື່ບໍລິເວນ

ລາຍຮອດຂອງຜູ້ໃຫ້ການປຶນປົວສຸຂະພາບ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງວ່າພາຍໃຕ້ການປັບໂຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເຫດວ່າລາຍຮອດທີ່ໄດ້ເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງແລະຖືກຕ້ອງ,
ວ່າຄວາມຕ້ອງການໃນການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຄົນເຈັບໄດ້ຖືກຄາດຫມາຍວ່າຈະດົນນານເຖິງ **90** ວັນຫລືດົນນານກວ່າ,ແລະວ່າຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ
ຜູ້ໃຫ້ການປຶນປົວສຸຂະພາບທີ່ມີໃບປະກາດທີ່ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ຢັ້ງຢືນສະພາບຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນ ວັນທີ