



អំណាចមេធាវីមានកំណត់សម្រាប់
អត្ថប្រយោជន៍ **WA Cares Fund**



ឈ្មោះអ្នកទទួលបាន
លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់)

**Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits**

តើអំណាចមេធាវីមានកំណត់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ **WA Cares Fund** គឺជាអ្វី?

WA Cares Fund គឺជាកម្មវិធីសេវា និងជំនួយរយៈពេលវែងទំនុកចិត្តដែលបានបង្កើតឡើងក្រោមចំពូក 50B.04 RCW។ បែបបទអំណាចមេធាវីមានកំណត់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund គឺជាឯកសារស្របច្បាប់ដែលអនុវត្តនរណាម្នាក់ដែលអ្នកជ្រើសរើសឱ្យធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមជាអ្នក និងធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares ដូចបានគ្រប់គ្រងក្រោមចំពូក 50B.04 RCW រួមទាំងការសម្រេចចិត្តដែលធ្វើឡើងជាមួយក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខាភិបាល និងក្រសួងសន្តិសុខការងារ។ នៅក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀងអំណាចមេធាវីនាយកគឺជាបុគ្គលដែលផ្តល់អំណាចមេធាវី ខណៈពេលអ្នកទទួលបានអំណាចនោះហៅតាមពិតទៅថាភ្នាក់ងារ ឬមេធាវី។ បែបបទនេះនឹងត្រូវចែករំលែកជាមួយក្រសួងសន្តិសុខការងារ។

តើខ្ញុំត្រូវបំពេញបែបបទ អំណាចមេធាវីមានកំណត់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ **WA Cares Fund** នេះឬទេ?

អ្នកមិនត្រូវបានទាមទារឱ្យមានអំណាចមេធាវីនោះទេ។ អ្នកមិនត្រូវបានទាមទារឱ្យប្រើបែបបទនេះដើម្បីអនុវត្តកិច្ចព្រមព្រៀងអំណាចមេធាវីនោះទេ។ ការបំពេញបែបបទនេះគឺស្រេចចិត្ត និងអាចដកយកវិញនៅពេលណាក៏បាន។

ចុះបើខ្ញុំមានអំណាចមេធាវីរួចហើយ?

ប្រសិនបើអ្នកមានអំណាចមេធាវីរួចហើយ អ្នកអាចត្រួតពិនិត្យឯកសារនេះដើម្បីកំណត់ថាតើវាផ្តល់ឱ្យភ្នាក់ងាររបស់អ្នកនូវសិទ្ធិធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមជាអ្នក និងធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares របស់អ្នក។ បើដូច្នោះ អ្នកអាចផ្តល់ច្បាប់ចម្លងទៅ WA Cares។ WA Cares ត្រូវតែមានច្បាប់ចម្លងនៅក្នុងឯកសារសម្រាប់ភ្នាក់ងារ ឬមេធាវីរបស់អ្នកធ្វើសកម្មភាពដើម្បីគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងនាមជាអ្នក។

ចុះបើខ្ញុំមានសំណួរអំពីការអនុវត្តអំណាចមេធាវី?

ការមិនទទួលខុសត្រូវ៖ បុគ្គលិក WA Cares មិនអាចផ្តល់ជំនួយស្របច្បាប់ ឬឆ្លើយសំណួរអំពីការបំពេញបែបបទនេះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីថាតើអនុវត្តកិច្ចព្រមព្រៀងអំណាចមេធាវី ឬរបៀបធ្វើដូច្នោះ អ្នកគួរតែពិគ្រោះជាមួយមេធាវី។ ព័ត៌មានបន្ថែម និងធនធានស្របច្បាប់គឺអាចរកបានតាមរយៈគម្រោងយុត្តិធម៌ភាគពាយ័ព្យ។
គេហទំព័រ៖ www.nwjustice.org ទូរស័ព្ទ៖ 1-888-201-1012

ដាក់ស្នើបែបបទនេះ៖	ត្រូវការដើម្បីអនុវត្ត POA នេះ៖
អាចទ្រង្រង្រង៖ អ្នកអាចអាចទ្រង្រង្រងបែបបទដែលបានបំពេញទៅក្នុងគណនី WA Cares អនុញ្ញាតរបស់អ្នក។	ដើម្បីអនុវត្តបែបបទនេះអនុលោមជាមួយ៖ RCW 11.125.050 .
ផ្ញើសំបុត្រទៅ៖ DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	<ul style="list-style-type: none"> • ឈ្មោះពេញរបស់អ្នក • សាក្សីពីរនាក់ ឬសារការិយ្យាក់
ទាក់ទង WA Cares សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម៖ ទូរស័ព្ទ៖ 844-CARE4WA (1-844-227-3492) ចូលទៅ៖ www.wacaresfund.wa.gov	<p>ព័ត៌មានដែល WA Cares នឹងត្រូវការ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • លេខផ្ទះ • លេខទូរស័ព្ទ • លេខ WA Cares ID របស់អ្នក (បើស្គាល់) • ឈ្មោះស្របច្បាប់របស់ភ្នាក់ងារ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនង៖
	<p>ជំនួយភាសាគឺអាចរកបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • សេវាអ្នកបកប្រែភាសា • សេវាភាសាសញ្ញា • អក្សរស្តាប • អ្នកប្រើ TTY/TDD ចុចទៅលេខ 1-800-833-6384



អំណាចមេធាវីមានកំណត់សម្រាប់
អត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund
**Limited Power of Attorney
 for WA Cares Fund Benefits**



ឈ្មោះអ្នកទទួលបានផល
លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់)

អំណាចមេធាវីមានកំណត់

សម្រាប់ **Legal Name of Principal**, **Date of Birth** ៖

1. ភ្នាក់ងារ។ ខ្ញុំជ្រើសរើស **Legal Name of Agent**, ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំជាមួយសិទ្ធិគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund របស់ខ្ញុំ។ សិទ្ធិអំណាចដែលបានផ្តល់ដោយឯកសារនេះទៅកាន់បុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើគឺមានកំណត់ចំពោះការសម្រេចចិត្តអំពីអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund របស់ខ្ញុំ ហើយមិនមែនអត្ថប្រយោជន៍រដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀតទេ។
2. ជំនួស (ស្រេចចិត្ត)។ ប្រសិនបើភ្នាក់ងារដែលមានឈ្មោះខាងលើមិនអាច ឬនឹងមិនអនុវត្ត ខ្ញុំជ្រើសរើស **Legal Name of Alternate Agent**, ជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំជាមួយសិទ្ធិអំណាចគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund របស់ខ្ញុំ។
3. សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំរក្សាសិទ្ធិទាំងអស់ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំអំពីអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund របស់ខ្ញុំដោយមិនគិតថាតើអំណាចមេធាវីចូលជាធរមានឬទេ រហូតដល់ខ្ញុំលែងមានសមត្ថភាពធ្វើដូច្នោះ។
4. ការដកហូត។ ខ្ញុំដកហូតអំណាចមេធាវីមានកំណត់ផ្សេងទៀតណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund ដែលខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាកាលពីមុន។ ខ្ញុំអាចដកហូតអំណាចមេធាវីនៅពេលណាក៏បាន។
5. អំណាច។ ភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំនឹងមានអំណាច និងសិទ្ធិពេញលេញក្នុងការគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund របស់ខ្ញុំយ៉ាងពេញលេញ និងមានប្រសិទ្ធភាព រួមបញ្ចូល ប៉ុន្តែមិនបានកំណត់ចំពោះ អំណាចក្នុងការ៖
 - a) ចុះឈ្មោះ ដាក់ពាក្យ ជ្រើសរើស បដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ កែប្រែ ឬលែងបន្តអត្ថប្រយោជន៍
 - b) រៀបចំ រៀបចំឯកសារ រក្សាការទាមទាររបស់នាយកសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund
 - c) ផ្តួចផ្តើម ចូលរួម ដាក់ស្នើទៅដំណោះស្រាយជម្លោះជំនួស ការទូទាត់ ប្រឆាំង ឬស្នើ ឬទទួលយកការសម្របសម្រួលទាក់ទងនឹងវិវាទទាក់ទងនឹង អត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund ណាមួយដែលនាយកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានក្រោមជំពូក 50B.04 RCW។
6. ការចេញផ្សាយ **HIPAA**។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ WA Cares Fund បញ្ចេញព័ត៌មានទាំងអស់ដែលគ្រប់គ្រងដោយច្បាប់ស្តីពីទិន្នន័យខុសត្រូវ និងសេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្នាំ 1996 (HIPAA) ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ WA Cares របស់ខ្ញុំទៅភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ។
7. កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម។ អំណាចមេធាវីមានប្រសិទ្ធិមាននៅថ្ងៃដែលខ្ញុំចុះហត្ថលេខា។
8. កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់។ អំណាចមេធាវីនឹងបញ្ចប់ប្រសិនបើខ្ញុំដកហូតវា ឬនៅពេលខ្ញុំស្លាប់។
9. ជាប់លាប់ (ស្រេចចិត្ត)។ ដោយគូសប្រអប់នេះ ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាខ្ញុំចង់ឱ្យភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំប្រើអំណាចមេធាវីក្នុងការគ្រប់គ្រងកិច្ចការរបស់ខ្ញុំបើទោះបីយី រឬស ឬអសមត្ថភាពនឹងពិការភាពនឹងមិនប៉ះពាល់អំណាចមេធាវីទេ។

ខ្ញុំបានអាន និងយល់ព័ត៌មានខាងលើ។

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ខាងមុខសារការិយរបស់សាក្សីពីរនាក់)៖ កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា



អំណាចមេធាវីមានកំណត់សម្រាប់
អត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund
**Limited Power of Attorney
 for WA Cares Fund Benefits**



ឈ្មោះអ្នកទទួលបានផល
លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់)

សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់សាក្សី

សាក្សីទី 1

នៅ Date, Legal Name of Principle,
 បានចុះហត្ថលេខាលើអំណាចមេធាវីមានកំណត់នេះសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund នៅក្នុងវត្តមានរបស់ខ្ញុំ។
 ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យសាក្សីចុះហត្ថលេខារបស់ពួកគេនៅសំណើរបស់ពួកគេ។ ខ្ញុំមិនដាច់សាច់ឈាមនឹងបុគ្គលនេះ រៀបការ ឬដៃគូក្នុងស្រុកដែលបានចុះបញ្ជីរដ្ឋ។
 ខ្ញុំមិនផ្តល់ការថែទាំដល់បុគ្គលនេះនៅផ្ទះ ឬនៅមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង។

ហត្ថលេខា	ឈ្មោះអក្សរពុម្ពរបស់សាក្សីទី 1
----------	-------------------------------

អាសយដ្ឋាន	លេខទូរស័ព្ទ (ជាមួយកូដតំបន់)
-----------	-----------------------------

សាក្សីទី 2

នៅ Date, Legal Name of Principle,
 បានចុះហត្ថលេខាលើអំណាចមេធាវីមានកំណត់នេះសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund នៅក្នុងវត្តមានរបស់ខ្ញុំ។
 ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យសាក្សីចុះហត្ថលេខារបស់ពួកគេនៅសំណើរបស់ពួកគេ។ ខ្ញុំមិនដាច់សាច់ឈាមនឹងបុគ្គលនេះ រៀបការ ឬដៃគូក្នុងស្រុកដែលបានចុះបញ្ជីរដ្ឋ។
 ខ្ញុំមិនផ្តល់ការថែទាំដល់បុគ្គលនេះនៅផ្ទះ ឬនៅមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង។

ហត្ថលេខា	ឈ្មោះអក្សរពុម្ពរបស់សាក្សីទី 2
----------	-------------------------------

អាសយដ្ឋាន	លេខទូរស័ព្ទ (ជាមួយកូដតំបន់)
-----------	-----------------------------

បញ្ជាក់ពីការទទួលស្គាល់ (បំពេញដោយសារភារីសាធារណៈ)

រដ្ឋ _____
 ខោនធី _____
 បានចុះហត្ថលេខាមុនខ្ញុំនៅ Date ដោយ Legal Name of Principal ។

 ហត្ថលេខាសារភារីសាធារណៈ

 កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់គណៈកម្មាការ



អំណាចមេធាវីមានកំណត់សម្រាប់
អត្ថប្រយោជន៍ WA Cares Fund
Limited Power of Attorney
for WA Cares Fund Benefits



ឈ្មោះអ្នកទទួលបាន
លេខ WA Cares ID (បើស្គាល់)

ឯកសារភ្ជាប់៖ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងនេះមិនត្រូវបានទាមទារដើម្បីអនុវត្តកិច្ចព្រមព្រៀងអំណាចមេធាវីទេ ប៉ុន្តែត្រូវការដោយ WA Cares។
 ផ្តល់ព័ត៌មានឱ្យបានច្រើនតាមតែអ្នកអាច។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងអ្នកទទួលបាន WA Cares

ឈ្មោះពេញ	លេខទូរស័ព្ទ	លេខ WA Cares ID	
លេខផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងភ្នាក់ងារ

ឈ្មោះពេញ	លេខទូរស័ព្ទ		
លេខផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងភ្នាក់ងារជំនួស (បើបានជ្រើសរើស)

ឈ្មោះពេញ	លេខទូរស័ព្ទ		
លេខផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប