ອຳນາດຈຳກັດຂອງທະນາຍຄວາມສຳລັບ ສະວັດດີການ WA Cares Fund

Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits

ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຍດ
ເລກ WA Cares ID (ຖ້າຮູ້ຈັກ)

ອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມຈຳກັດແມ່ນຫຍັງສຳລັບສະວັດດີການ WA Cares Fund?

WA Cares Fund ແມ່ນໂຄງການການບໍລິການແລະການອູ້ມຊູຣະຍະຍາວທີ່ຖືກກໍ່ຕັ້ງຂຶ້ນມາພາຍໃຕ້ມາຕຣາ 50B.04 RCW. ໃບຟອມອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມຈຳກັດສຳລັບສະວັດດີການ WA Cares Fund ເປັນເອກສານຕາມກົດຫມາຍທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານເລືອກເອົາເພື່ອຈະປະຕິບັດຕົນໃນນາມຂອງທ່ານແລະທຳການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບສະວັດດີການ WA Cares ຂອງທ່ານ,ຕາມທີ່ຖືກບໍລິຫານພາຍໃຕ້ມາດຕຣາ 50B.04 RCW, ລວມທັງການຕັດສິນໃຈທີ່ຖືກເຮັດນຳກົມ Department of Social and Health Services ແລະກົມ Employment Security Department. ຢູ່ໃນໃບສັນຍາອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມ,ຄົນສຳຄັນແມ່ນບຸກຄົນຜູ້ທີ່ອະນຸມັດອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມໃຫ້,ໃນຂະນະທີ່ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ກຳລັງໄດ້ຮັບອຳນາດນັ້ນໄດ້ຖືກເອີ້ນວ່າຕົວແທນຫລືທະນາຍຄວາມ.ໃບຟອມໃບນີ້ຈະຖືກແລກປ່ຽນກັນນຳ Employment Security Department.

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຂຽນປະກອບໃບຟອມອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມຈຳກັດສຳລັບສະວັດດີການ WA Cares Fund ບໍ່?

ທ່ານບໍ່ໄດ້ຖືກບັງໃຫ້ຕ້ອງມີອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມ.ທ່ານບໍ່ໄດ້ຖືກບັງໃຫ້ໃຊ້ໃບຟອມໃບນີ້ເພື່ອຈະເຮັດເຮັດສັນຍາອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມອອກມາ.ການຂຽນປະກອບໃບຟອມໃບນີ້ແມ່ນຕາມສະມັກໃຈແລະອາດຈະຖືກຍົກເລີກໄດ້ໃນທຸກໆເວລາ.

ຈະເຮັດແນວໃດຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມແລ້ວ?

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມແລ້ວ,ທ່ານສາມາດກວດເບິ່ງເອກສານນັ້ນຄືນເພື່ອຈະພິຈາຣະນາເບິ່ງວ່າມັນເອົາສິດອຳນາດໃຫ້ຕົວແທນຂອງທ່ານຫລືບໍ່,ສິດອຳນາດທີ່ຈະປະຕິບັດຕົວໃນນາມຂອງທ່ານແລະທຳການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບສະວັດດີການ WA Cares ຂອງທ່ານ. ຖ້າແມ່ນ,ທ່ານຈະເອົາໂກປີໃຫ້ WA Cares. WA Cares ຕ້ອງມີໂກປີໃບນຶ່ງຢູ່ໃນສຳນວນເພື່ອວ່າຕົວແທນຫລືທະນາຍຄວາມຂອງທ່ານເພື່ອຈະຄວບຄຸມເບິ່ງນຳສະວັດດີການຂອງທ່ານໃນນາມຂອງທ່ານ.

ຈະເຮັດແນວໃດຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການໃຊ້ອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມ?

ການປະຕິເສດຄວາມຮັບຜິດຊອບ: ພະນັກງານຂອງ WA Cares ບໍ່ສາມາດສະເນີໃຫ້ຄຳແນະນຳທາງກົດຫມາຍຫລືຕອບຄຳຖາມກ່ຽວກັບວ່າຈະຂຽນປະກອບໃບຟອມໃບນີ້ໄດ້ແນວໃດ.ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບວ່າຈະເຮັດສັນຍາອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມຫລືບໍ່ຫລືວ່າຈະເຮັດແນວໃດ,ທ່ານຄວນຈະປຶກສານຳທະນາຍຄວາມ.

ຣາຍຣະອຽດເພີ້ມເຕີມແລະແຫລ່ງຊ່ວຍເຫລືອທາງກົດຫມາຍຈະມີໄວ້ໃຫ້ໂດຍຜ່ານ Northwest Justice Project.

ແວບໄຊທ໌: www.nwjustice.org **ໂທຣະສັບ:** 1-888-201-1012

ຍື່ນຟອມໃບນີ້:	ຕ້ອງການທີ່ຈະໃຊ້ການ POA ໃບນີ້:
ອັບໂຫລດ: ທ່ານຈະອັບໂຫລດໃບຟອມທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວໃສ່ບັນຊີ WA Cares ອອນລາຍນ໌ຂອງທ່ານ. **ສົ່ງທາງໄປສະນີໄປທີ່:** DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612 ຕິດຕໍ່ຫາ WA Cares ເພື່ອຣາຍຣະອຽດເພີ້ມເຕີມ: **ໂທຫາ:** 844-CARE4WA (1-844-227-3492) **ແວ່ປ໌ຣູນ:** www.wacaresfund.wa.gov	ເພື່ອຈະໃຊ້ໃບຟອມໂດຍການສອດຄ່ອງນຳ: RCW 11.125.050. • ຊື່ເຕັມຂອງທ່ານ • ພະຍານສອງຄົນຫລືຜູ້ປັ້ງປືນລາຍເຊັນ **ຣາຍຣະອຽດທີ່ WA Cares ຈະຕ້ອງການ:** • ທີ່ຢູ່ຖະນົນຂອງທ່ານ • ເລກໂທຣະສັບຂອງທ່ານ • ເລກ WA Cares ID ຂອງທ່ານ (ຖ້າຮູ້ຈັກ) • ຊື່ຕາມກົດຫມາຍແລະຣາຍຣະອຽດຕິດຕໍ່ຫາຂອງຕົວແທນ **ການຊ່ວຍເຫລືອດ້ານການແປພາສາຈະມີໄວ້ໃຫ້:** • ການບໍລິການນາຍແປພາສາ • ການບໍລິການພາສາໃບ້ • ຫນັງສືຄົນຕາບອດ • ຜູ້ໃຊ້ TTY/TDD ບີບຫາເລກ 1-800-833-6384

Barcode Label Here

ອຳນາດຈຳກັດຂອງທະນາຍຄວາມສຳລັບ ສະວັດດີການ WA Cares Fund

Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits

ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຍດ
ເລກ WA Cares ID (ຖ້າຮູ້ຈັກ)

ອຳນາດຈຳກັດຂອງທະນາຍຄວາມ

ສຳລັບ **Legal Name of Principal**____________________, **Date of Birth**_______________:

1. **ຕົວແທນ.** ຂ້າພະເຈົ້າເລືອກເອົາ **Legal Name of Agent**_______________, ໃຫ້ເປັນຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ມີສິດອຳນາດທີ່ຈະຄວບຄຸມເບິ່ງນຳສະວັດດີການ WA Cares Fund ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.ສິດອຳນາດທີ່ຖືກອະນຸມັດໃຫ້ໂດຍເອກສານອັນນີ້ໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ຖືກບົ່ງຊີ້ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຖືກຈຳກັດໃສ່ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບສະວັດດີການ WA Cares Fund ຂອງຂ້າພະເຈົ້າແລະບໍ່ແມ່ນສະວັດດີການຂອງຣາດຖະບານຢ່າງອື່ນໆ.
2. **ຕົວສຳລອງ (ຕາມສະມັກໃຈ) .** ຖ້າຫາກວ່າຕົວແທນທີ່ຖືກບົ່ງຊີ້ບໍ່ສາມາດຫລືບໍ່ຍິນດີທີ່ຈະປະຕິບັດຕົວ,ຂ້າພະເຈົ້າເລືອກເອົາ **Legal Name of Alternate Agent**_______________, ໃຫ້ເປັນຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ມີສິດອຳນາດທີ່ຈະຄວບຄຸມເບິ່ງນຳສະວັດດີການ WA Cares Fund ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
3. **ສິດທິຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.** ຂ້າພະເຈົ້າຮັກສາສິດທິທຸກໆຢ່າງທີ່ຈະທຳການຕັດສິນໃຈສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າເອງກ່ຽວກັບສະວັດດີການ WA Cares Fund ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ,ບໍ່ກ່ຽວວ່າອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມອັນນີ້ຈະໃຊ້ການໄດ້ຢູ່ຫລືບໍ່,ຈົນກວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີຄວາມສາມາດຕໍ່ໄປອີກແລ້ວທີ່ຈະເຮັດຢ່າງນັ້ນ.
4. **ການຍົກເລີກ.** ຂ້າພະເຈົ້າຍົກເລີກອຳນາດຈຳກັດຂອງທະນາຍຄວາມແນວອື່ນທຸກໆຢ່າງສຳລັບສະວັດດີການ WA Cares Fund ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເຊັນແລ້ວໃນຜ່ານມາ.ຂ້າພະເຈົ້າຈະຍົກເລີກອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມອັນນີ້ໄດ້ໃນທຸກໆເວລາ.
5. **ອຳນາດ.** ຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະມີອຳນາດແລະສິດອະນຸຍາດເຕັມທີ່ທີ່ຈະຄວບຄຸມສະວັດດີການ WA Cares Fund ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢ່າງເຕັມທີ່ແລະມີຜົນໃຊ້ການໄດ້ຄືກັນກັບຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເຮັດໄດ້ໂດຍຂ້າພະເຈົ້າເອງ,ລວມທັງ,ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດໄປເຖິງ,ອຳນາດທີ່ຈະ:
   a) ຈົດຊື່ເຂົ້າໃສ່,ຮ້ອງຂໍເອົາ,ເລືອກເອົາ,ປະຕິເສດ,ປ່ຽນແປງ,ແກ້ໄຂ,ຫລືເຊົາຮັບເອົາສະວັດດີການ;
   b) ກະຕຽມ,ຍື່ນ,ແລະຮັກສາການທວງຂອງຜູ້ສຳຄັນສຳລັບສະວັດດີການ WA Cares Fund;
   c) ເລີ່ມຕົ້ນ,ເຂົ້າຮ່ວມໃນ,ຍື່ນການແກ້ໄຂຄວາມຂັດແຍ້ງສຳລອງ,ຕົກລົງກັນ,ຄັດຄ້ານ,ຫລືສະເນີຫລືຮັບເອົາການປະນີປະນອມດ້ວຍຄວາມນັບຖືໃສ່ການດຳເນີນຄະດີກ່ຽວກັບສະວັດດີການ WA Cares Fund ທຸກໆຢ່າງທີ່ຜູ້ສຳຄັນມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ມາດຕຣາ 50B.04 RCW.
6. **ການເປີດເຜີຍ HIPAA.** ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ WA Cares Fund ທີ່ຈະເປີດເຜີຍຣາຍຣະອຽດທຸກໆຢ່າງທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳການຄວບຄຸມຂອງສະວັດດີການ WA Cares ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ,ໃຫ້ຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
7. **ວັນທີເລີ້ມຕົ້ນ.** ອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມອັນນີ້ມີຜົນໃຊ້ການໄດ້ໃນວັນທີ່ທ່ານເຊັນມັນ.
8. **ວັນທີຈົບລົງ.** ອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມອັນນີ້ຈະຈົບລົງຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຍົກເລີກມັນຫລືເມື່ອເວລາຂ້າພະເຈົ້າເສັຽຊີວິດ.
9. **ໃຊ້ໄດ້ຕະລອດໄປ (ຕາມສະມັກໃຈ) .** ☐ ໂດຍການໝາຍໃສ່ບອກນີ້,ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຢາກໃຫ້ຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈະໃຊ້ອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມອັນນີ້ເພື່ອຈະຄວບຄຸມເບິ່ງນຳວຽກງານຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຖິງແມ່ນວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະກາຍເປັນປ່ວຍ,ບາດເຈັບ,ຫລືບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມອັນນີ້.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານແລະເຂົ້າໃຈຣາຍຣະອຽດຂ້າງເທິງນີ້.

ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຢູ່ຕໍ່ໜ້າຜູ້ຢັ້ງຢືນລາຍເຊັນຫລືພະຍານສອງຄົນ:	ວັນທີເຊັນຊື່

Barcode Label Here

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

ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ	
ເລກ WA Cares ID (ຖ້າຮູ້ຈັກ)	

ຄຳແຈ້ງການຂອງພະຍານ

ພະຍານ 1

ໃນວັນທີ **Date**, **Legal Name of Principle**, ໄດ້ເຊັນຊື່ໃສ່ໃບອຳນາດຈຳກັດຂອງທະນາຍຄວາມອັນນີ້ສຳລັບສະວັດດີການ WA Cares Fund ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນການປາກົດຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນພ້ອມທີ່ຈະເປັນພະຍານລາຍເຊັນຂອງເຂົາເຈົ້າຕາມຄຳຮ້ອງຂໍຂອງເຂົາເຈົ້າ.ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີຄວາມສຳພັນນຳບຸກຄົນນີ້ໂດຍທາງສາຍເລືອດ,ການແຕ່ງງານ,ຫລືຄວາມສຳພັນຢູ່ນຳກັນທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນນຳຣັດ.ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລບຸກຄົນນີ້ຢູ່ເຮືອນຫລືສະຖານທີ່ປິ່ນປົວຣະຍະຍາວ.

ລາຍເຊັນ	ຊື່ຂອງພະຍານຂຽນເປັນຕົວພິມຄົນທີ 1
ທີ່ຢູ່	ເລກໂທະສັບ (ພ້ອມທັງຣະຫັດເຂດ)

ພະຍານ 2

ໃນວັນທີ **Date**, **Legal Name of Principle**, ໄດ້ເຊັນຊື່ໃສ່ໃບອຳນາດຈຳກັດຂອງທະນາຍຄວາມອັນນີ້ສຳລັບສະວັດດີການ WA Cares Fund ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນການປາກົດຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນພ້ອມທີ່ຈະເປັນພະຍານລາຍເຊັນຂອງເຂົາເຈົ້າຕາມຄຳຮ້ອງຂໍຂອງເຂົາເຈົ້າ.ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີຄວາມສຳພັນນຳບຸກຄົນນີ້ໂດຍທາງສາຍເລືອດ,ການແຕ່ງງານ,ຫລືຄວາມສຳພັນຢູ່ນຳກັນທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນນຳຣັດ.ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລບຸກຄົນນີ້ຢູ່ເຮືອນຫລືສະຖານທີ່ປິ່ນປົວຣະຍະຍາວ.

ລາຍເຊັນ	ຊື່ຂອງພະຍານຂຽນເປັນຕົວພິມຄົນທີ 2
ທີ່ຢູ່	ເລກໂທະສັບ (ພ້ອມທັງຣະຫັດເຂດ)

ໃບຢັ້ງຢືນຂອງການຮັບຮູ້ (ຖືກຂຽນປະກອບໂດຍຜູ້ຢັ້ງຢືນລາຍເຊັນ)

ຣັດຂອງ ______________________

ຄາວຕີຂອງ ______________________

ຖືກເຊັນຊື່ຂອງຫນ້າຂ້າພະເຈົ້າໃນວັນທີ **Date** ໂດຍ **Legal Name of Principal**.

____
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຢັ້ງຢືນລາຍເຊັນ

____
ວັນທີຫມົດອາຍຸຂອງອຳນາດຫນ້າທີ່

Barcode Label Here

ອຳນາດຈຳກັດຂອງທະນາຍຄວາມສຳລັບ ສະວັດດີການ WA Cares Fund
Limited Power of Attorney for WA Cares Fund Benefits

ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຍດ
ເລກ WA Cares ID (ຖ້າຮູ້ຈັກ)

ຄັດມານຳ: ລາຍລະອຽດການຕິດຕໍ່

ລາຍລະອຽດການຕິດຕໍ່ອັນນີ້ແມ່ນບໍ່ຕ້ອງມີກໍໄດ້ເພື່ອຈະໃຊ້ສັນຍາຕົກລົງອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມແຕ່ວ່າຕ້ອງການໃຫ້ມີໂດຍ WA Cares. ເອົາລາຍລະອຽດໃຫ້ຫລາຍເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດເອົາໃຫ້ໄດ້.

ລາຍລະອຽດການຕິດຕໍ່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຍດຂອງ WA Cares

ຊື່ເຕັມ	ເລກໂທລະສັບ	ເລກ WA Cares ID	
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ເມືອງ	ຣັດ	ຊິບໂຄດ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ຣັດ	ຊິບໂຄດ

ລາຍລະອຽດການຕິດຕໍ່ຂອງຕົວແທນ

ຊື່ເຕັມ		ເລກໂທລະສັບ	
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ເມືອງ	ຣັດ	ຊິບໂຄດ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ຣັດ	ຊິບໂຄດ

ລາຍລະອຽດການຕິດຕໍ່ຂອງຕົວແທນສຳລອງ (ຖ້າຖືກເລືອກເອົາ)

ຊື່ເຕັມ		ເລກໂທລະສັບ	
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ເມືອງ	ຣັດ	ຊິບໂຄດ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ຣັດ	ຊິບໂຄດ

Barcode Label Here