



ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ  
Authorized User



ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ
ເລກ WA Cares ID (ຖ້າຮູ້ຈັກ)

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຫຍັງ?

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານເລືອກເອົາເພື່ອຈະອະນຸຍາດການເຂົ້າເຖິງບັນຊີ **WA Cares Fund** ຂອງທ່ານເພື່ອຈະຊ່ວຍເຫລືອທ່ານຕາມການຊີ້ນຳສະແດງອອກມາຂອງທ່ານແລະດ້ວຍຄວາມຮັບຮູ້,ຄວາມຍິນຍອມ,ແລະຄວາມຄວບຄຸມຕົນທີ່ຂອງທ່ານ.

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດສາມາດເຮັດຫຍັງໄດ້ແດ່?

ດ້ວຍຄວາມຮັບຮູ້ແລະຄວາມຍິນຍອມ,ຕາມການຊີ້ນຳສະແດງອອກມາຂອງທ່ານຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ ສາມາດ:

- ເຂົ້າເຖິງບັນຊີ **WA Cares** ອອນລາຍນ໌ຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານຊ່ອງລອກອິນຂອງເວັບເຊີ້າເອງ.
- ຊ່ວຍເຫລືອທ່ານນຳການເຂົ້າເຖິງແລະການເດີນຜ່ານບັນຊີ **WA Cares** ອອນລາຍນ໌ຂອງທ່ານ,ລວມທັງການຂຽນປະກອບຄຳຮ້ອງຂໍແລະໃບຟອມອອນລາຍນ໌ແລະການເລືອກເອົາຢູ່ໃນບັນຊີ **WA Cares** ຂອງທ່ານກ່ຽວກັບສະວັດດີການ **WA Cares** ຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານປະວັດຂໍ້ມູນຜູ້ໃຊ້ຂອງເວັບເຊີ້າເອງ.
- ເຂົ້າເຖິງຮາຍຮະອຽດ **HIPAA** ທີ່ຖືກປົກປ້ອງຂອງທ່ານທີ່ມີໄວ້ໃຫ້ຢູ່ໃນບັນຊີ **WA Cares** ຂອງທ່ານ.
- ຕິດຕໍ່ສື່ສານນຳ **WA Cares** ກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍ,ສະວັດດີການ,ແລະການບໍຣິການ **WA Cares** ຂອງທ່ານ.

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ ບໍ່ສາມາດ:

- ຄວບຄຸມເບິ່ງນຳສະວັດດີການ **WA Cares** ຂອງທ່ານສຳລັບທ່ານຫລືທຳການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍ **WA Cares** ຂອງທ່ານ,ສະວັດດີການຫລືການບໍຣິການຂອງທ່ານໂດຍປາສຈາກການຮັບຮູ້,ການເຫັນພ້ອມນຳ,ການຍິນຍອມ,ຫລືການຄວບຄຸມຂອງທ່ານ.
- ເຊັນຊີໃສ່ຄຳຮ້ອງທຸກໆຢ່າງ,ໃບຟອມ,ການໃຫ້ການເປັນພະຍານ,ແລະການຮັບເອົາການຕົກລົງເຫັນພ້ອມນຳກັນທຸກໆຢ່າງນຳຄົນໃດຄົນນຶ່ງລວມທັງນຳ **Department of Social and Health Services** ຫລືນຳຜູ້ໃຫ້ການປົວຮະຍະຍາວຫລືການປົວພະຍາບານ,ໃນນາມຂອງທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດບໍ່?

ບໍ່,ທ່ານບໍ່ໄດ້ຖືກບັງໃຫ້ຕ້ອງມີຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ.ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຕາມສະມັກໃຈແລະຈະບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນແນວໃດໃສ່ສະວັດດີການຫລືເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານ.ທ່ານຈະເອົາຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດອອກໄປໄດ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍຜ່ານບັນຊີ **WA Cares** ອອນລາຍນ໌ຂອງທ່ານຫລືໂດຍການຕິດຕໍ່ຫາ **WA Cares**.

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍບໍ່?

ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດບໍ່ແມ່ນຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ.ບໍລິກັນກັບຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ,ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ເທົ່ານັ້ນຕາມການສະແດງອອກມາຂອງທ່ານແລະບໍ່ສາມາດທຳການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ,ສະວັດດີການ,ການບໍຣິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ,ຫລືທ່ານໝໍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍຣິການເຫລົ່ານີ້. **WA Cares** ຈະບໍ່ຮັບເອົາລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ,ການແຈ້ງເປັນພະຍານ,ຫລືການອະນຸຍາດແທນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢາກຈະແຕ່ງຕັ້ງຄົນໃດຄົນນຶ່ງໃຫ້ມີສິດອຳນາດທີ່ຈະທຳການຕັດສິນໃຈໃນນາມຂອງທ່ານ,ທ່ານຕ້ອງເອົາໃຫ້ການເອກສານບັນທຶກຕາມກົດໝາຍທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນການແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນນັ້ນໃຫ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານ.ທ່ານສາມາດໃຊ້ໃບຟອມຂອງທ່ານເອງຫລືໃບຟອມອຳນາດຈຳກັດຂອງທະນາຍຄວາມສຳລັບສະວັດດີການ **WA Cares Fund**.

ຈະເຮັດແນວໃດຖ້າຫາກວ່າຂ້ອຍມີຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍແລ້ວ?

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍແລ້ວ,ທ່ານຈະສິ່ງໃບໂກປີຂອງເອກສານບັນທຶກຕາມກົດໝາຍມາໃຫ້ **WA Cares**. **WA Cares** ຕ້ອງມີໃບໂກປີຂອງເອກສານບັນທຶກຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານຢູ່ໃນສຳນວນເພື່ອວ່າຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານຈະຄວບຄຸມເບິ່ງນຳສະວັດດີການຂອງທ່ານໃນນາມທ່ານ.



ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ  
Authorized User



ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ
ເລກ WA Cares ID (ຖ້າຮູ້ຈັກ)

ຂຽນປະກອບແລະຍື່ນໃບຟອມໃບນີ້:	ຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງການ:
<p>ມັນມີຢູ່ສາມທຶນທາງທີ່ຈະຂຽນປະກອບແລະຍື່ນໃບຟອມໃບນີ້:</p> <p><b>ອອນລາຍນ໌:</b> ແບບທາງເອເລັກໂຕຣນິກຈະຖືກຂຽນປະກອບແລະເຊັນຊື່ໃສ່ຜ່ານບັນຊີ <b>WA Cares</b> ອອນລາຍນ໌ຂອງທ່ານ.</p> <p><b>ອັບໂຫລດ:</b> ຂຽນປະກອບແລະເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຟອມໃບນີ້. ອັບໂຫລດໃສ່ບັນຊີ <b>WA Cares</b> ອອນລາຍນ໌ຂອງທ່ານ.</p> <p><b>ໄປສະນີໄປທີ່:</b> DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ຊື່ເຕັມຂອງທ່ານ</li> <li>ທີ່ຢູ່ແລະເລກໂທຣະສັບຂອງທ່ານ</li> <li>ເລກ <b>WA Cares ID</b> ຂອງທ່ານ (ຖ້າຮູ້ຈັກ)</li> <li>ຊື່ເຕັມແລະຮາຍຮະອຽດການຕິດຕໍ່ສໍາລັບຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານ.</li> </ul>
	<b>ຂ້ອຍຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນໍາຟອມໃບນີ້:</b>
	<p>ຕິດຕໍ່ຫາ <b>WA Cares</b> ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ:</p> <p>ໂທຫາ: <b>844-CARE4WA (844-227-3492)</b></p> <p>ແວ່ຢ້ຽມ: <b>www.wacaresfund.wa.gov</b></p>
	<b>ການຊ່ວຍເຫລືອດ້ານການແປພາສາຈະມີໄວ້ໃຫ້:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ການບໍລິການນາຍແປພາສາ</li> <li>ການບໍລິການພາສາໃບ້</li> <li>ຫນັງສືຄົນຕາບອດ</li> <li>ຜູ້ໃຊ້ <b>TTY/TDD</b> ບີບຫາເລກ <b>1-800-833-6384</b></li> </ul>

ຮາຍຮະອຽດຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ			
ຊື່ເຕັມ	ເລກໂທຣະສັບ	ເລກ <b>WA Cares ID</b>	
ທີ່ຢູ່ຖະນິນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊິບໂຄດ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຕາມສະມັກໃຈ)	ເມືອງ	ຮັດ	ຊິບໂຄດ

ຮາຍຮະອຽດຂອງຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ			
ຊື່ເຕັມ	ເລກໂທຣະສັບ	ເລກ <b>WA Cares ID</b>	
ທີ່ຢູ່ຖະນິນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊິບໂຄດ

ດິນປານໃດທີ່ທ່ານຢາກໃຫ້ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ?

ນຶ່ງປີ       ບໍ່ມີການຫມົດອາຍຸ       ວັນທີອັນເຈາະຈົງ:

**ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ**

ການຈໍາກັດ **HIPAA** ແລະກົດຫມາຍການເປັນສ່ວນຕົວອື່ນໆກົດກັ້ນ **WA Cares** ການແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດຂອງບັນຊີທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຫລືຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທີ່ຖືກປົກປ້ອງນໍາຄົນໃດຄົນນຶ່ງ, ນອກຈາກວ່າຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄດ້ອະນຸມັດໃຫ້ການອະນຸຍາດອັນເຈາະຈົງ **WA Cares** ໃຫ້ແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດອັນນັ້ນ.

ໂດຍການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດດ້ວຍໃບຟອມໃບນີ້, ທ່ານໄດ້ເອົາການອະນຸຍາດໃຫ້ **WA Cares** ທີ່ຈະແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດທີ່ຖືກປົກປ້ອງ **HIPAA**, ລວມທັງຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບແລະຮາຍຮະອຽດຂອງບັນຊີທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ລວມທັງຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງຂໍ **WA Cares** ແລະສະຜັດດີການ **WA Cares**, ນໍາຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງທ່ານ.



ຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ  
Authorized User



ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ
ເລກ WA Cares ID (ຖ້າຮູ້ຈັກ)

**ການອະນຸຍາດ**

ໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຟອມໃບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ:

ຂ້າພະເຈົ້າແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ໃຫ້ເປັນຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອຈະຊ່ວຍເຫລືອຂ້າພະເຈົ້າໃນສະຖານະວັດຖຸການ **WA Cares** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ນັ້ນໃນແບບທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍຢູ່ໃນທີ່ນີ້.

ບຸກຄົນທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ບໍ່ແມ່ນຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າແລະບໍ່ສາມາດທຳການຕັດສິນໃຈແນວໃດກ່ຽວກັບບັນຊີຫລືສະຖານະວັດຖຸການ **WA Cares** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າແທນທີ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫລືໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໂດຍປາສຈາກເອກສານບັນທຶກຕາມກົດໝາຍທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າບຸກຄົນມີສິດອຳນາດທີ່ຈະເຮັດໄດ້.

**WA Cares** ຈະບໍ່ຮັບເອົາລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້, ການໃຫ້ການເປັນພະຍານ, ຫລືການຍິນຍອມສຳລັບແນວໃດແນວນຶ່ງ ແທນທີ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໂດຍປາສຈາກເອກສານບັນທຶກຕາມກົດໝາຍທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າບຸກຄົນມີສິດອຳນາດທີ່ຈະເຮັດໄດ້.

**WA Cares** ໄດ້ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ແລກປ່ຽນລາຍຮະອຽດທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ລວມທັງລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍ **WA Cares** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ສະຖານະວັດຖຸການ, ແລະລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ, ນຳບຸກຄົນທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້.

ການອະນຸຍາດອັນນີ້ຈະສິ້ນສຸດລົງໃນວັນທີ່ຖືກກ່າວເຈາະຈົງຢູ່ຂ້າງເທິງຫລືຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີຄວາມສາມາດຕໍ່ໄປອີກແລ້ວທີ່ຈະຊື່ນຳຜູ້ໃຊ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດ.

ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍບໍ່ສາມາດທີ່ຈະເຊັນຊື່, ເຂົາເຈົ້າຈະໝາຍໃສ່ດ້ວຍຕົວ **"X"** ແລະຕ້ອງຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ໂດຍພະຍານ. ເພື່ອຈະຖືກເຊັນຊື່ໂດຍຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ, ເອກສານບັນທຶກຕ້ອງຖືກເອົາໃຫ້ **WA Cares**.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ວັນທີ	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງແລະຮັດທີ່ຖືກເຊັນຊື່
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ (ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ)	ວັນທີ	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງແລະຮັດທີ່ຖືກເຊັນຊື່
ລາຍເຊັນຂອງພະຍານ (ຖ້າຖືກເຊັນຊື່ດ້ວຍຕົວ <b>X</b> )	ວັນທີ	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງແລະຮັດທີ່ຖືກເຊັນຊື່