

ໃບອະນຸຍາດການພິສູດຊັບສິນ Asset Verification Authorization

ຊື່ຂອງລູກຄ້າ
ເລກ ACES ID

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈສິ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້:

- ຮາຍຮະອຽດທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາ ຫລື ຕໍ່ໃຫມ່ການຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານຈະຕ້ອງໃຫ້ມີການພິສູດໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງຮັດເພື່ອຈະພິຈາະນາເບິ່ງວ່າມັນຖືກຕ້ອງຫລືບໍ່.
- **Health Care Authority (HCA) ແລະ Department of Social and Health Services (DSHS)** ອາດຈະສືບສວນ ແລະ ຕິດຕໍ່ຫາສະຖາບັນການເງິນທຸກໆບ່ອນໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນນຶ່ງຂອງການດໍາເນີນການພິສູດຊັບສິນ.
- ຄໍາອະນຸຍາດອັນນີ້ຈະສິ້ນສຸດລົງເມື່ອເວລາ:
 - ຄໍາຕັດສິນທາງລົບຂັ້ນສຸດທ້າຍໄດ້ຖືກເຮັດໃສ່ຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື
 - ການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈົບລົງ, ຫລື
 - ຂ້າພະເຈົ້າຍົກເລີກຄໍາອະນຸຍາດ, ໃນທຸກໆເວລາ, ໂດຍການຍື່ນໃບໜັງສືແຈ້ງການໃຫ້ **HCA** ຫລື **DSHS**.

ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຍົກເລີກ ຫລື ປະຕິເສດທີ່ຈະເອົາຄໍາອະນຸຍາດໃຫ້, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການ **Washington Apple Health** ແນວໃດທີ່ກ່ຽວພັນນໍາ **Medicaid** ສໍາລັບຄົນອາຍຸແກ່, ຕາບອດ, ຫລື ເສັຽອົງຄະກ່ຽວພັນນໍາ **SSI** ທຸກໆໂຄງການ. ອັນນີ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງຄວາມສາມາດຂອງຂ້ອຍທີ່ຈະຮ້ອງຂໍເອົາເງິນສິດ, ອາຫານ, ແລະ/ຫລື ການຝາກເດັກນ້ອຍ.

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ **HCA** ແລະ **DSHS** ທີ່ຈະທໍາການພິສູດຊັບສິນເພື່ອຈະພິຈາະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ ແລະ ເພື່ອຈະພິສູດຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງຮາຍຮະອຽດຈາກສະຖາບັນການເງິນ.

ຈົ່ງເຊັນຊື່ໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ຕາມທີ່ເໝາະສົມ ແລະ ຂຽນຊື່ເປັນຕົວພິມໃສ່.

ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ	ວັນທີ	ຊື່ເປັນຕົວພິມ
ລາຍເຊັນຂອງຄູ່ຜົວເມັຽ	ວັນທີ	ຊື່ເປັນຕົວພິມ
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ຂອງລູກຄ້າເດັກນ້ອຍຕໍາກວ່າກະສຽນ	ວັນທີ	ຊື່ເປັນຕົວພິມ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ	ວັນທີ	ຊື່ເປັນຕົວພິມ