

အောက်ဖော်ပြပါအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ သုံးသပ်စစ်ဆေးချက် -
ရေရှည် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ကူညီထောက်ပံ့မှုများ
Eligibility Review for Long Term Services and Supports

အမှုသည်၏ အမည် (အမည် ပထမစာလုံး၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံးစာလုံး)		လူနာ ID နံပါတ်	
အမှုသည်၏ လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ကုဒ်
အမှုသည်၏ စာပို့လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ကုဒ်
အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် အသက်မပြည့်သေးသည့် ကလေး မိဘ အမည် (အမည် ပထမစာလုံး၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံးစာလုံး)			
အိမ်ထောင်ဖက် / မိဘ၏ လိပ်စာ (အကယ်၍ မတူလျှင်)	မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ကုဒ်
အမှုသည် ဖုန်းနံပါတ် (ဧရိယာကုတ် အပါအဝင်) <input type="checkbox"/> အိမ်ဖုန်း <input type="checkbox"/> ဆဲလ်ဖုန်း <input type="checkbox"/> အမှာစကားပေးပို့မှု	အမှုသည် အီးမေးလ်		
ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်			
ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးဆိုသည်မှာ အေဂျင်စီ သို့မဟုတ် ၎င်းတို့၏ သတ်မှတ်တာဝန်ပေးထားသူဖြင့် သင့်အကျိုးခံစားခွင့်များအကြောင်း ပြောဆိုရန် သင် အခွင့်ပေးထားသည့် တစ်စုံတစ်ဦးကို ဆိုလိုခြင်း ဖြစ်သည်။ တစ်စုံတစ်ဦးအား သင် အမည်သွင်းထားနိုင်သော်လည်း ကျိန်းသေပေါက် လုပ်ဆောင်ပေးဖို့ မလိုအပ်ပေ။ ဥပမာအားဖြင့် အုပ်ထိန်းသူ၊ အိမ်ထောင်ဖက်၊ ဆွေမျိုး၊ အကျိုးဆောင်ရှေ့နေတို့ ဖြစ်သည်။			
သင့်တွင် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦး ရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်			
အမည်	ဆက်နွယ်ပုံ		
စာပို့ လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ကုဒ်
ဖုန်းနံပါတ် (ဧရိယာကုတ် အပါအဝင်)	အီးမေးလ် -		
အမှုသည်၏ ကိုယ်တိုင်ရှာဖွေခြင်းမဟုတ်သည့် ဝင်ငွေ			ပမာဏ
လူမှုဖူလုံရေး အကျိုးခံစားခွင့်များ			\$
လုပ်သက်အနားယူမှု / ပင်စင် / နှစ်စဉ်ကြေး			\$
အခြားသော - စစ်မှုပြန်ထမ်းဟောင်း အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ L&I ၊ မယားစရိတ်၊ အစုပေါ်အမြတ်ငွေများ၊ အတိုး၊ အိမ်ငှား သို့မဟုတ် သုံးလတစ်ကြိမ် ဝင်ငွေ (အောက်တွင် စာရင်းပြုဖော်ပြပါ)			
			\$
			\$
			\$
			\$



အမှုသည်၏ ကိုယ်တိုင်ရှာဖွေသော ဝင်ငွေ			
အလုပ်ရှင်	စတင်နေ့စွဲ	လက်ခံရရှိသော စုစုပေါင်း ပမာဏ	ပေးချေမှု ကြိမ်ရည်
ဤဝင်ငွေသည် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှ ဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်			
အမှုသည် အရင်းအမြစ်များ			
	တန်ဖိုး	ငွေကြေးစီမံမှုဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်း / ကုမ္ပဏီ / တည်နေရာ	
စာရင်းရှင်အပ်ငွေအကောင့်များ	\$		
စုငွေအကောင့်များ	\$		
အခြားသော ငွေကြေး အကောင့်များ -	\$		
	\$		
အပ်နှံငွေ အထောက်အထား (CD)	\$		
ဝန်ဆောင်မှုအဖွဲ့အစည်းမှ ကိုင်တွယ်ထားသည့် အကောင့်	\$		
လက်တွင်ရှိသည့် ငွေသား / အခြားသူများမှ ကိုယ်တွယ်ထားသည့် ငွေသား	\$		
အသက် / သင်္ဂြိုဟ် အာမခံ မူဝါဒများ	\$		
သင်္ဂြိုဟ်ခြင်းအတွက် ထောက်ပံ့ကြေး	\$		
အပ်နှံငွေများ	\$		
နှစ်စဉ်ကြေးများ	\$		
နေအိမ် (တစ်သက်တာ အိမ်ခြံမြေအပါအဝင်)	\$		
အခြားသော ပိုင်ဆိုင်မှုများ -	\$		
	\$		
အခြားသော - ယာဉ်များ၊ စတော့များ၊ ဘွန်းများ၊ အပြန်အလှန် ရန်ပုံငွေများ၊ လုပ်သက်အနားယူမှု အကောင့်များ (အောက်တွင် စာရင်းပြုဖော်ပြပါ)			
	\$		
	\$		
	\$		
သင့် ငွေ၊ နေအိမ်၊ ပိုင်ဆိုင်မှု သို့မဟုတ် အခြားသော အရင်းအမြစ်များအား လွန်ခဲ့သော ငါးနှစ်အတွင်း ရောင်းချ၊ လဲလှယ် သို့မဟုတ် ပေးပစ်လိုက်ခြင်းများ ရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ရှိသည် <input type="checkbox"/> မရှိပါ			
အကယ်၍ ရှိလျှင် အောက်ပါတို့အား ဖြည့်စွက်ပေးပါ -			
အမျိုးအစား	မည်သည့်သို့	ပမာဏ	လွှဲပြောင်းမှု နေ့စွဲ
.		\$	
.		\$	
.		\$	

အမှုသည်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အသုံးစရိတ်များ နှင့် အုပ်ထိန်းသူ / ပေးချေသူ အခကြေးငွေများ (သက်သေ ပူးတွဲပေးပါ)	ပမာဏ
ကျန်းမာရေး အာမခံ (ထောက်ပံ့သူများအား စာရင်းပြုဖော်ပြပါ)	\$
	\$
ရေရှည် စောင့်ရှောက်မှု အာမခံ (ထောက်ပံ့သူများအား စာရင်းပြုဖော်ပြပါ)	\$
လစဉ် အုပ်ထိန်းသူ အခကြေးငွေများ	\$
လစဉ် ပေးချေသူ အခကြေးငွေများ	\$
မပေးချေရသေးသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများ (စာရင်းပြုဖော်ပြပါ)	\$
	\$
အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေ	
သင်၏ အိမ်ထောင်ရေးဆိုင်ရာ အခြေအနေတွင် အပြောင်းအလဲရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	
အိမ်ထောင်ဖက် / မှီခိုသူ ဝင်ငွေ	ပမာဏ
လူမှုဖူလုံရေး အကျိုးခံစားခွင့်များ	\$
လုပ်သက်အနားယူမှု / ပင်စင် / နှစ်စဉ်ကြေး	\$
	\$
ဝင်ငွေရရှိမှုများ	\$
	\$
စစ်မှုပြန်ထမ်းဟောင်း အကျိုးခံစားခွင့်များ	\$
အခြားသော - L&I ၊ မယားစရိတ်၊ အစုပေါင်းအမြတ်ငွေများ၊ အတိုး၊ အိမ်ငှား သို့မဟုတ် သုံးလတစ်ကြိမ် ဝင်ငွေ (အောက်တွင် စာရင်းပြုဖော်ပြပါ)	
	\$
	\$
အိမ်ရာဆိုင်ရာ အသုံးစရိတ်များ	ပမာဏ
အိမ်ငှား / အပေါင်စာချုပ်	\$
ပိုင်ဆိုင်မှု အခွန် / အိမ် အာမခံ	\$
အထွေထွေအသုံးစရိတ်များ	\$
အခြားသော - အကဲဖြတ်စစ်ဆေးမှုများ၊ ကွန်ဒို သို့မဟုတ် ပူးတွဲစီမံမှု အခကြေးငွေများ၊ နေရာလွတ် ငှားရမ်းမှု အစရှိသဖြင့်	\$

ပိုင်ဆိုင်မှု အတည်ပြုချက်အတွက် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်

ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားသည့် ကူညီမစမူအချက်အလက်များနှင့် ပတ်သက်ပြီး ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်အရာရှိတို့မှ ဟုတ်မှန်ကြောင်း ဆုံးဖြတ်ပိုင်ခွင့်ရှိသည်ကို ကျွန်ုပ်သိရှိနားလည်သည်။ Washington ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအာဏာပိုင် (HCA) နှင့် လူမှုရေးနှင့်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုဌာန (DSHS) တို့ကို ကျွန်ုပ်အရည်အချင်းပြည့်မီမှုအတွက် ပိုင်ဆိုင်မှုအတည်ပြုခြင်းကိုဆောင်ရွက်ရန်နှင့် ကျွန်ုပ်၏ငွေကြေးပိုင်ဆိုင်မှုအချက်အလက်များ မှန်ကန်ကြောင်းကို အတည်ပြုရန် လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးပါသည်။ HCA နှင့် DSHS တို့အနေနှင့် ပိုင်ဆိုင်မှု အတည်ပြုသည့် လုပ်ငန်းစဉ်၏ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းအနေနှင့် နှစ်စမ်းစစ်ဆေးမှုများပြုလုပ်၍ ငွေကြေးဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုခုဖြင့် ဆက်သွယ်ဆောင်ရွက်ကောင်း ဆောင်ရွက်မည်ဖြစ်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ လျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်၍ အသာမရရှိသည့် အဆုံးသတ်ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုအား ချမှတ်သည့်အခါ အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် ကျွန်ုပ်၏ အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု အဆုံးသတ်သည့်အခါ သို့မဟုတ် HCA သို့မဟုတ် DSHS ထံ စာရေးသားပေးပို့ခြင်းအားဖြင့် ယခု ခွင့်ပြုချက်အား အချိန်မရွေး ကျွန်ုပ်မှ ရုတ်သိမ်းသည့်အခါတွင် ဤခွင့်ပြုချက် အဆုံးသတ်မည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည် သဘောပေါက်ပါသည်။ ခွင့်ပြုချက်ပေးအပ်မှုအား ကျွန်ုပ်မှ ရုတ်သိမ်းခဲ့လျှင် သို့မဟုတ် ငြင်းဆန်ခဲ့လျှင် ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် မည်သည့် Washington Apple Health သက်ကြီးရွယ်အို၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်း ဆေးဝါးထောက်ပံ့ရေး အစီအစဉ် အတွက်မဆို အရည်အချင်းပြည့်မီမှု မရှိတော့ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည် သဘောပေါက်ပါသည်။ ပိုင်ဆိုင်မှုအတည်ပြုခြင်းကို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းဆန်ခြင်းသည် သက်ကြီးသူများအတွက် Tailored Supports for Older Adults (TSOA) အားထိခိုက်မှုမရှိပါ။

ထုတ်ပြန်ချက် နှင့် လက်မှတ်(များ)

အရည်အချင်းပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ သုံးသပ်စစ်ဆေးချက် လျှောက်လွှာဖောင် နှင့် ကျွန်ုပ်၏ အခွင့်အရေးများ နှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများအကြောင်းအား ကျွန်ုပ် ဖက်ရှုပြီးပြီ ဖြစ်သည်။ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ထံသို့ ရှင်းလင်းပြောပြထားပြီး ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှု အခွင့်အရေးများ နှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ လျှောက်လွှာဖောင်၊ HCA 18-011 ၏ မိတ္တူတစ်စောင်အားလည်း ကျွန်ုပ် လက်ခံရရှိထားပြီး ဖြစ်ပါသည်။

ထောက်ပံ့မှုအတွက် လျှောက်ထားရန် ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ထားသော အချက် အလက်များက မှန်ကန်မှု ရှိ/မရှိ ဆုံးဖြတ်နိုင်ရန်အတွက် ဖက်ဒရယ် နှင့် ပြည်နယ် တာဝန်ရှိသူများက စိစစ်အတည်ပြုသွားမည်ကို ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်သည် နှစ်စဉ်ကြေးတစ်ခုတွင် အတိုး ရှိလျှင် ကျွန်ုပ်အနေနှင့် ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်အား ကျန်ရှိ အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူတစ်ဦးအဖြစ် အမည်ပြုထားရမည် ဖြစ်သည်။

ဝါရှင်တန်ပြည်နယ် ဥပဒေများနှင့်အညီ မုသားထွက်ဆိုပါက ပြစ်ဒဏ်ပေးနိုင်သည့် ဥပဒေအရ ဤလျှောက်လွှာဖောင်အတွင်း ကျွန်ုပ် ပေးအပ်သော အချက်အလက်များသည် စစ်မှန်၊ မှန်ကန်၍ ကျွန်ုပ် သိရှိထားသမျှ အကောင်းဆုံး ဖြေဆိုထားခြင်းဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် ထုတ်ပြန်ဖော်ပြအပ်ပါသည်။

အမှုသည်၏ လက်မှတ်	ဖုန်း နံပါတ်	ရက်စွဲ
အိမ်ထောင်ဖက်၏ လက်မှတ်	ဖုန်း နံပါတ်	ရက်စွဲ
အသက်မပြည့်သေးသော ကလေး အမှုသည်အတွက် မိဘဖြစ်သူ၏ လက်မှတ်	ဖုန်း နံပါတ်	ရက်စွဲ
ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် အကူအညီပေးသူ၏ လက်မှတ်	ဖုန်း နံပါတ်	ရက်စွဲ