

ການກວດທວນຄົນເບິ່ງສິດທີ່ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ
ສໍາລັບການບໍລິການ ແລະ ການຊຸມຊື່ຍະຍາວ
Eligibility Review for Long Term Services and Supports

ຊື່ຂອງລູກຄ້າ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ເລກ ID ຂອງລູກຄ້າ		
ທີ່ຢູ່ຂອງລູກຄ້າ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີຂອງລູກຄ້າ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
ຄູ່ຜົວເມັງ ຫລື ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍຕໍ່າກວ່າກະສຽນ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)			
ທີ່ຢູ່ຂອງຄູ່ຜົວເມັງ/ພໍ່ແມ່ (ຖ້າຫາກວ່າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
ເລກໂທຣະສັບຂອງລູກຄ້າ (ລວມທັງຣະຫັດເຂດ)	ອີແມລ໌ຂອງລູກຄ້າ		
<input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ສັ່ງຄວາມ			
ຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ			
ຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ທ້ອງການ ຫລື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງເຂົາເຈົ້າທີ່ຈະເວົ້າລົມນໍາກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດບິ່ງຊື່ຄົນໃດຄົນນຶ່ງໄດ້ແຕ່ວ່າມັນບໍ່ຕ້ອງມີກໍໄດ້. ຕົວຢ່າງແມ່ນຜູ້ປົກຄອງ, ຄູ່ຜົວເມັງ, ຍາດພີ່ນ້ອງ, ທະນາຄວາມຕົວຈິງ. ທ່ານມີຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ			
ຊື່	ຄວາມສັມພັນ		
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
ເລກໂທຣະສັບ (ລວມທັງຣະຫັດເຂດ)	ອີແມລ໌		
ລາຍໄດ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ເຮັດວຽກເອົາຂອງລູກຄ້າ			ຈໍານວນເງິນ
ເງິນສະວັດດີການຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ			\$
ເງິນເບັ້ງບໍານານ/ເງິນເບັ້ງລ້ຽງ/ເງິນຈ່າຍປະຈໍາປີ			\$
ເງິນແນວອື່ນ - ເງິນສະວັດດີການນັກຮົບເກົ່າ, ເງິນ L&I, ເງິນລ້ຽງຜົວເມັງ, ເງິນແບ່ງກໍາໄຮ, ເງິນດອກເບັ້ງ, ລາຍໄດ້ຈາກເຮືອນເຊົ່າ ຫລື ທຸກໆສາມເດືອນ. (ຂຽນລົງຂ້າງລຸ່ມ)			
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



ລາຍໄດ້ທີ່ເຮັດວຽກເອົາຂອງລູກຄ້າ

ນາຍຈ້າງ	ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນເຮັດວຽກ	ຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບ	ຊ່ວງເວລາຫ່າງຂອງການເບີກເງິນ

ລາຍໄດ້ອັນນີ້ແມ່ນຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຊັບສິນບັດຂອງລູກຄ້າ

	ມູນຄ່າ	ສະຖາບັນການເງິນ / ບໍຣິສັດ / ສະຖານທີ່
ບັນຊີເຊັກກົງ	\$	
ບັນຊີເຊວວິງ	\$	
ບັນຊີການເງິນອື່ນໆ:	\$	
	\$	
ໃບຢັ້ງຢືນການຝາກເງິນ (CD)	\$	
ບັນຊີທີ່ຖືກກຳໄວ້ໂດຍສະຖາບັນ	\$	
ເງິນສົດໃນມື/ທີ່ຖືກກຳໄວ້ໂດຍຄົນອື່ນ	\$	
ນະໂຍບາຍປະກັນພັຍຊີວິດ/ຝັງສົບ	\$	
ເງິນທຶນຝັງສົບ	\$	
ເງິນສົນເຊື້ອ	\$	
ເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ	\$	
ເຮືອນ (ລວມທັງມູນນໍຣະດົກ)	\$	
ຊັບສິນອື່ນໆ:	\$	
	\$	
ອື່ນໆ — ຣິດຍິນ, ສະຕອກ, ບອນດ໌, ເງິນມືວຊີໂອຟັນ, ບັນຊີເງິນເບັຣບຳນານ (ຂຽນລົງຂ້າງລຸ່ມ)		
	\$	
	\$	
	\$	

ທ່ານໄດ້ຂາຍ, ແລກປ່ຽນ ຫລື ເອົາໃຫ້ໄປ ເງິນຂອງທ່ານ, ເຮືອນ, ຊັບສິນທີ່ດິນ ຫລື ຊັບສິນບັດແນວອື່ນໃນໜ້າປີຜ່ານມາບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຂຽນປະກອບສິ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້:

ຊະນິດ	ໃຫ້ໄພ	ຈຳນວນ	ວັນທີທີ່ຖືກໂອນໄປ
		\$	
		\$	
		\$	

ຮາຍຈ່າຍຄ່າພະຍາບານຂອງລູກຄ້າ ແລະ ຄ່າທຳນຽມຂອງຜູ້ປົກຄອງ / ຜູ້ອອກຊື້ເບີກເງິນ (ຄັດຫຼັກຖານມານຳ)	ຈຳນວນເງິນ
ປະກັນພັຍສຸຂະພາບ (ຂຽນຊື່ທ່ານຫມໍ)	\$
	\$
ປະກັນພັຍການປິ່ນປົວຣະຍະຍາວ (ຂຽນຊື່ທ່ານຫມໍ)	\$
ຄ່າທຳນຽມຂອງຜູ້ປົກຄອງປະຈຳເດືອນ	\$
ຄ່າທຳນຽມຂອງຜູ້ອອກຊື້ເບີກເງິນປະຈຳເດືອນ	\$
ໃບບິນພະຍາບານທີ່ບໍ່ທັນຈ່າຍເທື່ອ (ຂຽນລາຍການ)	\$
	\$
ສະພາບການແຕ່ງງານ	
ສະພາບການແຕ່ງງານຂອງທ່ານໄດ້ປ່ຽນແປງບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ຮາຍໄດ້ຂອງຄູ່ຜົວເມັ້ງ/ຄົນຫວັງເພິ່ງ	ຈຳນວນເງິນ
ເງິນສະວັດຕິການຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ	\$
ເງິນເບັ້ງບຳນານ/ເງິນເບັ້ງລ້ຽງ/ເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ	\$
	\$
ເງິນເຮັດວຽກ	\$
	\$
ເງິນນັກຮົບເກົ່າ	\$
ເງິນແນວອື່ນ - ເງິນ L&I, ເງິນລ້ຽງຜົວເມັ້ງ, ເງິນແບ່ງກຳໄຮ, ເງິນດອກເບັ້ງ, ຮາຍໄດ້ຈາກເຮືອນເຊົ່າ ຫລືທຸກໆສາມເດືອນ. (ຂຽນລົງຂ້າງລຸ່ມ)	
	\$
	\$
ຮາຍຈ່າຍຄ່າທີ່ຢູ່ອາໄສ	ຈຳນວນເງິນ
ຄ່າເຊົ່າເຮືອນ/ງວດເຮືອນ	\$
ພາສີທີ່ດິນເຮືອນຊານ/ປະກັນພັຍເຮືອນ	\$
ຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟ	\$
ແນວອື່ນ - ການຕືຮາຄາ, ຄ່າທຳນຽມຄອນໂດ໌ທ້ອງແຖວ ຫລື ເຮັດວຽກຮ່ວມກັນ, ຄ່າເຊົ່າບ່ອນວ່າງ, ອື່ນໆ	\$

ຄຳອະນຸຍາດສຳລັບຫລັກຖານພິສູດຊັບສິນ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຮາຍຣະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາ ຫລື ຕໍ່ໃຫມ່ໃນການຊ່ວຍເຫລືອຈະຖືກພິສູດເບິ່ງໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງຮັດເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງວ່າມັນຖືກຕ້ອງ ຫລື ບໍ່. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ **Washington State Health Care Authority (HCA)** ແລະ **Department of Social and Health Services (DSHS)** ຈະທຳການພິສູດຊັບສິນເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ເພື່ອຈະພິສູດຄວາມຖືກຕ້ອງແນ່ນອນຂອງຮາຍຣະອຽດດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ **HCA** ແລະ **DSHS** ຈະສືບສວນ ແລະ ຕິດຕໍ່ໄປຫາສະຖາບັນການເງິນຕ່າງໆ, ໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນນຶ່ງຂອງການດຳເນີນການພິສູດຊັບສິນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຄຳອະນຸຍາດອັນນີ້ຈະຈົບລົງເມື່ອເວລາຄຳຕັດສິນໄປທາງກົງກັນຂ້າມຂຶ້ນສຸດທ້າຍໄດ້ຖືກເຮັດອອກມາໃສ່ຄຳຮ້ອງຂໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈົບລົງ, ຫລື ຖ້າຫາກວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຈະຍົກເລີກຄຳອະນຸຍາດອັນນີ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍການສົ່ງໃບໜັງສືແຈ້ງການໄປຫາ **HCA** ຫລື **DSHS**. ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຍົກເລີກ ຫລື ປະຕິເສດທີ່ຈະເອົາຄຳອະນຸຍາດໃຫ້, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ **Medicaid** ຂອງໂຄງການ **Washington Apple Health** ສຳລັບຄົນອາຍຸແກ່, ຕາບອດ ຫລື ເສັຽອົງຄະຂອງ. ການຍົກເລີກຫລືການປະຕິເສດທີ່ຈະອະນຸຍາດການພິສູດຊັບສິນຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາໂຄງການອຸມຸ່ງໝາຍໃສ່ຜູ້ໃຫຍ່ອາຍຸແກ່ (**TSOA**).

ການແຈ້ງການ ແລະ ລາຍເຊັນ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ, ຫລື ໄດ້ຖືກອະທິບາຍໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຟັງ, ໃບຟອມທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ ແລະ ສິດທິ ແລະ ຫນ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໄດ້ຮັບໂກປີຂອງໃບຟອມສິດທິ ແລະ ຫນ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ, - ໃບຟອມ, **HCA 18-011**.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຮາຍລະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຈະຖືກພິສູດເບິ່ງໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງຮັດເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງວ່າມັນຖືກຕ້ອງ ຫລື ບໍ່. ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີຜິດປະໂຫຍດໃນເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງປິ່ງຊື້ດວ້ອນຊື້ຕົ້ນໃຫ້ເປັນຜູ້ຮັບຜິດປະໂຫຍດໃນສ່ວນທີ່ຍັງເຫລືອ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງການວ່າ, ພາຍໃຕ້ການປັບໄຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເທັດຂອງກົດໝາຍຂອງຮັດວໍຊິງຕັນ, ວ່າຮາຍລະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ ຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ວ່າເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນອີງຕາມຄວາມຮັບຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ	ເລກໂທຣະສັບ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຄູ່ຜົວເມັຽ	ເລກໂທຣະສັບ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ສຳລັບລູກຄ້າທີ່ເປັນເດັກຕ່ຳກວ່າກະສຽນ	ເລກໂທຣະສັບ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ ຫລື ຜູ້ຊ່ວຍ	ເລກໂທຣະສັບ	ວັນທີ