

## ຄຳຮ້ອງຂໍສຳລັບການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ (ແລະ ເພື່ອຈະຮູ້ຈັກວ່າທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳໃຊ້ຈ່າຍ ຫລື ບໍ່)

ໃຊ້ຄຳຮ້ອງໃບນີ້ເພື່ອຈະເບິ່ງວ່າການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບແນວໃດແດ່ທີ່ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ:

- ການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບຟຣີ ຫລື ຮາຄາຕຳຈາກໂຄງການ Washington Apple Health (Medicaid), ລວມທັງໂຄງການ Apple Health for Kids ຜ່ວມທັງຄ່າທຳນຽມຍັງເປັນທີ່ຮູ້ຈັກກັນວ່າແມ່ນ Children’s Health Insurance Program (CHIP)
- ເງິນແທກຄຸ້ນຄອບຄົວທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານຈ່າຍເງິນຄ່າທຳນຽມຂອງການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານສຳລັບໂຄງການ Qualified Health Plan
- ໂຄງການເອກຊົນເຕັມຄ່າ Qualified Health Plan ແລະ Qualified Dental Plan

### ຂໍເອົາໄດ້ໂວກວ່າທາງອອນລາຍນ໌

- ຂໍເອົາໄດ້ໂວກວ່າທາງອອນລາຍນ໌ໄດ້ທີ່ [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)

ຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງການເພື່ອຈະຂໍເອົາສຳລັບທ່ານເອງແລະຄົນອື່ນ:

- ເລກຄວາມປອດພ້ຍຂອງສັງຄົມ
- ວັນເກີດສຳລັບສະມາຊິກຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານແຕ່ລະຄົນ
- ຫນັງສືຜ່ານແດນຂອງຄົນຕ່າງດ້າວ, ເລກ “A”, ຫລືເລກການເຂົ້າເມືອງອື່ນໆສຳລັບຄົນເຂົ້າເມືອງທຸກໆຄົນທີ່ຕ້ອງການຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ
- ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຮາຍໄດ້ສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ທຸກໆຄົນ ແລະ ເດັກນ້ອຍຕ່າງກະສຽນທຸກໆຄົນທີ່ມີຮາຍໄດ້ພຽງພໍທີ່ຍັງໃຫ້ເອົາເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຍິນໃບພາສີຮາຍໄດ້ສັງຄົມ
- ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບປະກັນພ້ຍສຸຂະພາບທີ່ມີໃບໃຫ້ແກ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານ

### ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງຂໍເອົາຮາຍຮະອຽດຫລາຍແທ້?

ພວກເຮົາຕ້ອງການຮາຍຮະອຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້ເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງວ່າການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບແນວໃດແດ່ທີ່ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ. ພວກເຮົາຈະເກັບຮັກສາຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ໄວ້ເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວຕາມທີ່ຖືກບັງໄວ້ໂດຍກົດໝາຍ

### ສິ່ງໃບຄຳຮ້ອງທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວ ແລະ ເຊັນຊີໃສ່ແລ້ວຂອງທ່ານໄປທີ່:

Washington Healthplanfinder  
PO Box 946  
Olympia, Washington, 98507  
ຫລືແຟກຊ 1-855-867-4467

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີຮາຍຮະອຽດທຸກໆຢ່າງທີ່ພວກເຮົາຖາມເອົາ, ທ່ານສາມາດເລີ່ມຕົ້ນຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໂດຍການຂຽນຊື່ຂອງທ່ານໃສ່, ວັນເກີດ, ທີ່ຢູ່, ແລະ ລາຍເຊັນ ແລະ ສົ່ງມາຕາມທີ່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້.

### ຂໍເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳໃບຄຳຮ້ອງໃບນີ້:

- ທາງອອນລາຍນ໌: [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)
- ໂທຣະສັບ: ໂທຫາ Customer Support Center ໄດ້ທີ່ 1-855-WAFINDER (855-923-4633) ຫລື 1-855-627-9604 (TTY)
- ໂດຍຕົນເອງ: ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳໃບຄຳຮ້ອງໃນການຊອກຫາຜູ້ນຳທາງ ຫລື ນາຍຫນ້າໂດຍຜ່ານສາຍຕໍ່ຜູ້ມອຸລຸກຄ້າໄດ້ທີ່ [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org).
- ພາສາ ຫລື ຄວາມເສັຽອົງຄະ: ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຟຣີໃນພາສາຂອງທ່ານ (ລວມທັງນາຍແປພາສາຫລືການແປເອກສານຕີມິມ) ຫລື ການອຳນວຍຄວາມສະດວກ ດ້ານຄວາມເສັຽອົງຄະ, ຈົ່ງໂທຫາ 1-855-WAFINDER (855-923-4633) ຫລື 1-855-627-9604 (TTY)

## ການຕີຄວາມຫມາຍ

**ເງິນແທກຊໍເຄຣດິດສໍາລັບເງິນຄ່າທຳນຽມປະກັນພັຍສຸຂະພາບ:** ເງິນແທກຊໍເຄຣດິດສາມາດຖືກໃຊ້ເພື່ອຈະລຸດຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານລົງ.

**Washington Healthplanfinder:** ຕະລາດທາງອອນລາຍນໍາສໍາລັບບຸກຄົນ, ຄອບຄົວ ແລະ ກິຈການຄ້ານ້ອຍໆຢູ່ໃນລັດວໍຊິງຕັນເພື່ອຈະປຽບທຽບ ແລະຈິດຊື່ເຂົ້າໃນການຄຸ້ມກັນປະກັນພັຍ ແລະ ມີການເຂົ້າເຖິງເງິນແທກຊໍເຄຣດິດ, ການຮ່ວມຈ່າຍຮາຄາລຸດຜ່ອນ, ແລະ ໂຄງການຂອງຫລວງເຊັ່ນວ່າ Washington Apple Health.

**ເງິນຄ່າທຳນຽມ:** ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍແຕ່ລະເດືອນສໍາລັບແຜນການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຖ້າມີທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າທຳນຽມຂອງທ່ານເພື່ອຈະຮັກສາການຄຸ້ມກັນໄວ້, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການປົວສຸຂະພາບແນວໃດກໍຕາມ.

**Qualified Health Plan:** ການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບອອກຊົນຜ່ານໂຄງການ Washington Healthplanfinder.

**ການຄຸ້ມກັນຈຳເປັນຕ່ຳສຸດ:** ອັນນີ້ແມ່ນຊະນິດຂອງການຄຸ້ມກັນທີ່ບຸກຄົນໃດບຸກຄົນນຶ່ງຈະຕ້ອງການທີ່ຈະມີເພື່ອຈະສອດຄ່ອງກັບກົດລະບຽບຮັບຜິດຊອບສ່ວນບຸກຄົນພາຍໃຕ້ກົດຫມາຍ Affordable Care Act. ອັນນີ້ລວມເອົານະໂຍາຍຕາມປະກັນພັຍສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນແລະຄອບຄົວ, ການຄຸ້ມກັນອົງຕາມວຽກງານ, Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP), TRICARE ແລະ ການຄຸ້ມກັນອື່ນໆທີ່ຄຸ້ມກັນສະວັດດີການສຸຂະພາບສໍາຄັນ 10 ຢ່າງ.

**ສະວັດດີການສຸຂະພາບສໍາຄັນ:** ຊຸດການບໍລິການປົວສຸຂະພາບ 10 ຢ່າງທີ່ທຸກໆໂຄງການຕ້ອງຄຸມກັນ, ເຊັ່ນວ່າການປ້ຽມຢາມທ່ານຫມໍ, ການນອນໂຮງພະຍາບານ, ແລະຢາສັ່ງຊື້ຈາກທ່ານຫມໍ. ສະວັດດີການບາງຢ່າງແມ່ນຟຣີ, ແລະບາງຢ່າງອາດຈະມີເງິນຈ່າຍຮ່ວມແລະປະກັນພັຍຮ່ວມ.

**Washington Apple Health:** ໂຄງການປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງຫລວງສໍາລັບຄົນອາໄສຢູ່ໃນລັດວໍຊິງຕັນທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ. Washington Apple Health ເປັນຊື່ທີ່ຖືກໃຊ້ຢູ່ໃນລັດວໍຊິງຕັນສໍາລັບMedicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP), ແລະ ໂຄງການປົວສຸຂະພາບທີ່ຖືກອອກທຶນໃຫ້ໂດຍລັດເທົ່ານັ້ນ.

## ສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ

ທ່ານສາມາດຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ອອກຈາກຮາຍໄດ້ທັງໝົດຂອງທ່ານເພື່ອຈະໄດ້ຈຳນວນສໍາລັບຍອດຮາຍໄດ້ຂອງວຽກງານສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ເພື່ອຮາຍອະດຽດເພີ່ມເຕີມ, ຈົ່ງເບິ່ງ “Instructions for Schedule C ຫລື Schedule F” ໄດ້ທີ່ [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

ຕົວຢ່າງບາງອັນຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້ແມ່ນ

- ຮາຍຈ່າຍສໍາລັບຮິດ ແລະ ຮິດທຳຮັກ
- ຄ່າຄອມມິສເຊິນ, ຄ່າທຳນຽມ, ແລະ ສັນຍາແຮງງານ
- ການເຮັດໃຫ້ລຸດຮາຄາລົງ
- ການຕົກຮາຄາ
- ໂຄງການສະວັດດີການຂອງພະນັກງານ, ເງິນເບັ້ງລ້ຽງ, ແລະ ໂຄງການແບ່ງສ່ວນກຳໄລນຳກັນ
- ປະກັນພັຍ (ຍົກເວັ້ນສຸຂະພາບ) ແລະ ດອກເບັ້ງຂອງຄ່າງວດເຮືອນ
- ການບໍລິການທາງດ້ານກົດຫມາຍ ແລະ ດ້ານວິຊາການ
- ຮາຍຈ່າຍສໍາລັບຫ້ອງການ, ຄ່າເຊົ່າ, ແລະ ຄ່າເຊົ່າຮະຍະຍາວ
- ປະກັນພັຍສໍາລັບທີ່ດິນເຮືອນຊານ, ຄວາມຮັບຜິດຊອບ, ຫລື ການຢຸດສະງັກຂອງກິຈການຄ້າ
- ດູບປະກອນ, ການສ້ອມແປງ, ແລະ ການບິວຮະບັດຮັກສາ
- ການທ່ອງທ່ຽວ, ອາຫານ, ແລະ ການບັນເທີງ
- ຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟ, ພາສີ, ແລະ ໃບອະນຸຍາດ
- ຄ່າເງິນຄ່າແຮງງານ (ລົບເຄຣດິດວຽກງານອອກ)

ສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປົວປຸງສຸຂະພາບ

ສິດທິຂອງທ່ານ (ພວກເຮົາຕ້ອງເຮັດ) ສໍາລັບໂຄງການຄຸ້ມກັນປົວປຸງສຸຂະພາບທຸກໆໂຄງການ

ຊ່ວຍທ່ານອ່ານ ແລະ ຂຽນປະກອບໃບຟອມທີ່ຖືກຂໍເອົາທຸກໆໃບ. ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫລືອທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ Washington Healthplanfinder ໄດ້ ຫລື ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເປັນບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມີອາຍຸແກ່, ຕາຍອດ ຫລື ເສັຽອົງຄະ ຫລື ມີຕ້ອງການການບໍລິການ ແລະ ການຊຸ້ມຊູ່ຮະຍະຍາວ (LTSS) ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ Department of Social and Health Services (DSHS).

ເອົາການບໍລິການດ້ານນາຍພາສາ ຫລື ນາຍແປເອກສານໃຫ້ ໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າຕໍ່ທ່ານ ແລະ ໂດຍປາສຈາກການຖ່ວງເວລາໃນເວລາຕິດຕໍ່ສື່ສານນໍາ Washington Healthplanfinder, Health Care Authority ຫລື DSHS.

ເກັບຮັກສາຮາຍຮະອຽດສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໄວ້ເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວ ແຕ່ວ່າພວກເຮົາຈະແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດບາງຢ່າງນໍາຂ້ອງການຂອງຮັດ ແລະ ຮັດຖະ ບານກາງບ່ອນອື່ນສໍາລັບຈຸດປະສົງຂອງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ແລະ ການຈິດຊື່ຂໍ້ນໍາ.

ໃຫ້ໂອກາດແກ່ທ່ານທີ່ຈະອຸທອນ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນຜົນນໍາການພິຈາລະນາຕັດສິນທີ່ຖືກເຮັດລົງໄປໂດຍ Washington Healthplanfinder ຫລື DSHS ຊຶ່ງສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມກັນສຸຂະພາບ, LTSS, ແຜນການສຸຂະພາບ, ເຄຣດິດພາສີຄ່າທໍານຽມປະກັນພັນສຸຂະພາບ, ຫລື ການລຸດຜ່ອນຄ່າຈ່າຍນໍາກັນລົງ. ໂດຍການຮ້ອງຂໍເອົາການອຸທອນ, ສໍານວນເອກສານຂອງທ່ານຈະຖືກກວດເບິ່ງຄືນ. ທ່ານສາມາດພົບເຫັນຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມໄດ້ກ່ຽວກັບການດໍາເນີນການອຸທອນຂອງ Washington Healthplanfinder ໂດຍການແວ່ເຂົ້າເບິ່ງຫນ້າອຸທອນຂອງ Washington Healthplanfinder Appeals Page ໄດ້ທີ່ <http://www.wahbexchange.org/appeals/> ຫລື ໂດຍການຕິດຕໍ່ໄປຫາສູນກາງຕອບສາຍ Washington Healthplanfinder Customer Support Center ໄດ້ທີ່ 1-855-923-4633. ເພື່ອຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການອຸທອນສໍາລັບໂຄງການຂອງກົມ DSHS, ທ່ານຈະຕິດຕໍ່ໄປຫາ DSHS Customer Service Contact Center ໄດ້ທີ່ 1-877-501-2233 ຫລື ແວ່ເຂົ້າຢ້ຽມຮ່ວງ ການ Home and Community Services Office ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກວ່າການອຸທອນແມ່ນສໍາລັບຄ່າຕັດສິນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມກັນ Washington Apple Health, ຊຶ່ງຖືກແກ້ໄຂບໍ່ໄດ້ໂດຍການກວດເບິ່ງສໍານວນເອກສານຄືນ, ທ່ານຈະຖືກນັດສໍາລັບການຝັງເຮືອງຈາກອໍານາດການປົກຄອງ.

ເຮັດນໍາທ່ານຢ່າງຍຸຕິທັມ. ການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະແມ່ນຜິດຕໍ່ກົດຫມາຍ. Washington Health Benefit Exchange/ Health Care Authority ປະຕິບັດຕາມກົດຫມາຍສິດທິພົນເມືອງຂອງຮັດຖະບານກາງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນໍາ ແລະ ບໍ່ແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໃສ່ພື້ນຖານຂອງຜິວພັນ, ສີສັນ, ເຊື້ອຊາດດັ່ງເດີມ, ອາຍຸ, ຄວາມເສັຽອົງຄະ, ຫລືເພດ. Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority ບໍ່ຍົກເວັ້ນບຸກຄົນ ຫລື ເຮັດນໍາເອົາແຕກຕ່າງໄປຍັ້ນຜິວພັນຂອງເອົາເຈົ້າ, ສີສັນ, ເຊື້ອຊາດດັ່ງເດີມ, ອາຍຸ, ຄວາມເສັຽອົງຄະ, ຫລື ເພດ.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority ຍັງຈະປະຕິບັດຕາມກົດຫມາຍຂອງຮັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນໍາອີກຄືກັນແລະບໍ່ແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໃສ່ອີງຕາມພື້ນຖານຂອງຄວາມເຊື່ອຖືທາງສາສະນາ, ເພດ, ການສະແດງອອກທາງເພດ ຫລື ເອກະລັກປະຈໍາຕົວ, ຄວາມອຸ່ນອ່ຽງທາງເພດ, ສະພາບແຕ່ງງານ, ສາສະນາ, ນັກຮິບເກົ້າທີ່ຖືກພົ້ນຫນ້າທີ່ຢ່າງມີກຽດ ຫລືສະພາບທະຫານ, ຫລື ການໃຊ້ຫມາຍນໍາທາງທີ່ຖືກຝຶກຝົນມາໂດຍບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມເສັຽອົງຄະ.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- ເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ ແລະ ການບໍລິການພຣິໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມເສັຽອົງຄະເພື່ອວ່າເອົາເຈົ້າຈະສາມາດຕິດຕໍ່ສື່ສານນໍາພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງໄດ້ຜົນ, ເຊັ່ນວ່າ:
  - ນາຍແປພາສາໃບທີ່ມີຄຸນນະຈຸດທິ
  - ຫນັງສືຮາຍຮະອຽດໃນແບບຮູບຮ່າງແນວອື່ນ (ຕົວພິມໃຫຍ່, ເຄື່ອງອັດສຽງ, ແບບຮ່າງເອເລັກໂຕຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ແບບຮູບຮ່າງອື່ນ)
- ເອົາການບໍລິການດ້ານການແປພາສາພຣິໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມີພາສາຕົ້ນຕໍທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊັ່ນວ່າ
  - ນາຍແປພາສາທີ່ມີຄຸນນະຈຸດທິ
  - ຫນັງສືຮາຍຮະອຽດເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫລົ່ານີ້, ຈົ່ງຕິດຕໍ່ຫາ 1-855-923-4633.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າ Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority ໄດ້ຜິດພາດທີ່ຈະເອົາການບໍລິການເຫລົ່ານີ້ໃຫ້ ຫລື ໄດ້ແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໃສ່ໃນຫນ້າທາງອື່ນ ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກໄດ້ນໍາ

- **Washington Health Benefit Exchange Legal Department**  
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator  
PO Box 1757  
Olympia, WA 98507-1757  
1-855-859-2512  
ແຟກຊ: 1-360-841-7653  
[appeals@wahbexchange.org](mailto:appeals@wahbexchange.org)
- **Health Care Authority Division of Legal Services**  
ATTN: Compliance Officer  
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)  
PO Box 42704  
Olympia, WA 98501-2704  
1-855-682-0787  
ແຟກຊ: 1-360-507-9234  
[compliance@hca.wa.gov](mailto:compliance@hca.wa.gov)

ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກໄດ້ໂດຍຕົນເອງ ຫລື ໂດຍທາງໄປສະນີ, ແຟກຊ໌, ຫລື ອີເມວ໌. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນໍາການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ, Washington Health Benefit Exchange Legal Department/Health Care Authority Division of Legal Services ກໍມີໄວ້ໃຫ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ.

ທ່ານຍັງສາມາດຢືນຄຳຮ້ອງທຸກສິດທິພົວພັນຂອງທ່ານໄດ້ຢູ່ທີ່ U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ທາງເອເລັກໂຕຣນິກໄດ້ທີ່ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ຫລືໂດຍທາງໄປສະນີ ຫລື ໂທຣະສັບໄດ້ທີ່:

**U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

ໃບຟອມຮ້ອງທຸກມີໄວ້ໃຫ້ຢູ່ທີ່ [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

**ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ (ທ່ານຕ້ອງເຮັດ) ສຳລັບໂຄງການຄຸ້ມກັນປົວສຸຂະພາບທຸກໆໂຄງການ**

**ການເປີດເຜີຍເລກ SSN ແລະ ສະພາບການເຂົ້າ ເມືອງ.** ດ້ວຍການຍົກເວັ້ນບາງຢ່າງ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ເຂົ້າໃຫ້ເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ (SSN) ຫລື ເລກເອກສານການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ຕ້ອງການທີ່ຈະຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນປົວສຸຂະພາບ. ເລກ SSN ແມ່ນຕ້ອງມີເພື່ອຈະຂໍເອົາແຫຼ່ງເອກະຊົນຂອງຄຳທຳນຽມປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບ. ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານໂດຍການຢືນຢັນເອກກະລັກບຸກຄົນຂອງທ່ານ, ສັນຊາດ, ສະພາບການເຂົ້າເມືອງ, ວັນເກີດ, ແລະ ການມີໄວ້ ໃຫ້ໃນການຄຸ້ມກັນປົວສຸຂະພາບແນວອື່ນ.

ພວກເຮົາບໍ່ແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ນຳໜ້າທ້ອງການກວດຄົນເຂົ້າເມືອງບ່ອນໃດບ່ອນນຶ່ງ.

ມັນເປັນໄປໄດ້ທີ່ຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນສຳລັບສະມາຊິກບາງຄົນຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ແຕ່ວ່າບໍ່ໃຫ້ຄົນອື່ນ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີເລກ SSN ຫລື ເລກເອກສານການເຂົ້າເມືອງສຳລັບສະມາຊິກ ຄອບຄົວທຸກໆຄົນ, ຄົນອື່ນຍັງສາມາດຂໍເອົາ ແລະ ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ. ຕົວຢ່າງວ່າ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍເອົາສຳລັບລູກຂອງທ່ານເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນກໍຕາມ. ການຮ້ອງ ຂໍເອົາຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງສະພາບການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ ຫລື ໂອກາດທີ່ຈະກາຍເປັນຄົນອາໄສຢູ່ຖ່າວອນ ຫລື ເປັນຄົນສັນຊາດ.

ມັນຍັງມີ Washington Apple Health ບາງໂຄງການອີກຄັ້ງສຳລັບບຸກຄົນທີ່ບໍ່ສາມາດສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າເຂົາຢູ່ໃນປະເທດນີ້ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ. ແຕ່ວ່າຖ້າຫາກວ່າທ່ານ ບໍ່ເອົາເລກ SSN ຫລື ເລກເອກສານການເຂົ້າເມືອງໃຫ້ສຳລັບຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະຕ້ອງໄດ້ຕິດຕາມນຳທ່ານເພື່ອຈະເອົາຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຮາຍໄດ້ຂອງຜູ້ທີ່ບໍ່ເຂົ້າ.

ຖ້າຫາກວ່າຖືກຮ້ອງຂໍໂດຍທ້ອງການ, ໃຫ້ສົ່ງຮາຍຮະອຽດຫລື ຫລັກຖານຕ່າງໆທີ່ຕ້ອງການມາໃຫ້ເພື່ອຈະຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ຫລື ບໍ່.

**ສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນຈະຮູ້ກ່ຽວກັບໂຄງການຄຸ້ມກັນປົວສຸຂະພາບທຸກໆໂຄງການ**

**ມັນຈະມີກົດໝາຍຂອງຮັດ ແລະ ຮັດຖະບານກາງບາງຢ່າງ** ຊຶ່ງຈະປົກຄອງການດຳເນີນງານຂອງ Washington Healthplanfinder ແລະ ຮະບົບຄຳຮ້ອງຂໍຊຶ່ງຖືກບໍລິຫານໂດຍຮັດ, ສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ໃຊ້ ແລະ ການຄຸ້ມກັນທີ່ທ່ານໄດ້ມາຈາກການໃຊ້ມັນ. ໂດຍການໃຊ້ຮະບົບນີ້, ທ່ານເຫັນພ້ອມນຳທີ່ຈະປະຕິບັດຕາມກົດ ໝາຍທີ່ກ່ຽວນຳຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ໃຊ້ມັນ ແລະ ການຄຸ້ມກັນທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບເນື່ອງເປັນຜົນມາຈາກ.

**National Voter Registration Act of 1973** ຍິ່ງໃຫ້ທຸກໆຮັດທີ່ຈະເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຈິດຊື່ລົງທະບຽນບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃຫ້ໂດຍຜ່ານທ້ອງການ ຊ່ວຍເຫລືອສາທາຣະນະຊົນ. .

ການຮ້ອງຂໍທີ່ຈະຈິດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ການປະຕິເສດທີ່ຈະຈິດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງການບໍລິການ ຫລື ການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານຈະຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍ ທ້ອງການແຫ່ງນີ້. ທ່ານສາມາດຈິດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໄດ້ທີ່ [www.vote.wa.gov](http://www.vote.wa.gov) ຫລື ສົ່ງເອົາໃບຟອມຈິດຊື່ລົງທະບຽນບ່ອນບັດເລືອກ ຕັ້ງໄດ້ໂດຍການໂທໄປຫາເລກ 1-800-448-4881.

**Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)** ການຈຳກັດຂອງໂຄງການ ກົດກັ້ນ Health Care Authority (HCA) ແລະ DSHS ຈາກການວ່າລິມຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫລື ສະມາຊິກຄົນໃດຄົນນຶ່ງຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານນຳຄົນໃດຄົນນຶ່ງ, ລວມທັງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ, ນອກ ຈາກວ່າບຸກຄົນນັ້ນມີອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມ ຫລື ວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນຊື່ໃສ່ໃບອະນຸຍາດການເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດອັນນີ້. ອັນນີ້ຈະລວມເອົາການເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບໂຣກຈິດ, ຜົນຂອງ ການກວດພະຍາດ HIV, AIDS, STD ຫລື ການປິ່ນປົວ ແລະການບໍລິການການຕິດຢາເສບຕິດ.

ເພື່ອຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍການປົກປັດໄວ້ເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວຂອງ Washington Healthplanfinder ຈົ່ງແວ່ເຂົ້າເບິ່ງ [https://www.wahealthplanfinder.org/\\_content/PrivacyPolicy.html](https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html)

**Affordable Care Act** ກົດກັ້ນ Washington Healthplanfinder ແລະ DSHS ຈາກການເອົາຮາຍຮະອຽດທີ່ຊື່ອອກຕົວສ່ວນບຸກຄົນ (PII) ຂອງທ່ານ ຫລື ສະມາຊິກຄອບ ຄົວຂອງທ່ານໃຫ້ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ບໍ່ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້ຮັບມັນ, ແລະ ໂດຍຢາດສະຈາກການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ.

ຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ **Washington Healthplanfinder** ແລະ **DSHS** ຈະຖືກພິສູດໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະຮັດສໍາລັບຈຸດປະ ສົງຂອງການພິຈາຣະ ... າເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ. ຫຼັກຖານສາມາດລວມເອົາການຕິດຕໍ່ຕິດຕາມມາຈາກພະນັກງານຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລີ້ມຕົ້ນຂຽນປະກອບຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາປະກັນພັຍສຸຂະພາບຜ່ານ **Washington Healthplanfinder** ແລະ ເຮັດການດໍາເນີນການຂໍເອົາບໍ່ແລ້ວດ້ວຍເຫດຜົນໃດກໍຕາມ, ຮາຍຮະອຽດຂອງທ່ານຈະຖືກເກັບຮັກສາໄວ້ໃນ Washington Healthplanfinder ແລະ ເຂົ້າເຖິງໄດ້ໂດຍທ່ານເປັນເວລາ 90 ວັນ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຮັດຄໍາຮ້ອງໃຫ້ແລ້ວຫຼັງຈາກ ຮະຍະເວລາ 90 ວັນ, ຮາຍຮະອຽດຂອງທ່ານຈະຖືກລຶບອອກຈາກຮະບົບຂອງ Washington Healthplanfinder.

**Washington Healthplanfinder, HCA ແລະ DSHS ບໍ່ຮັບຜິດຊອບສໍາລັບການບໍ່ຮຽນໂຄງການປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.** ບໍ່ຮຽນປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ສາມາດເອົາຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມໃຫ້ທ່ານອີກກ່ຽວກັບສະຖິຕິການຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄໍາຖາມແນວໃດກ່ຽວກັບສະຖິຕິການຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄໍາຖາມແນວໃດກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຂອງໂຄງການປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ລວມທັງສະຖິຕິການແນວໃດແດ່ທີ່ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ, ຮາຍຈ່າຍອອກຈາກຖົງຄົນ ເອງພາຍໃຕ້ໂຄງການຂອງທ່ານ, ແລະ ການເຮັດການທວງໃຫ້ຈ່າຍເງິນ ຫລື ການອຸທອນໃສ່ການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫລືອ, ທ່ານຄວນຈະຕິດຕໍ່ໄປຫາບໍຮິສັດປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ COBRA ຫຼັງຈາກການຕັດການຄຸ້ມກັນປະກັນພັຍສຸຂະພາບຕ່າງໆທີ່ຖືກຊື້ໂດຍຜ່ານ Washington Healthplanfinder, ການບໍຮິຫານ COBRA ແລະ ການສົ່ງໃບແຈ້ງການ COBRA ທີ່ຕ້ອງເຮັດໄປໃຫ້ທ່ານ ແລະ ຮະຍະເວລາຂອງການເລືອກເອົາເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງນາຍຮ້າງຂອງທ່ານ.

ຢ່າສູ້ຍົກເລີກການຄຸ້ມກັນປະກັນພັຍປັດຈຸບັນຈັກຢ່າງ ຫລືບໍ່ຮັບເອົາສະຖິຕິການ COBRA ແນວໃດແນວນຶ່ງຈົນກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບໜັງສືອະນຸມັດ ແລະ ນະໂຍບາຍປະກັນພັຍ, ຍັງເປັນທີ່ຮູ້ຈັກກັນອີກວ່າ ແນ່ນອນສັນຍາຫລືໃບປະກາດປະກັນພັຍ, ຈາກບໍຮິສັດປະກັນພັຍທີ່ທ່ານໄດ້ເລືອກເອົາ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນພ້ອມນໍາເງື່ອນໄຂຂອງນະໂຍບາຍ, ໃຫ້ສັງເກດໄກ້ສິດໂດຍສະເພາະວັນທີ່ ທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໄດ້, ຮະຍະເວລາຄໍຖ້າ, ຈໍານວນເງິນຄ່າທໍານຽມ, ສະຖິຕິການ, ຂອບເຂດ, ການຍົກເວັ້ນ, ແລະ ຄວາມ ເພີ່ມເຕີມພິເສດ.

ທ່ານຈະຮ້ອງຂໍເອົາການບໍຮິການດ້ານການເກັບເງິນສ່ຽງລູກໄດ້ໂດຍຜ່ານພະແນກ **Division of Child Support (DCS)**. ເພື່ອຈະໄດ້ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການບໍຮິການເຫລົ່ານີ້, ຈົ່ງໄປທີ່ [www.childsupportonline.wa.gov](http://www.childsupportonline.wa.gov) ຫລື ຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການ DCS ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

### ສິດທິຂອງທ່ານ (ພວກເຮົາຕ້ອງເຮັດ) ສໍາລັບ **Washington Apple Health** ເທົ່ານັ້ນ

ອະທິບາຍໃຫ້ທ່ານຝັງສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຖາມ.

ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານສົ່ງຄໍາຮ້ອງສ່ວນນຶ່ງເຂົ້າມາ ຊຶ່ງລວມເອົາຢ່າງໜ້ອຍ, ຊື່ຂອງທ່ານ, ທີ່ຢູ່, ແລະ ລາຍເຊັນຫລື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກນຸຍາດຂອງຜູ້ຂໍ. ວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງສ່ວນ ນຶ່ງເປັນທັນທີຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ, ຊຶ່ງຈະເປັນຜົນເຖິງເວລາທີ່ການຄຸ້ມກັນຂອງທ່ານກາຍເປັນມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໄດ້. ພວກເຮົາຈະບໍ່ທໍາການຕັດສິນຂັ້ນສຸດທ້າຍກ່ຽວກັບການຄຸ້ມກັນຂອງທ່ານ ຈົນກວ່າຫຼັງຈາກທ່ານປະກອບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.

ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານສົ່ງຄໍາຮ້ອງ ຫລື ຄໍາຮ້ອງສ່ວນນຶ່ງສ່ວນນຶ່ງເຂົ້າມາ ໂດຍການໃຊ້ແບບວິທີໃດກໍໄດ້ຊຶ່ງຖືກນຶ່ງຢູ່ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ WAC 182-503-0005.

ພິຈາຣະນາດໍາເນີນຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານໂດຍທັນທີໂລດ ໂລດແລະບໍ່ກາຍເກີນຂອບເຂດເວລາຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍໄວ້ຢູ່ໃນກົດໝາຍ WAC 182-503-0060.

ໃຫ້ເວລາທ່ານ **10 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ເພື່ອຈະສົ່ງຮາຍຮະອຽດທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການເພື່ອຈະພິຈາຣະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຂໍເອົາເວລາເພີ່ມເຕີມ, ພວກເຮົາຈະເອົາເວລາ ເພີ່ມເຕີມໃຫ້ທ່ານ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເອົາຮາຍຮະອຽດໃຫ້ພວກເຮົາຕື່ມ, ພວກເຮົາອາດຈະປະຕິເສດ, ປິດ, ຫລື ປ່ຽນແປງການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການອອກເອົາຮາຍຮະອຽດແນວໃດແນວນຶ່ງ ຫລື ຫຼັກຖານທີ່ຕ້ອງການສໍາລັບພວກເຮົາເພື່ອຈະຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ຫລື ບໍ່. ຖ້າຫາກວ່າພວກເຮົາຕ້ອງການເອກສານທີ່ທ່ານຕ້ອງໄດ້ເສັຽເງິນ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງໄປເອົາ ແລະ ຈ່າຍໃຫ້.

ແຈ້ງບອກທ່ານ, ຢູ່ໃນກໍຣະນີສ່ວນຫລາຍ, ຢ່າງໜ້ອຍ **10 ວັນ** ກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະຢຸດການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ເອົາໃບໜັງສືຄໍາຕັດສິນໃຫ້ທ່ານ, ຢູ່ໃນກໍຣະນີສ່ວນຫລາຍ, ພາຍ ໃນ 45 ວັນ. ການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບສໍາລັບກໍຣະນີຄວາມເສັຽອົງຄະບາງກໍຣະນີອາດຈະໃຊ້ເວລາເຖິງ 60 ວັນ. ພວກເຮົາຈະເອົາໜັງສືຕັດສິນໃຫ້ສໍາລັບການພະຍາບານຖືພາຕັ້ງທ້ອງພາຍໃນ 15 ວັນ.

ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະເວົ້ານໍາ ຜູ້ສືບສວນຖ້າຫາກວ່າພວກເຮົາກວດເບິ່ງເອກສານຂອງທ່ານ. ທ່ານບໍ່ຕ້ອງໄດ້ປ່ອຍໃຫ້ຜູ້ສືບສວນເຂົ້າມາໃນເຮືອນຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະຂໍໃຫ້ຜູ້ສືບສວນກັບຄືນ ມາໃຫມ່ໄດ້ໃນເວລາອື່ນ. ການຮ້ອງຂໍແນວນີ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ.

ດໍາເນີນການຄຸ້ມກັນ **Washington Apple Health** ຕໍ່ໄປ ໃນຂະນະທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການອື່ນ ຫລື ບໍ່ ຈົງຕາມກົດໝາຍ WAC 182-504-0125.

ໃຫ້ການບໍລິການເອົາເຖິງສະເໝີພາບແກ່ທ່ານຕາມ ທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍູ່ໃນກົດໝາຍ WAC 182-503-0120 ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂ ໄດ້ຮັບ.

ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ (ທ່ານຕ້ອງເຮັດ) ສໍາລັບໂຄງການ **Washington Apple Health** ເທົ່ານັ້ນ

ລາຍງານການປ່ຽນແປງຕາມທີ່ຖືກບິ່ງໄວ້ ຢູ່ໃນ WAC 182-504-0105 ແລະ WAC 182-504-0110 ພາຍໃນ 30 ວັນຂອງການປ່ຽນແປງ. ຈົ່ງອ່ານໜັງສືອະນຸມັດຂອງທ່ານເພື່ອຈະເບິ່ງວ່າການປ່ຽນແປງໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ລາຍງານ..

ເຮັດການຕໍ່ໃຫມ່ໃຫ້ສໍາເຮັດ ເມື່ອເວລາຖືກຖາມ.

ເອົາໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການພະຍາບານຮາຍຮະອຽດ ທີ່ຕ້ອງການເພື່ອຈະສົ່ງໃບບິນເກັບເງິນນໍາພວກເຮົາສໍາລັບການບໍລິການປົວສຸຂະພາບ..

ຂໍເອົາ **Medicare** ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ.

ຮ່ວມມືນໍາພະນັກງານການຮັບປະກັນຄຸນນະພາບ ເມື່ອເວລາຖືກຖາມໃຫ້ເຮັດ.

ຂໍເອົາ ແລະ ທໍາຄວາມພະຍາຍາມອັນເຫມາະສົມ ເພື່ອຈະໄດ້ຮາຍໄດ້ທີ່ອາດຈະໄດ້ຮັບມາຈາກແຫຼ່ງອື່ນເມື່ອທ່ານຂໍເອົາໜີ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ Washington Apple Health.

ສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນຈະຮູ້ຈັກສໍາລັບໂຄງການ **Washington Apple Health** ເທົ່ານັ້ນ

ໂດຍການຂໍເອົາ ໜີ້ ການຮັບເອົາ **Washington Apple Health**, ທ່ານເອົາໃຫ້ຮັດວິຊາດັ້ງເດີມທີ່ທຸກໆຢ່າງໃນເງິນຈຸ້ມຄູການພະຍາບານທຸກໆຢ່າງ ແລະເງິນຈ່າຍໃຫ້ສໍາລັບການ ປົວສຸຂະພາບຈາກຝ່າຍທີ່ສາມທຸກໆຢ່າງສໍາລັບການປົວສຸຂະພາບ.

ຫ້ອງການອາດຈະແລກປ່ຽນ ປະວັດການສັກຢາກັນໂຮກຂອງລູກຂອງທ່ານນໍາຮະບົບການຕິດຕາມນໍາການສັກຢາກັນໂຮກຂອງເດັກນ້ອຍ.

ຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານລາຍງານມາ ຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານລາຍງານມາຈະຖືກເອົາໃຫ້ກົມ DSHS ເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ແລະ ການຊ່ວຍເຫລືອປະຈໍາເດືອນສໍາລັບໂຄງການເຊັ່ນວ່າ ການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ, ການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສິດ, ການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ ແລະ ການເສັ້ນຊ່ວຍຄ່າຝາກເດັກ..

ອີງຕາມກົດໝາຍ, ຮັດວິຊາດັ້ງເດີມຈະກວບກູ້ເອົາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຮັດຈ່າຍອອກໄປສໍາລັບການປົວພະຍາບານບາງຊະນິດຈາກມູນນໍມໍຮະດົກຂອງທ່ານຜ່ານ **Estate Recovery (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, ແລະ Chapter 182-527 WAC)**. ການກວບກູ້ເອົາມູນນໍມໍຮະດົກຈະບໍ່ເກີດຂຶ້ນຈົນກວ່າການເສັ້ນຊີວິດຂອງທ່ານ, ການເສັ້ນຊີວິດຂອງຄູ່ຜູ້ທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ຂອງທ່ານ, ແລະ ລູກຜູ້ທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ຂອງທ່ານມີອາຍຸ 21 ປີ ຫລື ແກ່ກວ່າ. ມັນຈະບໍ່ເກີດຂຶ້ນອີກຖ້າຫາກວ່າລູກຜູ້ທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ຂອງທ່ານເປັນຄົນຕາບອດ / ເສັ້ນຊີວິດໃນເວລາຂອງການເສັ້ນຊີວິດຂອງ ທ່ານ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຖືກກວບກູ້ເອົາໄດ້ລວມເອົາ:

- ການປົວພະຍາບານ ແລະ ການຈຸ້ມຄູຢ່າງຂອງ Washington Apple Health ຖ້າຫາກວ່າທ່ານອາຍຸ 55 ປີຫລືແກ່ກວ່າໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການປົວພະຍາບານ;
- ການປົວພະຍາບານດ້ວຍເງິນທຶນຂອງຮັດເທົ່ານັ້ນບາງຢ່າງ, ບໍ່ກ່ຽວກັບອາຍຸຂອງທ່ານໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການປົວພະຍາບານ.

ທ່ານສາມາດຊອກຫາລາຍການຂອງການບໍລິການທີ່ຕ້ອງມີການກວບກູ້ເອົາມູນນໍມໍຮະດົກພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ WAC 182-527-2742. ທ່ານສາມາດຊອກຫາລາຍການຂອງຊັບສິນນັດ ທີ່ຖືກຍົກເວັ້ນຈາກການກວບກູ້ເອົາພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ WAC 182-527-2746.

ຮັດອາດຈະຢືນການຜູກມັດໃສ່ກ່ອນການເສັ້ນຊີວິດໃນຊັບສິນເຮືອນຂອງທ່ານ, ໃນທຸກໆອາຍຸ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກາຍເປັນນອນໂຮງພະຍາບານຖາວອນເລີຍ (WAC 182-527-2734). ຮັດອາດຈະກວບກູ້ເອົາເງິນຈາກການຂາຍຊັບສິນເຮືອນຂອງທ່ານ, ຫລືມູນນໍມໍຮະດົກຂອງທ່ານ, ນອກຈາກວ່າ:

- ຜົວເມັງຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ;
- ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງຄົງຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ, ເປັນເຈົ້າຂອງຮ່ວມກັນ, ແລະ ສອດຄ່ອງນໍາເງື່ອນໄຂບາງ ຢ່າງ.
- ລູກຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ, ແລະ ເປັນຄົນຕາບອດ/ເສັ້ນຊີວິດ; ຫລື
- ລູກຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ແລະ ອາຍຸອ່ອນກວ່າ 21 ປີ.

ທ່ານສາມາດພົບເຫັນລາຍການຂອງການບໍລິການປົວພະຍາບານທີ່ຕ້ອງຖືກກວບກູ້ເອົາເງິນຄືນພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ WAC 182-527-2734.

ທ່ານອາດຈະຖືກຈໍາກັດໃສ່ຜູ້ໃຫ້ການປົວສຸຂະພາບຄົນນຶ່ງ, ຮ້ານຂາຍຢາ, ແລະ/ຫລື ໂຮງພະຍາບານບ່ອນນຶ່ງຖ້າຫາກວ່າທ່ານຊອກເອົາການປົວສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ຈໍາເປັນຈາກທ່ານໝໍຫລາຍຄົນ.

ສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນຈະຮູ້ຈັກສໍາລັບໂຄງການ **Qualified Health Plans** ເທົ່ານັ້ນ

ພວກເຮົາພິສູດຮາຍຮະອຽດຂອງທ່ານ: ພວກເຮົາຢືນຢັນຮາຍຮະອຽດຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານນໍາຄັງຂຶ້ນມາຂອງຮັດຖະບານກາງ. ຖ້າຫາກວ່າຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານ ຂຽນໃສ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານບໍ່ຄືກັນກັບຄັງຂຶ້ນມາຂອງຮັດຖະບານກາງ, ທ່ານມີເວລາ 95 ວັນ ເພື່ອຈະສົ່ງເອກສານເຫລົ່ານັ້ນມາໃຫ້. ຄວາມຜິດພາດທີ່ຈະຕອບຄືນມາຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງພວກເຮົາສາມາດເປັນຜົນເຖິງການຕັດການຄຸ້ມກັນໜີ້ເສດຄິດພາສີຂອງທ່ານ. ມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານທີ່ຈະຕອບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງພວກເຮົາ, ຕິດຕໍ່ມາຫາພວກເຮົາເມື່ອເວລາທ່ານມີຄໍາຖາມ, ແລະ ຕອບກັບຄືນມາກ່ອນວັນທີ່ຕາຍໄປ.

ເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ (SSN): ທ່ານໄດ້ຖືກບິ່ງໃຫ້ເອົາເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມໃຫ້ພວກເຮົາສໍາລັບທຸກໆຄົນຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ມີເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ. ຖ້າຫາກວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງບໍ່ມີເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ, ເອົາເຈົ້າຍັງຈະສາມາດໄດ້ຮັບກັນຄຸ້ມກັນພ້ອມສຸຂະພາບຢູ່ຄືກັນ.

**ລາຍງານການປ່ຽນແປງໃນຮາຍໄດໂດຍທັນທີໂລດ:** ຮາຍໄດທີ່ທ່ານຂຽນໃສ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານເປັນການຄາດຄະເນທີ່ທ່ານຄິດວ່າທ່ານຈະຫາເງິນໄດ້ເທົ່າໃດໃນປີນີ້. ເມື່ອເວລາຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ, ທ່ານຄວນຈະດັດແປງການຄາດຄະເນຂອງທ່ານ. ການປ່ຽນແປງຢູ່ໃນຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານອາດຈະປ່ຽນເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບເສຣດິດພາສີ ແລະ ມັນຈະປ່ຽນແປງເງິນຫັກອອກຂອງທ່ານ ແລະ ການລຸດລົງໃນຄ່າຈ່າຍຮ່ວມ. ໃຫ້ຄິດໄລ່ໃຫ້ຖືກຕ້ອງຄັ້ກແນ່ເທົ່າທີ່ສາມາດເປັນໄປໄດ້ໃນເວລາຄາດຄະເນຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານ ແລະ ລາຍງານການປ່ຽນແປງສໍາຄັນຢັ້ງໃຫຍ່ທຸກໆຢ່າງໂດຍໄວໆ.

**ການຄິດໄລ່ເບິ່ງເສຣດິດພາສີແມ່ນຕ້ອງໄດ້ເຮັດ:** ທ່ານໄດ້ຖືກບັງໃຫ້ລາຍງານເງິນເສຣດິດພາສີທຸກໆຢ່າງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບນໍາຜະແນກ IRS. ທ່ານລາຍງານອັນນີ້ໂດຍການຢືນໃບພາສີຮາຍໄດ້ສິ່ງຄືນນໍາ IRS ປະຈໍາປີແລະລວມເອົາໃບຟອມ IRS ທີ່ຖືກຕ້ອງມານໍາ. ຄວາມຜິດພາດທີ່ຈະບໍ່ລາຍງານເງິນເສຣດິດພາສີໄປຫາຜະແນກ IRS ຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບເງິນເສຣດິດພາສີຕໍ່ໄປໃນອະນາຄົດ. ເພື່ອຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມຈົ່ງອ່ານຄໍາແນະນໍາທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ມານໍາໃບຟອມ IRS 1095 ແລະ 8962.

**ຄ່າປະກັນພັຍສຸຂະພາບທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນສາມາດປ່ຽນແປງໄດ້:** ອີງຕາມການປະຕິບັດງານຂຽນອອກມາຂອງບໍລິສັດປະກັນພັຍສຸຂະພາບ ແລະ ການເລືອກເອົາຂອງທ່ານໃນທາງເລືອກທີ່ມີຢູ່ທຸກໆຢ່າງ.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-800-562-3022 تماس بگیرید. (TRS: 711)

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).



# ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົນປົງສຸຂະພາບ ພາກທີ 1

## 1 ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຕົ້ນຕໍ ແລະ ຣາຍຮະອຽດຂອງການຕິດຕໍ່

_____	_____	_____	_____
ໂຮມ	ຊື່ກາງ.	ນາມສະກຸນ ແລະ ຊື່ລິງທ້າຍ	
_____	_____	_____	_____
ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ)	ເລກຄວາມປອດພ້ຍຂອງສັງຄົມ (SSN)**	ເພດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງແຕ່ກໍາເນີດ	ຊ ຍ

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ

ທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່ເຮືອນບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າບໍ່ແມ່ນ, ຢູ່ໃນຄາວຕິໃດທີ່ທ່ານຢາກຈະໄດ້ຮັບການປົນປົງສຸຂະພາບ?  
ທ່ານຍັງຈະຕ້ອງໄດ້ເອົາທີ່ຢູ່ໄປສະນີໃຫ້ຢູ່.

_____	_____	_____	_____
ທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ຊື່ບໂຄດ
_____	_____	_____	_____
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ	ລັດ	ຊື່ບໂຄດ
_____	_____	_____	_____
ເລກໂທຣະສັບຕົ້ນຕໍ	ເລກໂທຣະສັບສໍາລອງ	ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌	

Washington Healthplanfinder ອາດຈະຕ້ອງການຕິດຕໍ່ຫາທ່ານກ່ຽວກັບສະພາບຂອງຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ ແລະ/ຫລື ຂໍເອົາຮາຍຮະອຽດເພີ່ມ ເຕີມ.

ທ່ານມັກຢາກໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາທ່ານແນວໃດ?  ໂທຣະສັບ  ອີເມລ໌  USPS ໄປສະນີ

**\*HCA ຈະບໍ່ແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ນໍາຕ້ອງການກວດຄົນເວົ້າເມືອງທຸກໆບ່ອນສໍາລັບບຸກຄົນຜູ້ຮ້ອງຂອງການຍັງຄັບຄົນເວົ້າເມືອງ. ປະບໍ່ອນນີ້ເຢົາວ່າງຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີເລກSSN.**

## 2 ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບພາສາ

ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ຕ້ອງການນາຍແປພາສາ ແລະ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບເອກສານເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ພາສາຫຍັງ ຫລື ແບບຮູບຮ່າງອື່ນໆແບບໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ? ຂຽນທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນໍາ: \_\_\_\_\_

ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ຕ້ອງການເອກສານໃນແບບຮູບຮ່າງແບບອື່ນບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ແບບຮູບຮ່າງອື່ນໆແບບໃດທີ່ພວກເຮົາຄວນຈະສົ່ງໄປໃຫ້ທ່ານ?  ພາສາອັງກິດພິມເປັນຕົວໃຫຍ່  ພາສາໃບ



3

ນາຍະຮອດກ່ຽວກັບການຖືພາຕັ້ງທ້ອງ

ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຖືພາຕັ້ງທ້ອງບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

4

ນາຍະຮອດກ່ຽວກັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ

1. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ (AREP) ແມ່ນຜູ້ໃຫຍ່ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຮູ້ຈັກດີພຽງພໍກ່ຽວກັບສະພາບການຂອງຄອບຄົວແລະຖືກອະນຸຍາດໂດຍຄອບຄົວໃຫ້ທຳໜ້າທີ່ໃນນາມຂອງຄອບຄົວສຳລັບຈຸດປະສົງກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ. ອັນນີ້ແມ່ນແຕກຕ່າງຈາກການປະສານງານຮ່ວມງານນຳຜູ້ນຳທາງ ຫລື ນາຍໜ້າ.
  2. ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອຍບໍ່ສາມາດທີ່ຈະແຕ່ງຕັ້ງ AREP, ຍ້ອນສະພາບພະຍາບານ, ບຸກຄົນອາດຈະແຕ່ງຕັ້ງຕົນເອງໃຫ້ເປັນ AREP ໂດຍການຂຽນປະກອບໃບຟອມ Authorization Representative Designation (DSHS 14-532) ໄດ້ທີ່ [dshs.wa.gov/authorized-rep-form](https://dshs.wa.gov/authorized-rep-form).
  3. ໂດຍການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ, ທ່ານເອົາການອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະ:
    - ເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຄຳຮ້ອງຂໍໃນນາມຂອງທ່ານ;
    - ຮັບເອົາໃບແຈ້ງການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳຄຳຮ້ອງຂໍ ແລະ ບັນຊີຂອງທ່ານ; ແລະ
    - ທຳໜ້າທີ່ໃນນາມ ຂອງທ່ານສຳລັບເຮືອງທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳຄຳຮ້ອງຂໍ ແລະ ບັນຊີ.
- d. ທ່ານຈະແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ
- b. ທ່ານຢາກໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຮັບເອົາໃບແຈ້ງການກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍແລະບັນຊີຂອງທ່ານບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຊື່/ວົງການຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ \_\_\_\_\_ ເລກໂທລະສັບ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ \_\_\_\_\_ ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌ \_\_\_\_\_

5

ນາຍະຮອດກ່ຽວກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ

ທ່ານຕ້ອງໄດ້ລວມເອົາບຸກຄົນຕໍ່ລົງໄປນີ້ໃສ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ: ຄູ່ຜົວເມັງຂອງທ່ານ, ລູກຂອງທ່ານທີ່ອາໄສຢູ່ນຳທ່ານ, ພໍ່ແມ່ທຸກໆຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນນຳລູກຂອງເຂົາເຈົ້າ, ແລະ ທຸກໆຄົນທີ່ທ່ານຄາດວ່າຈະທວງໃສ່ໃນໃບພາສີສິ່ງຄົນຂອງຮັດຖະບານກາງຂອງທ່ານ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຍື່ນ. **ໃຊ້ໜ້າ 9 ຮອດໜ້າ 16 ເພື່ອຈະແລກປ່ຽນນາຍະຮອດກ່ຽວກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ.**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຄາດວ່າຈະຖືກທວງວ່າເປັນຄົນຫວັງເພິ່ງຕາມພາສີຢູ່ໃນໃບພາສີສິ່ງຄົນຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງ, ທ່ານຕ້ອງລວມເອົາສະມາຊິກທຸກຄົນຂອງຄອບຄົວຍື່ນພາສີທວງວ່າທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນອາໄສຢູ່ນຳທ່ານ.

ທ່ານບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຍື່ນໃບພາສີເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ.

6

ຜູ້ຮ້ອງຂໍຕົ້ນຕໍ (ຕົນເອງ)

ເອ. \_\_\_\_\_ ຊ.ນ. \_\_\_\_\_ ນາມສະກຸນ \_\_\_\_\_ ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ) \_\_\_\_\_

ບຸກຄົນນີ້ຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຕົນເອງ

ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ:

(ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ບໍ່ອາໄສການຄຸ້ມກັນ, ການເອົາເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN) ຫລື ສະພາບຂອງສັນຊາດໃຫ້ແມ່ນຕາມສະມັກໃຈ)

ສະພາບຄົນສັນຊາດ ຫລື ບໍ່ເປັນສັນຊາດ: (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

ຄົນສັນຊາດ U.S. ຫລື ຄົນເຊື້ອຊາດ U.S.  ຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຢູ່ໃນ U.S.  ອື່ນໆ

ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN): \_\_\_\_\_

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເປັນຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕາມກົດໝາຍ, ຂຽນຮາຍຮະວຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້ໃສ່:

ຊະນິດຂອງເອກສານຂອງການເຂົ້າເມືອງ: \_\_\_\_\_ "A" ເລກ: \_\_\_\_\_ ເລກຂອງໃບຮັບ ຫລື ເລກການເຂົ້າເມືອງອື່ນໆ: \_\_\_\_\_

ເລກຫນັງສືເດີນທາງຂອງຄົນຕ່າງດ້າວ: \_\_\_\_\_ ປະເທດທີ່ເຮັດອອກໃຫ້: \_\_\_\_\_

ວັນທີເຂົ້າມາ: (ດດ/ວວ/ປປປປ) \_\_\_\_\_ ວັນທີເອກສານຫມົດອາຍຸ: (ດດ/ວວ/ປປປປ) \_\_\_\_\_

**ສະພາບການຍື່ນໃບພາສີຮາຍໄດ້ທີ່ລາດໄວ້ສໍາລັບປັດຈຸບັນ (ໝາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)**

- ໂສດຍື່ນໃບພາສີ  ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ
- ຫົວຫນ້າຂອງຄອບຄົວ  ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງ ບໍ່ຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ
- ຜູ້ຮ້າງແມ່ຮ້າງທີ່ມີຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຜູ້ທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ  ບຸກຄົນບໍ່ໄດ້ຍື່ນໃບພາສີ ຫລື ວ່າເປັນຄົນຫວັງເພິ່ງສໍາລັບພາສີ
- ແຕ່ງງານຍື່ນແຍກກັນຕ່າງຫາກ
- ແຕ່ງງານຍື່ນຮ່ວມກັນ: \_\_\_\_\_
- ຊື່ຂອງຜູ້ຍື່ນພາສີຕົນຕໍ່: \_\_\_\_\_

ທ່ານໄດ້ມີສະພາບພາສີຄືກັນກັບປີກາຍນີ້ໃຫ້ເປັນປັດຈຸບັນທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂຽນສະພາບພາສີຂອງປີກາຍນີ້: **(ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄໍາຖາມອັນນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການ Apple Health)**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງໃບນີ້ໃນຮະຫວ່າງວັນທີ 11/01 ແລະ 12/31 ຂອງປີຕາມປະຕິທິນປີນີ້, ທ່ານສາດວ່າຈະຍື່ນດ້ວຍສະພາບພາສີຄືກັນໃນປີຫນ້າຄືກັນກັບທ່ານເຮັດປີນີ້ບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

**ຜົວຜົນ (ຕາມໃຈ – ໝາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນໍາ)**

<input type="checkbox"/> ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກໍາເນີດ	<input type="checkbox"/> ຄົນຟິລິບິນ	<input type="checkbox"/> ຄົນລາວ	<input type="checkbox"/> ຄົນວຽດນາມ
<input type="checkbox"/> ຄົນເອເຊັຽອິນເດັຽ	<input type="checkbox"/> ຄົນເກາະກວມ	<input type="checkbox"/> ຄົນເກາະເອອຽນແປຊີຟິກອື່ນໆ	<input type="checkbox"/> ຄົນຂາວ
<input type="checkbox"/> ຄົນດໍາ ຫລື ແອຟຣິກັນອະເມຣິເຊຍ	<input type="checkbox"/> ຄົນຮາວາອຽນ	<input type="checkbox"/> ຄົນຜົວອື່ນໆ	
<input type="checkbox"/> ຄົນຂະເໝນ	<input type="checkbox"/> ຄົນຢີປຸ່ນ	<input type="checkbox"/> ຄົນຊາມວນ	
<input type="checkbox"/> ຄົນຈີນ	<input type="checkbox"/> ຄົນເກົາຫລີ	<input type="checkbox"/> ຄົນໄທ	

ທ່ານເປັນຄົນ ຮິສແປນິກ, ລາຕິໂນ, ຫລືສະແປນິຊ ດັ່ງເດີມບໍ່?

ຄົນຄົວບາ  ຄົນເມກຊິແກັນ/ເມັກຊິແກັນອະເມຣິກັນ/ຄົນຊິກາໂນ  ບໍ່ແມ່ນຄົນສະແປນິຊ/ ຮິສແປນິກ

ຄົນສະແປນິຊ/ ຮິສແປນິກອື່ນໆ  ຄົນປີໂຕຣີໂກ

**ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກໍາເອົາອັນນີ້ –** ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຮະວຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມຄວາມສະເໝີພາບທາງສຸຂະພາບແລະເພີ່ມການເຂົ້າຫາການປົວສຸຂະພາບສໍາລັບທຸກໆຄົນ.ຮາຍຮະວຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ກົດກັນຄວາມສາມາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຈິດຊື່ເຂົ້າໃນໂຄງການສຸຂະພາບ.

ທ່ານເປັນຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກໍາເນີດບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

_____	_____	_____	_____
ນາມ	ຊ.ນ.ພ.	ນາມສະກຸນ	ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ)
ບຸກຄົນນີ້ຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບບໍ່?	ບໍ່ແມ່ນ	ແມ່ນ	ເພດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງແຕ່ກໍາເນີດ ຊ ຍ

ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ (ເຊັ່ນວ່າ, ລູກ, ຫລານ, ຫລານຊາຍ, ຫລານສາວ, ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງຄຶງໆ)

**(ສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ບໍ່ຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນ, ການເອົາເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN) ຫລື ສະພາບຂອງສັນຊາດໃຫ້ແມ່ນຕາມສະມັກໃຈ)**

ສະພາບຄົນສັນຊາດ ຫລື ບໍ່ເປັນສັນຊາດ: (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

ຄົນສັນຊາດ U.S. ຫລື ຄົນເຊື້ອຊາດ U.S. ຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດຫມາຍຢູ່ໃນ U.S. ອື່ນໆ

**ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN):**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເປັນຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດຫມາຍ, ຂຽນຮາຍຮະວຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້ໃສ່:

ຊະນິດຂອງເອກສານຂອງການເຂົ້າເມືອງ: \_\_\_\_\_ "A" ເລກ: \_\_\_\_\_ ເລກຂອງໃບຮັບ ຫລື ເລກການເຂົ້າເມືອງອື່ນໆ: \_\_\_\_\_

ເລກຫນັງສືເດີນທາງຂອງຄົນຕ່າງດ້າວ: \_\_\_\_\_ ປະເທດທີ່ເຮັດອອກໃຫ້: \_\_\_\_\_

ວັນທີເຂົ້າມາ: (ດດ/ວວ/ປປປປ) \_\_\_\_\_ ວັນທີເອກສານຫມົດອາຍຸ: (ດດ/ວວ/ປປປປ) \_\_\_\_\_

**ສະພາບການຢືນໃບພາສີຮາຍໄດ້ທີ່ຄາດໄວ້ສໍາລັບປີດຽວບັນ (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)**

- |  |   |
|--|---|
| ໂສດຢືນໃບພາສີ   | ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ           |
| ຫົວຫນ້າຂອງຄອບຄົວ   | ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງ ບໍ່ຢູ່ ໃນໃບ ຄໍາຮ້ອງ     |
| ພໍ່ຮ້າງແມ່ຮ້າງທີ່ມີຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຜູ້ທີ່ມີເຊື້ອນໄຂ ໄດ້ຮັບ | ບຸກຄົນບໍ່ໄດ້ຢືນໃບພາສີ ຫລື ວ່າເປັນຄົນຫວັງເພິ່ງສໍາລັບພາສີ |
| ແຕ່ງງານຢືນແຍກກັນຕ່າງຫາກ                                    |   |
| ແຕ່ງງານຢືນຮ່ວມກັນ:   |   |
| ຊື່ຂອງຜູ້ຢືນພາສີຕົ້ນຕໍ: _____                              |   |

ທ່ານໄດ້ມີສະພາບພາສີຄືກັນກັບປີກາຍນີ້ໃຫ້ເປັນປີປັດຈຸບັນທີ່ຖືກບິ່ງຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂຽນສະພາບພາສີຂອງປີກາຍນີ້: **(ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄໍາຖາມອັນນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການ Apple Health)**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢືນຄໍາຮ້ອງໃນນີ້ໃນຮະຫວ່າງວັນທີ 11/01 ແລະ 12/31 ຂອງປີຕາມປະຕິທິນປີນີ້, ທ່ານຄາດວ່າຈະຢືນດ້ວຍສະພາບພາສີຄືກັນໃນປີຫນ້າຄືກັນກັບທ່ານເຮັດປີນີ້ບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຜົວຜ້ນ (ຕາມໃຈ – ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ)

ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກຳເນີດ	ຄົນຟິລິບິນ	ຄົນລາວ	ຄົນວຽດນາມ
ຄົນເອເຊຍອິນເດັຽ	ຄົນເກາະກວມ	ຄົນເກາະເອເຊຍແຟຊິຟິກອື່ນໆ	ຄົນຂາວ
ຄົນດຳ ຫລື ເຊຟອິກັນອະເມຣິເຊກນ	ຄົນຮາວາອຽນ	ຄົນຜົວອື່ນໆ	
ຄົນຂະເໝນ	ຄົນຢີປຸ່ນ	ຄົນຊາມວນ	
ຄົນຈີນ	ຄົນເກົາຫລີ	ຄົນໄທ	

ທ່ານເປັນຄົນ ຮິສແປນິກ, ລາຕິໂນ, ຫລືສະແປນິຊ ດັ່ງເດີມບໍ່?

ຄົນຄິວບາ	ຄົນເມກຊິແກັນ/ເມັກຊິແກັນອະເມຣິກັນ/ຄົນຊິກາໂນ	ບໍ່ແມ່ນຄົນສະແປນິຊ/ ຮິສແປນິກ
ຄົນສະແປນິຊ/ ຮິສແປນິກອື່ນໆ	ຄົນບໍ່ໃຕຣິໂກ	

**ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກຳເອົາອັນນີ້** – ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍອະຣຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມຄວາມສະເໝີພາບທາງສຸຂະພາບແລະເພີ່ມການເຂົ້າຫາການປົວສຸຂະພາບສຳລັບທຸກໆຄົນ. ຮາຍອະຣຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ກົດກັນຄວາມສາມາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຈົດຊື່ເຂົ້າໃນໂຄງການສຸຂະພາບ.

ທ່ານເປັນຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາ ມາແຕ່ກຳເນີດບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

**8 ຂຽນຊື່ເດັກນ້ອຍ/ຜູ້ຫວັງເພິງພາສີ/ສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນອື່ນໆ #1**

_____	_____	_____	_____
ເອ.ນ.	ຊ.ນ.	ນາມສະກຸນ	ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ)
ບຸກຄົນນີ້ຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບບໍ່?	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	ເພດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງແຕ່ກຳເນີດ <input type="checkbox"/> ຊ <input type="checkbox"/> ຍ

ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ (ເຊັ່ນວ່າ, ລູກ, ຫລານ, ຫລານ ຊາຍ, ຫລານສາວ, ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງຄົງໆ)

**(ສຳລັບບຸກຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ເອົາການຄຸ້ມກັນ, ການເອົາເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN) ຫລື ສະພາບຂອງສັນຊາດໃຫ້ແມ່ນຕາມສະມັກໃຈ)**

ສະພາບຄົນສັນຊາດ ຫລື ບໍ່ເປັນສັນຊາດ: (ຫມາຍໃສ່ອັນນີ້ໆ)

ຄົນສັນຊາດ U.S. ຫລື ຄົນເຊື້ອຊາດ U.S.	ຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດຫມາຍຢູ່ໃນ U.S.	ອື່ນໆ
-------------------------------------	--	-------

**ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN):**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເປັນຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດຫມາຍ, ຂຽນຮາຍອະຣຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້ໃສ່:

_____	_____	_____
ຊະນິດຂອງເອກສານຂອງການເຂົ້າເມືອງ:	"A" ເລກ:	ເລກຂອງໃບຮັບ ຫລື ເລກການເຂົ້າເມືອງອື່ນໆ:

_____	_____
ເລກຫນັງສືເດີນທາງຂອງຄົນຕ່າງດ້າວ:	ປະເທດທີ່ເຮັດອອກໃຫ້:

_____	_____
ວັນທີເຂົ້າມາ: (ດດ/ວວ/ປປປປ)	ວັນທີເອກສານຫມົດອາຍຸ: (ດດ/ວວ/ປປປປ)

**ສະພາບການຢືນໃບພາສີຮາຍໄດ້ທີ່ຄາດໄວ້ສໍາລັບປີດຽວນີ້ (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)**

ໂສດຢືນໃບພາສີ	ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ
ຫົວຫນ້າຂອງຄອບຄົວ	ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງ ບໍ່ຢູ່ໃນໃບ ຄໍາຮ້ອງ
ພໍ່ຮ້າງແມ່ຮ້າງທີ່ມີຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຜູ້ທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ	ບຸກຄົນບໍ່ໄດ້ຢືນໃບພາສີ ຫລື ວ່າເປັນຄົນຫວັງເພິ່ງສໍາລັບພາສີ
ແຕ່ງງານຢືນໝາກກັນຕ່າງຫາກ	
ແຕ່ງງານຢືນຮ່ວມກັນ:	
ຊື່ຂອງຜູ້ຢືນພາສີຕົ້ນຕໍ: _____	

ທ່ານໄດ້ມີສະພາບພາສີຄືກັນກັບປີກາຍນີ້ໃຫ້ເປັນປີດຽວນີ້ທີ່ຖືກບັງຄັບຮ້າງເທິງນີ້ບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂຽນສະພາບພາສີຂອງປີກາຍນີ້: **(ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄໍາຖາມອັນນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການ Apple Health)**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢືນຄໍາຮ້ອງໃບນີ້ໃນຮະຫວ່າງວັນທີ 11/01 ແລະ 12/31 ຂອງປີຕາມປະຕິທິນປີນີ້, ທ່ານຄາດວ່າຈະຢືນດ້ວຍສະພາບພາສີຄືກັນໃນປີຫນ້າຄືກັນກັບທ່ານເຮັດປີນີ້ບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

**ຜົວພັນ (ຕາມໃຈ – ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນໍາ)**

ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກໍາເນີດ	ຄົນຟິລິບິນ	ຄົນລາວ	ຄົນວຽດນາມ
ຄົນເອເຊັຽອິນເດັຽ	ຄົນເກາະກວມ	ຄົນເກາະເອເຊັຽແປຊີຟິກອື່ນໆ	ຄົນຂາວ
ຄົນດໍາ ຫລື ແອຟຣິກັນອະເມຣິການ	ຄົນຮາວາອຽນ	ຄົນຜົວອື່ນໆ	
ຄົນຂະເໝນ	ຄົນຍີ່ປຸ່ນ	ຄົນຊາມວນ	
ຄົນຈີນ	ຄົນເກົາຫລີ	ຄົນໄທ	

**ທ່ານເປັນຄົນ ຮິສແປນິກ, ລາຕິໂນ, ຫລືສະແປນິຊີດັ້ງເດີມບໍ່?**

ຄົນຄົວບາ  ຄົນເມກຊິແກັນ/ເມັກຊິແກັນອະເມຣິກັນ/ຄົນຊິກາໂນ  ບໍ່ແມ່ນຄົນສະແປນິຊີ/ ຮິສແປນິກ

ຄົນສະແປນິຊີ/ ຮິສແປນິກອື່ນໆ  ຄົນປີໄຕຣີໂກ

**ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກໍາເອົາອັນນີ້** – ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຮະວຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມຄວາມສະເໝີພາບທາງສຸຂະພາບແລະເພີ່ມການເຂົ້າຫາການຢືນປົວສຸຂະພາບສໍາລັບທຸກໆຄົນ. ຮາຍຮະວຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ກົດກັນຄວາມສາມາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຈິດຊື່ເຂົ້າໃນໂຄງການສຸຂະພາບ.

ທ່ານເປັນຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກໍາເນີດບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

**8 ຂຽນຊື່ເດັກນ້ອຍ/ຜູ້ຫວັງເພິ່ງພາສີ/ສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນອື່ນໆ #2**

ຄ.ສ.	ຊ.ນ.	ນາມສະກຸນ	ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ)
ບຸກຄົນນີ້ຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການຢືນປົວ ສຸຂະພາບບໍ່?	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ	ເພດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງແຕ່ກໍາເນີດ	<input type="checkbox"/> ຊ <input type="checkbox"/> ຍ

ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ (ເຊັ່ນວ່າ, ລູກ, ຫລານ, ຫລານ ຊາຍ, ຫລານສາວ, ອ້າຍເວ້ຍນ້ອງຄຶງໆ)

**(ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ບໍ່ອໍາການຄຸ້ມກັນ, ການເອົາເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN) ຫລື ສະພາບຂອງສັນຊາດໃຫ້ແມ່ນຕາມສະມັກໃຈ)**

ສະພາບຄົນສັນຊາດ ຫລື ບໍ່ເປັນສັນຊາດ: (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

ຄົນສັນຊາດ U.S. ຫລື ຄົນເຊື້ອຊາດ U.S.                      ຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດຫມາຍຢູ່ໃນ U.S.                      ອື່ນໆ

**ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (SSN):**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເປັນຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດຫມາຍ, ຂຽນຮາຍຮະອຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້ໃສ່:

ຊະນິດຂອງເອກສານຂອງການເຂົ້າເມືອງ:                      "A" ເລກ:                      ເລກຂອງໃບຮັບ ຫລື ເລກການເຂົ້າເມືອງອື່ນໆ:

ເລກຫນັງສືເດີນທາງຂອງຄົນຕ່າງດ້າວ:                      ປະເທດທີ່ເຮັດອອກໃຫ້:

ວັນທີເຂົ້າມາ: (ດດ/ວວ/ປປປປ)                      ວັນທີເອກສານຫມົດອາຍຸ: (ດດ/ວວ/ປປປປ)

**ສະພາບການຢືນໃບພາສີຮາຍໄດ້ທີ່ຄາດໄວ້ສຳລັບປີດຽວ (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)**

- |  |  |
|--|--|
| ໂສດຢືນໃບພາສີ   | ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງ           |
| ຫົວຫນ້າຂອງຄອບຄົວ   | ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງ ບໍ່ຢູ່ໃນໃບ ຄຳຮ້ອງ      |
| ພໍ່ຮ້າງແມ່ຮ້າງທີ່ມີຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຜູ້ທີ່ມີເງື່ອນໄຂ ໄດ້ຮັບ | ບຸກຄົນບໍ່ໄດ້ຢືນໃບພາສີ ຫລື ວ່າເປັນຄົນຫວັງເພິ່ງສຳລັບພາສີ |
| ແຕ່ງງານຢືນຜົນກັນຕ່າງຫາກ                                    |  |
| ແຕ່ງງານຢືນຮ່ວມກັນ:   |  |
| ຊື່ຂອງຜູ້ຢືນພາສີຕົ້ນຕໍ: _____                              |  |

ທ່ານໄດ້ມີສະພາບພາສີຄືກັນກັບປີກາຍນີ້ໃຫ້ເປັນປີປັດຈຸບັນທີ່ຖືກບິ່ງຢູ່ອ້າງເທິງນີ້ບໍ່?                      ບໍ່ແມ່ນ                      ແມ່ນ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂຽນສະພາບພາສີຂອງປີກາຍນີ້:                      **(ຄຳຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄຳຖາມອັນນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສຳລັບໂຄງການ Apple Health)**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢືນຄຳຮ້ອງໃນນີ້ໃນຮະຫວ່າງວັນທີ 11/01 ແລະ 12/31 ຂອງປີຕາມປະຕິທິນນີ້, ທ່ານຄາດວ່າຈະຢືນດ້ວຍສະພາບພາສີຄືກັນໃນປີຫນ້າຄືກັນກັບທ່ານເຮັດປີນີ້ບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ                      ແມ່ນ

**ຜົວຜົນ (ຕາມໃຈ – ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ)**

- |   |            |                            |           |
|---|------------|----------------------------|-----------|
| ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກຳເນີດ | ຄົນຟິລິບິນ | ຄົນລາວ                     | ຄົນວຽດນາມ |
| ຄົນເອເຊັຽອິນເດັຽ                          | ຄົນເກາະກວມ | ຄົນເກາະເອເຊັຽນແປຊີຟິກອື່ນໆ | ຄົນຂາວ    |
| ຄົນດຳ ຫລື ເອເຟຣິກັນອະເມຣິເຊນ              | ຄົນຮາວາອຽນ | ຄົນຜິວອື່ນໆ                |           |
| ຄົນຂະເໝນ                                  | ຄົນຢີປຸ່ນ  | ຄົນຊາມວນ                   |           |
| ຄົນຈີນ                                    | ຄົນເກົາຫລີ | ຄົນໄທ                      |           |

ທ່ານເປັນຄົນຮິສແປນິກ, ລາຕິໂນ, ຫລືສະແປນິດຊີເດີມບໍ່?

ຄົນຄົວບາ

ຄົນເມກຊິແກັນ/ເມັກຊິແກັນອະເມຣິກັນ/ຄົນຊິກາໂນ

ບໍ່ແມ່ນຄົນສະແປນິດ/ ຮິສແປນິກ

ຄົນສະແປນິດ/ ຮິສແປນິກອື່ນໆ

ຄົນບໍ່ໃຕ້ຮີໂກ

**ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກຳເອົາອັນນີ້** – ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຣະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມຄວາມສະເໝີພາບທາງສຸຂະພາບແລະເພີ່ມການເຂົ້າຫາການປົວສຸຂະພາບສຳລັບທຸກໆຄົນ. ຮາຍຣະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ກົດກັ້ນຄວາມສາມາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຈິດຊື່ເຂົ້າໃນໂຄງການສຸຂະພາບ.

ທ່ານເປັນຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກຳເນີດບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ

ແມ່ນ

**8 ຂຽນຊື່ເດັກນ້ອຍ/ຜູ້ຫວັງເພິງພາສີ/ສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນອື່ນໆ #3**

ນາ. ຊ.ນ. ນາມສະກຸນ ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ)

ບຸກຄົນນີ້ຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ເພດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງແຕ່ກຳເນີດ ຊ ຍ

ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ (ເຊັ່ນວ່າ, ລູກ, ຫລານ, ຫລານ ຊາຍ, ຫລານສາວ, ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງຄຶງໆ)

**(ສຳລັບບຸກຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ເອົາການຄຸ້ມກັນ, ການເອົາເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ (SSN) ຫລື ສະພາບຂອງສັນຊາດໃຫ້ແມ່ນຕາມສະມັກໃຈ)**

ສະພາບຄົນສັນຊາດ ຫລື ບໍ່ເປັນສັນຊາດ: (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)

ຄົນສັນຊາດ U.S.

ຫລື ຄົນເຊື້ອຊາດ U.S.

ຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດຫມາຍຢູ່ໃນ U.S.

ອື່ນໆ

**ເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ (SSN):**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເປັນຄົນບໍ່ເປັນສັນຊາດຢູ່ຖືກຕາມກົດຫມາຍ, ຂຽນຮາຍຣະອຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້ໃສ່:

ຊະນິດຂອງເອກສານຂອງການເຂົ້າເມືອງ: "A" ເລກ: ເລກຂອງໃບຮັບ ຫລື ເລກການເຂົ້າເມືອງອື່ນໆ:

ເລກຫນັງສືເດີນທາງຂອງຄົນຕ່າງດ້າວ: ປະເທດທີ່ເຮັດອອກໃຫ້:

ວັນທີເຂົ້າມາ: (ດດ/ວວ/ປປປປ) ວັນທີເອກສານຫມົດອາຍຸ: (ດດ/ວວ/ປປປປ)

**ສະພາບການຍື່ນໃບພາສີຮາຍໄດ້ທີ່ຄາດໄວ້ສຳລັບປີປັດຈຸບັນ (ຫມາຍໃສ່ອັນນຶ່ງ)**

ໂສດຍື່ນໃບພາສີ

ຄົນຫວັງເພິງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງ

ຫົວຫນ້າຂອງຄອບຄົວ

ຄົນຫວັງເພິງພາສີຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງ ບໍ່ຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງ

ພໍ່ຮ້າງແມ່ຮ້າງທີ່ມີຄົນຫວັງເພິງພາສີຜູ້ທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ

ບຸກຄົນບໍ່ໄດ້ຍື່ນໃບພາສີ ຫລື ວ່າເປັນຄົນຫວັງເພິງສຳລັບພາສີ

ແຕ່ງງານຍື່ນແຍກກັນຕ່າງຫາກ

ແຕ່ງງານຍື່ນຮ່ວມກັນ:

ຊື່ຂອງຜູ້ຍື່ນພາສີຕົ້ນຕໍ: \_\_\_\_\_

ທ່ານໄດ້ມີສະພາບພາສີຄືກັນກັບປີກາຍນີ້ໃຫ້ເປັນປີປັດຈຸບັນທີ່ຖືກບິ່ງຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ

ແມ່ນ



ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂຽນສະພາບພາສີຂອງປຶກາຍນີ້:

(ຄຳຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄຳຖາມອັນນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສຳລັບໂຄງການ Apple Health)

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢືນຄຳຮ້ອງໃບນີ້ໃນວັນທີ 11/01 ແລະ 12/31 ຂອງປີຕາມປະຕິທິນປີນີ້, ທ່ານຄາດວ່າຈະຍື່ນດ້ວຍສະພາບພາສີຄືກັນໃນປີຕໍ່ໜ້າຄືກັນກັບທ່ານເຮັດປີນີ້ບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ

**ຜົວຜັນ (ຕາມໃຈ – ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ)**

ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາມາແຕ່ກຳເນີດ	ຄົນຟິລິບິນ	ຄົນລາວ	ຄົນວຽດນາມ
ຄົນເອເຊັຽອິນເດັຽ	ຄົນເກາະກວມ	ຄົນເກາະເອຊຽນແປຊີຟິກອື່ນໆ	ຄົນຂາວ
ຄົນດຳ ຫລື ແອຟຣິກັນອະເມຣິເຊນ	ຄົນຮາວາອຽນ	ຄົນຜິວອື່ນໆ	
ຄົນຂະເໝນ	ຄົນຢີປຸ່ນ	ຄົນຊາມວນ	
ຄົນຈີນ	ຄົນເກົາຫລີ	ຄົນໄທ	

**ທ່ານເປັນຄົນຮິສແປນິກ, ລາຕິໂນ, ຫລືສະແປນິຊີດັ່ງເດີມບໍ່?**

ຄົນຄົວບາ      ຄົນເມກຊິແກັນ/ເມັກຊິແກັນອະເມຣິກັນ/ຄົນຊິກາໂນ      ບໍ່ແມ່ນຄົນສະແປນິຊ/ ຮິສແປນິກ

ຄົນສະແປນິຊ/ ຮິສແປນິກອື່ນໆ      ຄົນບໍ່ໂຕຣິໂກ

**ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງເກັບກຳເອົາອັນນີ້** – ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍຣະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະຊ່ວຍສົ່ງເສີມຄວາມສະເໝີພາບທາງສຸຂະພາບແລະເພີ່ມການເຂົ້າຫາການປິ່ນປົວສຸຂະພາບສຳລັບທຸກໆຄົນ. ຮາຍຣະອຽດທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ຈະບໍ່ກົດກັນຄວາມສາມາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຈັດຊື້ເຂົ້າໃນໂຄງການສຸຂະພາບ.

ທ່ານເປັນຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລື ອາລາສກາ ມາແຕ່ກຳເນີດບໍ່?      ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ

**ເພື່ອຈະລວມເອົາສະມາຊິກຄອບຄົວເພີ່ມເຕີມໃສ່ອີກ, ຈົ່ງຕິດຕັດເຈ້ຽໃສ່ມຳນຳຜ່ອນດ້ວຍຮາຍຣະອຽດທີ່ຖືກຂໍ ເອົາຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ສຳລັບແຕ່ລະບຸກຄົນ.**

**9 ຮາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ**

**ຮາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ແລະ ອາລາສກາມາແຕ່ກຳເນີດ**

ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ແລະ ອາລາສກາດັ່ງເດີມອາດຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການປ້ອງກັນພິເສດຂອງໂຄງການ Apple Health ແລະ ສັງຄົມການພິເສດໂດຍຜ່ານ Washington Healthplanfinder. ຂຽນປະກອບຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ສຳລັບສະມາຊິກແຕ່ລະຄົນທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍຜູ້ທີ່ເປັນເຊື້ອສາຍຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ ແລະ ອາລາສກາດັ່ງເດີມ.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນ	ຊື່ຂອງຄຸນເຜົ່າ
ສະມາຊິກຂອງຄຸນເຜົ່າທີ່ຖືກຮັບຮູ້ຈາກຮັດຖະບານກາງ, band, Pueblo ຫລື Rancharia;	
ຜູ້ຖືສ່ວນສ່ວນຂອງຢູ່ໃນ Alaska Native Regional ຫລື Village Corporation	ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ
ຊື່ຂອງບຸກຄົນ	ຊື່ຂອງຄຸນເຜົ່າ
ສະມາຊິກຂອງຄຸນເຜົ່າທີ່ຖືກຮັບຮູ້ຈາກຮັດຖະບານກາງ, band, Pueblo ຫລື Rancharia;	

ຜູ້ຖືຫຸ້ນສ່ວນຂອງຢູ່ໃນ Alaska Native Regional ຫລື Village Corporation      ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນ

ຊື່ຂອງຄຸນເຜົ່າ

ສະມາຊິກຂອງຄຸນເຜົ່າທີ່ຖືກຮັບຮູ້ຈາກຮັດຖະບານກາງ, band, Pueblo ຫລື Rancheria;

ຜູ້ຖືຫຸ້ນສ່ວນຂອງຢູ່ໃນ Alaska Native Regional ຫລື Village Corporation      ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນ

ຊື່ຂອງຄຸນເຜົ່າ

ສະມາຊິກຂອງຄຸນເຜົ່າທີ່ຖືກຮັບຮູ້ຈາກຮັດຖະບານກາງ, band, Pueblo ຫລື Rancheria;

ຜູ້ຖືຫຸ້ນສ່ວນຂອງຢູ່ໃນ Alaska Native Regional ຫລື Village Corporation      ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ

**ບ່ອນຢູ່ອາໄສ**

ຄົນອາໄສຢູ່ໃນຮັດວໍຊິງຕັນແມ່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຮັດວໍຊິງຕັນໃນປັດຈຸບັນນີ້, ຕັ້ງໃຈທີ່ຈະອາໄສຢູ່ໃນຮັດວໍຊິງຕັນ, ລວມທັງບຸກຄົນທີ່ບໍ່ມີທີ່ຢູ່ຕາຍຕົວ; ຫລືຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ເຂົ້າມາໃນຮັດເມັອຈະຊອກຫາວຽກເຮັດ; ຫລື ເຂົ້າມາໃນຮັດຍ້ອນການຮັບປະກັນວຽກງານໃຫ້ເຮັດ.

ທຸກໆຄົນທີ່ຮ້ອງອໍເວີການຄຸ້ມກັນການປົນປົງສຸຂະພາບເປັນຄົນອາໄສຢູ່ໃນຮັດວໍຊິງຕັນບໍ່?      ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງທຸກໆຄົນທີ່ບໍ່ແມ່ນຄົນອາໄສຢູ່:

**ການໃຊ້ຢາສູບ**

ມີສະມາຊິກຂອງຄອບຄົວຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງໃບຄົນໃດຄົນນຶ່ງໃດໃຊ້ຜະລິດທະພັນຢາສູບເປັນປົກກະຕິໃນ 6 ເດືອນຜ່ານມາ      ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງເອົາເຈົ້າໃສ່:

**(ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄໍາຖາມອັນນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບ Apple Health)**

**ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຜູ້ໃຫຍ່ເສຍອົງຄະ**

ຄົນຫວັງເພິ່ງພາສີຜູ້ໃຫຍ່ເສຍອົງຄະແມ່ນບຸກຄົນທີ່ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກງານໄດ້ຍ້ອນຄວາມເສຍອົງຄະ ແລະຫວັງເພິ່ງໃສ່ສະມາຊິກຄອບຄົວສໍາລັບການຜູ້ມອຸ.

ທ່ານມີລູກຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ເປັນຄົນຫວັງເພິ່ງເສຍອົງຄະ

ອາຍຸ 26 ປີຫລືແກ່ກວ່າບໍ່?      ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງເອົາເຈົ້າໃສ່:

**(ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄໍາຖາມອັນນີ້ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບ Apple Health)**

## ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຄຸກ ແລະ ບ່ອນຄຸມຂັງ

1. ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍໃຫ້ຢູ່ໃນຄຸກ ຫລື ຄຸກໃຫຍ່ບໍ່?      ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງເຂົາເຈົ້າໃສ່:

2. ການຕັດສິນການກ່າວຫາກຳລັງໄຈະຢູ່ບໍ່?      ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ
3. ວັນທີ່ປ່ອຍຕົວແມ່ນພາຍໃນ 30 ວັນບໍ່?      ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ

## ການຈົດຊື່ລົງທະບຽນບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ

- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ລົງທະບຽນເພື່ອຈະບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຢູ່ບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ດຽວນີ້, ທ່ານຢາກສະມັກຈົດຊື່ເພື່ອຈະບ່ອນບັດບໍ່?      ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລືອກວ່າ “ແມ່ນ” ໃບຟອມການລົງທະບຽນບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຈະຖືກສົ່ງໄປໃຫ້ທ່ານ.

ການສະມັກທີ່ຈະລົງທະບຽນຫລືການປະຕິເສດທີ່ຈະບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງຈຳນວນຂອງການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານຈະຖືກເອົາໃຫ້ ຫລື ເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການຂຽນປະກອບໃບຄຳຮ້ອງຂໍລົງທະບຽນການບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຢູ່ທີ່ສາຍດ່ວນໂທຟຣີ voter registration hotline ຂອງຣັດວໍຊິງຕັນ, 1-800-448-4881. ການຕັດສິນໃຈວ່າຈະຊອກຫາ ຫລື ຮັບເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອແມ່ນຂອງທ່ານເອງ. ທ່ານຈະຂຽນປະກອບໃບຄຳຮ້ອງຕາມລຳພັງສ່ວນຕົວກໍໄດ້.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງໄດ້ເຂົ້າແຊກແຊງນຳສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະລົງທະບຽນເພື່ອຈະບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ ຫລື ທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະລົງທະບຽນເພື່ອຈະບ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ, ຫລື ສິດທິຂອງທ່ານໃນສິດທິສ່ວນຕົວໃນການຕັດສິນໃຈວ່າຈະລົງທະບຽນ ຫລື ບໍ່, ທ່ານຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້ນຳຜະແນກ Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, ອີເມລ໌ [elections@sos.wa.gov](mailto:elections@sos.wa.gov), ຫລື ໂທຫາ 1-800-448-4881.

## ລາຍເຊັນສຳລັບຜູ້ຮ້ອງຂໍເອົາໂຄງການ Qualified Health Plan

ຢຸດ: ທ່ານສາມາດມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນພຣິຫລິໃນຮາຄາຕຳ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການຢາກໃຫ້ຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານຖືກພິຈາລະນາເບິ່ງ ແລະ ຢາກຈະຈົດຊື່ເຂົ້າໃນໂຄງການ **Qualified Health Plan (QHP)**, ຈຶ່ງເຊັນຊື່ເຂົ້າຊ່ວຍນີ້ ແລະ ຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະຈ່າຍເຕັມຮາຄາສຳລັບການຄຸ້ມກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຂຽນປະກອບພາກທີ 2 ຂອງໃບຄຳຮ້ອງ.

ອ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫລື ໄດ້ຖືກອະທິບາຍສູ່ອ້າພະເຈົ້າຝັງສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງອ້າພະເຈົ້າ.

ໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຄຳຮ້ອງໃບນີ້ທ່ານໄດ້ເຫັນພ້ອມນຳໂຄງການ Washington Healthplanfinder ທີ່ຈະແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດຂອງທ່ານນຳຕ້ອງການຂອງຣັດ ແລະ ຮັດຖະບານກາງບ່ອນອື່ນໆ.

ລາຍເຊັນ

ວັນທີ

ດຳເນີນຕໍ່ໄປ: ເພື່ອຈະສະມັກຂໍເອົາໂຄງການ **Washington Apple Health (Medicaid)** ຫລື ເຄຣດິດພາສີເພື່ອຈະລຸດຄ່າທຳນຽມປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບຂອງທ່ານລົງ, ທ່ານຕ້ອງຂຽນປະກອບພາກທີ 2 ຂອງຄຳຮ້ອງໃບນີ້.

# ພາກທີ 2

## 1

### ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບປະກັນພັຍສຸຂະພາບ

ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ມີປະກັນພັຍສຸຂະພາບບໍ່ນອກຈາກໂຄງການ Washington Apple Health (Medicaid or CHIP)?

(ຕົວຢ່າງລວມເອົາປະກັນພັຍເອກຊິນ ຫລື ຂອງນາຍຈ້າງ, ປະກັນພັຍສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນ, ປະກັນ ພັຍສະວັດດີການຈຳກັດ, Medicare, ນັກຮົບເກົ່າ,

Peace Corps, Tri-Care, ແລະປະກັນພັຍອື່ນໆ)  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງບອກຮາຍຮະອຽດໃສ່ໃນຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຖ້າຫລາຍກວ່າຄົນນຶ່ງມີປະກັນພັຍແນວອື່ນ, ໃຫ້ໃຊ້ກະດາດເພີ່ມເຕີມ.

ບໍລິສັດປະກັນພັຍຫລື ຊື່ຂອງ ນາຍຈ້າງ:	ເລກນະໂຍບາຍ:	ເລກກຸ່ມ:
_____	_____	_____
ຊື່ຂອງຜູ້ກຳນະໂຍບາຍ/ຊື່ຂອງພະນັກງານ:	ວັນເກີດຂອງຜູ້ກຳນະໂຍບາຍ:	
_____	_____	
ອຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ໂຄງການອັນນີ້:	ອຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ໂຄງການອັນນີ້:	
_____	_____	
ອຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ໂຄງການອັນນີ້:	ອຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ໂຄງການອັນນີ້:	
_____	_____	
ອຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ໂຄງການອັນນີ້:	ອຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນພາຍໃຕ້ໂຄງການອັນນີ້:	
_____	_____	

## 2

### ປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງເດັກນ້ອຍ

ຂ້າມຄຳຖາມນີ້ໄປ ແລະ ໄປຫາພາກສ່ວນຕໍ່ໄປ (ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບໃບບິນພະຍາບານທີ່ບໍ່ທັນຈ່າຍເທື່ອ) ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນສຳລັບເດັກນ້ອຍ.

ປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານຄຸ້ມກັນລູກຂອງທ່ານບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງເດັກນ້ອຍໃສ່: \_\_\_\_\_

ທ່ານໄດ້ປ່ອຍການຄຸ້ມກັນປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງລູກຂອງທ່ານໄປ, ຕຳກວ່າອາຍຸ 19 ປີ, ພາຍໃນສີ່ເດືອນຜ່ານມາບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ການຄຸ້ມກັນສິ້ນສຸດລົງເມື່ອໃດ? \_\_\_\_\_

## 3

### ຮາຍຮະອຽດໃບບິນພະຍາບານທີ່ຍັງບໍ່ທັນຈ່າຍເທື່ອ

ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳການຈ່າຍໃບບິນພະຍາບານທີ່ບໍ່ທັນຈ່າຍເທື່ອຊຶ່ງໄດ້ເກີດຂຶ້ນໃນເດືອນໃດເດືອນນຶ່ງຂອງ 3 ເດືອນທັນທີກ່ອນເດືອນປັດຈຸບັນນີ້ບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນ : \_\_\_\_\_

ທ່ານ ຫລື ສະມາຊິກຄອບຄົວອາດຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນສຸກເສີນຈຳກັດຢູ່ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນຢ່າງອື່ນຍ້ອນສະພາບການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ.

ຫມາຍໃສ່ທຸກໆບ່ອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳຄົນທີ່ບໍ່ແມ່ນຄົນສັນຊາດຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ ແລະ ຂຽນຊື່ເຂົາໃສ່ໃນບ່ອນເປົ່າວ່າງທີ່ເອົາໃຫ້:

ໄດ້ຖືກປິ່ນປົວສຳລັບສະພາບພະຍາບານສຸກເສີນໃນເດືອນນີ້ຫລືໃນຮະຫວ່າງສາມເດືອນຜ່ານມາ:

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ຕ້ອງການການຟອກເລືອດ ຫລື ການປິ່ນປົວພະຍາດມະເລງ:ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ຕ້ອງການຢາແກ້ການບໍ່ຍອມຮັບເອົາເນື່ອງເປັນຜົນມາຈາກການຜ່າຕັດປ່ຽນອະວັຍຍະວະ: ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ຕ້ອງການການເບິ່ງແຍງຜູ້ເຮັດຖ້າ,ການດຳຮົງຊີວິດທີ່ຖືກຊ່ວຍເຫລືອ,ຫລືການປິ່ນປົວຢູ່ເຮືອນ : ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຖືພາຕັ້ງທ້ອງບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ (ໃຊ້ແຖວທີ່ສອງຖ້າຫາກວ່າຫລາຍກວ່າ 1 ຄົນມີການຖືພາຕັ້ງທ້ອງສິ້ນສຸດລົງ.) ຖ້າແມ່ນ,

ຂຽນຊື່: \_\_\_\_\_ ວັນທີລູກຈະເກີດ: \_\_\_\_\_ ຈຳນວນລູກທີ່ຄາດໄວ້: \_\_\_\_\_

ຂຽນຊື່: \_\_\_\_\_ ວັນທີລູກຈະເກີດ: \_\_\_\_\_ ຈຳນວນລູກທີ່ຄາດໄວ້: \_\_\_\_\_

ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄຳຮ້ອງໃບນີ້ມີການຖືພາຕັ້ງທ້ອງໃນ 12 ເດືອນຜ່ານມາບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

(ໃຊ້ແຖວທີ່ສອງຖ້າຫາກວ່າຫລາຍກວ່າ 1 ຄົນມີການຖືພາຕັ້ງທ້ອງສິ້ນສຸດລົງ.) ຖ້າແມ່ນ,

ຂຽນຊື່: \_\_\_\_\_ ວັນທີການຖືພາສິ້ນສຸດລົງ: \_\_\_\_\_

ຂຽນຊື່: \_\_\_\_\_ ວັນທີການຖືພາສິ້ນສຸດລົງ: \_\_\_\_\_

ພາກສ່ວນນີ້ຊ່ວຍພວກເຮົາພິຈາລະນາເບິ່ງຈຳນວນເງິນຂອງລາຍໄດ້ທັງໝົດທີ່ຖືກດັດແປງ (MAGI) ຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ລາຍໄດ້ MAGI ຕ້ອງຖືກໃຊ້ເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງວ່າທ່ານຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການການຄຸ້ມກັນການປົນປົງສຸຂະພາບສ່ວນຫລາຍ ຫລື ບໍ່. ກະຣຸນາຕອບຄຳຖາມຕໍ່ລຶງໄປນີ້ສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວແຕ່ລະຄົນທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ຢ່າງຖືກຕ້ອງແນ່ນອນເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້. ຂຽນແຕ່ລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຊະນິດຂອງລາຍໄດ້ທີ່ຖືກບິງເທົ່ານັ້ນ.

ທ່ານຈະຕ້ອງຂຽນລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງໝົດປັດຈຸບັນໃສ່ສຳລັບຕົວທ່ານເອງ, ຜົວເມັງຂອງທ່ານແລະລູກຕໍ່າກວ່າກະສຽນທຸກໆຄົນ ແລະ ຄົນຫວັງເພິງທາງພາສີບໍ່ກ່ຽວກັບອາຍຸ, ນອກຈາກວ່າລູກຕໍ່າກວ່າກະສຽນ ແລະ ຄົນຫວັງເພິງທາງພາສີຈະບໍ່ຖືກບິງໃຫ້ຍິນໃບພາສີ. ເພື່ອລາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວ່າຈະລາຍງານລາຍໄດ້ໃດແນວໃດ, ຈົ່ງແວ່ເຂົ້າຢ້ຽມ

**wahbexchange.org/how-to-report-income**

**ຫມາຍເຫດ:** ຄົນອາເມຣິກັນອິນດຽນ/ອາລາສກາດັງເດີນ(AI/AN) ບໍ່ຕ້ອງໄດ້ລາຍງານລາຍໄດ້ AI/AN ຈັກຢ່າງຊຶ່ງຜະແນກງົບປະມານພາສີລາຍໄດ້ຍື່ນຈາກລາຍໄດ້ທັງໝົດທີ່ຫັກພາສີໄດ້ຂອງ AI/AN ນອກຈາກນັ້ນອີກ, AI/AN ບໍ່ຕ້ອງໄດ້ລາຍງານລາຍໄດ້ບາງຢ່າງສຳລັບໂຄງການ Washington Apple Health (Medicaid) ຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍູ່ໃນກົດຫມາຍ WAC 182-509-0340.

**ລາຍໄດ້ຈາກວຽກງານ:** ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ກຳລັງເຮັດວຽກຢູ່ປັດຈຸບັນນີ້ບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກ, ຊື່ຂອງ ນາຍຈ້າງ, ແລະຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ **ປັດຈຸບັນ** ຂອງພະນັກງານທີ່ໄດ້ຮັບເປັນເງິນຄ່າແຮງງານ, ເງິນເດືອນ ຫລື ເປັນເງິນທົບ.

ຢ່າສູ່ຂຽນລາຍໄດ້ຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວໃນພາກສ່ວນນີ້. ທ່ານຈະເລືອກທີ່ຈະເອົາຈຳນວນໄລ່ສະເລັ່ງຂອງລາຍໄດ້ຂອງທ່ານຖ້າຫາກວ່າການປ່ຽນແປງໃນອະນາຄົດໄດ້ຖືກຊີ້ບອກຢ່າງແຈ້ງແຈ້ງ. ໄລ່ສະເລັ່ງຈຳນວນປະຈຳເດືອນໂດຍການໄລ່ສະເລັ່ງລາຍໄດ້ກວມເອົາອະຍະເວລາຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍູ່ໃນກົດຫມາຍ WAC 182-509-0310.

\_\_\_\_\_ ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກ \_\_\_\_\_ ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ

\_\_\_\_\_ ຫລື ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ເມືອງ \_\_\_\_\_ ຮັດ \_\_\_\_\_ ຊືບໂຄດ

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ລາຍໄດ້ (ກ່ອນພາສີຖືກຫັກອອກ) ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ (ເງິນຄ່າແຮງງານ, ເງິນເດືອນ, ເງິນທົບ, ບໍຣິສັດ, S-ບໍຣິສັດໃຫຍ່)

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຖືກສະເນີປະກັນພັຍສຸຂະພາບໃຫ້ໂດຍນາຍຈ້າງຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກສະເນີປະກັນພັຍໃຫ້

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຕໍາສຸດທີ່ນາຍຈ້າງບ່ອນນີ້ໄດ້ສະເນີໃຫ້ເພື່ອຈະຄຸ້ມກັນແຕ່ພະນັກງານເທົ່ານັ້ນ?

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຕໍາສຸດທີ່ນາຍຈ້າງບ່ອນນີ້ໄດ້ສະເນີໃຫ້ເພື່ອຈະຄຸ້ມກັນຄອບຄົວຂອງທ່ານແມ່ນເທົ່າໃດ?\*

\_\_\_\_\_ ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກ \_\_\_\_\_ ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ

\_\_\_\_\_ ຫລື ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ເມືອງ \_\_\_\_\_ ຮັດ \_\_\_\_\_ ຊືບໂຄດ

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ລາຍໄດ້ (ກ່ອນພາສີຖືກຫັກອອກ) ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ (ເງິນຄ່າແຮງງານ, ເງິນເດືອນ, ເງິນທົບ, ບໍຣິສັດ, S-ບໍຣິສັດໃຫຍ່)

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຖືກສະເນີປະກັນພັຍສຸຂະພາບໃຫ້ໂດຍນາຍຈ້າງຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກສະເນີປະກັນພັຍໃຫ້

₺: \_\_\_\_\_  
ຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຕຳສຸດທຶນາຍຈ້າງບ່ອນນີ້ໄດ້ສະເນີໃຫ້ເພື່ອຈະຊຸມກັນແຕ່ພະນັກງານເທົ່ານັ້ນ?

₺: \_\_\_\_\_  
ຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຕຳສຸດທຶນາຍຈ້າງບ່ອນນີ້ໄດ້ສະເນີໃຫ້ເພື່ອຈະຊຸມກັນຄອບຄົວຂອງທ່ານແມ່ນເທົ່າໃດ?\*

ຊື່ຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກ	ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ		
ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂລດ

₺: \_\_\_\_\_  
ຮາຍໄດ້ (ກ່ອນພາສີຖືກຫັກອອກ) ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ (ເງິນຄ່າຜຽງງານ, ເງິນເດືອນ, ເງິນຫີບ, ບໍຣິສັດ, S-ບໍຣິສັດໃຫຍ່)

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຖືກສະເນີປະກັນພັຍສຸຂະພາບໃຫ້ໂດຍນາຍຈ້າງຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່?      ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນທີ່ຖືກສະເນີປະກັນພັຍໃຫ້

₺: \_\_\_\_\_  
ຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຕຳສຸດທຶນາຍຈ້າງບ່ອນນີ້ໄດ້ສະເນີໃຫ້ເພື່ອຈະຊຸມກັນແຕ່ພະນັກງານເທົ່ານັ້ນ?

₺: \_\_\_\_\_  
ຄ່າທຳນຽມປະຈຳເດືອນຕຳສຸດທຶນາຍຈ້າງບ່ອນນີ້ໄດ້ສະເນີໃຫ້ເພື່ອຈະຊຸມກັນຄອບຄົວຂອງທ່ານແມ່ນເທົ່າໃດ?\*

**\*ບອກຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານບໍ່ມີແຜນທີ່ຈະຮັບເອົາປະກັນພັຍສຳລັບຄົນອື່ນຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານກໍຕາມ. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄຳຖາມນີ້ຕໍ່ຄຳຖາມເຫລົ່ານີ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ **Apple Health** ຂອງທ່ານ.**

**ຮາຍໄດ້ຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວ:** ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ກຳລັງເຮັດວຽກສ່ວນ ?      ບໍ່ແມ່ນ      ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະຊວງຂຽນຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທີ່ຄາດຄະເນໄວ້ໃນປັດຈຸບັນ (ກຳໄລເມື່ອຮາຍຈ່າຍໄດ້ຖືກຈ່າຍແລ້ວ) ຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວ. ກະຊວງເບິ່ງໜັງສືສຳລັບຮາຍຈ່າຍຂອງກົດໝາຍຄ່າທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້. ທ່ານຈະເລືອກທີ່ຈະເອົາຈຳນວນໄລ່ສະເລ່ຍຂອງຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານຖ້າຫາກວ່າການປ່ຽນແປງໃນອະນາຄົດໄດ້ຖືກຊີ້ບອກຢ່າງແຈ້ງ. ໄລ່ສະເລ່ຍຈຳນວນປະຈຳເດືອນໂດຍການໄລ່ສະເລ່ຍຮາຍໄດ້ກວມເອົາຮະຍະເວລາຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍຢູ່ໃນກົດໝາຍ WAC 182-509-0370.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ	ຊື່ຂອງບໍຣິສັດ (ຖ້າມີຊື່ນຶ່ງ)	ຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ (ຢ່າສູ່ຂຽນຮາຍໄດ້ຂອງບໍຣິສັດ ຫລື S-ບໍຣິສັດໃຫຍ່ໃສ່ບ່ອນນີ້)
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ	ຊື່ຂອງບໍຣິສັດ (ຖ້າມີຊື່ນຶ່ງ)	ຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ (ຢ່າສູ່ຂຽນຮາຍໄດ້ຂອງບໍຣິສັດ ຫລື S-ບໍຣິສັດໃຫຍ່ໃສ່ບ່ອນນີ້)
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ	ຊື່ຂອງບໍຣິສັດ (ຖ້າມີຊື່ນຶ່ງ)	ຍອດຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ (ຢ່າສູ່ຂຽນຮາຍໄດ້ຂອງບໍຣິສັດ ຫລື S-ບໍຣິສັດໃຫຍ່ໃສ່ບ່ອນນີ້)

**ລາຍໄດ້ຈາກເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ:** ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ກຳລັງໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມຢູ່ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ  
 ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນເງິນລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກ Social Security Administration ສຳລັບເງິນບໍານານ, ເສັຽອົງຄະ, ຫລື ຜູ້ລອດຊີວິດ. ຢ່າສູ່ລາຍງານເງິນຄວາມປອດພັຍພື້ນເຕີມ (SSI).

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (ບໍ່ແມ່ນເງິນ SSI)	ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (ບໍ່ແມ່ນເງິນ SSI)	ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (ບໍ່ແມ່ນເງິນ SSI)	ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ

**ລາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນ:** ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ກຳລັງໄດ້ຮັບລາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນຢູ່ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ  
 ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາຂຽນລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທີ່ໄດ້ຮັບຈາກການເຊົ່າເຮືອນຂຽນ ຫລື ຊັບສິນສ່ວນຕົວ. ຂຽນຍອດລາຍໄດ້ໃສ່, ຫລັງຈາກລາຍຈ່າຍຂອງກິດຈະການຄ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບລາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນ	ຊື່ຂອງທີ່ດິນເຮືອນຂຽນ (ຖ້າມີຢູ່)	ຍອດລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບລາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນ	ຊື່ຂອງທີ່ດິນເຮືອນຂຽນ (ຖ້າມີຢູ່)	ຍອດລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບລາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນ	ຊື່ຂອງທີ່ດິນເຮືອນຂຽນ (ຖ້າມີຢູ່)	ຍອດລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ

ທ່ານຈະຕ້ອງຂຽນລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງໝົດປັດຈຸບັນໃສ່ສຳລັບຕົວທ່ານເອງ, ຜົວເມັງຂອງທ່ານແລະລູກຕຳກ່າກະສຽນທຸກໆຄົນ ແລະ ຄົນຫວັງເພິ່ງທາງພາສີບໍ່ກ່ຽວກັບອາຍຸ, ນອກຈາກວ່າລູກ  
 ຕຳກ່າກະສຽນແລະຄົນຫວັງເພິ່ງທາງພາສີຈະບໍ່ຖືກບິ່ງໃຫ້ຢືນໃບພາສີ. ເພື່ອລາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວ່າຈະລາຍງານລາຍໄດ້ໃດໃດແນວໃດ, ຈົ່ງແວ່ເຂົ້າຢ້ຽມ

**wahbexchange.org/how-to-report-income**

**ໝາຍເຫດ:** ຄົນອາເມຣິກັນອິນດຽນ/ອາລາສກາດັ່ງ ເດີມ(AI/AN) ບໍ່ຕ້ອງໄດ້ລາຍງານລາຍໄດ້ AI/AN ຈັກຢ່າງຊຶ່ງຜະແນກງົບປະມານພາສີລາຍໄດ້ຍົກເວັ້ນຈາກລາຍໄດ້ທັງໝົດທີ່ກຳລັງໄດ້ຂອງ  
 AI/AN ນອກຈາກນັ້ນອີກ, AI/AN ບໍ່ຕ້ອງໄດ້ລາຍງານລາຍໄດ້ບາງຢ່າງສຳລັບໂຄງການ Washington Apple Health (Medicaid) ຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍຢູ່ໃນກົດໝາຍ  
 WAC 182-509-0340.

**ລາຍໄດ້ຈາກວຽກງານ:** ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ກຳລັງເຮັດວຽກຢູ່ປັດຈຸບັນນີ້ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ  
 ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກ, ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ, ແລະຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ **ປັດຈຸບັນ** ຂອງພະນັກງານທີ່ໄດ້ຮັບເປັນເງິນຄ່າແຮງງານ, ເງິນເດືອນ ຫລື ເປັນເງິນທົບ. ຢ່າສູ່  
 ຂຽນລາຍໄດ້ຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວໃສ່ໃນພາກສ່ວນນີ້. ທ່ານຈະເລືອກທີ່ຈະເອົາຈຳນວນໄລ່ສະເລັ່ງຂອງລາຍໄດ້ຂອງທ່ານຖ້າຫາກວ່າການປ່ຽນແປງໃນອະນາຄົດໄດ້ຖືກຊັບອກຢ່າງແຈ້ງແຈ້ງ.  
 ໄລ່ສະເລັ່ງຈຳນວນປະຈຳເດືອນໂດຍການໄລ່ສະເລັ່ງລາຍໄດ້ກວມເອົາອະຍາຍຢູ່ໃນກົດໝາຍ WAC 182-509-0310.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກ	ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ
ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ	ເມືອງ ຮັດ ຊືບໂຄດ

ລາຍໄດ້ (ກ່ອນພາສີຖືກຫັກອອກ) ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ (ເງິນຄ່າແຮງງານ, ເງິນເດືອນ, ເງິນທົບ, ບໍຣິສັດ, S-ບໍຣິສັດໃຫຍ່)



ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກ

ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ

ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ

ເມືອງ

ຮັດ

ຊືບໂຄດ

ຮາບໄດ້ (ກ່ອນພາສີຖືກຫັກອອກ) ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ (ເງິນຄ່າຜຽງງານ, ເງິນເດືອນ, ເງິນທົບ, ບໍລິສັດ, S-ບໍລິສັດໃຫຍ່)

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກ

ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ

ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ

ເມືອງ

ຮັດ

ຊືບໂຄດ

ຮາບໄດ້ (ກ່ອນພາສີຖືກຫັກອອກ) ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ (ເງິນຄ່າຜຽງງານ, ເງິນເດືອນ, ເງິນທົບ, ບໍລິສັດ, S-ບໍລິສັດໃຫຍ່)

**ຮາບໄດ້ຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວ:** ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ກຳລັງເຮັດວຽກສ່ວນຕົວຢູ່ປັດຈຸບັນນີ້ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາຂຽນຍອດຮາບໄດ້ປະຈຳເດືອນທີ່ຄາດຄະເນໄວ້ໃນປັດຈຸບັນ (ກຳໄລເມື່ອຮາບຈ່າຍໄດ້ຖືກຈ່າຍແລ້ວ) ຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວ. ກະຮຸນາເບິ່ງຫນັງສືສຳລັບຮາບຈ່າຍຂອງກິດຈະການຄ້າທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້. ທ່ານຈະເລືອກທີ່ຈະເອົາຈຳນວນໄລ່ສະເລ່ຍຂອງຮາບໄດ້ຂອງທ່ານຖ້າຫາກວ່າການປ່ຽນແປງໃນອະນາຄົດໄດ້ຖືກຊັບອກຢ່າງແຈ້ງ. ໄລ່ສະເລ່ຍຈຳນວນປະຈຳເດືອນໂດຍການໄລ່ສະເລ່ຍຮາບໄດ້ກວມເອົາອະຍະເວລາຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍຢູ່ໃນກົດໝາຍ WAC 182-509-0370.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ

ຊື່ຂອງບໍລິສັດ (ຖ້າມີຊື່ນຶ່ງ)

ຍອດຮາບໄດ້ປະຈຳເດືອນ (ຢ່າສູ່ຂຽນຮາບໄດ້ຂອງບໍລິສັດ ຫລື S-ບໍລິສັດໃຫຍ່ໃສ່ບ່ອນນີ້)

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ

ຊື່ຂອງບໍລິສັດ (ຖ້າມີຊື່ນຶ່ງ)

ຍອດຮາບໄດ້ປະຈຳເດືອນ (ຢ່າສູ່ຂຽນຮາບໄດ້ຂອງບໍລິສັດ ຫລື S-ບໍລິສັດໃຫຍ່ໃສ່ບ່ອນນີ້)

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກງານສ່ວນຕົວ

ຊື່ຂອງບໍລິສັດ (ຖ້າມີຊື່ນຶ່ງ)

ຍອດຮາບໄດ້ປະຈຳເດືອນ (ຢ່າສູ່ຂຽນຮາບໄດ້ຂອງບໍລິສັດ ຫລື S-ບໍລິສັດໃຫຍ່ໃສ່ບ່ອນນີ້)

**ເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ:** ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ກຳລັງໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມຢູ່ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນເງິນຮາບໄດ້ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກສຳລັບເງິນເບັ້ງບຳນານ, ເສັຽອົງຄະ, ຫລື ຜູ້ລອດຊີວິດ. ຢ່າສູ່ລາຍງານເງິນຄວາມປອດພັຍພື້ນເຕີມ (SSI).

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (ບໍ່ແມ່ນເງິນ SSI)

ຮາບໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (ບໍ່ແມ່ນເງິນ SSI)

ຮາບໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (ບໍ່ແມ່ນເງິນ SSI)

ຮາບໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ

**ຮາບໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນ:** ທ່ານ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ກຳລັງໄດ້ຮັບຮາບໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນຢູ່ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາຂຽນຮາບໄດ້ປະຈຳເດືອນທີ່ໄດ້ຮັບຈາກການເຊົ່າເຮືອນ ຫລື ຊັບສິນສ່ວນຕົວ. ຂຽນຍອດຮາບໄດ້ໃສ່, ຫລັງຈາກຮາບຈ່າຍຂອງກິດຈະການຄ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນ

ຊື່ຂອງທີ່ດິນເຮືອນຊານ (ຖ້າມີຢູ່)

ບອກຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນ

ຊື່ຂອງທີ່ດິນເຮືອນຊານ (ຖ້າມີຢູ່)

ບອກຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າເຮືອນ

ຊື່ຂອງທີ່ດິນເຮືອນຊານ (ຖ້າມີຢູ່)

ບອກຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ

**7**

**ຮາຍໄດ້ອື່ນໆ**

ຢ່າສູ່ລວມເອົາໃສ່ນຳເງິນລ້ຽງລູກ ຫລື ເງິນນັກຮົບເກົ່າທີ່ບໍ່ແມ່ນເບັ້ງລ້ຽງ, ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ ແລະ ບອກພວກເຮົາວ່າແມ່ນໃຜໄດ້ເງິນນັ້ນ ແລະ ເອົາເຈົ້າໄດ້ຮັບເປັນຈຳນວນເທົ່າໃດ, ແລະດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ.

ເງິນລ້ຽງດູຄູ່ຜົວເມັງເງິນຊື້ມູຜົວເມັງ

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ເງິນຈ່າຍປະຈຳປີຫລືເງິນເບັ້ງລ້ຽງ

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ເງິນຕົ້ນທຶນໄດ້ກຳໂຮ

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ເງິນຈ່າຍກຳໂຮປັນກັນ, ສະຕອກ, ຫລືເງິນແບ່ງສ່ວນ

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ຮາຍໄດ້ຈາກການເຮັດຝາມ

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ຮາຍໄດ້ຈາກຕ່າງປະເທດ

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ຮາຍໄດ້ຈາກບັນຊີສິນເຊື້ອ

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ເງິນກຳໂຮດອກເບັ້ງ

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ຮາຍໄດ້ຈາກ IRA

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ຮາຍໄດ້ຫັກພາສີອອກໄດ້ອື່ນໆ

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

ເງິນເບັ້ງບຳນານກົມທາງຮີດໄຟ

ແມ່ນໃຜ: \_\_\_\_\_

ໂຮງ: \_\_\_\_\_

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: \_\_\_\_\_

	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ຮາຍໄດ້ຈາກຄ່າລິກຂະສິດ	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ຮາຍໄດ້ຈາກຊົນເຜົ່າທີ່ໜ້າພາສີໄດ	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ເງິນວ່າງງານ	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____

ສະມາຊິກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີ ຫລື ຄົນໜຶ່ງເພິ່ງອີງຕາມພາສີຢູ່ໃນຄໍາຮ້ອງໃບນີ້ຈະສອດຄ່ອງນໍາກິດກໍານົດທີ່ຈະຍື່ນໃບພາສີຮາຍໄດ້ຂອງຮັດຖະບານການໃນປີນີ້ບໍ່?

_____	ບໍ່ແມ່ນ	ແມ່ນ
_____	ບໍ່ແມ່ນ	ແມ່ນ
_____	ບໍ່ແມ່ນ	ແມ່ນ

## 8

### ເງິນຫັກອອກ

ຮາຍຈ່າຍເຫລົ່ານີ້ສາມາດຈຳນວນເງິນຂອງຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານລົງເຊິ່ງພວກເຮົາໃສ່ສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປືນປົວສຸຂະພາບບາງຊະນິດ, ຄືກັນກັບພະແນກ IRS ໃຊ້ມັນເພື່ອຈະຈຳນວນເງິນພາສີທີ່ທ່ານຕິດຢູ່. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຕອບ, ທ່ານຍັງຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນການປືນປົວສຸຂະພາບຟຣີ ຫລື ໃນຮາຄາຕໍ່າຢູ່.

ເງິນລ້ຽງດູຄູ່ຜົວເມັດ/ເງິນຊົມຊູຜົວເມັດທີ່ຖືກຈ່າຍອອກໄປ	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ຮາຍຈ່າຍການຄ້າທີ່ທວງເອົາໄດ້ບາງຢ່າງ	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ຮາຍຈ່າຍສໍາລັບນາຍຄູ	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ເງິນບໍຣິຈາກບັນຊີອອມສິນສຸຂະພາບ	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ຄ່າຍົກຍ້າຍສໍາລັບການຍົກຍ້າຍທະຫານທາງການ	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ເງິນປັບໂຫມໃນການຖອນເງິນອອມສິນກ່ອນກໍານົດ	ແມ່ນໃຜ: _____	₺: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____

	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ເງິນປັບໄຫມໃນການຖອນເງິນອອນສິນກ່ອນກຳນົດ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ປະກັນພັຍສຸຂະພາບວຽກງານສ່ວນຕົວ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ແຜນການເບັ້ງບຳນານວຽກງານສ່ວນຕົວ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ພາສີວຽກງານສ່ວນຕົວ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
ດອກເບັ້ງເງິນກູ້ຢືມກສິກສາ	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____
	ແມ່ນໃຜ: _____	\$: _____	ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງ: _____

**9 ຣາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມ**

ມີສະມາຊິກຄົນໃດຄົນນຶ່ງຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເຫລົ່ານີ້ໃນໄລຍະເວລານຶ່ງບໍ່?

d. ການບໍລິການປົນປົວສະຍະຍາວຍ້ອນວ່າທ່ານກຳລັງອາໄສຢູ່ໃນປັດຈຸບັນນີ້ ຫລື ຄາດວ່າຈະຍ້າຍໄປຢູ່ໃນສະຖາບັນປົນປົວພະຍາບານ, ເຊັ່ນວ່າເຮືອນຜູ້ເຖົ້າ. ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນ: \_\_\_\_\_

ຊະນິດຂອງສະຖາບັນປົນປົວ: \_\_\_\_\_

b. ຄົນເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ໃນເຮືອນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນ: \_\_\_\_\_

c. ການບໍລິການປົນປົວຊ່ວຍເຫລືອນຳການອາໄສຢູ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນ: \_\_\_\_\_

d. ການບໍລິການຜ່ານ Division of Developmental Disabilities? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນ: \_\_\_\_\_

e. ການປົນປົວ Hospice care? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນ: \_\_\_\_\_

f. ການຄຸ້ມກັນປົນປົວສຸຂະພາບຍ້ອນວ່າເຂົາເຈົ້າບໍ່ສາມາດທີ່ຈະເຮັດວຽກໄດ້ຍ້ອນສະພາບຂອງສຸຂະພາບຫລືຄວາມເສັ້ງອົງຄະບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນ: \_\_\_\_\_

ທ່ານຈະຖືກບິ່ງໃຫ້ຂຽນປະກອບໃບຟອມ **HCA form 18-005 (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf)** ຖ້າຫາກວ່າສິ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້ແມ່ນວ ໃດແມ່ນວນຶ່ງກ່ຽວຂ້ອງນຳ:

- ທ່ານມີອາຍຸ 65 ປີຫລືແກ່ກວ່າຫລືໄດ້ຮັບ Medicare.
- ທ່ານໄດ້ຕອບວ່າແມ່ນຕໍ່ຄໍາຖາມອັນໃດອັນນຶ່ງໃນ າ-ພ ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້.
- ທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາໂຄງການ Medically Needy (MN) ຫລື Apple Health for Workers with Disabilities (HWD).

**10 ອ່ານຢ່າງຮະມັດຮະວັງກ່ອນເຊັນຊື່**

ການເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດໃຫ້ທ້ອງການຂອງຮັດ ແລະ ຮັດຖະບານກາງອື່ນໆ:

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ ຮູ້າຊຸຣິນງທໂນ ຫວາລທຣປລານພິນດຣ ທີ່ຈະພິສູດຮາຍຮະອຽດ ກ່ຽວກັບພາສີຮາຍໄດ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າທາງເວລາ ໂຕຣນິກໃນຮະຫວ່າງການ ດໍາເນີນການຕໍ່ໃຫມ່ປະຈໍາປີເປັນຮະຍະເວລາເຖິງ 5 ປີ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດປ່ຽນຄໍາອະນຸຍາດ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃນທຸກໆເວລາ. ໂດຍການ ໜ້າຍໃສ່ບອກນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເອົາເງິນເຄຣດິດພາສີຖືກໄລ່ໃສ່ການຕໍ່ໃຫມ່ປະຈໍາປີຂອງຂ້າພະເຈົ້າໂດຍບໍ່ຕ້ອງມີການກະທໍາຕໍ່ໄປໃດໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫລື ໄດ້ຖືກອະທິບາຍໃຫ້ຂ້າ ພະ ເຈົ້າຝັງສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະໄດ້ຮັບໃບໂກປີຂອງ ສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບ ຂອງລູກຄ້າ.

**11 ການແຈ້ງການ ແລະ ລາຍເຊັນ**

**ເຜື້ອະຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນ Washington Apple Health (Medicaid) ຟຣີ ຫລື ຣາຄາຕໍ່າ ຫລື ເຄຣດິດພາສີເຜື້ອະ ລຸດຄ່າທໍານຽມຂອງທ່ານລົງ, ລາຍເຊັນຂອງທ່ານຕ້ອງມີຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.**

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈຮາຍຮະອຽດ ຢູ່ໃນຄໍາຮ້ອງໃບນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງວ່າ, ພາຍໃຕ້ ການປັບໄຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເທັດ, ຮາຍຮະ ອຽດທີ່ຂ້າພະ ເຈົ້າ ເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຄໍາ ຮ້ອງໃບນີ້ເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ, ແລະ ຄົບຖ້ວນ ອີງຕາມ ຄວາມຮັບຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນ

ວັນທີ