

## ການຍົກເວັ້ນຕໍ່ການພິສູດເງື່ອນໄຂຮັບເອົາໃນສະພາບການພິເສດ

ຈົ່ງໃຊ້ຟອມໃບນີ້ເທົ່ານັ້ນຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ພະຍາຍາມສຸດຄວາມສາມາດ ແລະ ຍັງບໍ່ສາມາດທີ່ຈະພິສູດຮາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້, ທ່ານຈະຢືນຢັນຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຮາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ ແລະ ອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ມີເອກສານເພື່ອຈະສົ່ງມາໃຫ້ພວກເຮົາ.

ເມື່ອເວລາ Washington Health Benefit Exchange ໄດ້ຮັບຟອມໃບນີ້ແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະກວດເບິ່ງຄືນໃນຮາຍຮະອຽດທີ່ທ່ານສົ່ງມາໃຫ້.

ພວກເຮົາຍັງຈະເບິ່ງຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ *Washington Healthplanfinder* ຂອງທ່ານອີກຄັ້ງ ແລະ

ຮາຍຮະອຽດແນວອື່ນໆກຸ່ງຢ່າງທີ່ໄດ້ຮັບຈາກແຫຼ່ງຂໍ້ມູນເອເລັກໂຕຣນິກທີ່ມີໄວ້ໃຫ້ພວກເຮົາ (ຊຶ່ງໄດ້ຖືກອະນຸມັດໂດຍກົມ **U.S. Department of Health and Human Services**). ໂດຍການໃຊ້ຮາຍຮະອຽດອື່ນນີ້, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຍົກເວັ້ນຕໍ່ການພິສູດເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງທ່ານອີງຕາມແຕ່ລະກໍລະນີໄປ.

**ຫມາຍເຫດ:** ໃບຟອມໃບນີ້ບໍ່ສາມາດຖືກໃຊ້ສໍາລັບຄວາມບໍ່ຖືກຕ້ອງກົງກັນທີ່ກ່ຽວພັນນໍາການເປັນສັນຊາດ ຫລື ສະພາບການເຂົ້າເມືອງ.  
**45 CFR 155.315(g).**

ຄໍາຮ້ອງຂໍ ID	ເລກຄວາມປອດພ້ອງສັງຄົມ	ວັນທີຂອງມັນ (ດດ/ວວ/ປປປປ)
--------------	----------------------	--------------------------

### ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ຊື່	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ	ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ)
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ			ອາພັດເນັ້ນ/ຫ້ອງແຖວ #
ເມືອງ	ຮັດ	ຊົບໂຄດ	ຄາວຕີ

### ຄໍາແນະນໍາ

ຂຽນປະກອບຮາຍຮະອຽດຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ *ເທົ່ານັ້ນ* ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີຫົນທາງແນວອື່ນທີ່ຈະສົ່ງຫຼັກຖານຂອງຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານມາໃຫ້. ຄວາມພິດພາດທີ່ຈະຂຽນປະກອບໃບຟອມໃບນີ້ຈະເປັນຜົນເຖິງການປະຕິເສດ ຫລື ການລຸດລົງໃນເອເລັກຕີພາສີຄ່າທຳນຽມຂອງປະກັນພ້ອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

### ພາກສ່ວນ A: ການອະທິບາຍ

ສໍາຄັນ: ທ່ານຕ້ອງອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ສາມາດທີ່ຈະສົ່ງຫຼັກຖານຂອງຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານມາໃຫ້. ພວກເຮົາຈະໃຊ້ຄໍາອະທິບາຍອັນນີ້ເພື່ອຈະພິຈາະນາເບິ່ງວ່າເຫດຜົນອັນນີ້ເຮັດໃຫ້ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ ຫລື ບໍ່. ກະຊວງບອກໃຫ້ແຈ້ງເປັນຮາຍຮະອຽດ.

ຖ້າຫາກວ່າຄໍາອະທິບາຍຂອງທ່ານບໍ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ, ທ່ານຈະຖືກຂໍໃຫ້ສົ່ງເອກສານເພີ່ມເຕີມມາໃຫ້ເພື່ອຈະພິສູດຮາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທັງຫມົດຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການບ່ອນວ່າງເພີ່ມເຕີມເພື່ອຈະໃຫ້ຄໍາອະທິບາຍ, ທ່ານສາມາດຄັດຫນ້າເຊິ່ງເພີ່ມເຕີມ ຫລື ເອກສານເພີ່ມເຕີມໃສ່ມາຟອມໃບນີ້.

ການອະທິບາຍ

### ອ່ານ ແລະ ເຊັນຊື່ຢູ່ທາງລຸ່ມນີ້

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີຫົນທາງອື່ນທີ່ຈະບັນທຶກຮາຍໄດ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ວ່າຮາຍຮະອຽດຂ້າງເທິງນີ້ທຸກໆຢ່າງແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຮາຍຮະອຽດອື່ນນີ້ຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອຈະຕັດສິນວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບເຄຣດິດພາສີຄ່າທຳນຽມຂອງປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບ ຫລື ບໍ່. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າພະນັກງານຂອງໂຄງການຈະພິສູດຮາຍຮະອຽດຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈອີກວ່າຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າເອົາຮາຍຮະອຽດຮາຍໄດ້ທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງໃຫ້ໂດຍເຈດຕະນາ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄືນໃນເງື່ອນເຄຣດິດພາສີທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ ແລະ/ຫລື ຈະບໍ່ໄດ້ຮັບເງື່ອນເຄຣດິດພາສີໃນອະນາຄົດ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຢັ້ງຢືນອີກວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຖາມໂດຍ **Washington Health Benefit Exchange** ກ່ຽວກັບທີ່ມາຂອງຮາຍໄດ້ທຸກໆຢ່າງທີ່ໄດ້ຮັບໂດຍຄອບຄົວ. ກ່ອນທີ່ຈະໃຊ້ຟອມໃບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ພະຍາຍາມສຸດຄວາມສາມາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈະພິສູດຮາຍໄດ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໂດຍການໃຊ້ການບັນທຶກແນວອື່ນ.

ລາຍເຊັນ <b>X</b>	ວັນທີຂອງລາຍເຊັນ (ເດ/ວວ/ປປປປ)
---------------------	------------------------------

### ສິ່ງໃບຟອມໄປທີ່:

ອັບໂຫລດໃບຟອມທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວໃສ່ບັນຊີ *Washington Healthplanfinder* ຂອງທ່ານ ຫລື ສົ່ງທາງໄປສະນີໄປທີ່:

Washington Healthplanfinder  
PO Box 946  
Olympia, WA 98507

**Discrimination is Against the Law**

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority

ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຮັບຖານກາງທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ແລະບໍ່ຈຳແນກບຸກຄົນໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີ່ຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ. The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority ບໍ່ຈຳແນກບຸກຄົນຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາໂດຍແຕກຕ່າງດ້ວຍເຫດຜົນດ້ານ ເຊື້ອຊາດ, ສີ່ຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority

ຍັງໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຮັບຖານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງແລະບໍ່ມີການເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານທາງດ້ານຫຼື ຄວາມເຊື່ອ, ເພດ, ການສະແດງອອກທາງເພດ ຫຼື ເອກະລັກ, ລົດນິຍົມທາງເພດ, ຖານະການແຕ່ງງານ, ສາສະໜາ, ທະຫານເກີດທີ່ອອກຈາກໜ້າທີ່ຢ່າງມີກົດຫລື ຖານະການເປັນທະຫານ, ຫລື ຜູ້ພິການທີ່ອາໄສໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກແລ້ວ ຫຼື ສັດຮັບໃຊ້ສະເພາະໃນການນຳທາງ.

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະການບໍລິການ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ກ່ຽວກັບ ທີ່ພິການ ເພື່ອໃຫ້ສາມາດສື່ສານກັບພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບ, ເຊັ່ນ:
  - ນາຍພາສາໃບ້ທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ
  - ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນໆ (ເຊັ່ນ ຕົວພິມໃຫຍ່, ເທັບບັນທຶກ, ຮູບແບບອິເລັກໂຕຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ)
- ໃຫ້ບໍລິການດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ
  - ແກ່ບຸກຄົນທີ່ພາສາຫຼັກຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊັ່ນ:
    - ນາຍພາສາທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ
    - ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນໃນພາສາອື່ນ

ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ຈົ່ງຕິດຕໍ່ 1-855-923-4633

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority ໄດ້ມີຄວາມລົ້ມເຫຼວໃນການໃຫ້ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫລື ໄດ້ເລືອກປະຕິບັດດ້ວຍວິທີທາງອື່ນ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບ :

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 Fax: 360-841-7653	Health Care Authority Division of Legal Services ATTN: Compliance Officer  PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 1-855-682-0787 Fax: 360-586-9551 <a href="mailto:compliance@hca.wa.gov">compliance@hca.wa.gov</a>
--	---

[appeals@wahbexchange.org](mailto:appeals@wahbexchange.org)

ທ່ານສາມາດຍື່ນເລື້ອຍໆຮ້ອງທຸກດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ໂດຍທາງຈົດໝາຍ, ແຜນຊຸ້, ຫຼື ອີເມວ. ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການ

ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບຄຳຮ້ອງທຸກ, Washington Health Benefit Exchange Legal Department/ Health Care Authority Division of Legal Services ແມ່ນພ້ອມຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ. ນອກຈາກນີ້ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງທຸກດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງໄດ້ກັບທາງ U.S. Department of Health and Human Services (ກະຊວງປະຊາສົ່ງເຄາະແລະສຸຂະພາບຂອງສະຫະຣັດ), Office for Civil Rights (ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ), ໂດຍທາງອິເລັກໂຕຣນິກຜ່ານ Office for Civil Rights Complaint Portal, ຊຶ່ງມີໃຫ້ທ່ານເວັບໄຊ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ຫຼື ໂດຍທາງໄປສະນີ ຫຼື ທາງໂທຣະສັບ ທີ່:

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)  
ຟອມຄຳຮ້ອງທຸກ ກມີໃຫ້ທ່ານເວັບໄຊ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្បួល, គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).