

ໃບຟອມສະພາບຂອງການແຈ້ງການຂອງການບໍ່ຖືກຄຸມຂັງ

ຈົ່ງໃຊ້ຟອມໃບນີ້ເພື່ອຈະຢືນຢັນວ່າທ່ານ ຫລື ເດັກຕໍາກວ່າກະສຽນຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຖືກຄຸມຂັງຢູ່ໃນປັດຈຸບັນນີ້ຢູ່ໃນຄຸກນ້ອຍ ຫລື ຄຸກໃຫຍ່ຂອງເມັຊິງ, ຄາວຕິ, ຮັດ, ຫລື ຮັດຖະບານກາງ. ສະພາບຂອງການຖືກຄຸມຂັງສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບຟຣີ ຫລື ຮາຄາຕໍາໂດຍຜ່ານ *Washington Healthplanfinder*.

ຄຳຮ້ອງ ID (ຕາມໃຈເອົາໃຫ້)	ເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ	ວັນທີຂອງມັນ (ດດ/ວວ/ປປປປ)
--------------------------	-------------------------	--------------------------

ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ/ເດັກຕໍາກວ່າກະສຽນ

ຊື່	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ
ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ)	ເລກໂທຣະສັບກາງວັນ	ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ອາພັດເມັນທ້ອງແຖວ #	
ເມັຊິງ	ຮັດ	ຊື່ບໍລິເວນ
ຄາວຕິ		

ໃບຟອມໃບນີ້ແມ່ນເພື່ອຈະຢືນຢັນວ່າຂ້າພະເຈົ້າ, _____ (ຂຽນຊື່ຂອງທ່ານ ຫລື ຊື່ຂອງລູກຂອງທ່ານ) ບໍ່ໄດ້ຖືກຄຸມຂັງໃນເວລາທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສົ່ງຄຳຮ້ອງສຳລັບປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າຂ້າມາໂດຍຜ່ານໂຄງການ *Washington Healthplanfinder*.

ອ່ານ ແລະ ເຊັນຊື່ໃສ່ຟອມໃບນີ້

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າພາຍໃຕ້ການປັບໂຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເທັດວ່າຮາຍຮະອຽດທີ່ຖືກປັນຈຸຢູ່ໃນເອກສານອັນນີ້ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ ແລະ ວ່າການສື່ໂກງ ຫລື ການສະເໜີບໍ່ຖືກຕ້ອງໃນຮາຍຮະອຽດຕ່າງໆທີ່ຖືກສະເໜີມາໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນຂອງຄຳຮ້ອງຂໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າສຳລັບປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບໂດຍຜ່ານໂຄງການ *Washington Healthplanfinder* ຈະຖືວ່າເປັນພັນຖານສຳລັບການຢຸດຈິດຊື່ເຂົ້າຮ່ວມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ວັນທີຂອງລາຍເຊັນ (ດດ/ວວ/ປປປປ)
<input checked="" type="checkbox"/>	
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ (ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ)	ວັນທີຂອງລາຍເຊັນ (ດດ/ວວ/ປປປປ)
<input checked="" type="checkbox"/>	
ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ (ກະຊວງຂຽນເປັນຕົວພິມ)	
<input type="checkbox"/>	
ໂດຍການຫມາຍໃສ່ບ່ອນນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າເປັນພໍ່ແມ່ ຫລື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງເດັກຕໍາກວ່າກະສຽນທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ ແລະ ໄດ້ເຊັນຊື່ໃສ່ໃນນາມຂອງເຂົາເຈົ້າ.	

ສິ່ງໃບຟອມໄປທີ່:

ອັບໂຫລດໃບຟອມທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວໃບນີ້ໃສ່ບັນຊີ *Washington Healthplanfinder* ຂອງທ່ານ ຫລື ສົ່ງໄປຫາ:

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, WA 98507-1757

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
 ບໍ່ຈຳແນກບຸກຄົນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາໂດຍແຕກຕ່າງດ້ວຍເຫດຜົນດ້ານ
 ເຊື້ອຊາດ, ສີ່ຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority
 ຍັງໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຮັບຖານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງແລະບໍ່ມີການເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນ
 ນຖານທາງດ້ານຫຼັກຄວາມເຊື່ອ, ເພດ, ການສະແດງອອກທາງເພດ ຫຼື
 ເອກະລັກ, ລົດນິຍົມທາງເພດ, ຖານະການແຕ່ງງານ,
 ສາສະໜາ, ທະຫານເກີດທີ່ອອກຈາກໜ້າທີ່ຢ່າງມີກົດຫລື ຖານະການເປັນທະຫານ, ຫລື
 ຜູ້ພິການທີ່ອາໄສໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບການຜຶກແລ້ວ 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 compliance@hca.wa.gov
--	---

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៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល, 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 - XIYYEEFFANNA: 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, ຈະມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. 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).