Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

ការពិនិត្យមើលលក្ខណសម្បត្តិឡើងវិញ
សំរាប់ជំនួយនៃការថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ
ELIGIBILITY REVIEW
FOR LONG TERM CARE BENEFITS

ឈ្មោះរបស់អតិថិជន (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាលជាអក្សរកាត់, នាមត្រកូល)	លេខ ID របស់អតិថិជន
អាសយដ្ឋានរបស់អតិថិជន ក្រុង រដ្ឋ លេខហ្ស៊ីបកូដ	
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់អតិថិជន ក្រុង រដ្ឋ លេខហ្ស៊ីបកូដ	
លេខទូរស័ព្ទអ្នកជម្ងឺ	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែលអ្នកជម្ងឺ

អ្នកតំណាងស្របច្បាប់

អ្នកតំណាងស្របច្បាប់គឺជាបុគ្គលម្នាក់ ដែលអ្នកអនុញ្ញាតឲ្យក្រសួង DSHS ពិភាក្សាជាមួយអំពីករណីជំនួយរបស់អ្នក ។
អ្នកអាចរកជនណាម្នាក់ឲ្យធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នក ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាសេចក្តីតំរូវដែលថា ឲ្យត្រូវតែមាននោះទេ ។ តើអ្នកមានអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ឬទេ?
☐ បាទ/ចាះ ☐ ទេ

ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាងស្របច្បាប់	ទំនាក់ទំនង
អាសយដ្ឋានសំបុត្ររបស់អ្នកតំណាងស្របច្បាប់ ក្រុង រដ្ឋ លេខហ្ស៊ីបកូដ	
លេខទូរស័ព្ទ	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល

ធនធាននានារបស់អតិថិជន *(ចូរភ្ជាប់ភស្តុតាង)*

	ចំនួនជាប្រាក់/តម្លៃ	ទីកន្លែង
គណនីដែលគ្រឹះស្ថាន/មន្ទីរថែរក្សាជនជរា-ពិការបានរក្សាទុក	$	
ប្រាក់នៅទីងដៃ (ប្រាក់សុទ្ធ)	$	
គណនីចំណាយនានា	$	
គណនីសន្សុំនានា	$	
គណនីធនាគារដទៃៗទៀត	$	
ការធានារ៉ាប់រងជីវិត/សំរាប់បញ្ចុះសពនានា	$	
មូលនិធិបញ្ចុះសព	$	
ធនលាភសាមយិក (Annuities)	$	
ផ្ទះ ឬទ្រព្យសម្បត្តិដទៃទៀត	$	
ដទៃៗទៀត - រថយន, អណត្តិព្យាបាលភាព, ហ៊ុន, ឥណទេយ្យបញ្ញា, សង្គហធន, វិញ្ញាបនបត្រផ្ញើប្រាក់ដទៃទៀត ៖ (ចូររាយឈ្មោះនៅខាងក្រោម)		
	$	
	$	

តើអ្នកបានលក់, បានដោះដូរ ឬបានឲ្យប្រាក់, ផ្ទះ ទ្រព្យសម្បត្តិ ឬធនធាននានាដទៃទៀតទៅជនណាម្នាក់ក្នុងពេលប្រាំឆ្នាំមុនដែរទេ? ☐ បាទ/ចាះ ☐ ទេ
បើឆ្លើយថា "បាទ/ចាះ," ចូរបំពេញតារាងខាងក្រោមនេះ ៖

ប្រភេទ	លក់, ដោះដូរ ឬឲ្យទៅអ្នកណា	ចំនួនជាប្រាក់	កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្ទេរ
		$	
		$	

ប្រាក់ចំណូលរបស់អតិថិជន *(ចូរភ្ជាប់ភស្តុតាង)*	ចំនួនជាប្រាក់
ជំនួយសន្តិសុខសង្គម	$
ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍/សោធននិវត្តន៍/ធនលាភសាមយិក	$
ប្រាក់ដទៃៗទៀត - ប្រាក់ជំនួយអតីតយុទ្ធជន, ប្រាក់ L&I, សោធនអាហារកិច្ច, ប្រាក់ភាគលាភ, ប្រាក់ចំណូលពលកម្ម, ប្រាក់ថ្លៃឈ្នួល ឬប្រាក់ចំណូលប្រចាំត្រីមាស ។ (ចូររាយឈ្មោះនៅខាងក្រោម)	
	$
	$
	$

ប្រាក់ចំណាយលើថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រនានារបស់អតិថិជន *(ចូរភ្ជាប់ភស្តុតាង)*	ចំនួនជាប្រាក់
ប្រាក់បុព្វលាភរ៉ាប់រងនៃការធានារ៉ាប់រង និង/ឬ LTC សុខភាព (ចូររាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់កិច្ចបម្រើ)	$
វិក័យប័ត្រទារប្រាក់ថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រនានា (ចូររាយឈ្មោះ)	$
	$

ប្រាក់ចំណូលរបស់ប្តីឬប្រពន្ធ/គ្រួសារ *(ចូរភ្ជាប់ភស្តុតាង)*	ចំនួនជាប្រាក់
ជំនួយសន្តិសុខសង្គម	$
ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍/សោធននិវត្តន៍/ធនលាភសាមយិក	$
ប្រាក់ដទៃៗទៀត - ប្រាក់ជំនួយអតីតយុទ្ធជន, ប្រាក់ចំណូលពលកម្ម, ប្រាក់ចុងការ, ប្រាក់ភាគលាភ, ប្រាក់ L&I, ប្រាក់ថ្លៃឈ្នួល ឬប្រាក់ចំណូលប្រចាំត្រីមាស ។ (ចូររាយឈ្មោះនៅខាងក្រោម)	
	$
	$
	$

ប្រាក់ចំណាយលើថ្លៃទីជម្រកនានារបស់ប្តីឬប្រពន្ធ/គ្រួសារ *(ចូរភ្ជាប់ភស្តុតាង)*	ចំនួនជាប្រាក់
ថ្លៃជួលផ្ទះ/ថ្លៃបង់ទិន្នៃ	$
ថ្លៃពន្ធទ្រព្យសម្បត្តិ/ថ្លៃការធានារ៉ាប់រងផ្ទះសម្បែង	$
ថ្លៃទូរស័ព្ទទឹកភ្លើងសំរាម	$
ថ្លៃចំណាយផ្សេងៗ - ថ្លៃនៃការវាយតម្លៃ, សោហ៊ុយចាយវាយលើបន្ទប់ខុនដូ ឬខ្ទូ-អប់, ថ្លៃជួលកន្លែងទីធ្លា, ។ល។	$

សេចក្តីប្រកាស និងការចុះហត្ថលេខា(នានា)

ខ្ញុំបានអាន, ឬត្រូវបានគេពន្យល់ប្រាប់ខ្ញុំ, អំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវនានារបស់ខ្ញុំ ព្រមទាំងបានទទួលសំណៅចម្លងនៃទម្រង់សិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់អតិថិជន, HCA 18-003 រួចហើយ ។ ខ្ញុំបានអាន, ឬត្រូវបានគេពន្យល់ប្រាប់ខ្ញុំ, ហើយខ្ញុំបានយល់ច្រាបព័ត៌មានទាំងអស់នៅលើទំព័រទាំងសងខាងលើទម្រង់នៃការពិនិត្យមើលលក្ខណសម្បត្តិឡើងវិញនេះ ។ ប្រសិន DSHS អាចនឹងជួយរកភស្តុតាងណាមួយ ដែលខ្ញុំត្រូវការ
ឬក៏ជួយទាក់ទងជាមួយបណ្តា ជន, ទីភ្នាក់ងារ ឬស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុផ្សេងៗទៀតសំរាប់រកព័ត៌មាននោះ ។ បើខ្ញុំមានការចាប់អារម្មណ៍
ណាមួយនឹងធនលាភសាមយិកណាមួយនោះ, ខ្ញុំត្រូវតែ ដាក់ឈ្មោះរដ្ឋរ៉ាស៊ីនតោនទុកជាអ្នកទទួលមត្តិកបន្ទាប់ ។
ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការស្បថបំពានថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូននៅក្នុងការ ពិនិត្យមើលឡើងវិញនេះគឺពិតប្រាកដ, ត្រឹមត្រូវ, និងពេញលេញទៅតាមការចេះដឹងដ៏ប្រសើរបំផុតរបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំនួយ	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងស្របច្បាប់/អ្នកជំនួយ	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ