

ການແຈ້ງການຂອງການບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບແນວອື່ນ

ຈົ່ງໃຊ້ຟອມໃບນີ້ເພື່ອຈະຢືນຢັນວ່າທ່ານ ຫລື ເດັກຕໍາກວ່າກະສຽນຂອງທ່ານບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບຕໍາສຸດແນວອື່ນ. ການຄຸ້ມກັນຈໍາເປັນຕໍາສຸດແນວນີ້ປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບທີ່ບຸກຄົນຈະຕ້ອງການເພື່ອຈະສອດຄ່ອງນໍາກິດກໍານົດສ່ວນບຸກຄົນພາຍໃຕ້ກົດບັນຍັດ Affordable Care Act. ອັນນີ້ລວມເອົານະໂຍບາຍຂາຍຕາມຕະລາດສໍາລັບບຸກຄົນ, ການຄຸ້ມກັນຢູ່ຕາມວຽກງານ, Washington Apple Health (Medicaid), Children’s Health Insurance Plan (CHIP), TRICARE, ການຄຸ້ມກັນ Veteran’s Administration (VA) Health Care, ຫລື Peace Corps ທີ່ຄຸ້ມກັນສະວັດດີການສຸຂະພາບຈໍາເປັນ.

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

ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ເພີ	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ
ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ)	ເລກໂທຣະສັບກາງເວັນ	ທີ່ຢູ່ອີເມວລ໌

ໃບຟອມໃບນີ້ແມ່ນເພື່ອຈະຢືນຢັນວ່າຂ້າພະເຈົ້າ, _____ (ຂຽນຊື່ຂອງທ່ານຫລືລູກຂອງທ່ານເປັນຕົວພິມ), ບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນໍາ):

- ການຄຸ້ມກັນຢູ່ຕາມວຽກງານ
 Washington Apple Health (Medicaid)
 Children’s Health Insurance Plan (CHIP)
 TRICARE
 Veteran’s Administration (VA) Health Care
 Peace Corps
 Medicare

ໂດຍການສອດຄ່ອງນໍາພາກສ່ວນ 36B(c)(2)(B) ແລະ (C) ຂອງກົດບັນຍັດ Internal Revenue Service tax code ໃນເວລາທີ່ຄໍາຮ້ອງສໍາລັບປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບໄດ້ຖືກຍື່ນໂດຍຜ່ານ Washington Healthplanfinder.

ອ່ານ ແລະ ເຊັນຊື່ໃສ່ຟອມໃບນີ້

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າພາຍໃຕ້ການປັບໂຫມລົງໂຫດຂອງການເວົ້າເທັດວ່າຮາຍຮະອຽດທີ່ຖືກບັນຈຸຢູ່ໃນເອກສານອັນນີ້ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ ແລະ ວ່າການສື່ໂກງ ຫລື ການສະເໜີຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງທຸກໆຢ່າງໃນຮາຍຮະອຽດຕ່າງໆທີ່ຖືກສະເໜີໃຫ້ວ່າເປັນສ່ວນນຶ່ງຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບໂດຍຜ່ານ Healthplanfinder ຈະຖືວ່າເປັນພື້ນຖານຂອງການຢຸດຈິດຊື່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ວັນທີຂອງລາຍເຊັນ (ດດ/ວວ/ປປປປ)
X	

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດຫມາຍ (ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນໍາ)	ວັນທີຂອງລາຍເຊັນ (ດດ/ວວ/ປປປປ)
X	

ຊື່ແລະນາມສະກຸນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດຫມາຍ (ກະລຸນາຂຽນເປັນຕົວພິມ)

ໂດຍການຫມາຍໃສ່ບອກນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າເປັນພໍ່ແມ່ ຫລື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດຫມາຍຂອງເດັກຕໍາກວ່າກະສຽນທີ່ຖືກບັງຄັບໃນຟອມໃບນີ້ ແລະ ໄດ້ເຊັນຊື່ໃສ່ໃນນາມຂອງເອົາເຈົ້າ.

ສິ່ງໃບຟອມໄປທີ່:

ອັບໂຫລດໃບຟອມທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວໃສ່ບັນຊີ Washington Healthplanfinder ຂອງທ່ານ ຫລື ສົ່ງທາງໄປສະນີໄປທີ່:

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, WA 98507-1757

Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority

ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຮັບຖືບານກາງທີ່ບັງຄັບໃຊ້
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

ຍັງໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຮັບຖືທີ່ກ່ຽວຂ້ອງແລະບໍ່ມີການເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນ
ນຖານທາງດ້ານຫຼັກຄວາມເຊື່ອ, ເພດ, ການສະແດງອອກທາງເພດ ຫຼື
ເອກະລັກ, ລົດນິຍົມທາງເພດ, ຖານະການແຕ່ງງານ,
ສາສະໜາ, ທະຫານເກົ່າທີ່ອອກຈາກໜ້າທີ່ຢ່າງມີກົດຫລື ຖານະການເປັນທະຫານ, ຫລື
ຜູ້ພິການທີ່ອາໄສໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກແລ້ວ ຫຼື ສັດຮັບໃຊ້ສະເພາະໃນການນຳທາງ.

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການ 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, ຊຶ່ງມີໃຫ້ທຶນເວັບໄຊ <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 ກມີໃຫ້ທຶນເວັບໄຊ <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 ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት 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, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອໍດີ ການພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈຶ່ງມີ 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).