MEDICAL ELIGIBILITY DETERMINATION
SERVICES (MEDS)
PO BOX 45531
OLYMPIA WA 98504-5531

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

HealthyKidsNow!
HEALTHCARE FOR WASHINGTON'S KIDS

ການທວງຖາມເຣື້ອງ ການປະກັນໄພ

INSURANCE INFORMATION REQUEST

ວັນທີ	ເລກສຳນວນ
ໂທບໍ່ເສັຽຄ່າ: 1-800-204-6429	ສາຍ TTY/TDD: 1-800-204-6430
ຜູ້ເຣັດວຽກກັບສຳນວນ	ສາຍໂທຕໍ່

ພວກເຣົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມ!

ຂອບໃຈທີ່ຂໍເອົາໂຄງການສຸຂພາບຂອງຣັດວໍຊິງຕັນ. ລູກຂອງທ່ານບໍ່ມີເງື່ອນໄຂຮັບການພະຍາບານເມດິເຄດ ແຕ່ອາດມີເງື່ອນໄຂຮັບການປະກັນໄພສຸຂພາບສຳຫຼັບເດັກ (CHIP). ອີງຕາມຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ມາ, ຣາຍໄດ້ຂອງທ່ານເໝາະກັບເງື່ອນໄຂການປະກັນໄພສຸຂພາບເດັກ (CHIP).

ເພື່ອໃຫ້ສຳເຣັດການກວດກາເຣື່ອງເງື່ອນໄຂການຮັບໂຄງການ (CHIP), ພວກເຣົາຍັງຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຈາກທ່ານອີກ. ໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານອາດຖືກປະຕິເສດໄປ ຖ້າທ່ານຫາກບໍ່ຕອບຄຳຖາມທັງໝົດຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລ້ວສົ່ງຄືນພາຍໃນວັນ:

ການປະກັນໄພສຸຂພາບ	
ເພື່ອມີເງື່ອນໄຂຮັບເອົ້າໃນໂຄງການ(CHIP), ລູກຂອງທ່ານຕ້ອງເປັນຜູ້ບໍ່ທັນໄດ້ມີການບໍຣິການປະກັນໄພສຸຂພາບດ້ານໝໍ, ນອນໂຮງໝໍ, ຫ້ອງທົດລອງວິທະຍາສາດ, ແລະ ການສ່ອງໄຟຟ້າ (ຣັງສີວິທະຍາ). ຖ້າລູກຂອງທ່ານຜູ້ໃດຫາກມີການປະກັນໄພຄຸ້ມກັນ<u>ທັງສີ່ຢ່າງ</u>ນັ້ນ, ກະຣຸນາລົງຣາຍຊື່ພ້ອມບອກບໍຣິສັດປະກັນໄພຢູ່ລຸ່ມນີ້: *(ບໍ່ໃຫ້ນັບເອົາປະກັນໄພຣິດ, ການບໍຣິການສຸຂພາບເຜົ່າອິນດຽນ, ຫລືປະກັນໄພຈາກໂຮງຮຽນສະເພາະການກີລາ ຫລືອຸປະຕິເຫດຢູ່ໂຮງຮຽນ)*	
ຊື່ເດັກ	ຊື່ບໍຣິສັດປະກັນໄພ

ການປະກັນໄພກ່ຽວກັນການເຣັດວຽກ		
ຖ້າທ່ານປະການປະກັນໄພສຸຂພາບທີ່ກ່ຽວກັບງານພາຍໃນ **4** ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ທ່ານຄວນຖ້າອີກ **4** ເດືອນຕື່ມ ກ່ອນຈະມີການຄຸ້ມກັນແກ່ລູກຂອງທ່ານ. ການຕອບ ຄຳຖາມຢູ່ລຸ່ມນີ້ ຈະຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຣົາຕັດສິນວ່າທ່ານຈະຕ້ອງລໍຖ້າຫລືບໍ່. ເວລາການລໍຖ້າແມ່ນໃຊ້ເວລາ **4** ເດືອນເຕັມ ນັບແຕ່ມື້ສຸດທ້າຍຂອງການສິ້ນສຸດການປະກັນ ໄພກ່ຽວກັບວຽກ. ໄລຍະການລໍຖ້າແມ່ນສິ້ນສຸດລົງໃນມື້ສຸດທ້າຍຂອງ **4** ເດືອນເຕັມ. ກະຣຸນາຕອບຄຳຖາມຕໍ່ລົງໄປນີ້:		
	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
1. ທ່ານປະການປະກັນໄພສຸຂພາບກ່ຽວກັບວຽກງານທີ່ຄຸ້ມກັນລູກຂອງທ່ານ ພາຍໃນ **4** ເດືອນທີ່ຜ່ານມາບໍ່?	☐	☐
2. ການປະກັນໄພແມ່ນຄຸ້ມກັນການພົບໝໍ, ນອນໂຮງໝໍ, ສ່ອງໄຟຟ້າ (ຣັງສີວິທະຍາ) ແລະຫ້ອງທົດລອງວິທະຍາສາດບໍ່?	☐	☐
3. ຄ່າການປະກັນໄພປະຈຳເດືອນແມ່ນຕ່ຳກວ່າ **$50.00** ຕໍ່ເດືອນບໍ່?	☐	☐

ການປະກັນໄພສຸຂະພາບກ່ຽວກັບທາງວຽກງານ (ຕໍ່)

4. ຖ້າທ່ານຕອບว่า " ແມ່ນ" ຕໍ່ຄຳຖາມທັງສາມຂໍ້ (**1, 2,** ແລະ **3**), ກະຣຸນາອ່ານໃບອະນຸມັດເປັນເຈ້ຽສີຟ້າແລະຕັດສິນໃຈว่า ຖ້າເຫດຜົນໃດທີ່ກ່າວບົ່ງໃວ້ໃນຂໍ້ "a" ເຖິງ "h" ທີ່ບົ່ງว่าเป็นหยังท่านจึ่งปะการปะกันไพสุขะพาบทางวะกงานของลูกท่าน. ถ้ามีเหตุผลใดที่ก่าวบิ่งไว้ในเจ้ยสีฟ้าที่ถึกกับกำระนิของท่าน, ให้ขะยนติวหังสีนั้นลิงในนี้:_____

5. ถ้าท่านตอบว่า "ແມ່ນ" ຕໍ່ຄຳຖາມທັງ **3** ຂໍ້ (**1, 2,** ແລະ **3**) ແຕ່ຫາກບໍ່ມີເຫດຜົນໃດກ່າວໃນເຈ້ຽສີຟ້າທີ່ເໝາະກັບກໍຣະນີຂອງທ່ານ, ກະຣຸນາຂຽນບອກ ຊື່ລູກຂອງທ່ານ ພ້ອມທັງມື້ທີ່ປະກັນໄພສິ້ນສຸດລົງ. ລູກຂອງທ່ານອາດຕ້ອງລໍຖ້າຈົນເຖິງ **4** ເດືອນເຕັມກ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຖືກຄຸ້ມກັນຈາກປະກັນໄພໂຄງການ CHIP.

ຊື່ລູກຂອງທ່ານ	ມື້ທີ່ການຄຸ້ມກັນປະກັນໄພສິ້ນສຸດລົງ

ຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນ

ເພື່ອມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການປະກັນໄພໂຄງການ CHIP, ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປະຈຳເດືອນ. ຄ່າປະກັນໄພແມ່ນເດືອນລະ $150.00ຕໍ່ເດັກໜຶ່ງຄົນ ໂດຍມີກຳນົດ $45.00 ຕໍ່ເດືອນສຳຫຼັບຄອບຄົວໜຶ່ງ. ຖ້າລູກຂອງທ່ານຫາກເຫັນว่าเหมาะสมได้รับปะกันไพในโคงการ CHIP, ท่านจะได้เลื่มรับแจ้งรายงานปะจำเดือนพ้อมทังของ สิ่งกับคืนเพื่อจ่ายปะจำเดือนของท่าน.

ບໍ່ມີການຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພສຳຫຼັບເດັກຊາວອະເມຣິກັນອິນດຽນ ຫລືຊາວພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ. ກະຣຸນາລົງຣາຍຊື່ເດັກທີ່ທ່ານຂໍປະກັນໄພໃຫ້ທີ່ເປັນຊາວອະເມຣິກັນ ອິນດຽນ ຫຼື ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ.

ຣາຍຊື່ຂອງເດັກທີ່ເປັນຊາວອະເມຣິກັນອິນດຽນ	ຊື່ເດັກທີ່ເປັນຊາວພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ໃຫ້ໂທ **1-800-204-6429**. ພວກເຮົາຢູ່ທີ່ນີ້ກໍ່ແມ່ນເພື່ອຊ່ວຍເຫລືອທ່ານນັ້ນເອງ. ສາຍ TTY/TDD ແມ່ນ **1-800-204-6430.** (ສະເພາະແຕ່ຜູ້ມີ ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກດ້ານການໄດ້ຍິນຫລືປາກບໍ່ໄດ້. ໂທຣະສັບຂອງທ່ານຕ້ອງຈັດສະເພາະສາຍພິເສດນີ້ຫໍ່ນັ້ນ). ທ່ານຈະເບິ່ງຕາມເວບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາກໍ່ໄດ້ໃນຊ່ອງ http://maa.dshs.wa.gov/CHIP/