Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

ໃບອ້າງອີງເຖິງນັກຣົບເກົ່າ (ພາກທີ່ 1)
VETERANS REFERRAL (PART 1)

ຫ້ອງການຂອງກົມ DSHS	ເລກໂທຣະສັບ
ເລກນໍ້າເບີ ເອກກະສານ	ຊື່ຢູ່ໃນເອກກະສານ

A. ໝາຍເອົາລາຍການທີ່ພົວພັນກັບທ່ານ ຫລື ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ທ່ານຂໍຮ້ອງເອົາ.

1. ☐ ນັກຣົບເກົ່າ
2. ☐ ແມ່ໝ້າຍ ຫລື ພໍ່ໝ້າຍ ຂອງນັກຣົບເກົ່າຜູ້ທີ່ເສັຽຊີວິດຣະຫວ່າງປະຕິບັດໜ້າທີ່ ຫລື ຜົນຂອງການປະຕິບັດໜ້າທີ່ນັ້ນພົວພັນເຖິງຄວາມພິການ. ແມ່ໝ້າຍ ຫລື ພໍ່ໝ້າຍ ທີ່ບໍ່ໄດ້ແຕ່ງງານອີກ, ຫລື ຖ້າວ່າໄດ້ແຕ່ງງານໃໝ່ການແຕ່ງງານຖືກລົບລ້າງ ຫລື ສິ້ດສຸດລົງໂດຍທາງກົດໝາຍເລີ້ມມາກ່ອນ ເດືອນ **11-1-90.**
3. ☐ ແມ່ໝ້າຍ ຫລື ພໍ່ໝ້າຍ ນັກຣົບເກົ່າໃນເວລາເກີດສົງຄາມຜູ້ຕາຍໄປທີ່ບໍ່ໄດ້ພົວພັນກັບເງື່ອນໄຂການປະຕິບັດໜ້າທີ່. ແມ່ໝ້າຍ ຫລື ພໍ່ໝ້າຍ ທີ່ບໍ່ໄດ້ແຕ່ງງານໃໝ່, ຫລື ຖ້າວ່າໄດ້ແຕ່ງງານໃໝ່ການແຕ່ງງານຖືກລົບລ້າງ ຫລື ສິ້ດສຸດລົງໂດຍທາງກົດໝາຍເລີ້ມມາກ່ອນ ເດືອນ **11-1-90.**
4. ☐ ພໍ່ແມ່ຂອງນັກຣົບເກົ່າຜູ້ທີ່ຕາຍໄປໃນເວາລາປະຕິບັດໜ້າທີ ຫລື ຜົນຂອງການປະຕິບັດໜ້າທີທີ່ພົວພັນກັບຄວາມພິການ.
5. ☐ ເດັກ, ຜູ້ທີ່ອາຍຸຕ່ຳກວ່າ **26** ປີ, ທີ່ເປັນລູກຂອງນັກຣົບເກົ່າທີ່ຕາຍໄປ ຫລື ຜູ້ທີ່ເສັຽອົງຄະຢ່າງຖາວອນ ແລະ ເສັຽອົງຄະຍ້ອນການປະຕິບັດໜ້າທີທີ່ພົວພັນເຖິງຄວາມພິການ.
6. ☐ ລູກຂອງນັກຣົບເກົ່າຜູ້ທີ່ຕາຍໄປຣະຫວ່າງປະຕິບັດໜ້າທີ່ນັ້ນ ຫລື ຜົນຂອງການປະຕິບັດໜ້າທີພາໃຫ້ພິການ. ເດັກຖືກພິການຢ່າງເຕັມສ່ວນ ແລະ ຕະລອດໄປກ່ອນລາວ ຊາຍ/ຍິງ ຮອດ **18** ປີ.
7. ☐ ລູກຂອງນັກຣົບເກົ່າມີພະຍາດໃນຣະຫວ່າງເວລາສົງຄາມ. ເດັກຖືກພິການຢ່າງເຕັມສ່ວນ ແລະ ຕະລອດໄປກ່ອນລາວ ຊາຍ/ຍິງ ຮອດ **18** ປີ.
8. ☐ ລູກຂອງນັກຣົບເກົ່າມີພະຍາດໃນຣະຫວ່າງເວລາສົງຄາມ. ເດັກອາຍຸຕ່ຳກວ່າ **23** ປີ, ເປັນໂສດ, ແລະ ເຂົ້າໂຮງຮຽນເຕັມເວລາ.

B. ຖ້າທ່ານໝາຍລາຍການອັນໃດອັນນຶ່ງໃນ ພາກ **A** ຂ້າງເທິງນັ້ນ, ໝາຍລາຍການທຸກອັນທີ່ພົວພັນຕໍ່ທ່ານ ຫລື ບຸກຄົນທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາຢູ່ທາງລຸ່ມນີ້.

1. ☐ ມີຄວາມພິການທີ່ພົວພັນກັບການປະຕິບັດໜ້າທີ່.
2. ☐ ພິການຕະລອດໄປ ແລະ ຢ່າງເຕັມສ່ວນຍ້ອນຄວາມພິການນັ້ນທີ່ບໍ່ໄດ້ພົວພັນນຳການປະຕິບັດໜ້າທີ່, ແລະ ໃນການຮັບໃຊ້ໃນຣະຍະເວລາສົງຄາມ.
3. ☐ ຕ້ອງການຮັກສາປົ່ນປົວ.
4. ☐ ຕ້ອງການຮັກສາປົ່ນປົວຢູ່ເຮືອນຄົນແກ່.
5. ☐ ຮ້ອງຂໍເອົາການຮັກສາປົ່ນປົວຢູ່ໃນເຮືອນພາຍໃຕ້ໂຄງການພະຍາບານ COPES .
6. ☐ ຕ້ອງການຮັກສາປົ່ນປົວຢູ່ໃນເຮືອນ ພາຍໃຕ້ໂຄງການ _____ (ໃຫ້ບອກເຈາະຈົງ).

C. ປະກອບພາກນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ຖ້າທ່ານໝາຍໃນລາຍການທັງສອງ ພາກ **A** ແລະ **B** ຂ້າງເທິງ.

1. ຊື່ຂອງນັກຣົບເກົ່າ (ນາມສະກຸນ, ຊື່, ຊື່ນ້ອຍ)	2. ເລກໂຊໂຊ ຂອງນັກຣົບເກົ່າ	3. ນໍ້າເບີ VA ທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາ (ຖ້າຮູ້)

D. ໃຫ້ອ່ານສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງລະອຽດ. ເຊັນຊື່, ລົງວັນທີ ແລະ ສົ່ງໃບຟອມນີ້ກັບຄືນໄປໃຫ້ຫ້ອງການຂອງກົມ **DSHS** ຂອງທ່ານ.
ການບໍ່ສົ່ງໃບຟອມນີ້ກັບຄືນມາອາດເປັນຜົນໃນການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫລືອຂອງກົມ **DSHS.**

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງວ່າລາຍລະອຽດທີ່ເອົາໃຫ້ຢູ່ຂ້າງເທິງນັ້ນຖືກຕ້ອງ, ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈດີ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າອາດໃຫ້ຕິດຕໍ່ກັບ ຫ້ອງການບໍຣິການນັກຣົບເກົ່າ (Veterans Service Office) ສ່ວນທີ່ຈຳເປັນໃນການພິຈາຣະນາຄຳຮ້ອງຂໍ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ກົມ DSHS ແລະ ຫ້ອງການ Veterans Service Office ປ່ອຍລາຍລະອຽດທີ່ຈຳເປັນເພື່ອພິຈາຣະນາສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ.

ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຄິດວ່າກົມ DSHS ຜິດໃນການຖານເອົາລາຍລະອຽດນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຂໍຮ້ອງເອົາການຟັງຄວາມເປັນທັມໄດ້ ພາຍໃນ **90** ວັນ ຈາກວັນທີທີ່ຂອງໃບອ້າງອີງນີ້ໂດຍການຂຽນໄປຫາ: Department of Social and Health Services, Office of Appeals, P.O. Box 2465, Olympia, Washington 98507-2465.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້	ວັນທີ