



ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់ជនរងគ្រោះឧក្រិដ្ឋកម្ម - បណ្តឹងទាមទារការរងរបួស

Crime Victims Compensation Program
PO Box 44520
Olympia WA 98504-4520

អ៊ីម៉ែល: CrimeVictimsProgramM@Lni.wa.gov
ទូរស័ព្ទ: (360) 902-5333

សូមចូលទស្សនាគេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.Lni.wa.gov/CrimeVictims
សម្រាប់ព័ត៌មាន

ព័ត៌មានជនរងគ្រោះ:	
ភាសាដែលចូលចិត្តប្រើ (ប្រសិនបើមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស)	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល
ឈ្មោះ: (នាមខ្លួន កណ្តាល ត្រកូល)	
លេខសន្តិសុខសង្គម (ជម្រើស)	លេខទូរស័ព្ទ
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (mm/dd/yyyy)	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី
អាសយដ្ឋានផ្ទះបច្ចុប្បន្ន	
ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខកូដកំប៉ី
ប្រសិនបើជនរងគ្រោះជាអនិកិជន សូមផ្តល់នូវឈ្មោះពេញរបស់ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលដែលដាក់ពាក្យក្នុងនាមជនរងគ្រោះ។	
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនង
តើនរណាមានសិទ្ធិទូរស័ព្ទទៅ (Crime Victims Compensation Program, CVCP) ក្នុងនាមអ្នក?	
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនង
លេខទូរស័ព្ទ	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល

ព័ត៌មានផ្សេងទៀត	
តើអ្នកបានស្វែងយល់អំពី CVCP ដោយរបៀបណា? សូមគូសប្រអប់ដែលពាក់ព័ន្ធ។	
<input type="checkbox"/> ប៉ូលីស/មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់	<input type="checkbox"/> ការិយាល័យព្រះរាជអាជ្ញា
<input type="checkbox"/> សេវាសាក្សីជនរងគ្រោះ	<input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យ
<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត:	<input type="checkbox"/> អ្នកគាំទ្រកម្មវិធីជំនួយជនរងគ្រោះ
<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត:	<input type="checkbox"/> អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព
តើស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍របស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេចដែរ? សូមគូសប្រអប់ដែលពាក់ព័ន្ធ។	
<input type="checkbox"/> រៀបការហើយ	<input type="checkbox"/> នៅលីវ
<input type="checkbox"/> ដៃគូក្នុងគ្រួសារ	<input type="checkbox"/> លែងលះគ្នា
<input type="checkbox"/> បែកគ្នា	
តើប្រទេសកំណើតរបស់អ្នកមកពីណាដែរ?	
តើជាតិសាសន៍របស់អ្នកគឺជាអ្វី? សូមគូសប្រអប់ដែលពាក់ព័ន្ធ។	
<input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក	<input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី
<input type="checkbox"/> ជនជាតិអេស្ប៉ាញ	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក
<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត:	<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស
<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត:	<input type="checkbox"/> អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
តើអ្នកមានពិការភាពឬទេ?	តើពិការភាពត្រូវបានបង្កឡើងដោយឧក្រិដ្ឋកម្មឬ?
<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស
តើជាពិការភាព:	
<input type="checkbox"/> រាងកាយ <input type="checkbox"/> ផ្លូវចិត្ត <input type="checkbox"/> ទាំងពីរ	
តើអត្ថប្រយោជន៍អ្វីដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំ?	
<input type="checkbox"/> វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> ធ្មេញ <input type="checkbox"/> សុខភាពផ្លូវចិត្ត <input type="checkbox"/> ការបាត់បង់ប្រាក់ឈ្នួល	

ព័ត៌មានឧក្រិដ្ឋកម្ម
កំណត់ចំណាំ: បទឧក្រិដ្ឋនេះត្រូវតែបានរាយការណ៍ទៅទីភ្នាក់ងារប៉ូលីសមួយ

Claim No. _____

កាលបរិច្ឆេទនៃឧបទ្ធករហេតុ (mm/dd/yyyy)	កាលបរិច្ឆេទដែលបានរាយការណ៍ (mm/dd/yyyy)	ពេលវេលាហេតុការណ៍បានកើតឡើង <input type="checkbox"/> ព្រឹក <input type="checkbox"/> ល្ងាច
អាសយដ្ឋានទីតាំងឧក្រិដ្ឋកម្ម		
ក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
តើឧក្រិដ្ឋកម្មបានកើតឡើងនៅពេលធ្វើការងារឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស		
តើភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ណាដែលអ្នកបានរាយការណ៍ពីបទឧក្រិដ្ឋទៅ?		
សូមគូសប្រអប់ដែលពាក់ព័ន្ធ៖ <input type="checkbox"/> ប៉ូលិស <input type="checkbox"/> ប៉ូលិសល្បាតរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន <input type="checkbox"/> ការិយាល័យស៊ើបអង្កេតសហព័ន្ធ (Federal Bureau of Investigations, FBI) <input type="checkbox"/> តំប្រឹក <input type="checkbox"/> ប៉ូលិសកុលសម្ព័ន្ធ		
ឈ្មោះរបស់មន្ត្រី	លេខទូរស័ព្ទ	លេខរបាយការណ៍
ប្រភេទនៃបទឧក្រិដ្ឋ <input type="checkbox"/> ការរំលោភបំពាន <input type="checkbox"/> ការប្តេជ្ញាចិត្តស៊ីវិល <input type="checkbox"/> ការបើកបរក្រោមឥទ្ធិពលគ្រឿងស្រវឹង (Driving Under the Influence, DUI) <input type="checkbox"/> ហាជ័យក្នុងការធានាការផ្ទុកភ័ន្ត <input type="checkbox"/> ការបំពានផ្លូវភេទ <input type="checkbox"/> អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ <input type="checkbox"/> ការបំពានដោយយានយន្ត <input type="checkbox"/> អំពើប្តឹង/ការលបចូលគាស់ផ្ទះ		
បរិយាយសង្ខេបពីបទឧក្រិដ្ឋ		
អាវុធដែលបានប្រើ	តំបន់នៃរាងកាយដែលបានងរបួស	ឈ្មោះអ្នកប្រព្រឹត្តបទល្មើស
តើជនប្រព្រឹត្តបទល្មើសបានកំពុងរស់នៅជាមួយអ្នកនៅពេលដែលហេតុការណ៍នេះបានកើតឡើងឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស		
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានជាប់ពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងនីតិវិធីការប្តេជ្ញាចិត្តស៊ីវិលនៃជនរំលោភផ្លូវភេទសហរដ្ឋអាមេរិក តើនៅពេលណាដែលអ្នកត្រូវបានគេទាក់ទងអំពីកិច្ចដំណើរការនីតិវិធីនេះ? កាលបរិច្ឆេទ <input type="checkbox"/> តើនរណាបានទាក់ទងអ្នក? <input type="checkbox"/> លេខទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/>		
តើអ្នកបានដាក់ពាក្យ ឬតើអ្នកមានបំណងក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងស៊ីវិលឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> មិនច្បាស់		

ព័ត៌មានមេធាវី		
តើអ្នកមានមេធាវីកំណាងឱ្យអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស		
ប្រសិនបើអ្នកមានមេធាវីកំណាងឱ្យអ្នក សូមគូសប្រអប់ដែលពាក់ព័ន្ធ៖ <input type="checkbox"/> មេធាវីកំណាងឱ្យខ្ញុំសម្រាប់បណ្តឹងទាមទារពីគ្រោះថ្នាក់ផ្ទាល់ខ្លួន (ការធានារ៉ាប់រងរថយន្ត) ឬបណ្តឹង <input type="checkbox"/> មេធាវីកំណាងឱ្យខ្ញុំសម្រាប់ទាំងបណ្តឹងទាមទារជនរងគ្រោះពីបទឧក្រិដ្ឋ និងបណ្តឹងទាមទារគ្រោះថ្នាក់ផ្ទាល់ខ្លួន (ការធានារ៉ាប់រងរថយន្ត) ឬបណ្តឹង កំណត់ចំណាំ៖ ប្រសិនបើមានមេធាវីកំណាងឱ្យអ្នកលើពាក្យបណ្តឹងទាមទារនៃជនរងគ្រោះឧក្រិដ្ឋកម្មរបស់អ្នក ការឆ្លើយតបរបស់នាយកដ្ឋានទាំងអស់នឹងទៅដល់មេធាវីរបស់អ្នក។		
ឈ្មោះមេធាវី		
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល	លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋាន		
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់

ព័ត៌មានប្រាក់ឈ្នួល

សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃការបាត់បង់ប្រាក់ឈ្នួល អ្នកត្រូវតែបានគេជួលធ្វើការនៅកាលបរិច្ឆេទនៃការរងរបួសនេះ ឬជួលធ្វើការក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែមុនពេលគ្រោះថ្នាក់។

សូមបំពេញតែផ្នែកនេះប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេជួលធ្វើការ ឬធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង នៅពេលនៃបទឧក្រិដ្ឋ ឬជួលធ្វើការក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែមុនពេលកាលបរិច្ឆេទនៃបទឧក្រិដ្ឋ និងកំពុងដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍នៃការបាត់បង់ប្រាក់ឈ្នួល។ យើងអាចទាក់ទងនិយោជករបស់អ្នក ប្រសិនបើចាំបាច់។ ប្រសិនបើអ្នកមានការព្រួយបារម្ភអំពីបញ្ហានេះ សូមទូរស័ព្ទមកពួកយើង។

តើអ្នកត្រូវបានជួលធ្វើការនៅកាលបរិច្ឆេទនៃឧក្រិដ្ឋកម្មឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

តើអ្នកត្រូវបានជួលក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែមុនឧក្រិដ្ឋកម្មដែរឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើមែន ហើយអ្នកកំពុងស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ជំនួសប្រាក់ឈ្នួល សូមផ្តល់នូវព័ត៌មាននិយោជកដូចខាងក្រោម។

ឈ្មោះនិយោជក ឈ្មោះទំនាក់ទំនង

អាសយដ្ឋាននិយោជក

ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់

លេខទូរស័ព្ទ កាលបរិច្ឆេទដែលបានធ្វើការចុងក្រោយ

តើអ្នកបានវិលត្រឡប់ទៅធ្វើការវិញទេ? ទេ បាទ/ចាស

បើបាទ/ចាស សូមដាក់កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានវិលត្រឡប់ទៅធ្វើការ

អត្រាប្រាក់ឈ្នួល ដុល្លារ ម៉ោង ថ្ងៃ អាទិត្យ ខែ

ចំនួនម៉ោងដែលបានធ្វើការក្នុងមួយថ្ងៃ ថ្ងៃដែលធ្វើការក្នុងមួយសប្តាហ៍

ប្រាក់ចំណូលបន្ថែម ដុល្លារ

ប្រាក់ចំណូលបន្ថែមពី ការងារបានកម្រៃតាមការផលិត លុយទឹកតែ កម្រៃជើងសារ ប្រាក់រង្វាន់បន្ថែម

តើអ្នកប្រើអត្ថប្រយោជន៍នៃការឈឺ/ឈប់សម្រាកវិស្វកម្ម ឬការភាពទេ? ទេ បាទ/ចាស

កម្រិតប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ សូមគូសប្រអប់ដែលពាក់ព័ន្ធចំពោះអ្នក

\$0 — \$20,000 \$20,001 — \$50,000 \$50,001 — \$75,000

\$75,001 — \$100,000 \$100,001 ឬច្រើនជាងនេះ

ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រង

ការផ្តល់ព័ត៌មាននេះនឹងធានាការបង់ថ្លៃការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។

កំណត់ចំណាំ៖ អ្នកត្រូវបានគម្របឱ្យប្រើការធានារ៉ាប់រងឯកជន ឬសាធារណៈដែលអាចប្រើណាមួយដែលអ្នកមានជាលើកដំបូង។ កម្មវិធីសំណងជនរងគ្រោះឧក្រិដ្ឋកម្ម (Crime Victims Compensation Program) នេះគឺជាអ្នកចេញការចំណាយចុងក្រោយនៃអត្ថប្រយោជន៍។ ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងឯកជន ឬសាធារណៈ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែផ្ញើរវិក័យប័ត្រទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជាមុន។ សូមផ្តល់ព័ត៌មានឱ្យត្រឹមត្រូវអំពីការធានារ៉ាប់រងណាមួយដែលអ្នកមានដើម្បីធានាថាវិក័យប័ត្រត្រូវបានបង់បានត្រឹមត្រូវ។

តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើខាងក្រោម។ ទេ បាទ/ចាស

កម្មវិធីសំណងជនរងគ្រោះឧក្រិដ្ឋកម្មគឺអ្នកចេញការចំណាយនៃដំណោះស្រាយចុងក្រោយ។ អ្នកផ្តល់សេវាគួរតែផ្ញើរវិក័យប័ត្រទៅការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជាលើកដំបូង។ សូមរាយការធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលមានដើម្បីរួមបញ្ចូល៖ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ការធានារ៉ាប់រងធ្មេញ ការធានារ៉ាប់រងភ្នែក HCA/Medicaid អតិថយុទ្ធជន សន្តិសុខសង្គម ជំនួយសាធារណៈ/ពិក្រសួង DSHS សំណងជួសជុលគ្រោះថ្នាក់ពេលបំពេញការងារ សុខភាពជនជាតិភាគតិច ការធានារ៉ាប់រងរថយន្ត (ជនរងគ្រោះ និងជនល្មើស) ការធានារ៉ាប់រងម៉ូតូ ការធានារ៉ាប់រងជីវិត ការធានារ៉ាប់រងផ្ទះ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកផ្តល់។ CVCP អាចបង់ប្រាក់តែសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍តែបន្ទាប់ពីការធានារ៉ាប់រងរបស់បានបង់ប្រាក់ប៉ុណ្ណោះ។ សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមប្រសិនបើចាំបាច់។

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	
លេខទូរស័ព្ទ	ឈ្មោះប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង
សូមផ្តល់ព័ត៌មានមួយដូចខាងក្រោម៖ លេខសម្គាល់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង លេខក្រុម ឬ SSN	កាលបរិច្ឆេទនៃលក្ខណសម្បត្តិទទួល
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	
លេខទូរស័ព្ទ	ឈ្មោះប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង
សូមផ្តល់ព័ត៌មានមួយដូចខាងក្រោម៖ លេខសម្គាល់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង លេខក្រុម ឬ SSN	កាលបរិច្ឆេទនៃលក្ខណសម្បត្តិទទួល

<p>ព័ត៌មាននៃអ្នកផ្តល់សេវា</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកបានទៅជួប អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរួចទៅហើយ ឬក៏ពង្របំពេញទម្រង់បែបបទនៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជសាស្ត្រ ឬមន្ទីរពេទ្យមួយ សូមស្នើសុំឱ្យមានជំនាញវិជ្ជាជីវៈវេជ្ជសាស្ត្រមើលអ្នកដើម្បីបំពេញផ្នែកខាងក្រោម។</p>	
ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា	លេខអ្នកផ្តល់សេវា Provider's L&I
ឈ្មោះកន្លែង	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋាន	
ទីក្រុង	រដ្ឋ
លេខកូដតំបន់	
កាលបរិច្ឆេទអ្នកជម្ងឺត្រូវបានព្យាបាលជាលើកដំបូងសម្រាប់ការរងរបួសឧក្រិដ្ឋកម្ម	
លេខកូដការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ	
សេចក្តីសង្ខេបនៃការរងរបួស	
<p>តើអ្នកជម្ងឺនឹងបាត់បង់ពេលវេលាពីការងារដោយសារតែការរងរបួសរបស់ពួកគេឬទេ?</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស</p>	
ការបាត់បង់ប្រាក់ឈ្នួលត្រូវបានបញ្ជាក់ ពី៖	ទៅ៖

ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវា កាលបរិច្ឆេទ

ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានសម្ងាត់
កំណត់ចំណាំ៖ ជនរងគ្រោះ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីមានសុពលភាព

ខ្ញុំ ក្នុងនេះ សូមអនុញ្ញាតឱ្យមន្ទីរពេទ្យណាមួយ គ្រូពេទ្យ នាយកពិធីបុណ្យសព ឬជនផ្សេងទៀតដែលជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងយោជកណាមួយនៃជនរងគ្រោះ ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ណាមួយ ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀត រួមទាំងរដ្ឋនិងសេវាកម្មសហព័ន្ធ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាមួយ និងទាំងអស់ ឬទីភ្នាក់ងារណាមួយផ្សេងទៀតដែលមានចំណេះដឹងចាំបាច់សម្រាប់ការប្តេជ្ញាចិត្តនៃសិទ្ធិទទួលបានពាក្យបណ្តឹងទាមទារសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ ដើម្បីផ្តល់កម្មវិធីសំណងជនរងគ្រោះឧក្រិដ្ឋកម្ម ឬកំណងណាមួយរបស់ខ្លួននិងព័ត៌មានទាំងអស់ រួមមានប៉ុន្តែមិនបានកំណត់ ឯកសារដែលបានបង្កើតដោយខ្លួនឯងនិងអ្នកដទៃទៀត ដែលជាប់ទាក់ទងជាពិសេសទៅនឹងពាក្យបណ្តឹងទាមទារនេះ។ ព័ត៌មានផ្សេងទៀតអាចត្រូវបានទាមទារដើម្បីកំណត់ថា តើលក្ខខណ្ឌត្រូវទាក់ទងទៅនឹងបទឧក្រិដ្ឋនេះឬទេ។ ខ្ញុំយល់ថានេះអាចរួមបញ្ចូលពីលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តជីមេរោគអេដស៍ និងកាមរោគផ្សេងទៀត គ្រឿងស្រវឹង ថ្នាំញៀន និងការព្យាបាលផ្លូវចិត្ត។

ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានការជាសះស្បើយណាមួយនៃការខាតបង់របស់ខ្ញុំតាមរយៈការសងដែលតុលាការបានដាក់ប្រព្រឹត្តិការណ៍ប្រឆាំងនឹងជនល្មើស ការទូទាត់ការធានារ៉ាប់រងណាមួយ ឬប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀតណាមួយ ឬទីភ្នាក់ងារឯកជន ខ្ញុំនឹងសងកម្មវិធីសំណងជនរងគ្រោះឧក្រិដ្ឋកម្មនៃរដ្ឋស៊ីនតោនសម្រាប់ សំណងណាមួយដែលបានបង់នៅក្រោមពាក្យបណ្តឹងទាមទារនេះ។

ដោយការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំបញ្ជាក់នៅក្រោមការពិន័យការស្ងប់ពានក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋស៊ីនតោនដែលបានរៀបរាប់នៅខាងមុខគឺជាការពិត និងត្រឹមត្រូវ។

ប្រសិនបើជនរងគ្រោះជាអនីតិជន ឪពុកឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ សូមចុះហត្ថលេខា។ ប្រសិនបើអ្នកគឺជាអ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ សូមផ្ញើទៅកម្មវិធីសំណងជនរងគ្រោះឧក្រិដ្ឋកម្មច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារអាណាព្យាបាលមួយ។

_____ សរសេរឈ្មោះ: _____ ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ

Note to Medical Providers:

RCW 7.68.145: Release of information in performance of official duties.

Notwithstanding any other provision of law, all law enforcement, criminal justice, or other governmental agencies, or hospital; any physician or other practitioner of the healing arts; or any other organization or person having possession or control of any investigative or other information pertaining to any alleged criminal act or victim concerning which a claim for benefits has been filed under this chapter, shall, upon request, make available to and allow the reproduction of any such information by the section of the department administering this chapter or other public employees in their performance of their official duties under this chapter.

Your disclosure of this information is allowed under the Health Insurance Portability and Accounting Act (HIPAA). This disclosure is required by Washington State law. You may disclose health information under HIPAA without an authorization if that disclosure is required by law, 45 CFR § 164.512(a). Also, since your disclosure is required by law it is not subject to HIPAA's minimum necessary standard, 45 CFR § 164.502(b)(2)(v).