

WA Cares Fund Overview | Descripción general del Fondo WA Cares

The WA Cares Fund is a new state program that makes long-term care insurance affordable for Washingtonians for the first time. Workers will fund WA Cares entirely and pay up to \$0.58 per \$100 of earnings. Learn more at wacaresfund.wa.gov.

El Fondo WA Cares es un nuevo programa estatal que ofrece por primera vez un seguro de cuidado a largo plazo económico para todos los habitantes de Washington. Los trabajadores financiarán WA Cares en su totalidad y pagarán hasta \$0.58 por cada \$100 de ganancias. Obtenga más información en wacaresfund.wa.gov/es.

Qualifying for benefits

To qualify for benefits individuals must:

- Be at least 18 years old
- Live in Washington
- Need assistance or supervision with at least three activities of daily living
- Have met contribution requirements

Contribution requirements

- Individuals may receive the full benefit amount by working at least 500 hours and paying premiums for ten years (without a break of five or more years), or three of the last six years.
- Individuals born before January 1, 1968, may receive a partial benefit by contributing to the WA Cares Fund for at least one year. For each year they work at least 500 hours and pay premiums, they will earn 10% of the full benefit amount.

Calificar para los beneficios

Para calificar para los beneficios, la persona debe:

- Tener al menos 18 años
- Vivir en Washington
- Necesita ayuda o supervisión con al menos tres actividades de la vida diaria
- Haber cumplido con los requisitos de contribución

Requisitos de contribución

- Las personas pueden recibir la cantidad total del beneficio al trabajar al menos 500 horas y pagar las primas durante diez años (sin una interrupción de cinco años o más), o tres de los últimos seis años.
- Las personas nacidas antes del 1 de enero de 1968 pueden recibir un beneficio parcial al contribuir al Fondo WA Cares durante al menos un año. Por cada año que trabajen al menos 500 horas y paguen las primas, ganarán el 10% de la cantidad total del beneficio.

Receiving benefits

Those who qualify can receive up to \$36,500 (amount adjusted annually for inflation) in benefits over their lifetime to help cover the cost of the eligible services and supports that they choose.

Recibir beneficios

Aquellos que califiquen pueden recibir hasta \$36,500 (cantidad ajustada anualmente por inflación) en beneficios durante su vida para ayudar a cubrir el costo de los servicios y apoyos elegibles que escojan.

Applying for an exemption

Washington workers may request to be removed from the program by applying for an exemption if they:

- Are a veteran with a service-connected disability rating of 70 percent or greater.
- Are the spouse or registered domestic partner of an active-duty service member of the United States armed forces.
- Are an active-duty service member of the United States armed forces and have a civilian job.
- Live outside of Washington.

Solicitar una exención

Los trabajadores de Washington pueden pedir que los excluyan del programa al solicitar una exención si:

- Son veteranos con una calificación de discapacidad relacionada con el servicio del 70 por ciento o más.
- Son cónyuges o parejas domésticas registradas de un miembro activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos.
- Son un miembro activo de las fuerzas armadas y tienen un trabajo civil.
- Viven fuera de Washington.



WA Cares exemption application instructions | Instrucciones para la solicitud de exención de WA Cares

Applying for an exemption is optional and voluntary.

If you have questions, please visit wacaresfund.wa.gov or call us at 833-717-2273. We are available Monday through Friday from 8:30 a.m. to 4:30 p.m.

Solicitar una exención es opcional y voluntario.

Si tiene preguntas, visite wacaresfund.wa.gov/es o llámenos al 833-717-2273. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.

Apply online

1. Log in to your Secure Access Washington (SAW) account.
 - o If you do not already have a SAW account, go to secureaccess.wa.gov and select "Sign Up"
 - o Follow the prompts. Use your email or local cellphone number to authenticate your account.
2. Add Paid Family and Medical Leave to your services.
 - o While logged-in to your SAW account, select "Add Service."
 - o Select "Add By Agency", then select "Employment Security Department".
 - o Select "Add" next to "Paid Family and Medical Leave (PFML)".
 - o Select "My Services" on Registration Complete.
 - o Select "Paid Family and Medical Leave (PFML)" on your SAW homepage.
3. Fill out and submit your application.
 - o While logged in to the Paid Family and Medical Leave service, select "Apply for WA Cares Exemption" on the Create an Account Screen.
 - o Follow the prompts to create your account, upload your required documentation and submit your application.

Presente su solicitud en línea

1. Acceso su cuenta de Secure Access Washington (SAW)
 - o Si aún no tiene una cuenta SAW, vaya a secureaccess.wa.gov y haga clic "Inscríbese"
 - o Siga las indicaciones. Use su correo electrónico o número de teléfono celular local para autenticar su cuenta.
2. Agregue Paid Family and Medical Leave (Permiso de cuidado pagado) a sus servicios.
 - o Mientras está en su cuenta SAW, seleccione "Añadir Servicio."
 - o Seleccione "Añadir por agencia," luego seleccione "Employment Security Department" (Departamento para la Seguridad del Empleo).
 - o Seleccione "Añadir" junto a "Paid Family and Medical Leave (PFML)".
 - o Seleccione "Mis servicios" en Registro concluido.
 - o Haga clic "Paid Family and Medical Leave (PFML)" en la página de inicio de su cuenta SAW.
3. Complete y envíe su solicitud.
 - o Mientras esté en el servicio de Paid Family and Medical Leave (Permiso de cuidado pagado), seleccione "Apply for WA Cares Exemption" (Solicitar exención de WA Cares) en la pantalla Create an Account (Crear una cuenta).
 - o Siga las indicaciones para crear su cuenta, cargue la documentación requerida y envíe su solicitud.

Apply by paper application

1. Fill out the paper application.
2. Make copies of required documentation.
3. Submit your completed exemption application and required documentation by fax or by mail.

Presente su solicitud en papel

1. Llene la solicitud en papel.
2. Saque copias de la documentación requerida.
3. Presente la solicitud de exención completa y la documentación requerida por fax o por correo.



Required documentation by exemption type |

Documentación requerida por tipo de exención

You must submit the documentation required for the exemption type you are applying for. *Do not send originals.*

Debe enviar la documentación requerida para el tipo de exención que está solicitando. *No envíe documentos originales.*

Primary residence outside of Washington state

Residencia principal fuera del estado de Washington

1. One of the following that includes your name and primary residential address:
 - o Paycheck stub from employer dated within the last 90 days
 - o Home utility bill dated within the last 90 days
 - o Vehicle registration or title dated within the last year
 - o Current auto insurance policy dated within the last year
2. Proof of identity document (see page three)

1. Uno de los siguientes que incluye su nombre y su dirección de residencia principal:
 - o Talón de cheque de pago del empleador con fecha dentro de los últimos 90 días
 - o Factura de servicios públicos del hogar con fecha dentro de los últimos 90 días
 - o Matrícula o título del vehículo con fecha en el último año
 - o Póliza de seguro de vehículo actual con fecha en el último año
 - o Documento de prueba de identidad (consulte la página tres)

Active-duty service member of the United States armed forces with a civilian job

Miembro del servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y tiene un trabajo civil

1. Your valid military ID

1. Su identificación de militar válida

Spouse or registered domestic partner of an active-duty service member of the United States armed forces

Cónyuge o pareja doméstica registrada de un miembro del servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos

1. Your valid military dependent ID or the following three documents:
 - o Proof of identity document (see below)
 - o Documentation of registered domestic partnership
 - o Military ID of your registered domestic partner

1. Su identificación de dependiente militar válida o los siguientes tres documentos:
 - o Documento de prueba de identidad (consulte a continuación)
 - o Documentación de pareja doméstica registrada
 - o Identificación de persona en el servicio militar de su pareja doméstica registrada

Veteran with a service-connected disability rating of 70 percent or greater

Veterano con una calificación de discapacidad relacionada con el servicio del 70 por ciento o más

1. A copy of your benefit decision letter from the U.S. Department of Veterans Affairs showing your service-connected disability rating. You can access and download your letter at www.va.gov/records/download-va-letters.
2. Proof of identity document (see below)

1. Una copia de la carta de decisión sobre los beneficios del U.S. Department of Veterans Affairs (Departamento de Asuntos de los Veteranos de los EE. UU.) que muestre la calificación de la discapacidad relacionada con el servicio. Puede acceder a la carta y descargarla en www.va.gov/records/download-va-letters.
2. Documento de prueba de identidad (consulte a continuación)

Proof of identity documents	Documentación de prueba de identidad
<p>For exemption types that require <u>separate</u> proof of identity documentation, you must submit a COPY of one document from the list below. Do not send originals.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valid United States federal or state government-issued forms of identification such as: <ul style="list-style-type: none"> ○ Passport ○ Passport Card ○ ID Card ○ Driver’s License (enhanced or standard) ○ B1/B2 Border Crossing Card • Valid United States Citizenship and Immigration Service ID: <ul style="list-style-type: none"> ○ I-327 U.S. Permit to Re-Enter Travel Document ○ I-551 Permanent Resident Card ○ I-571 U.S. Refugee Travel Document ○ I-766 Employment Authorization • Valid foreign government-issued form of identification that includes your signature, date of birth and photo, such as: <ul style="list-style-type: none"> ○ Passport ○ Consular ID Card ○ National Identification Card or “Cedula” • Valid enrollment ID card from a federally recognized Indian Tribe that includes your signature, date of birth and photo. • Valid U.S. Bureau of Indian Affairs issued ID card that includes your signature, date of birth and photo. 	<p>En el caso de los tipos de exención que requieren documentación de prueba de identidad <u>por separado</u>, debe presentar una COPIA de un documento de la lista a continuación. No envíe los originales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas de identificación válidas emitidas por el gobierno federal o estatal de los Estados Unidos, tales como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pasaporte ○ Tarjeta de pasaporte ○ Tarjeta de identificación ○ Licencia de conducir (mejorada o estándar) ○ Tarjeta de cruce fronterizo B1/B2 • Identificación válida del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos: <ul style="list-style-type: none"> ○ I-327 Documento de viaje del permiso de reingreso a los EE. UU. ○ I-551 Tarjeta de residente permanente ○ I-571 Documento de viaje de persona refugiada de los EE. UU. ○ I-766 Autorización de empleo • Forma de identificación válida emitida por un gobierno extranjero que incluya su firma, fecha de nacimiento y fotografía, tales como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pasaporte ○ Tarjeta de identificación consular ○ Documento nacional de identidad o “cédula” • Tarjeta de identificación de inscripción válida de una tribu indígena reconocida a nivel federal que incluya su firma, fecha de nacimiento y fotografía. • Tarjeta de identificación válida emitida por el Oficina de Asuntos Indígenas de los EE. UU. que incluya su firma, fecha de nacimiento y fotografía.



Exemption application | Solicitud de exención

To apply, provide the required information (*) requested below and return all three pages. Applying for an exemption is optional and voluntary.

Para presentar su solicitud, proporcione la información requerida (*) que se solicita a continuación y devuelva las tres páginas. Solicitar una exención es opcional y voluntario.

Personal information | Información personal

First name* | Nombre* :

Middle initial | Inicial de segundo nombre:

Last name* | Apellido* :

Date of birth* | Fecha de nacimiento*:

SSN or ITIN required if available | SSN o ITIN requerido si está disponible:

Primary contact information | Información del contacto principal

Mailing address* This is where we will send your decision letter | Dirección de correo postal* Aquí es donde enviaremos su carta de decisiones :

City* | Ciudad* :

State* | Estado* :

Zip Code* | Código postal*:

Phone number* | Teléfono* :

Email address* | Correo electrónico* :

Preferred contact method* | Método de contacto de preferencia* :

Phone | Teléfono

Email | Correo electrónico

Mail | Correo postal

May we leave a detailed voicemail message at the phone number you provided?* |

¿Podemos dejar un mensaje de voz detallado en el número de teléfono que proporcionó?*

Yes | Sí

No | No

What is your preferred language?* | ¿Cuál es su idioma de preferencia?*

Amharic | Amárico

Japanese | Japonés

Russian | Ruso

Arabic | Árabe

Korean | Coreano

Somali | Somalí

Khmer | Jemer

Laotian | Laosiano

Spanish | Español

Chinese | Chino

Marshallese | Marshalés

Tagalog | Tagalo

English | Inglés

Oromo | Oromo

Ukrainian | Ucraniano

Farsi | Farsi

Punjabi | Panyabí

Vietnamese | Vietnamita

Other. If other, what is your preferred language and dialect? | Otro. Si es otro, ¿cuál es su idioma y dialecto de preferencia?

Gender* | Sexo* :

Female
Femenino

Male
Masculino

Non-Binary
No binario

Prefer not to say
Prefiero no decir



Which of the following best describes your ethnicity and/or race? Check all that apply.* | ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su origen étnico y/o raza? Marque todas las opciones que correspondan.*

<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native Indio americano o native de Alaska	<input type="checkbox"/> Middle Eastern or Arab De Oriente Medio o estadounidense con orígenes árabes	<input type="checkbox"/> South Asian De Asia del Sur	<input type="checkbox"/> Prefer not to say Prefiero no decir
<input type="checkbox"/> Black or African American Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander Nativo de Hawái u otra isla de Pacífico	<input type="checkbox"/> Southeast Asian Del Sudeste Asiático	<input type="checkbox"/> Ethnicity and/or race not listed El origen étnico y/o la raza no están enumerados <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/Latina Hispano o Latino/Latina	<input type="checkbox"/> East Asian De Asia del Este	<input type="checkbox"/> White Blanco	

Exemption information | Información de la exención

You can apply for one exemption at a time.

Puede solicitar una exención a la vez.

I am requesting an exemption from WA Cares because:* | Solicito una exención de WA Cares porque:*

I am a veteran with a service-connected disability. | Soy un veterano con una discapacidad relacionada con el servicio militar.

This exemption is permanent and cannot be changed or revoked once approved. To qualify, you must submit a copy of your benefit decision letter from the U.S. Department of Veterans Affairs showing your service-connected disability of at least 70%.

Esta exención es permanente y no se puede cambiar ni revocar una vez aprobada. Para calificar, debe enviar una copia de la carta de decisión de beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos que muestre que su discapacidad relacionada con el servicio militar es de al menos 70%.

I am a spouse or partner of an active-duty service member. | Soy un cónyuge o pareja doméstica registrada de un miembro del servicio activo.

You must inform us and your employer(s) within 90 days if your spouse or registered domestic partner is discharged from military service or upon dissolution of your marriage or partnership.

Debe informarnos a nosotros y a su(s) empleador(es) dentro de los 90 días si su cónyuge o pareja doméstica registrada es dado de baja del servicio militar o si se termina su matrimonio o unión de pareja.

I am an active-duty service member and have a civilian job. | Soy un miembro del servicio activo y tengo un trabajo civil.

You must inform us and your employer(s) within 90 days if you are discharged from military service.

Debe informarnos a nosotros y a su(s) empleador(es) dentro de los 90 días si es dado de baja del servicio militar.

I live outside of Washington state. | Vivo fuera del estado de Washington.

You must inform us and your employer(s) within 90 days if you establish a permanent primary residence within Washington state.

Debe informarnos a nosotros y a su(s) empleador(es) dentro de los 90 días si establece una residencia principal permanente en el estado de Washington.



Attestation and signature | Atestación y firma

By signing below,
I confirm that I wish to opt out of the WA Cares Fund and the information and documentation I provide is true and correct.

If the exemption I selected is permanent:

I understand that if my exemption request is approved, it will be permanent. This means I will not be able to participate in WA Cares or be eligible to receive benefits from it now or in the future.

If the exemption I selected is conditional:

I understand that the exemption I have applied for depends on my current situation. If my request is approved, I will not be able to take part in WA Cares or be eligible to receive benefits from it as long as that situation stays the same.

If my situation changes and I no longer qualify for the exemption, I must inform my employer(s) and the Employment Security Department within 90 days. If I do not provide notification within that time, I may have to pay any missed premiums, plus interest.

I understand that the Employment Security Department may review the information I submit and may ask for more details or documents at any time.

Al firmar a continuación,
Confirmando que deseo no participar en el Fondo WA Cares, y que la información y la documentación que proporciono son verdaderas y correctas.

Si la exención que seleccioné es permanente:

Entiendo que, si se aprueba mi solicitud de exención, esta será permanente. Esto significa que no podré participar en WA Cares ni ser elegible para recibir sus beneficios ahora ni en el futuro.

Si la exención que seleccioné es condicional:

Entiendo que la exención que he solicitado depende de mi situación actual. Si se aprueba mi solicitud, no podré participar en WA Cares ni ser elegible para recibir sus beneficios mientras mi situación siga igual.

Si mi situación cambia y ya no califico para la exención, debo informar a mi(s) empleador(es) y al Departamento para la Seguridad del Empleo dentro de 90 días. Si no les aviso dentro de ese plazo, es posible que tenga que pagar las primas atrasadas, más intereses.

Entiendo que el Employment Security Department (Departamento para la Seguridad del Empleo) puede revisar la información que envío y puede solicitar más detalles o documentos en cualquier momento.

Signature* | Firma* :

Date signed* | Fecha* :

Printed Name* | Nombre en letra de molde* :

How to submit your application | Cómo enviar su solicitud

Submit your application with required documentation by fax or mail. Remove binding materials and staples before sending. After we process your application, we will mail you your decision letter.

Envíe por fax o correo postal su solicitud con la documentación requerida. Quite los materiales que unen los documentos y las grapas antes de enviarlos. Después de que procesemos su solicitud, le enviaremos por correo postal su carta de decisión.

Fax | WA Cares
Fax: 833-535-2273

Mail | USPS
Correo postal: Employment Security Department
WA Cares Fund
P.O. Box 19020
Olympia, WA 98507-0020

UPS / Fedex
Employment Security Department
WA Cares Fund
212 Maple Park Ave SE
Olympia, WA 98501-2347