



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.

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.
- Have a non-immigrant work visa.
- 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.
- Tienen una visa de trabajo de no inmigrante.
- 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 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. Create a Secure Access Washington (SAW) account.
 - o If you do not already have a SAW account, go to secureaccess.wa.gov and click "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 a New Service."
 - o Select "I would like to browse a list of services by agency", then select "Employment Security Department".
 - o Select "Apply" next to "Paid Family and Medical Leave".
 - o Click "OK" on the registration confirmation.
 - o Click "Access Now" within the Paid Family and Medical Leave service option.
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. Cree una cuenta de Secure Access Washington (SAW)
 - o Si aún no tiene una cuenta SAW, vaya a secureaccess.wa.gov y haga clic en "¡INSCRÍBASE!"
 - 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 "Add a New Service" (Agregar un servicio nuevo).
 - o Seleccione "I would like to browse a list of services by agency" (Me gustaría buscar una lista de servicios por agencia), luego seleccione "Employment Security Department" (Departamento para la Seguridad del Empleo).
 - o Seleccione "Apply" (Solicitar) junto a "Paid Family and Medical Leave" (Permiso de cuidado pagado).
 - o Haga clic en "OK" (Aceptar) en la confirmación de registro.
 - o Haga clic en "Access Now" (Acceder ahora) dentro de la opción de servicio de Paid Family and Medical Leave (Permiso de cuidado pagado).
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. Llenar 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.*

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

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 page 6)

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

1. Your valid military dependent ID or the following three documents:
 - o Proof of identity document (see page 6)
 - o Documentation of registered domestic partnership
 - o Military ID of your registered domestic partner

Non-immigrant worker visa holder

1. One of the following:
 - o Valid Temporary Worker Visa
 - ♦ CW-1 ♦ H-1C ♦ L-1B ♦ P-3
 - ♦ E-1 ♦ H-2A ♦ O-1 ♦ Q-1
 - ♦ E-2 ♦ H-2B ♦ O-2 ♦ R-1
 - ♦ E-2C ♦ H-3 ♦ P-1A ♦ TN
 - ♦ E-3 ♦ I ♦ P-1B
 - ♦ H-1B ♦ L-1A ♦ P-2
 - o Valid Students and Exchange Visitors Visa
 - ♦ F-1 ♦ M-1 ♦ J-1

Primary residence outside of Washington state

1. One of the following:
 - o Paycheck stub from employer dated within the last 90 days

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

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

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. Comprobante de identidad (ver la página 6)

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

1. Su identificación válida de dependiente de una persona en el servicio militar o los siguientes tres documentos:
 - o Documento de prueba de identidad (ver la página 6)
 - o Documentación de pareja doméstica registrada
 - o Identificación de persona en el servicio militar de su pareja doméstica registrada

Titular de visa de trabajador no inmigrante

1. Uno de los siguientes:
 - o Visa de trabajador temporal válida
 - ♦ CW-1 ♦ H-1C ♦ L-1B ♦ P-3
 - ♦ E-1 ♦ H-2A ♦ O-1 ♦ Q-1
 - ♦ E-2 ♦ H-2B ♦ O-2 ♦ R-1
 - ♦ E-2C ♦ H-3 ♦ P-1A ♦ TN
 - ♦ E-3 ♦ I ♦ P-1B
 - ♦ H-1B ♦ L-1A ♦ P-2
 - o Visa de estudiantes y visitantes de intercambio válida
 - ♦ F-1 ♦ M-1 ♦ J-1

Residencia principal fuera del estado de Washington

1. Uno de los siguientes:
 - o Talón de cheque de pago del empleador con fecha dentro de los últimos 90 días



- 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 below)

- 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
2. Documento de prueba de identidad (consulte a continuación)

Proof of identity documents	Documentación de prueba de identidad
<p>Valid United States federal or state government-issued forms of identification such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Passport o Passport Card o ID Card o Driver’s License (enhanced or standard) o B1/B2 Border Crossing Card <p>Valid United States Citizenship and Immigration Service ID:</p> <ul style="list-style-type: none"> o I-327 U.S. Permit to Re-Enter Travel Document o I-551 Permanent Resident Card o I-571 U.S. Refugee Travel Document o I-766 Employment Authorization <p>Valid foreign government-issued form of identification that includes your signature, date of birth and photo, such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Passport o Consular ID Card o National Identification Card or “Cedula” <p>Valid enrollment ID card from a federally recognized Indian Tribe that includes your signature, date of birth and photo.</p> <p>Valid U.S. Bureau of Indian Affairs issued ID card that includes your signature, date of birth and photo.</p>	<p>Formas de identificación válidas emitidas por el gobierno federal o estatal de los Estados Unidos, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Pasaporte o Tarjeta de pasaporte o Tarjeta de identificación o Licencia de conducir (mejorada o estándar) o Tarjeta de cruce fronterizo B1/B2 <p>Identificación válida del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> o I-327 Documento de viaje del permiso de reingreso a los EE. UU. o I-551 Tarjeta de residente permanente o I-571 Documento de viaje de persona refugiada de los EE. UU. o I-766 Autorización de empleo <p>Forma de identificación válida emitida por un gobierno extranjero que incluya su firma, fecha de nacimiento y fotografía, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Pasaporte o Tarjeta de identificación consular o Documento nacional de identidad o “cédula” <p>Tarjeta de identificación de inscripción válida de una tribu indígena reconocida a nivel federal que incluya su firma, fecha de nacimiento y fotografía.</p> <p>Tarjeta de identificación válida emitida por el Bureau of Indian Affairs (Oficina de Asuntos Indígenas de los EE. UU.) que incluya su firma, fecha de nacimiento y fotografía.</p>

**Exemption application | Solicitud de exención**

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

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

Personal information | Información personal

First name* | Nombre* :

Middle initial | Inicial de segundo nombre :

Last name* | Apellido* :

SSN or ITIN* | SSN o ITIN* :

Date of birth* | Fecha de nacimiento* :

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* :

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

 Phone Teléfono Email Correo electrónico Mail Correo postal

Email address* | Correo electrónico* :

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

 Yes Sí

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

 No No

When possible, do you prefer to communicate in a language other than English?* |

 Yes Sí

Cuando sea posible, ¿prefiere comunicarse en un idioma que no sea inglés?*

 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 Cambodian (Khmer) Camboyano (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? | Otro. Si es otro, ¿cuál es su idioma de preferencia?



Gender | Género :

- | | | | |
|---------------------------------|-----------|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Female | Femenino | <input type="checkbox"/> Non-Binary | No binario |
| <input type="checkbox"/> Male | Masculino | <input type="checkbox"/> Prefer not to say | Prefiero no decir |

Are you of Hispanic, Latinx or Spanish origin? | ¿Es de origen hispano, latinx o español?

- Yes Sí No No

Which of the following best describes your ethnic heritage? Check all that apply. | ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su herencia étnica? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> White | Blanco |
| <input type="checkbox"/> Black or African American | Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native | Indio americano o nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> South Asian or South Asian American | Sudasiático o sudasiático americano |
| <input type="checkbox"/> East Asian or East Asian American | Asiático del este o asiático del este americano |
| <input type="checkbox"/> Southeast Asian or Southeast Asian American | Asiático del sudeste o asiático del sudeste americano |
| <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander | Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Hispanic or Latinx | Hispano o latinx |
| <input type="checkbox"/> Middle Eastern or Arab American | Medio Oriente o árabe americano |
| <input type="checkbox"/> Prefer not to say | Prefiero no decir |
| <input type="checkbox"/> Other. If other, please specify: | Otro. Especifique: |

Exemption information | Información de la exención

You can apply for one exemption at a time.

Puede solicitar una exención a la vez.

The exemption for veterans with a service-connected disability is permanent; the rest are conditional.

Es permanente la exención para los veteranos que tengan una discapacidad relacionada con el servicio; el resto son condicionales.

Which type of exemption are you requesting?* | ¿Qué tipo de exención solicitará?*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Veteran with a service-connected disability rating of 70 percent or greater (permanent) | Veterano con una calificación de discapacidad relacionada con el servicio del 70 por ciento o más (permanente) |
| <input type="checkbox"/> Spouse or registered domestic partner of an active-duty service member of the United States armed forces (conditional) | Cónyuge o pareja doméstica registrada de un miembro del servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (condicional) |
| <input type="checkbox"/> Non-immigrant work visa holder (conditional) | Titular de visa de trabajo de no inmigrante (condicional) |
| <input type="checkbox"/> Primary residence outside of Washington state (conditional) | Residencia principal fuera del estado de Washington (condicional) |



Attestation and signature | Atestación y firma

By signing below, I attest that I wish to opt out of participating in the WA Cares Fund program and program benefits and the information and documentation I provide is true and correct.

If the exemption I selected is permanent:

I understand that the exemption I have applied for is permanent and, if approved, I will no longer be able to participate in the WA Cares Fund program and I will no longer be eligible to receive program benefits.

If the exemption I selected is conditional:

I understand that the exemption I have applied for is conditional and, if approved, I will no longer be able to participate in the WA Cares Fund program and I will no longer be eligible to receive program benefits.

I understand that if I no longer qualify for the exemption, I must notify my employer(s) and the Employment Security Department within 90 days. If I do not provide notification within 90 days, I will owe any unpaid premiums plus interest to the Employment Security Department.

I understand that the Employment Security Department may verify the information I provide and may request additional information and/or documentation at any time.

Al firmar a continuación, doy fe de que deseo no participar en el programa WA Cares Fund y los beneficios del programa, y que la información y la documentación que proporciono son verdaderas y correctas.

Si la exención que seleccioné es permanente:

Entiendo que la exención que solicité es permanente y que, si se aprueba, ya no podré participar en el programa WA Cares Fund y ya no seré elegible para recibir los beneficios del programa.

Si la exención que seleccioné es condicional:

Entiendo que la exención que solicité es condicional y que, si se aprueba, ya no podré participar en el programa WA Cares Fund y ya no seré elegible para recibir los beneficios del programa.

Entiendo que si ya no califico para la exención, debo notificar a mi(s) empleador(es) y al Employment Security Department (Departamento de Seguridad del Empleo) dentro de los 90 días. Si no notifico dentro de los 90 días, le deberé al Employment Security Department (Departamento de Seguridad del Empleo) toda prima no pagada más intereses.

Entiendo que el Employment Security Department (Departamento de Seguridad del Empleo) puede verificar la información que proporciono y puede solicitar información adicional o documentación 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 pages five, six, and seven with required documentation by fax or mail. After we process your application, we will mail you your decision letter.

Envíe por fax o correo postal las páginas cinco, seis y siete con la documentación requerida. Después de que procesemos su solicitud, le enviaremos por correo postal su carta de decisión.

Fax: 833-999-7365
Mail: Employment Security Department
WA Cares Fund
P.O. Box 19020
Olympia, WA 98507-0020

Fax: 833-999-7365
Correo postal: Employment Security Department
WA Cares Fund
P.O. Box 19020
Olympia, WA 98507-0020