

مراجعة استحقاق الحصول على  
خدمات ووسائل دعم طويلة الأجل

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

اسم العميل (الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الأخير)	رقم معرف العميل
عنوان العميل	المدينة الولاية الرمز البريدي
عنوان بريد العميل	المدينة الولاية الرمز البريدي
اسم الزوج أو والد الطفل القاصر (الأول، الأوسط، اللقب)	
عنوان الزوج / الوالد (إذا كان مختلفاً)	المدينة الولاية الرمز البريدي
رقم الهاتف العميل (بما في ذلك رمز المنطقة)	البريد الإلكتروني للعميل
<input type="checkbox"/> المنزلي <input type="checkbox"/> الخلي <input type="checkbox"/> رسالة	
<b>مندوب مفوض</b>	
المندوب المفوض هو الشخص الذي تسمح له بالوكالة أو من ينوب عنهم بالتحدث حول الفوائد الخاصة بك. يمكنك تحديد شخص ما لكن ليس ذلك ملزماً. ومن الأمثلة على ذلك الوصي، الزوج، الأقارب، المحامي.	
هل لديك مندوب معتمد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
الاسم	صلة القرابة
العنوان البريدي	المدينة الولاية الرمز البريدي
رقم الهاتف (متضمناً رمز المنطقة)	البريد الإلكتروني
<b>الدخل غير المكتسب للعميل</b>	
المبلغ	استحقاقات الضمان الاجتماعي
\$	
المبلغ	التقاعد / المعاش / المرتب السنوي
\$	
غير ذلك - استحقاقات المحاربين القدامى، أو وزارة العمل والصناعة، أو النفقة، أو أرباح الأسهم، أو الفوائد، أو الإيجار أو الدخل ربع السنوي (مدرج بالقائمة أدناه)	
\$	
\$	
\$	
\$	
\$	



الدخل المكتسب للعميل			
صاحب العمل	تاريخ البدء	المبلغ الإجمالي المستلم	الدفع بشكل متكرر
هل هذا الدخل من العمل الحر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
موارد العميل			
المؤسسة المالية / الشركة / الموقع	القيمة		
	\$	حساب الشيكات	
	\$	حساب الادخار	
	\$	الحسابات المالية الأخرى:	
	\$		
	\$	شهادات الإيداع (CD)	
	\$	حساب لدى المنشأة	
	\$	النقد الفوري / لدى الآخرين	
	\$	وثيقة تأمين الحياة / الدفن	
	\$	أموال الدفن	
	\$	الودائع	
	\$	المعاشات	
	\$	المنزل (بما في ذلك الممتلكات مدى الحياة)	
	\$	الممتلكات الأخرى:	
	\$		
	\$		
غير ذلك - المركبات والأسهم والسندات وصناديق الاستثمار المشتركة وحسابات التقاعد (مدرج بالقائمة أدناه)			
	\$		
	\$		
	\$		
هل بيعت، تداولت أو اكتشفت مالياً أو منزلاً أو ممتلكات أو موارد أخرى خاص بك في السنوات الخمس الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل ما يلي:			
النوع	إلى من	المبلغ	تاريخ التحويل
		\$	
		\$	
		\$	

المبلغ	المصاريف الطبية للعميل ورسوم الوصي / المدفوع لأمره (ترفق دليلاً)
\$	التأمين الصحي (قائمة مقدمي الخدمات)
\$	
\$	تأمين الرعاية طويل الأجل (قائمة مقدم الخدمات)
\$	رسوم الوصي الشهرية
\$	الرسوم الشهرية للمستفيد
\$	الفواتير الطبية غير المدفوعة (قائمة)
\$	
<b>الحالة الاجتماعية</b>	
هل تغيرت حالتك الاجتماعية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
المبلغ	دخل الزوج / المعال
\$	استحقاقات الضمان الاجتماعي
\$	التقاعد / المعاش / المرتب السنوي
\$	
\$	الأرباح
\$	
\$	استحقاقات قدامى المحاربين
غير ذلك - وزارة العمل والصناعة، أو النفقة، أو أرباح الأسهم، أو الفوائد، أو الإيجار أو الدخل ربع السنوي (مدرج بالقائمة أدناه)	
\$	
\$	
المبلغ	نفقات الإسكان
\$	إيجار / رهن عقاري
\$	الضرائب العقارية / التأمين على المنزل
\$	المرافق
\$	غير ذلك - تقدير القيم، الشقة أو الرسوم التعاونية، إيجار الفراغ، إلخ

## تفويض للتحقق من الأصول

أفهم أن المعلومات التي أقدمها لتقديم طلب للحصول على المساعدة أو تجديدها ستخضع للتحقق من قبل المسؤولين الاتحاديين ومسؤولي الولاية لتحديد ما إذا كانت هذه المعلومات صحيحة أم لا. وأفوض هيئة الرعاية الصحية بولاية واشنطن (HCA) وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) لإجراء التحقق من الأصول لإثبات استحقاقها لها والتحقق من دقة معلوماتي المالية. وأفهم أنه يمكن لهيئة الرعاية الصحية (HCA) وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) إجراء التحقيق والاتصال بأي مؤسسة مالية، باعتبارها جزءًا من عملية التحقق من الأصول. كما أفهم أن هذا التفويض ينتهي عندما يتم اتخاذ قرار سلبي نهائي بشأن طلبي، أو انتهاء استحقاق الحصول على المزايا، أو إذا قمت بإلغاء هذا التفويض في أي وقت من خلال تقديم إخطار مكتوب إلى هيئة الرعاية الصحية (HCA) أو إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS). إذا قمت بإلغاء أو رفضت تقديم التفويض، فأدرك أنني لن أكون مستحقًا للحصول على أي برنامج Medicaid المتعلق بدخل الضمان الإضافي لبرنامج Washington Apple Health لكبار السن أو المكفوفين أو ذوي الإعاقة من Medicaid. لا يؤثر إلغاء أو رفض اعتماد التحقق من الأصول في الأهلية لبرنامج وسائل الدعم لكبار السن (TSOA).

## الإعلان والتوقيع (التوقيعات)

قرأت، أو تم توضيح استمارة مراجعة الأهلية والحقوق والمسؤوليات الخاصة بي وحصلت على نسخة من استمارة حقوق ومسؤوليات تغطية الرعاية الصحية، HCA 18-011.

أفهم أن المعلومات التي أقدمها لتقديم طلب الحصول على مساعدة ستخضع للتحقق من قبل المسؤولين الفيدراليين ومسؤولي الولاية لتحديد ما إذا كانت صحيحة أم لا. وإذا كان لدي أرباح في راتب سنوي، يجب أن أذكر ولاية واشنطن كمستفيد آخر.

أقر بموجب عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات المقدمة في هذه المراجعة حقيقية وصحيحة وكاملة على حد علمي.

توقيع العميل	رقم الهاتف	التاريخ
توقيع الزوج	رقم الهاتف	التاريخ
توقيع الوالد للطفل القاصر	رقم الهاتف	التاريخ
توقيع المندوب المفوض أو المساعد	رقم الهاتف	التاريخ