

## 长期服务与支持 资格复审

### Eligibility Review for Long Term Services and Supports

个案当事人姓名（名字，中间名缩写，姓氏）		个案当事人身份识别号码	
个案当事人地址	城市	州	邮政编码
个案当事人邮寄地址	城市	州	邮政编码
未成年子女的配偶或家长的姓名（名字，中间名缩写，姓氏）			
配偶/家长地址（如果不同）		城市	州 邮政编码
个案当事人电话号码（包括区号） <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 留言电话		个案当事人电子邮件	
<b>获授权代表</b>			
获授权的代表系指经您允许与该机构或其指定人员讨论您的福利事宜之人士。您可以委派某人作您的代表，但不要求您必须这样做。示例包括监护人、配偶、亲属、律师。 您是否有一位获授权的代表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
姓名		关系	
邮寄地址	城市	州	邮政编码
电话号码（包括区号）		电子邮件	
<b>个案当事人的非薪资收入</b>			<b>金额</b>
社会安全保险福利			\$
退休金/养老金/年金			\$
其它收入 - 例如退伍军人福利金、劳工与工商保险金、供养费、股息、利息、租金或季度收入（请在下方列出）			
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



个案当事人的薪资收入			
雇主	开始日期	所得薪资总金额	支付频率
此收入是否来自自雇？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
个案当事人的财务资源			
	价值	金融机构/公司/地点	
支票账户	\$		
储蓄账户	\$		
其他财务账户：	\$		
	\$		
定期存款单(CD)	\$		
由设施持有的账户	\$		
手头现金/由其他人持有的现金	\$		
人寿/殡葬保单	\$		
殡葬基金	\$		
信托基金	\$		
年金	\$		
住房（包括终生产权产业）	\$		
其他房产：	\$		
	\$		
其他 – 汽车、股票、债券、共同基金、退休账户（请在下方列出）			
	\$		
	\$		
	\$		
您在过去五年是否曾出售、卖掉或赠送您的钱财、住宅、财产或其它收入来源？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果是这样，请填写下列内容：			
类型	接受人	金额	财产转让日期
		\$	
		\$	
		\$	

个案当事人的医疗费用和监护人/收款人费用 (请随附凭证)	金额
健康保险 (请列明保险提供者)	\$
	\$
长期照护服务保险 (请列明保险提供者)	\$
每月监护人费用	\$
每月收款人费用	\$
尚未付清的医疗费用账单 (请列明)	\$
	\$
<b>婚姻状况</b>	
您的婚姻状况是否有变化? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
配偶/受供养者收入	金额
社会安全保险福利	\$
退休金/养老金/年金	\$
	\$
收入	\$
	\$
退伍军人福利金	\$
其它收入 - 例如劳工与工商保险金、供养费、股息、利息、租金或季度收入 (请在下方列出)	
	\$
	\$
住房开支	金额
房租/抵押贷款	\$
房产税/住宅保险费	\$
公用事业费	\$
其他 - 评估、共管式独立产权私人公寓或共同管理费、场地租赁等	\$

### 资产核实授权

本人明白，本人提供用于申请或接续补助的信息将由联邦和州官员进行核实并确定它们是否正确。本人授权华盛顿州医疗保健计划管理部(HCA)和社会福利服务部(DSHS)开展资产核实来确定本人资格并确认本人财务信息的准确性。本人明白，HCA和DSHS可能会在资产核实过程中调查和联络任何金融机构。本人明白，当对本人的申请做出最终不利决定时，或者如果本人随时通过向HCA或DSHS提供书面通知来撤销此授权，此授权即终止。如果本人撤销授权或拒绝提供授权，本人明白，本人将没有资格参加任何Washington Apple Health老年人、盲人或残障人士Medicaid计划。撤销或拒绝授权资产核实不会影响老年人定制支持(TSOA)的资格。

### 声明与签名

我已经读过或者已经有人向我解释过资格复审表及本人的相关权利和责任，并收到一份健康保险权利与责任表HCA 18-011。

本人明白，本人提供用于申请补助的信息将由联邦和州官员进行核实并确定它们是否正确。如果我获取年金利息，我必须指定华盛顿州作为剩余财产受益人。

本人特此声明：据我所知，我在此表格中所提供的信息属实、正确且完整。若有不实之词，愿受华盛顿州法律规定的伪证罪处罚。

个案当事人签名	电话号码	日期
配偶签名	电话号码	日期
未成年子女个案当事人家长签名	电话号码	日期
授权代表或协助人签名	电话号码	日期