

## 장기 서비스 및 지원에 대한 수혜자격 검토

### Eligibility Review for Long Term Services and Supports

수혜자 이름(이름, 중간이름, 성)		수혜자 ID 번호	
수혜자 주소	시	주	우편번호
수혜자 우편 주소	시	주	우편번호
배우자 또는 미성년자 자녀 부모 이름(이름, 중간이름, 성)			
배우자 / 부모 주소(서로 다를 경우)	시	주	우편번호
수혜자 전화번호(지역 번호 포함) <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 메시지		수혜자 이메일	
<b>위임 대리인</b>			
위임한 대리인이란 DSHS에서 귀하의 혜택에 관한 정보를 말할 수 있는 기관 또는 피지명자를 의미합니다. 대리인을 지명해도 되지만 반드시 그렇게 해야 하는 것은 아닙니다. 후견인, 배우자, 친인척, 법적 대리인 등을 대리인으로 지명할 수 있습니다. 귀하를 대변할 대리인이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
이름		관계	
우편 주소	시	주	우편번호
전화번호(지역번호 포함)		이메일	
<b>수혜자의 불로 소득</b>			<b>총액</b>
사회보장금			\$
퇴직금 / 연금 / 연부금			\$
기타 - 재향군인수당, 산재보험수당(L&I), 별거수당, 배당금, 이자소득, 임대비 또는 분기별 소득 등(아래에 기재)			
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



수혜자의 근로 소득			
고용주	시작일	수취 총액	지급 빈도
이것은 자영업에서 발생한 소득입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
수혜자 자원			
	가치	금융 기관 / 회사 / 장소	
당좌예금구좌(Checking Account)	\$		
보통예금구좌(Savings Account)	\$		
기타 금융 계좌:	\$		
	\$		
예금 증서(CD)	\$		
시설이 보유한 계좌	\$		
수중에 있는 현금 / 타인이 보유한 계좌	\$		
생명 / 장례 보험 증권	\$		
장례비	\$		
신탁	\$		
연금	\$		
집(중신 물권 포함)	\$		
기타 재산:	\$		
	\$		
기타 - 차량, 주식, 채권, 뮤추얼 펀드, 퇴직금 계좌(아래에 기재)			
	\$		
	\$		
	\$		
지난 5년 동안 남에게 돈을 주었거나 자택, 부동산 또는 기타 자산을 매매, 거래 또는 무료로 양도하였습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'일 경우 아래를 기입하십시오.			
종류	매매, 거래 또는 무료로 양도한 사람이나 기관	총액	매매, 거래 또는 양도한 일자
		\$	
		\$	
		\$	

<b>수혜자의 의료비 및 후견인 / 수취인 수수료(증빙서류 첨부)</b>	<b>총액</b>
건강보험(보험사 기재)	\$
	\$
장기 요양 보험(보험사 기재)	\$
후견인 월 수수료	\$
수취인 수수료	\$
미납 의료비(기재)	\$
	\$
<b>결혼 상태</b>	
결혼 상태가 변경되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
<b>배우자 / 부양가족 소득</b>	<b>총액</b>
사회보장금	\$
퇴직금 / 연금 / 연부금	\$
	\$
소득	\$
	\$
재향군인수당	\$
기타 - 산재보험수당(L&I), 별거수당, 배당금, 이자소득, 임대비 또는 분기별 소득 등 (아래에 기재)	
	\$
	\$
<b>주거비</b>	<b>총액</b>
임대비 / 모기지(주택융자)	\$
재산세 / Home Insurance	\$
공과금(예: 수도세, 전기세)	\$
기타 - 세액, 콘도 또는 공동운영비, 장소 임대 등	\$

### 자산증명 승인서

본인은 지원 승인을 받기 위해 또는 갱신하기 위해 한 정보가 정확성 여부를 판단하기 위해 연방 및 주 관리의 검증을 받을 것임을 인정합니다. 본인은 워싱턴주 보건관리국(Health Care Authority, HCA) 및 사회보건서비스부(Department of Social and Health Services, DSHS)에서 자산증명을 수행하여 본인의 자격증명을 결정하고 본인의 재무정보의 정확성을 확인하도록 권한을 부여합니다. 본인은 HCA / DSHS 가 자산증명 절차의 일부로 임의의 금융기관을 조사하고 연락을 취할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 본인은 본인의 신청에 대한 부정적인 최종 결정이 내려졌을 때, 본인의 수혜 자격이 종료되었을 때, 또는 본인이 언제든지 HCA 나 DSHS 에 서면으로 통지하여 이 권한을 철회하였을 때 이 권한이 종료됨을 인정합니다. 본인이 권한 제공을 철회하거나 거부할 경우, 본인은 워싱턴주 Apple Health 노인, 맹인 또는 장애인 메디케이드(Washington Apple Health Aged, Blind, or Disabled Medicaid) 프로그램 자격을 얻지 못함을 인정합니다. 자산 검증 승인을 취소하거나 거부한다 해도 TSOA (고령자 맞춤형 지원) 자격에는 영향을 미치지 않습니다.

### 선언 및 서명

본인은 수혜자격 검토 양식과 본인의 권리와 책임에 관해 읽었거나 설명을 들었으며 건강 보험 혜택 권리와 책임 양식(HCA 18-011) 사본 한 부를 받았습니다.

본인은 지원 승인을 받기 위해 제출한 정보가 정확성 여부를 판단하기 위해 연방 및 주 관리의 검증을 받을 것임을 인정합니다. 본인에게 연부금 이권이 있을 경우 본인은 반드시 워싱턴주를 유적 수익자로 지정해야만 합니다.

본인은 워싱턴 주법 아래 위증 시 처벌을 받는 조건으로 본인이 알고 있는 한 이 서류에 제공된 정보가 진실하고, 정확하며, 완전하다는 것을 선언합니다.

수혜자/의뢰인의 서명	전화번호	날짜
배우자 서명	전화번호	날짜
미성년 자녀 수혜자 부모의 서명	전화번호	날짜
위임 대리인 또는 조력자의 서명	전화번호	날짜