

د اوږدې مودې خدماتو  
او ملاتړونو لپاره د وړتیا بیاکتنه

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

|  |  |                        |       |
|--|--|------------------------|-------|
| د پېرودونکي نوم (لومړی، منځنی ابتدایي، وروستی)   |  | د پېرودونکي د ID شمېره |       |
| د پېرودونکي ادرس   |  | ښار                    | ایالت |
| د پېرودونکي د لیک ادرس   |  | ښار                    | ایالت |
| میرمن/میره یا د کوچني ماشوم والدین (لومړی، منځنی ابتدایي، وروستی)  |  |                        |       |
| د میره/ والدینو پته (که مختلف وي)  |  |                        |       |
| د پېرودونکي د تلفون شمېره (د ساحې کوډ پکې شامل کړئ)  |  | د پېرودونکي برېښنالیک  |       |
| <input type="checkbox"/> کور <input type="checkbox"/> کرځنده تلفون <input type="checkbox"/> پیغام  |  |                        |       |
| <b>مجاز استازی</b>   |  |                        |       |
| <p>یو مجاز استازی هغه څوک دی چې تاسو ادارې یا د دوی نومول شوي شخص ته اجازه ورکوي چې ستاسو د گټو په اړه وغږېږي. تاسو کولی شئ د چا نوم وړاندې کړئ مگر دا اړتیا نلري. مثالونه سرپرست، میره/میرمن، خپلوان، په حقیقت کې وکیل دی. ایا تاسو یو مجاز استازی لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> |  |                        |       |
| نوم  |  | اړیکه                  |       |
| د لیک ادرس   |  | ښار                    | ایالت |
| د تلفون شمېره (د ساحې کوډ پکې شامل کړئ)  |  | برېښنالیک              |       |
| د پېرودونکي نه ترلاسه شوي عاید   |  | مقدار                  |       |
| د ټولنیز امنیت گټې   |  | \$                     |       |
| تقاعد کیدل/تقاعد/کلنی  |  | \$                     |       |
| نور - د وترنرانو گټې، L&A ، نفقه، ونډې، سود، کرایه یا درې میاشتنی عاید (لاندې لیست کړئ)  |  |                        |       |
|  |  | \$                     |       |
|  |  | \$                     |       |
|  |  | \$                     |       |
|  |  | \$                     |       |
|  |  | \$                     |       |



| د پېرودونکي ترلاسه شوي عايد  |                            |                         |                                       |
|--|----------------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| گمارونکی   | د پيل نېټه                 | ناخالص مقدار ترلاسه شوی | د نادبي شرح                           |
|  |                            |                         |                                       |
|  |                            |                         |                                       |
|  |                            |                         |                                       |
| ايا دا عايد د خان گمارني څخه دی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه   |                            |                         |                                       |
| د پېرودونکي سرچینې   |                            |                         |                                       |
| ارزښت  | مالي اداره / شرکت / موقعیت |                         |                                       |
| \$   |                            |                         | د حسابونو کتل                         |
| \$   |                            |                         | د سپما حسابونه                        |
| \$   |                            |                         | نور مالي حسابونه:                     |
| \$   |                            |                         |                                       |
| \$   |                            |                         | د زیرمه کولو سندونه (CD)              |
| \$   |                            |                         | د اداري لخوا ساتل شوی حساب            |
| \$   |                            |                         | په لاس کې نغدي / د نورو لخوا نیول شوی |
| \$   |                            |                         | د ژوند / دفن کولو د بیمې پالیسی       |
| \$   |                            |                         | د دفن کولو فنډونه                     |
| \$   |                            |                         | امانتونه                              |
| \$   |                            |                         | کلنی                                  |
| \$   |                            |                         | کور (د ژوند د املاکو په ګډون)         |
| \$   |                            |                         | نور ملکیت:                            |
| \$   |                            |                         |                                       |
| \$   |                            |                         |                                       |
| نور - وسایط، سټاک، بانډونه، دوه اړخیز فنډونه، د تقاعد حسابونه (لاندې لیست کړئ)   |                            |                         |                                       |
| \$   |                            |                         |                                       |
| \$   |                            |                         |                                       |
| \$   |                            |                         |                                       |
| ايا تاسو په تیرو پنځو کلونو کې خپلې پیسې، کور، ملکیت یا نورې سرچینې وپلورلي، سودا کړې یا مو ورکړې؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه<br>که ځواب هو وي، لاندې موارد بشپړ کړئ: |                            |                         |                                       |
| ډول  | چاته                       | مقدار                   | د انتقال نېټه                         |
|  |                            | \$                      |                                       |
|  |                            | \$                      |                                       |
|  |                            | \$                      |                                       |

|  |  |
|--|--|
| مقدار  | د پېرودونکي طبي لگښتونه او د سرپرست / تاديه کونکي فیس (ثبوت ضمیمه کړئ) |
| \$   | د روغتیا بیمه (د لیست چمتو کونکي)                                      |
| \$   |  |
| \$   | د اوږدې مودې د پاملرنې بیمه (د لیست چمتو کونکي)                        |
| \$   | د سرپرست میاشتنی فیسونه  |
| \$   | د تادیه کونکي میاشتنی فیس  |
| \$   | نه تادیه شوي طبي بیلونه (لیست)   |
| \$   |  |
| <b>دواډه حالت</b>  |  |
| ایا ستاسو د واده حالت بدل شوی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه |  |
| مقدار  | میره یا میرمن / د متکي عاید  |
| \$   | د ټولنیز امنیت گټې   |
| \$   | تقاعد کیدل/ تقاعد/کلنی   |
| \$   |  |
| \$   | عایدات   |
| \$   |  |
| \$   | د وترنرانو گټې   |
| نور – L&A، نفقه، ونډې، سود، کرایه یا درې میاشتنی عاید (لاندې لیست کړئ)                 |  |
| \$   |  |
| \$   |  |
| پېسي   | د هستوگنې لگښتونه  |
| \$   | کرایه / گروي   |
| \$   | د ملکیت مالیه / د کور بیمه   |
| \$   | عمومي لگښتونه  |
| \$   | نور - ارزونې، د Condo یا د Co-Op فیسونه، د خای کرایه، او نور.          |

## د شتمنیو د تصدیق لپاره اجازه ورکول

زه پوهیږم چې هغه معلومات چې زه یې چمتو کوم چې د مرستې لپاره غوښتنه وکړم یا یې د نوي کولو غوښتنه وکړم، به د فدرالي او ایالتي چارواکو لخوا د تایید تابع وي ترڅو معلومه کړي چې ایا دا سم دي. زه د واشنگټن ایالت د روغتیايي پاملرنې ادارې (HCA) او د ټولنیز او روغتیايي خدماتو څانګې (DSHS) ته اجازه ورکوم چې د شتمنیو تصدیق ترسره کړي ترڅو زما وړتیا وټاکي او زما د مالي معلوماتو دقت تصدیق کړي. زه پوهیږم HCA او DSHS ممکن د شتمنیو د تصدیق کولو د پروسې د برخې په توګه تحقیق وکړي زه پوهیږم چې دا اجازه هغه وخت پای ته رسېږي کله چې زما په غوښتنلیک باندې وروستی منفي پریکړه وشي، نو د ګټو لپاره زما وړتیا پای ته رسېږي، یا که زه په لیکلي خبرتیا سره HCA یا DSHS ته په چمتو کولو سره هر وخت دا اجازه لغوه کړم. که زه اجازه لغوه کړم یا یې چمتو کول رد کړم، زه پوهیږم چې زه به د زاړو، راندو یا معلول شویو کسانو د بېوزلي خلکو پروګرام لپاره د واشنگټن د ایپل د روغتیا او د SSI پورې اړوند د میډیکید (Medicaid) برنامې لپاره ورنه یم. لغوه کول یا د شتمنیو تصدیق کولو اجازه ورکولو څخه انکار د زرو لویانو لپاره مناسب ملاتړ (TSOA) لپاره په وړتیا اغیزه نه کوي.

## اعلامیه او لاسلیکونه

ما د وړتیا د بیاکتنې فورمه او زما حقونه او مسؤلیتونه لوستلي، یا راته تشریح شوي او د روغتیايي پاملرنې پوښښ حقونو او مسؤلیتونو فورمه HCA 18-011 یوه کاپي مې ترلاسه کړې.

زه پوهیږم چې هغه معلومات چې زه یې چمتو کوم چې د مرستې لپاره غوښتنه وکړم به د فدرالي او ایالتي چارواکو لخوا د تایید تابع وي ترڅو معلومه کړي چې ایا دا سم دي. که زه په کلنی کې علاقه لرم، زه باید د واشنگټن ایالت د پاتې ګټه اخیستونکي په توګه غوره کړم.

زه اعلان کوم، د واشنگټن ایالت د قوانینو لاندې د دروغو د جزا لاندې، چې هغه معلومات چې ما پدې فورمه کې چمتو کړي دي ریښتیني، سم او زما د غوره پوهې سره بشپړ دي.

|   |                |      |
|---|----------------|------|
| د پیرودونکي لاسلیک                            | د تلیفون شمېره | نیټه |
| د میره/میرمن لاسلیک                           | د تلیفون شمېره | نیټه |
| د کوچني ماشوم پیرودونکي لپاره د والدین لاسلیک | د تلیفون شمېره | نیټه |
| د مجاز استازي یا د مرسته کونکي لاسلیک         | د تلیفون شمېره | نیټه |