

ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਅਤੇ ਸਹਿਯੋਗ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ

ਗਾਹਕ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਅੱਖਰ, ਆਖਰੀ)		ਗਾਹਕ ID ਨੰਬਰ	
ਗਾਹਕ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ
ਗਾਹਕ ਦਾ ਡਾਕ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ
ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਜਾਂ ਨਾਬਾਲਗ ਬੱਚੇ ਦੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਅੱਖਰ, ਆਖਰੀ)			
ਪਤੀ/ਪਤਨੀ / ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇ ਵੱਖਰਾ ਹੈ)	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ
ਗਾਹਕ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਸਮੇਤ)	ਗਾਹਕ ਦਾ ਈਮੇਲ		
<input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਮੋਬਾਈਲ <input type="checkbox"/> ਮੈਸੇਜ			
ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ			
ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਪਰ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ: ਸਰਪ੍ਰਸਤ, ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ, ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਧਾਰਕ।			
ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਨਾਮ	ਸਬੰਧ		
ਡਾਕ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ
ਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਏਰੀਆ ਕੋਡ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ)	ਈਮੇਲ		
ਗਾਹਕ ਦੀ ਗੈਰ-ਕਮਾਈ ਆਮਦਨ			ਰਕਮ
ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਬੈਨਿਫਿਟ			\$
ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ / ਪੈਨਸ਼ਨ / ਸਲਾਨਾ ਭੱਤਾ			\$
ਹੋਰ - ਸਾਬਕਾ ਸੈਨਿਕ ਬੈਨਿਫਿਟ, L&A (ਕਿਰਤ ਅਤੇ ਉਦਯੋਗ), ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਭੱਤਾ, ਡਿਵੀਡੈਂਡ, ਵਿਆਜ, ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ ਜਾਂ ਤਿਮਾਹੀ ਆਮਦਨ (ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀ ਦਿਓ)			
			\$



	\$
	\$
	\$
	\$

ਗਾਹਕ ਦੀ ਕਮਾਈ ਹੋਈ ਆਮਦਨ

ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ	ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਕੁੱਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਰਕਮ	ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਬਾਰੰਬਾਰਤਾ

ਕੀ ਇਹ ਆਮਦਨ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਗਾਹਕ ਦੇ ਸਰੋਤ

	ਮੁੱਲ	ਵਿੱਤੀ ਸੰਸਥਾ / ਕੰਪਨੀ / ਸਥਾਨ
ਚੈਕਿੰਗ ਖਾਤੇ	\$	
ਬਚਤ ਖਾਤੇ	\$	
ਹੋਰ ਵਿੱਤੀ ਖਾਤੇ:	\$	
	\$	
ਜਮ੍ਹਾਂਬੰਦੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (Certificates of Deposit, CD)	\$	
ਸੰਸਥਾ (ਫ਼ੈਸਿਲਿਟੀ) ਦੁਆਰਾ ਰੱਖਿਆ ਖਾਤਾ	\$	
ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਮੌਜੂਦ / ਦੂਜਿਆਂ ਕੋਲ ਰੱਖੀ ਨਕਦੀ	\$	
ਜੀਵਨ / ਅੰਤਿਮ ਸੰਸਕਾਰ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀਆਂ	\$	
ਅੰਤਿਮ ਸੰਸਕਾਰ ਫੰਡ	\$	
ਟ੍ਰਸਟ	\$	

ਸਲਾਨਾ ਭੱਤੇ (ਐਨੁਇਟੀਜ਼)	\$		
ਘਰ (ਲਾਈਫ ਅਸਟੇਟ ਸਮੇਤ)	\$		
ਹੋਰ ਪ੍ਰਾਪਰਟੀ:	\$		
	\$		
ਹੋਰ – ਗੱਡੀਆਂ, ਸ਼ੇਅਰ, ਬਾਂਡ, ਮਿਊਚੁਅਲ ਫੰਡ, ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਖਾਤੇ (ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀ ਦਿਓ)			
	\$		
	\$		
	\$		
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਪੰਜ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ਪੈਸਾ, ਘਰ, ਜਾਇਦਾਦ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਰੋਤ ਵੇਚੇ, ਅਦਲਾ-ਬਦਲੀ ਕੀਤੇ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਹਨ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ:			
ਕਿਸਮ	ਕਿਸ ਨੂੰ	ਰਕਮ	ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ
		\$	
		\$	
		\$	
ਗਾਹਕ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚੇ ਅਤੇ ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦੀ ਫੀਸ (ਸਬੂਤ ਲਗਾਓ)			ਰਕਮ
ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ (ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀਆਂ ਦੇ ਨਾਮ ਦੱਸੋ)			\$
			\$
ਲੰਬੀ-ਮਿਆਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਬੀਮਾ (ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ ਦੱਸੋ)			\$
ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਫੀਸ			\$
ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਫੀਸ			\$
ਬਕਾਇਆ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ (ਸੂਚੀ ਦਿਓ)			

	\$
	\$
ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ	
ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀ ਆਈ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
ਪਤੀ/ਪਤਨੀ / ਨਿਰਭਰ ਦੀ ਆਮਦਨ	ਰਕਮ
ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਬੈਨਿਫਿਟ	\$
ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ / ਪੈਨਸ਼ਨ / ਸਲਾਨਾ ਭੱਤਾ	\$
	\$
ਕਮਾਈ	\$
	\$
ਸਾਬਕਾ ਸੈਨਿਕ ਬੈਨਿਫਿਟ	\$
ਹੋਰ – L&A (ਕਿਰਤ ਅਤੇ ਉਦਯੋਗ), ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਭੱਤਾ, ਡਿਵੀਡੈਂਡ, ਵਿਆਜ, ਕਿਰਾਏ ਤੇ ਜਾਂ ਤਿਮਾਹੀ ਆਮਦਨ (ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀ ਦਿਓ)	
	\$
	\$
ਰਿਹਾਇਸ਼ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚੇ	ਰਕਮ
ਕਿਰਾਇਆ / ਮੌਰਗੇਜ	\$
ਪ੍ਰਾਪਰਟੀ ਟੈਕਸ / ਘਰ ਦਾ ਬੀਮਾ	\$
ਉਪਯੋਗਤਾਵਾਂ (ਬਿਜਲੀ, ਪਾਣੀ ਵਗੈਰਾ)	\$
ਹੋਰ - ਮੁਲਾਂਕਣ, ਕੰਡੋਮਿਨੀਅਮ ਜਾਂ ਕੋ-ਆਪ ਫੀਸਾਂ, ਥਾਂ ਦਾ ਕਿਰਾਇਆ ਵਗੈਰਾ	\$

ਸੰਪੱਤੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਰਿਨਿਊ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਤਾਂ ਜੋ ਇਸਦੇ ਸਹੀ ਹੋਣ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਮੈਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ ਦੀ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਅਥਾਰਟੀ (Health Care Authority, HCA) ਅਤੇ ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ (Department of Social and Health Services, DSHS) ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਵਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਹੀ ਹੋਣ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਸੰਪੱਤੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ HCA ਅਤੇ DSHS ਸੰਪੱਤੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿੱਤੀ ਸੰਸਥਾ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਅੰਤਮ ਨਕਾਰਾਤਮਕ ਫੈਸਲਾ ਆਉਣ 'ਤੇ, ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਖਤਮ ਹੋਣ 'ਤੇ, ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ HCA ਜਾਂ DSHS ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਕੇ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਸਮਾਪਤ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇ ਮੈਂ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਦੇਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾਂ ਕਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ Washington Apple Health ਦੇ ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ, ਨੇਤਰਹੀਣਾਂ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ਼ਾਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ Medicaid ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਾਸਤੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਹੋਵਾਂਗੀ। ਸੰਪੱਤੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਜਾਂ ਉਸਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਨਾਲ ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਤਿਆਰ ਸਹਿਯੋਗਾਂ (Tailored Supports for Older Adults, TSOA) ਲਈ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।

ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ

ਮੈਂ ਯੋਗਤਾ ਸਮੀਖਿਆ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਇਹ ਸਮਝਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ, ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ Health Care Coverage Rights and Responsibilities form (ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਫਾਰਮ), HCA 18-011 ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਹੈ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਲਈ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਤਾਂ ਜੋ ਇਸਦੇ ਸਹੀ ਹੋਣ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਜੇ ਕਿਸੇ ਸਲਾਨਾ ਭੱਤੇ (ਐਨੁਇਟੀ) ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਕੋਈ ਦਿਲਚਸਪੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ ਨੂੰ ਬਾਕੀ ਬਚੇ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਵਜੋਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ।

ਮੈਂ, ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਤਹਿਤ ਝੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੀ ਸਜ਼ਾ ਦੇ ਅਧੀਨ, ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਗਿਆਨ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚੀ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹੈ।

ਗਾਹਕ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਮਿਤੀ
ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਮਿਤੀ
ਨਾਬਾਲਗ ਬਾਲ ਗਾਹਕ ਲਈ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਮਿਤੀ
ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਮਿਤੀ