

Розгляд права на отримання довготривалого догляду та підтримки Eligibility Review for Long Term Services and Supports

Ім'я клієнта (ім'я, по-батькові, прізвище)		Ідентифікаційний номер клієнта	
Адреса клієнта	Місто	Штат	Поштовий індекс
Поштова адреса клієнта	Місто	Штат	Поштовий індекс
Ім'я чоловіка/дружини або батька/матері неповнолітньої дитини (ім'я, по-батькові, прізвище)			
Адреса чоловіка/дружини або батька/матері (як відрізняється)	Місто	Штат	Поштовий індекс
Номер телефону клієнта (вказіть міжнародний код) <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Для повідомлень	Адреса електронної пошти клієнта		
Офіційний представник			
Офіційний представник – людина, з якою ви дозволяєте агентству або уповноваженій ним особі спілкуватися стосовно Ваших пільг. Ви можете кого-небудь назвати, але це не є обов'язковим. Це може бути опікун, чоловік/дружина, родич, довірена особа.			
У вас є офіційний представник? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Прізвище та ім'я		Родинні зв'язки	
Поштова адреса	Місто	Штат	Поштовий індекс
Номер телефону (вказіть міжнародний код)	Адреса електронної пошти:		
Нетрудові доходи клієнта			Сума
Пільги соціального забезпечення			\$
Пенсія за вислугу років / Пенсія / Ануїтет			\$
Інше – пільги ветеранам, робота й занятість, аліменти, дивіденди, відсотки, орендна плата або квартальний дохід (вказіть нижче)			
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



Трудові доходи клієнта			
Працедавець	Дата початку роботи	Отримана сума брутто	Періодичність виплат
Чи цей дохід від індивідуальної підприємницької діяльності? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Ресурси клієнта			
	Сума	Фінансова установа / Компанія / Місце розташування	
Поточні рахунки в банку	\$		
Накопичувальні рахунки	\$		
Інші фінансові рахунки:	\$		
	\$		
Депозитний сертифікат (ДС)	\$		
Рахунок, який належить установі	\$		
Готівкові кошти / у власності інших осіб	\$		
Страхування життя / на випадок поховання	\$		
Кошти на поховання	\$		
Довірча власність	\$		
Ануїтети	\$		
Нерухомість (у тому числі нерухоме майно, що знаходиться в позиттєвій власності)	\$		
Інша власність:	\$		
	\$		
Інше – транспортні засоби, акції, облігації, пайові фонди, пенсійні рахунки (вказіть нижче)			
	\$		
	\$		
	\$		
Чи Ви продавали, обмінювали або віддавали свої грошові кошти, будинок, власність чи інші ресурси за останні п'ять років? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Якщо так, заповніть наступне:			
Тип	Кому	Сума	Дата перерахування
		\$	
		\$	
		\$	

Медичні витрати клієнта та винагорода за опікунокство / піклування (додайте докази)	Сума
Медичне страхування (вказіть постачальників медичних послуг)	\$
	\$
Страхування на випадок довготривалого лікування (вказіть постачальників медичних послуг)	\$
Місячна винагорода за опікунокство	\$
Місячна винагорода за піклування	\$
Неоплачені медичні рахунки (вказіть)	\$
	\$
Сімейний стан	
Чи змінився ваш сімейний стан? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
Доходи чоловіка/дружини / утриманця/утриманки	Сума
Пільги соціального забезпечення	\$
Пенсія за вислугу років/ Пенсія / Ануїтет	\$
	\$
Фактичний дохід	\$
	\$
Пільги ветеранам	\$
Інше – робота й занятість, аліменти, дивіденди, відсотки, орендна плата або квартальний дохід (вказіть нижче)	\$
	\$
	\$
Витрати на житло	Сума
Оренда / Кредит на нерухомість	\$
Податок на власність / Страхування нерухомості	\$
Комунальні послуги	\$
Інше – оподаткування, квартплата або плата за сумісне використання, оренда приміщень і т.д.	\$

Дозвіл на перевірку активів

Я розумію, що інформація, яку я надаю для отримання або продовження допомоги, підлягає перевірці федеральними чиновниками або чиновниками штату на предмет достовірності. Я уповноважую Управління охорони здоров'я (HCA) штату Вашингтон та Департамент соціального та медичного обслуговування (DSHS) провести перевірку активів для визначення мого права на отримання допомоги та перевірити точність моїх фінансових даних. Я розумію, що HCA та DSHS можуть провести розслідування та звернутися до будь-яких фінансових установ у рамках процесу перевірки активів. Я розумію, що дія цього дозволу закінчується після прийняття остаточного рішення з відмовою щодо моєї заяви, після втрати мною права на отримання пільг або у випадку відкликання мною цього дозволу в будь-який момент за відповідним письмовим повідомленням, яке я маю надати HCA або DSHS. Якщо я відкликаю або відмовлюсь у наданні дозволу, я розумію, що не матиму права на участь у будь-якій програмі надання безкоштовної медичної допомоги Washington Apple Health для людей похилого віку, сліпих або інвалідів. Відкликання або відмова в дозволі на перевірку активів не впливає на право на отримання Індивідуальної підтримки для літніх людей (TSOA).

Заяви та підпис(и)

Я прочитав(ла) або мені пояснили форму перевірки відповідності вимогам та мої права й обов'язки, і я отримав(ла) екземпляр форми про права й обов'язки стосовно покриття медичного обслуговування, HCA 18-011.

Я розумію, що інформація, яку я надаю для отримання допомоги, підлягає перевірці федеральними чиновниками або чиновниками штату на предмет достовірності. Якщо я зацікавлений(а) в ануїтеті, я повинен(нна) вказати Штат Вашингтон як кінцевого бенефіціара.

Я заявляю, що під загрозою покарання за неправдиві свідчення згідно законодавства Штату Вашингтон, інформація, яку я надав(ла) в цій формі, правдива, достовірна та повна, наскільки мені це відомо.

Підпис клієнта	Номер телефону	Дата
Підпис чоловіка/дружини	Номер телефону	Дата
Підпис батька/матері неповнолітньої клієнта-дитини	Номер телефону	Дата
Підпис офіційного представника або помічника	Номер телефону	Дата