

Interim Assistance Reimbursement Authorization (Ժամանակավոր աջակցության փոխհատուցման մասին թույլտվություն)

ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԱՆՈՒՆ	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ	ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ID ՀԱՄԱՐ	ԸՆՈՒՍԱԿԱՆ ՀԱՄԱՐ
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ	ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ՓՈՍԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍ
ՓՈՍԱՅԻՆ ՀԱՍՑԵ	ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ՓՈՍԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍ

Նահանգ նշանակում է Washington նահանգի Department of Social and Health Services (Սոցիալական և առողջապահական ծառայությունների վարչություն): Ես, ինձ և իմ տերմինները վերաբերում են վերը նշված հաճախորդին: SSA նշանակում է Social Security Administration (Սոցիալական ապահովության վարչություն): SSI նշանակում է սոցիալական ապահովության Supplemental Security Income (Լրացուցիչ սոցիալական նպաստ), որը դաշնային եկամտի հավելյալ ծրագիր է: Ժամանակավոր աջակցություն նշանակում է դրամական վճարումներ, որոնք ամբողջությամբ ֆինանսավորվում են նահանգային միջոցներից և նահանգի կողմից տրամադրվում են հաճախորդին կամ նրա անունից՝ հաճախորդի հիմնական կարիքները հոգալու համար, և որոնք հետագայում փոխհատուցվում են սկզբնական կամ վերականգնված SSI վճարումով:

Ի՞նչ եմ ես լիազորում՝ ստորագրելով այս ձևաթուղթը:

Եթե ես իրավասու ճանաչվեմ SSI վճարումներ ստանալու համար, ես գիտակցում եմ, որ լիազորում եմ SSA հանձնակատարին հետադարձ ուժով իմ SSI վճարումներից նահանգին տրամադրել գումար, որը հավասար է իմ ստացած նահանգային պետական աջակցության չափին:

Արդյո՞ք նահանգն իրավասու է պահանջել, որ ես ստորագրեմ այս թույլտվությունը:

Այո: Ըստ WAC 388-400-0060-ի և RCW 74.62.030-ի՝ թույլտվության ստորագրումը նահանգային միջոցներով ֆինանսավորվող դրամական օգնության համար իրավասություն ստանալու պահանջ է: Եթե ես հրաժարվեմ ստորագրել այս թույլտվությունը, ես չեմ կարող նահանգային պետական աջակցություն ստանալ:

Ի՞նչ պետք է անեմ, եթե SSA-ն ամբողջ հետադարձ վճարումն ուղարկի ինձ:

Ես հասկանում եմ, որ չեմ կարող ստանալ նահանգային պետական աջակցություն և SSI նպաստներ միաժամանակ: Ես հասկանում եմ, որ SSI ստանալու թույլտվություն ստանալուց հետո նահանգային պետական օգնությունը համարվում է պարտք, որը ես պետք է մարեմ: Եթե ես ստանամ SSI-ի հետադարձ վճարումներ, որոնք չեն կրճատվել՝ նահանգային պարտքը փոխհատուցելու համար, ես կզանգահարեմ ֆինանսների գծով գրասենյակ՝ 1-800-562-6114 հեռախոսահամարով և կհետևեմ պարտքը վերադարձնելու կարգի վերաբերյալ տրված ցուցումներին:

Որքա՞ն ժամանակ է գործում այս թույլտվությունը:

Որպեսզի թույլտվությունը համարվի վավեր, այն պետք է ստորագրված լինի իմ և նահանգի ներկայացուցչի կողմից: Այն ուժի մեջ է մնում թե՛ պետության, թե՛ ինձ համար՝ նահանգի կողմից այն ստանալու օրվանից մեկ օրացուցային տարվա ընթացքում, և ես տալիս եմ իմ համաձայնությունը՝ այդ ժամանակահատվածում դիմելու SSI-ի համար:

SSI-ի դիմումը **լրացվելու դեպքում** սույն թույլտվությունը **շարունակում է մնալ ուժի մեջ այնքան ժամանակ, մինչև**.

- Ես կստանամ իմ առաջին SSI վճարումը, կամ
- Ես վերանայման կամ վարչական բողոքարկման միջնորդություն չեմ ներկայացնում, և ներկայացման համար հատկացված առավելագույն ժամկետը սպառվում է, կամ
- Նահանգը և ես տալիս ենք սույն թույլտվությունը դադարեցնելու մասին մեր համաձայնությունը:

Սույն թույլտվությունն ինձ համար պարտադիր չէ, քանի դեռ նահանգը չի ծանուցել SSA-ին սույն թույլտվությունը ստորագրելու օրվանից 30 օրվա ընթացքում:

Արդյո՞ք սույն թույլտվությունը ծառայում է որպես երաշխավորող փաստաթուղթ SSI-ի նպաստների համար:

Այո, եթե ես դեռ SSI-ի դիմում չեմ ներկայացրել, SSA-ը պետք է ընդունի սույն ձևաթուղթը և հիմք համարի սույն թույլտվության ստորագրման ամսաթիվը որպես SSI-ի համար դիմելու ամսաթիվ, եթե ես SSI-ի դիմում ներկայացնեմ թույլտվությունը ստորագրելու օրվանից 60 օրվա ընթացքում: Եթե ես 60 օրվա ընթացքում չդիմեմ SSI-ի նպաստների համար, ապա սույն թույլտվությունն այլևս չի երաշխավորում իմ SSI-ի դիմումի ամսաթիվը:

Սույն թույլտվության վերաբերյալ նահանգի կողմից ձեռնարկված գործողությունների նկատմամբ անհամաձայնություն ունենալու դեպքում, ես ունեմ Վարչական լսումների իրավունք:

ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ՄՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ԱՄՍԱԹԻՎ
DSHS ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՅՁԻ ՄՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	DSHS-Ի ԿՈՂՄԻՑ ՄՍԱՑՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ

