

资产核实授权书 Asset Verification Authorization

个案当事人的姓名
个案当事人资格审定自动系统 (ACES) 识别号码

本人明白：

- 提供用于申请或接续补助的信息将由联邦和州官员进行核实并确定它们是否正确。
- 医疗保健计划管理部(HCA)和社会福利服务部(DSHS)可能会在资产核实过程中调查和联络任何金融机构。
- 当出现以下情况，此授权即告终止：
 - 对本人的申请作出了最终的不利决定，或者
 - 本人的福利终止，或者
 - 本人随时通过向 HCA 或 DSHS 提供书面通知来撤销此授权。

如果本人撤销授权或拒绝提供授权，本人明白，本人将没有资格参加任何 Washington Apple Health 老年人、盲人或残障人士 SSI 相关 Medicaid 方案计划。这不影响本人申请现金、食品和/或托儿服务的能力。

本人授权 HCA 和 DSHS 开展资产核实来确定资格并确认金融机构信息的准确性。

如果适用，您和您的配偶需要提供授权签名并工整填写姓名。

个案当事人签名	日期	工整填写姓名
配偶签名	日期	工整填写姓名
未成年子女个案当事人家长签名	日期	工整填写姓名
授权代表签名	日期	工整填写姓名