



# Verificación de activos Autorización Asset Verification Authorization

Nombre del cliente
Número de identificación ACES

Entiendo lo siguiente:

- La información provista para solicitar o renovar la asistencia médica está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar si es correcta.
- La Autoridad de Servicios de Salud (HCA) y el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) pueden investigar y comunicarse con cualquier institución financiera como parte del proceso de verificación de activos.
- Este autorización termina en cualquiera de los siguientes casos:
  - Se toma una determinación adversa definitiva en mi solicitud, o
  - Mis beneficios terminan, o
  - Revoco la autorización en cualquier momento, mediante aviso por escrito a la HCA o el DSHS.

Si revoco o me niego a conceder la autorización, entiendo que no seré elegible para ningún programa de Medicaid para personas ancianas, ciegas o discapacitadas de Washington Apple Health relacionado con SSI. Esto no afecta mi capacidad para solicitar asistencia en efectivo, alimenticia y para cuidado de niños.

Autorizo a la HCA y al DSHS para que realicen la verificación de mis activos con el fin de determinar mi elegibilidad y para verificar la exactitud de la información de mi institución financiera.

Tanto usted como su cónyuge, si lo tiene, deben firmar y escribir sus nombres en letra de molde para autorizar.

Firma del cliente	Fecha	Nombre en letra de molde
Firma del cónyuge	Fecha	Nombre en letra de molde
Firma del padre/madre del cliente menor de edad	Fecha	Nombre en letra de molde
Firma del representante autorizado	Fecha	Nombre en letra de molde