Washington State
Department of Social
& Health Services

STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION
PO Box 4500 • Olympia WA 98504-5710

إخطار للعملاء الذين يوظفون مقدم رعاية خاص

Notice to Clients Who Employ An Individual Provider

اسم العميل	رقم تعريف النظام الآلي لأهلية العملاء	رقم الهوية في إدارة خدمات الشيخوخة والإعاقة

يكون مقدم الرعاية الخاص الذي تدفع له معفي من ضرائب الضمان الاجتماعي والرعاية الصحية إذا كان أو كانت:

- زوجك، إذا كانت الخدمات مستثناة من البرنامج اليومي؛
- الوالد، أو
- طفل كبير يبلغ من العمر 18 أو 19 أو 20 سنة.

إذا كان أي من تلك الحالات ينطبق عليك، أكمل البيانات أدناه ووقع على هذه الوثيقة. أرسل استمارتك الكاملة إلى .

☐ الزوج

☐ الوالد

☐ طفل كبير يبلغ من العمر 18 أو 19 أو 20 سنة.

اسم مقدم الرعاية الصحية	رقم مقدم الرعاية الصحية
اسم مقدم الرعاية الصحية	رقم مقدم الرعاية الصحية
توقيع العميل	التاريخ

Barcode label

10469