اسم المستفيد
رقم هوية WA Cares (إذا كان معلومًا)

التقدم بطلب للانضمام إلى برنامج WA Cares Fund للحصول على مزايا الرعاية الطويلة الأمد

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

يُستخدم هذا النموذج للتقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج WA Cares Fund.

ليصبح المستفيدون مؤهلين للحصول على مزايا WA Cares Fund، يجب عليهم استيفاء متطلبات المشاركة، وأن يكونوا بحاجة إلى المساعدة بخصوص ثلاثة من أنشطة الحياة اليومية لمدة 90 يومًا على الأقل.

إرسال طلب التقديم المُكتمل:

أرسل طلب التقديم الخاص بك بالبريد العادي على العنوان التالي:
DSHS
The WA Cares Fund
PO Box 45612
Olympia, WA 98504-5612

طرق أخرى لتقديم الطلب:

- عبر الإنترنت على العنوان: https//wacaresfund.wa.gov/ (انظر التعليمات أدناه)
- الاتصال الهاتفي: 1-844-CARE4WA (844-227-3492)

المساعدة اللغوية متاحة:

- خدمات الترجمة الفورية
- خدمات لغة الإشارة
- لغة برايل أو الطباعة بحروف كبيرة
- إجراء مكالمة هاتفية لمستخدمي الهاتف النصي/هاتف الصُمّ على الرقم 1-800-833-6384

هل تحتاج إلى مساعدة بخصوص تعبئة هذا النموذج؟

- تواصل مع WA Cares للحصول على المساعدة: 1-844-CARE4WA (844-227-3492)

المعلومات التي ستحتاج إليها:

- اسم مُقدِّم الطلب
- تاريخ ميلاد مُقدِّم الطلب:
- مستندات التحقق من الهوية

إنشاء حساب WA Cares وتقديم الطلب عبر الإنترنت

حساب WA Cares Fund عبر الإنترنت هو المكان الذي سيرى فيه المستفيدون معلومات حول المزايا المستحقة لهم، وهو كذلك مكان اتخاذ القرارات بشأن طريقة استخدامهم لها إذا تمت الموافقة على طلبهم. يشمل هذا إنشاء الحساب، والموافقة على استخدام المزايا، وعرض سجل المساهمات والتفويضات، وتتبع استخدام المزايا، والتفاعل مع مركز الرسائل.

لإنشاء حساب، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني https://wacaresfund.wa.gov/ أو:

- عبر الإنترنت على العنوان: https://wacaresfund.wa.gov/apply
- سوف تحتاج إلى حساب Secure Access Washington (SAW) لإنشاء حساب WA Cares عبر الإنترنت.

Barcode Label Here

اسم المستفيد
رقم هوية WA Cares (إذا كان معلومًا)

التقدم بطلب للانضمام إلى برنامج WA Cares Fund للحصول على مزايا الرعاية الطويلة الأمد

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

معلومات طلب التقديم

هل تتقدم بالطلب لنفسك أم لشخص آخر؟ ☐ لنفسي ☐ لشخص آخر

الاسم القانوني الأول لمقدم الطلب	الحرف الأول من الاسم الأوسط لمقدم الطلب	الاسم القانوني الأخير لمقدم الطلب

الاسم المُفضَّل	الضمائر الشخصية	الهوية الجنسانية	الجنس عند الولادة

تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	رقم التعريف الضريبي الفردي (ITIN)

☐ ليس لدي رقم SSN أو ITIN

هل استخدمت أكثر من رقم SSN أو ITIN واحد منذ عام 2023؟
☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، فيُرجى التواصل مع WA Cares هاتفيًّا على الرقم 1-844-CARE4WA (844-227-3492) لإكمال طلب التقديم الخاص بك.

عنوان الشارع | المدينة | الولاية | الرمز البريدي

عنوان البريد العادي | المدينة | الولاية | الرمز البريدي

الهاتف الرئيسي (مع كود المنطقة) | هل يمكننا مراسلتك باستخدام رسالة صوتية؟ ☐ نعم ☐ لا

الهاتف الخلوي (مع كود المنطقة) | هل يمكننا إرسال رسالة نصية إليك؟ ☐ نعم ☐ لا

عنوان البريد الإلكتروني

ما هي طريقة التواصل المفضلة لديك؟
☐ البريد العادي ☐ البريد الإلكتروني ☐ رسائل SMS/رسالة نصية ☐ مكالمة هاتفية

معلومات الممثل القانوني

هل عينت وصيًّا قانونيًّا أو قيّمًا أو لديك توكيل رسمي؟
☐ نعم ☐ لا

الاسم	الوظيفة
	☐ القيّم ☐ الوصي القانوني ☐ متخذ القرار المدعوم ☐ توكيل رسمي

عنوان الشارع | المدينة | الولاية | الرمز البريدي

الهاتف الرئيسي (مع كود المنطقة)	الهاتف الخلوي (مع كود المنطقة)
هل يمكننا إرسال رسالة بريد صوتي إلى الممثل القانوني؟ ☐ نعم ☐ لا	هل يمكننا إرسال رسالة نصية إلى الممثل القانوني؟ ☐ نعم ☐ لا

عنوان البريد الإلكتروني

هل قدمت المستندات؟ ☐ نعم ☐ لا
يجب على الممثلين القانونيين تقديم إثبات على وضعهم القانوني قبل اتخاذ أي قرارات بالنيابة عنك.

Barcode Label Here

اسم المستفيد
رقم هوية WA Cares (إذا كان معلومًا)

التقدم بطلب للانضمام إلى برنامج WA Cares Fund للحصول على مزايا الرعاية الطويلة الأمد

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

الاسم	الوظيفة ☐ القيّم ☐ الوصي القانوني ☐ متخذ القرار المدعوم ☐ توكيل رسمي
عنوان الشارع	المدينة / الولاية / الرمز البريدي
الهاتف الرئيسي (مع كود المنطقة) هل يمكننا إرسال رسالة بريد صوتي إلى الممثل القانوني؟ ☐ نعم ☐ لا	الهاتف الخلوي (مع كود المنطقة) هل يمكننا إرسال رسالة نصية إلى الممثل القانوني؟ ☐ نعم ☐ لا
عنوان البريد الإلكتروني	
هل قدمت المستندات؟ ☐ نعم ☐ لا يجب على الممثلين القانونيين تقديم إثبات على وضعهم القانوني قبل اتخاذ أي قرارات بالنيابة عنك.	

الخصوصية

تمنع قيود قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمُساءلة (HIPAA) وغيره من قوانين الخصوصية برنامج WA Cares Fund من مشاركة معلومات الحساب السرية أو المعلومات الصحية المحمية. لمشاركة معلومات شخص ما، يجب أن يحصل برنامج WA Cares على موافقة محددة من هذا الشخص أو من ممثله القانوني.

معلومات المستخدِم المفوّض

المستخدِم المفوّض هو شخص تختاره أنت لمساعدتك في تفويض المزايا المستحقة لك بموجب برنامج WA Cares. يمتلك المستخدِم المفوّض حق الوصول إلى حسابك للموافقة على التفويضات بتوجيه منك.

هل ستعيّن مستخدِمًا مفوّضًا؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فيُرجى ملء نموذج المستخدِم المفوّض من خلال تسجيل الدخول إلى حسابك في WA Cares. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فيُرجى التواصل مع فريقنا المعنيّ بالمزايا وخدمة العملاء على الهاتف رقم 844-CARE4WA (844-224-3492).

لغة مقدم الطلب ومعلومات عامة

هل أنت أحد المحاربين القدامى؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تعمل لدى حكومة قَبَلية وتشارك في برنامج WA Cares؟ ☐ نعم ☐ لا

لغة التحدُّث الأساسية	لغة التحدُّث المفضلة	لغة الكتابة المفضلة

هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ ☐ نعم ☐ لا

العِرق	الإثنية ☐ من أصول إسبانية أو لاتينية ☐ لست من أصول إسبانية أو لاتينية

لن تؤثر معلومات الأصول العِرقية والإثنية في أهليتك ولن يعاملك برنامج DSHS معاملةً مختلفةً بسبب انتمائك العِرقي، أو لونك، أو أصلك الوطني، أو عمرك، أو إعاقتك، أو جنسك.

أمثلة على العِرق: أمريكي أسود البشرة أو من أصل إفريقي، أو آسيوي، أو أمريكي من سكان هاواي الأصليين، أو من سكان جزر المحيط الهادئ، أو أمريكي من أصول هندية، أو من سكان ألاسكا الأصليين، أو تنتمي إلى العِرق الأبيض، أو أي مزيج من الأعراق.

اسم المستفيد	
رقم هوية WA Cares (إذا كان معلومًا)	

التقدم بطلب للانضمام إلى برنامج WA Cares Fund للحصول على مزايا الرعاية الطويلة الأمد

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

قرار المشاركة

أنت تقرُّ، بموجب تقديم هذا الطلب، على أنك توافق على مشاركة معلوماتك مع دائرة الأمن الوظيفي (ESD). ستُستخدم هذه المعلومات لأغراض تحديد الإسهامات.

الإقرار والتوقيع

بتوقيعي على هذا الطلب، فإنني أقرُّ بطلب الحصول على مزايا من برنامج WA Cares Fund. وأقسم، وأنا تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين ولاية واشنطن، أنني قدمت معلومات صحيحة ودقيقة حسب معرفتي.

يجب على كلٍّ من مقدم الطلب والممثل القانوني التوقيع على هذا المستند ما لم يكن هناك مستند تمثيل قانوني ساري المفعول ومُسجل. إذا تعذر على مقدم الطلب التوقيع، يجوز له التأشير بعلامة x بدلاً من ذلك.

توقيع مُقدِّم الطلب	التاريخ	الاسم بخطٍ واضح
توقيع الممثل القانوني (إن وُجد)	التاريخ	الاسم بخطٍ واضح
توقيع الشاهد (إذا تم التوقيع بعلامة "X")	التاريخ	الاسم بخطٍ واضح

ما الخطوات التالية المتوقعة؟

عليك توقّع تلقي خطاب تحديد الإسهامات من دائرة الأمن الوظيفي (ESD) في غضون 14 يوم عمل بالبريد العادي.

إذا أرسلت إليك دائرة الأمن الوظيفي (ESD) خطاب تحديد إسهامات معتمدًا، فستتواصل معك إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) هاتفيًا لإتمام التسجيل وتحديد موعد لتقييم احتياجاتك من الرعاية.

إذا رفضت دائرة الأمن الوظيفي (ESD) تحديد إسهاماتك، أو إذا رفضتَ أنت قرارها بخصوص هذا التحديد، فإن دائرة الأمن الوظيفي (ESD) سترسل إليك بالبريد العادي المعلومات اللازمة حول حقوقك في مراجعة قرار تحديد الإسهامات والطعن عليه.

ما الإجراءات التالية؟

إعداد حسابك في WA Cares.

إذا تم اعتماد حسابك عبر الإنترنت في WA Cares، فسوف تكون قادرًا على إدارة التفويضات المسبقة ورؤية أرصدة المزايا فيه. تأكّد من إعداد حسابك في WA Cares سريعًا لتتبع سير طلبك.

معلومات الاتصال بمركز مزايا WA Cares Fund وخدمة العملاء:

هل لديك أي أسئلة؟ يُرجى التواصل مع فريقنا المعنيّ بالمزايا وخدمة العملاء على الهاتف رقم 844-CARE4WA (844-227-3492)