WA Cares Fund 长期护理福利申请表

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

受益人姓名
WA Cares ID 号码（若知道）

本表格用于申请 WA Cares Fund 福利金。

要符合 WA Cares Fund 福利金的资格，受益人必须满足缴费要求，且至少 90 天内需在三项日常生活活动上获得协助。

提交您填写完整的申请表：	**其他申请方式：**
将您的申请表邮寄至： DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• 在线申请：https//wacaresfund.wa.gov/（参见下方说明） • 致电：1-844-CARE4WA (844-227-3492)
提供语言协助：	**您需要帮助填写本表格吗？**
• 语言翻译服务 • 手语服务 • 盲文或大字印刷体 • TTY/TDD用户请拨打 1-800-833-6384	• 联系WA Cares寻求帮助：1-844-CARE4WA (844-227-3492)

您需要提供的信息：

- 申请人姓名
- 申请人出生日期
- 身份验证文件

创建 WA Cares 账户并在线申请

WA Cares Fund在线账户是受益人查看其福利相关信息的地方，若福利获批，还可通过该账户决定如何使用福利。这包括账户创建、授权福利使用、查看缴费及授权历史记录、追踪福利使用情况以及与消息中心互动。

如需创建账户，请访问网站https://wacaresfund.wa.gov/或：

- 在线申请：https://wacaresfund.wa.gov/apply
- 创建WA Cares在线账户需要一个Secure Access Washington (SAW)账户

Barcode Label Here

WA Cares Fund 长期护理福利申请表

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

受益人姓名
WA Cares ID 号码（若知道）

申请表信息

您是为自己申请还是代表他人申请？☐ 为自己 ☐ 为他人

申请人法定名字	申请人中间名首字母	申请人法定姓氏	
常用名	人称代词	性别认同	出生时性别

出生日期	社保号(SSN)	个人报税识别号码(ITIN)

☐ 我没有 SSN 或 ITIN	自 2023 年以来，您是否使用过不止一个 SSN 或 ITIN？ ☐ 是 ☐ 否 如果是，请致电 WA Cares（电话：1-844-CARE4WA (844-227-3492)）完成您的申请。

实际街道地址	城市	州	邮政编码
邮寄地址	城市	州	邮政编码
主要电话号码（含区号）	我们可以给您留语音留言吗？	☐ 是	☐ 否
手机号码（含区号）	我们可以给您发送短信吗？	☐ 是	☐ 否
电子邮件地址			

您偏好的沟通方式是什么？
☐ 邮件 ☐ 电子邮件 ☐ SMS/短信 ☐ 电话

法定代表人信息

您是否有指定的法定监护人、保护人或授权委托书？☐ 是 ☐ 否

姓名	职责 ☐ 保护人 ☐ 法定监护人 ☐ 辅助决策者 ☐ 授权委托书

街道地址	城市	州	邮政编码

主要电话号码（含区号） 我们可以给该代表人留语音留言吗？☐ 是 ☐ 否	手机号码（含区号） 我们可以给该代表人发送短信吗？☐ 是 ☐ 否
电子邮件地址	

您是否已提供文件？☐ 是 ☐ 否
法定代表人必须先提供证明，方可代表您作出任何决定。

Barcode Label Here

WA Cares Fund 长期护理福利申请表

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

受益人姓名
WA Cares ID 号码（若知道）

姓名	职责 ☐ 保护人 ☐ 法定监护人 ☐ 辅助决策者 ☐ 授权委托书
街道地址	城市 州 邮政编码
主要电话号码（含区号） 我们可以给该代表人留语音留言吗？ ☐ 是 ☐ 否	手机号码（含区号） 我们可以给该代表人发送短信吗？ ☐ 是 ☐ 否
电子邮件地址	
您是否已提供文件？☐ 是 ☐ 否 法定代表人必须先提供证明，方可代表您作出任何决定。	

隐私

HIPAA的限制及其他隐私法律规定，WA Cares Fund不得分享机密账户信息或受保护的健康信息。如需分享个人相关信息，WA Cares必须获得该个人或其法定代表人的明确同意。

授权用户信息

授权用户是您选择的协助您授权使用 WA Cares 福利金的人员。授权用户可访问您的账户，按照您的指示批准授权事宜。

您是否要指定一名授权用户？☐ 是 ☐ 否

如果是，请登录您的 WA Cares 账户填写《授权用户表》。如需帮助，请联系我们的福利与客户关怀团队，电话：844-CARE4WA (844-224-3492)。

申请人语言及基本信息

您是退伍军人吗？☐ 是 ☐ 否

您是否在参与 WA Cares 的部落政府工作？☐ 是 ☐ 否

主要口头语言	首选口头语言	首选书面语言
您是否需要一位口译员？☐ 是 ☐ 否		
种族	族裔 ☐ 西班牙裔或拉丁裔 ☐ 非西班牙裔或拉丁裔	

种族和族裔背景信息不会影响您的资格，DSHS不会因您的种族、肤色、国籍、年龄、残障或性别而区别对待您。

种族类别示例：黑人或非裔美国人、亚裔、夏威夷原住民、太平洋岛民、美洲印第安人、阿拉斯加原住民、白人，或者任何其他混血族裔。

Barcode Label Here

WA Cares Fund 长期护理福利申请表

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

受益人姓名
WA Cares ID 号码（若知道）

缴费认定

提交本申请表，即表示您授权将您的信息共享给就业保障部(ESD)。此信息将用于缴费情况认定。

确认与签名

签署本申请表即表示，本人确认正在申请WA Cares Fund福利金。本人宣誓，根据华盛顿州法律，若作伪证将承担相应法律责任，本人所提供的信息据本人所知均真实准确。

除非已有现行的代表人文件存档，否则申请人与法定代表人均须签名。若申请人无法签名，可标记“x”代替。

申请人签名	日期	工整填写姓名
法定代表人签名（若适用则请签名）	日期	工整填写姓名
见证人签名（若以“X”代签则须见证人签名）	日期	工整填写姓名

接下来会发生什么？

您将在14个工作日内通过邮寄收到就业保障部(ESD)发出的缴费认定函。

若ESD向您出具获批的缴费认定函，社会福利服务部(DSHS)将通过电话与您联系，完成案件受理并安排您的护理需求评估。

若ESD驳回您的缴费认定，或您对认定结果有异议，ESD将向您邮寄关于缴费认定复核及上诉权利的相关信息。

接下来要做什么？

创建您的 WA Cares 账户。

若获批，您将能够在 WA Cares 在线账户中管理预先授权并查看福利金余额。请务必尽快创建 WA Cares 账户，以便跟踪您的申请进度。

WA Cares Fund 福利金与客户关怀中心联系方式：

有疑问吗？致电福利金与客户关怀团队 844-CARE4WA (844-227-3492)

Barcode Label Here