نام ذی‌نفع
شماره شناسایی WA Cares (در صورت اطلاع)

فرم درخواست مزایای مراقبت بلندمدت
WA Cares Fund
WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

این فرم برای درخواست مزایای WA Cares Fund (صندوق مراقبتی بلندمدت ایالت واشنگتن)، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

برای واجد شرایط بودن جهت دریافت مزایای WA Cares Fund، ذی‌نفعان باید شرایط پرداخت حق مشارکت را داشته باشند و حداقل به مدت 90 روز، در انجام سه مورد از فعالیت‌های روزمره زندگی (ADLs)، نیاز به کمک داشته باشند.

درخواست تکمیل‌شده خود را ارسال کنید:	**سایر روش‌های درخواست:**
درخواست خود را به نشانی زیر پست کنید: DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• آنلاین در: https//wacaresfund.wa.gov/ (به دستورالعمل‌های زیر مراجعه کنید) • تماس بگیرید: 1-844-CARE4WA (844-227-3492)
خدمات کمک‌زبانی موجود است:	**آیا برای تکمیل این فرم، به کمک نیاز دارید؟**
• خدمات ترجمه شفاهی • خدمات زبان اشاره • خط بریل یا چاپ درشت • کاربران TTY/TDD با شماره 1-800-833-6384 تماس بگیرند	• برای دریافت کمک، با WA Cares تماس بگیرید: 1-844-CARE4WA (844-227-3492)

اطلاعاتی که نیاز خواهید داشت:

- نام متقاضی
- تاریخ تولدمتقاضی
- مدارک تأیید هویت

یک حساب کاربری WA Cares ایجاد کنید و به‌صورت آنلاین درخواست دهید

حساب کاربری آنلاین WA Cares Fund محلی است که ذی‌نفعان اطلاعات مربوط به مزایای خود را مشاهده می‌کنند و در صورت تأیید، در مورد نحوه استفاده از آن تصمیم‌گیری می‌نمایند. این شامل ایجاد حساب کاربری، صدور مجوز برای استفاده از مزایا، مشاهده سابقه پرداخت حق مشارکت و مجوزها، پیگیری استفاده از مزایا، و تعامل با مرکز پیام‌رسانی است.

برای ایجاد حساب کاربری، به وب‌سایت https://wacaresfund.wa.gov/ مراجعه کنید یا:

- آنلاین در: https://wacaresfund.wa.gov/apply
- برای ایجاد یک حساب کاربری آنلاین WA Cares، به یک حساب Secure Access Washington (SAW) (سامانه دسترسی امن واشنگتن) نیاز دارید

نام ذی‌نفع
شماره شناسایی WA Cares (در صورت اطلاع)

فرم درخواست مزایای مراقبت بلندمدت
WA Cares Fund
WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

اطلاعات درخواست

آیا برای خودتان درخواست می‌دهید یا از طرف شخص دیگری؟ ☐ برای خودم ☐ برای شخص دیگری

نام قانونی متقاضی	حرف اول نام میانی متقاضی	نام خانوادگی قانونی متقاضی

نام ترجیحی	ضمایر	هویت جنسیتی	جنسیت در بدو تولد

تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی (SSN)	شماره شناسایی مالیات‌دهنده انفرادی (ITIN)

☐ من شماره SSN یا ITIN ندارم

آیا از سال 2023 تاکنون، از بیش از یک شماره SSN یا ITIN استفاده کرده‌اید؟
☐ بله ☐ خیر
اگر پاسخ مثبت است، برای تکمیل درخواست خود، با WA Cares به شماره 1-844-CARE4WA (844-227-3492) تماس بگیرید.

نشانی خیابان محل سکونت	شهر	ایالت	کد پستی

نشانی پستی	شهر	ایالت	کد پستی

تلفن اصلی (با پیش‌شماره) — آیا می‌توانیم برای شما پیام صوتی بگذاریم؟ ☐ بله ☐ خیر

تلفن همراه (با پیش‌شماره) — آیا می‌توانیم برای شما پیامک ارسال کنیم؟ ☐ بله ☐ خیر

نشانی ایمیل

روش ارتباطی ترجیحی شما چیست؟
☐ پست ☐ ایمیل ☐ SMS / پیامک ☐ تماس تلفنی

اطلاعات نماینده قانونی

آیا شما قیم قانونی، سرپرست اموال، یا وکیل تعیین‌شده دارید؟
☐ بله ☐ خیر

نام	نقش
	☐ سرپرست اموال ☐ قیم قانونی ☐ پشتیبان تصمیم‌گیری ☐ وکالت‌نامه

نشانی خیابان	شهر	ایالت	کد پستی

تلفن اصلی (با پیش‌شماره) آیا می‌توانیم برای نماینده، پیام صوتی بگذاریم؟ ☐ بله ☐ خیر	تلفن همراه (با پیش‌شماره) آیا می‌توانیم برای نماینده، پیامک ارسال کنیم؟ ☐ بله ☐ خیر

نشانی ایمیل

آیا مدارک را ارائه داده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر
نمایندگان قانونی باید قبل از اتخاذ هرگونه تصمیم از طرف شما، مدارک اثباتی ارائه دهند.

نام ذی‌نفع
شماره شناسایی WA Cares (در صورت اطلاع)

فرم درخواست مزایای مراقبت بلندمدت
WA Cares Fund
WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

نام	نقش
	☐ سرپرست اموال ☐ قیم قانونی ☐ پشتیبان تصمیم‌گیری ☐ وکالت‌نامه

نشانی خیابان | شهر | ایالت | کد پستی

تلفن اصلی (با پیش‌شماره)	تلفن همراه (با پیش‌شماره)
آیا می‌توانیم برای نماینده، پیام صوتی بگذاریم؟ ☐ بله ☐ خیر	آیا می‌توانیم برای نماینده، پیامک ارسال کنیم؟ ☐ بله ☐ خیر

نشانی ایمیل

آیا مدارک را ارائه داده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر
نمایندگان قانونی باید قبل از اتخاذ هرگونه تصمیم از طرف شما، مدارک اثباتی ارائه دهند.

حریم خصوصی

محدودیت‌های قانون قابلیت انتقال و مسئولیت‌پذیری بیمه سلامت (HIPAA) و سایر قوانین حریم خصوصی، WA Cares Fund را از به اشتراک گذاشتن اطلاعات محرمانه حساب یا اطلاعات حفاظت‌شده سلامت، منع می‌کند. برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط به یک فرد، WA Cares باید رضایت مشخصی از آن فرد یا نماینده قانونی وی دریافت کرده باشد.

اطلاعات کاربر مجاز

کاربر مجاز شخصی است که شما او را برای کمک به خود در تأیید مجوز استفاده از مزایای WA Cares، انتخاب می‌کنید. کاربر مجاز به حساب شما دسترسی دارد تا طبق دستور شما، مجوزها را تأیید کند.

آیا در حال تعیین یک کاربر مجاز هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ مثبت است، لطفاً با ورود به حساب کاربری WA Cares خود، فرم کاربر مجاز را تکمیل کنید. اگر به کمک نیاز دارید، لطفاً با تیم مزایا و مراقبت از مشتریان ما به شماره 844-CARE4WA (844-224-3492) تماس بگیرید.

زبان و اطلاعات عمومی متقاضی

آیا شما کهنه‌سرباز هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا برای یک دولت قبیله‌ای که در برنامه WA Cares شرکت می‌کند، کار می‌کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

زبان گفتاری اصلی	زبان گفتاری ترجیحی	زبان نوشتاری ترجیحی

آیا به مترجم نیاز دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

نژاد	قومیت
	☐ اسپانیایی‌تبار یا لاتین‌تبار هستم ☐ اسپانیایی‌تبار یا لاتین‌تبار نیستم

اطلاعات مربوط به نژاد و پیشینه قومی تأثیری بر واجد شرایط بودن شما نخواهد داشت و اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی (DSHS) به دلیل نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، معلولیت، یا جنسیت، با شما رفتار متفاوتی نخواهد داشت.

نمونه‌های نژاد: سیاه‌پوست یا آفریقایی-آمریکایی، آسیایی، بومی هاوایی، جزایر اقیانوس آرام، سرخ‌پوست آمریکایی، بومی آلاسکا، سفیدپوست یا هر ترکیبی از نژادها.

نام ذی‌نفع	فرم درخواست مزایای مراقبت بلندمدت **WA Cares Fund** **WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits**
شماره شناسایی WA Cares (در صورت اطلاع)	

تأیید مشارکت

با ارسال این درخواست، شما اجازه می‌دهید اطلاعاتتان با اداره تأمین اشتغال (ESD) به اشتراک گذاشته شود. این اطلاعات به منظور تعیین میزان مشارکت، مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

تأیید و امضا

با امضای این درخواست، تأیید می‌کنم که برای دریافت مزایای WA Cares Fund درخواست می‌دهم. من، تحت مجازات سوگند دروغ طبق قوانین ایالت واشنگتن، سوگند یاد می‌کنم که اطلاعاتی که ارائه داده‌ام، تا جایی که اطلاع دارم، صحیح و درست است.

متقاضی و نماینده قانونی هر دو باید امضا کنند، مگر اینکه مدرک نمایندگی معتبری در پرونده موجود باشد. اگر متقاضی قادر به امضا نیست، می‌تواند با علامت x امضا کند.

امضای متقاضی	تاریخ	نام کامل
امضای نماینده قانونی (در صورت وجود)	تاریخ	نام کامل
امضای شاهد (در صورت امضا با X)	تاریخ	نام کامل

در مرحله بعد، چه انتظاری باید داشت؟

شما باید ظرف 14 روز کاری، نامه تعیین میزان مشارکت صادره از اداره تأمین اشتغال (ESD) را از طریق پست، دریافت کنید.

اگر ESD نامه تأییدشده تعیین میزان مشارکت را به شما ارائه دهد، اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی (DSHS) برای تکمیل مراحل پذیرش و برنامه‌ریزی برای ارزیابی نیازهای مراقبتی شما، از طریق تلفن با شما تماس خواهد گرفت.

اگر ESD تعیین میزان مشارکت شما را رد کند، یا اگر با تصمیم اتخاذشده موافق نیستید، ESD اطلاعاتی در مورد بازبینی و حق اعتراض به تصمیم تعیین میزان مشارکت را برای شما پست خواهد کرد.

در مرحله بعد چه باید کرد؟

حساب کاربری WA Cares خود را ایجاد کنید.

در صورت تأیید، شما قادر خواهید بود پیش‌مجوزها را مدیریت کرده و مانده مزایای خود را در حساب کاربری آنلاین WA Cares خود مشاهده کنید. حتماً حساب کاربری WA Cares خود را به‌زودی ایجاد کنید تا بتوانید درخواست خود را پیگیری نمایید.

اطلاعات تماس مرکز مزایا و مراقبت از مشتریان WA Cares Fund:

پرسشی دارید؟ با تیم مزایا و مراقبت از مشتریان به شماره 844-CARE4WA (844-227-3492) تماس بگیرید