Solicitud de beneficios de cuidado a largo plazo del Fondo WA Cares

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

Nombre del beneficiario
Número de identificación de WA Cares (si lo conoce)

Este formulario se utiliza para solicitar beneficios del Fondo WA Cares.

Para ser elegible para recibir beneficios del Fondo WA Cares, los beneficiarios deben cumplir los requisitos de contribuciones y necesitar asistencia con tres actividades de la vida cotidiana, por lo menos durante 90 días.

Envíe su solicitud contestada:	**Otras formas de presentar la solicitud:**
Envíe su solicitud por correo a: DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612	• En el sitio web: https//wacaresfund.wa.gov/ (vea las instrucciones más adelante) • Llame al: 1-844-CARE4WA (844-227-3492)
Asistencia lingüística disponible:	**¿Necesita ayuda para rellenar este formulario?**
• Servicios de intérpretes de lenguajes • Servicios de lengua de señas • Braille o letra grande • Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-833-6384	• Llame a WA Cares para recibir ayuda: 1-844-CARE4WA (844-227-3492)

Información que necesitará:

- Nombre del solicitante
- Fecha de nacimiento del solicitante
- Comprobantes de identidad

Abra una cuenta de WA Cares y presente su solicitud en línea

Una cuenta en línea del Fondo WA Cares permite que los beneficiarios consulten información sobre sus beneficios y, si se aprueban, tomen decisiones acerca de cómo usarlos. Incluye la creación de la cuenta, la autorización de uso de los beneficios, la visualización del historial de contribuciones y autorizaciones, los registros de uso de beneficios y las interacciones con el centro de mensajes.

Para abrir una cuenta, visite el sitio web en https://wacaresfund.wa.gov/ o:

- En el sitio web: https://wacaresfund.wa.gov/apply
- Necesitará una cuenta de Secure Access Washington (SAW) para abrir una cuenta en línea de WA Cares.

Solicitud de beneficios de cuidado a largo plazo del Fondo WA Cares

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

Nombre del beneficiario
Número de identificación de WA Cares (si lo conoce)

Información del solicitante

¿Presenta esta solicitud en nombre de usted o de otra persona?
☐ En mi nombre ☐ En nombre de otra persona

Nombre legal del solicitante	Inicial del segundo nombre del solicitante	Apellido legal del solicitante	
Nombre que prefiere	Pronombres	Identidad de género	Género asignado al nacer

Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social (SSN)	Número de identificación individual del contribuyente (ITIN)
☐ No tengo un SSN o ITIN	¿Ha usado más de un SSN o ITIN desde 2023? ☐ Sí ☐ No Si contestó que sí, llame a WA Cares al 1-844-CARE4WA (844-227-3492) para rellenar su solicitud.	

Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

Teléfono principal (con código de área)	¿Podemos dejarle un correo de voz? ☐ Sí ☐ No
Teléfono celular (con código de área)	¿Podemos enviarle mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No
Correo electrónico	

¿Cuál es su modo de comunicación preferido?
☐ Correo postal ☐ Correo electrónico ☐ SMS / Mensajes de texto ☐ Llamadas telefónicas

Información del representante legal

¿Tiene un tutor legal, curador o apoderado legal designado? ☐ Sí ☐ No

Nombre	Función ☐ Curador ☐ Tutor legal ☐ Tomador de decisiones con apoyo ☐ Apoderado legal
Calle y número	Ciudad / Estado / Código postal
Teléfono principal (con código de área) ¿Podemos dejarle un correo de voz al representante? ☐ Sí ☐ No	Teléfono celular (con código de área) ¿Podemos enviarle mensajes de texto al representante? ☐ Sí ☐ No
Correo electrónico	
¿Ha entregado documentos? ☐ Sí ☐ No Los representantes legales deben entregar comprobantes antes de tomar decisiones en su nombre.	

Barcode Label Here

Solicitud de beneficios de cuidado a largo plazo del Fondo WA Cares

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

Nombre del beneficiario
Número de identificación de WA Cares (si lo conoce)

Nombre	Función ☐ Curador ☐ Tutor legal ☐ Tomador de decisiones con apoyo ☐ Apoderado legal
Calle y número	Ciudad Estado Código postal
Teléfono principal (con código de área) ¿Podemos dejarle un correo de voz al representante? ☐ Sí ☐ No	Teléfono celular (con código de área) ¿Podemos enviarle mensajes de texto al representante? ☐ Sí ☐ No
Correo electrónico	
¿Ha entregado documentos? ☐ Sí ☐ No Los representantes legales deben entregar comprobantes antes de tomar decisiones en su nombre.	

Privacidad

Las restricciones de la HIPAA y otras leyes de privacidad prohíben que el Fondo WA Cares entregue información confidencial sobre las cuentas o información médica protegida. Para proporcionar información acerca de una persona, WA Cares debe haber recibido el consentimiento específico de esa persona o de su representante legal.

Información del usuario autorizado

Un usuario autorizado es una persona que usted elige para que le ayude a autorizar sus beneficios de WA Cares. Un usuario autorizado tiene acceso a su cuenta para aprobar autorizaciones, por instrucciones de usted.

¿Desea asignar un usuario autorizado? ☐ Sí ☐ No

Si contestó que sí, inicie sesión en su cuenta de WA Cares para rellenar el formulario de usuario autorizado. Si necesita ayuda, comuníquese con nuestro equipo de Beneficios y Atención al Cliente al 844-CARE4WA (844-224-3492).

Lenguaje e información general del solicitante

¿Es usted un veterano? ☐ Sí ☐ No

¿Trabaja para un gobierno tribal que participa en WA Cares? ☐ Sí ☐ No

Idioma principal hablado	Idioma preferido hablado	Idioma preferido escrito

¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

Raza	Grupo étnico
	☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino

La información sobre su raza y grupo étnico no afectará su elegibilidad, y el DSHS no lo tratará de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Ejemplos de raza: negro o afroamericano, asiático, nativo de Hawaii, isleño del Pacífico, indígena americano, nativo de Alaska, blanco o cualquier combinación de razas.

Solicitud de beneficios de cuidado a largo plazo del Fondo WA Cares

WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits

Nombre del beneficiario
Número de identificación de WA Cares (si lo conoce)

Determinación de contribución

Al presentar esta solicitud, usted autoriza la entrega de su información al Departamento de Seguridad del Empleo (ESD). Esta información se utilizará para elaborar una determinación de contribución.

Aceptación y firma

Al firmar esta solicitud, reconozco que solicito los beneficios del Fondo WA Cares. Juro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de Washington, que he proporcionado información que es verdadera y correcta en la medida de mi conocimiento.

Tanto el solicitante como el representante legal deben firmar, a menos que ya haya un documento de representante vigente en el expediente. Si el solicitante no es capaz de firmar, puede marcar con una x.

Firma del solicitante	Fecha	Nombre en letra de molde
Firma del representante legal (si corresponde)	Fecha	Nombre en letra de molde
Firma del testigo (si se firmó con una X)	Fecha	Nombre en letra de molde

¿Qué debe esperar a continuación?

Debe esperar una carta de determinación de contribuciones del Departamento de Seguridad del Empleo (ESD) en un plazo de 14 días hábiles, que se le enviará por correo postal.

Si el ESD le envía una carta de determinación de contribuciones aprobada, el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) le llamará por teléfono para realizar un ingreso y programar su evaluación de necesidades de cuidado.

Si el ESD deniega su determinación de contribuciones, o si usted no está de acuerdo con su determinación, el ESD le enviará por correo información sobre la revisión de la determinación de contribuciones y sus derechos de apelación.

¿Qué debe hacer a continuación?

Abra su cuenta de WA Cares.

Si se aprueba, podrá administrar sus autorizaciones previas y ver si tiene saldos de beneficios en su cuenta en línea de WA Cares. Recuerde abrir pronto su cuenta de WA Cares para hacer seguimiento de su solicitud.

Información de contacto el Centro de Beneficios y Atención al Cliente del Fondo WA Cares:

¿Preguntas? Llame al equipo de Beneficios y Atención al Cliente al teléfono 844-CARE4WA (844-227-3492)

Barcode Label Here