Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Дозвіл на перевірку активів

Ім’я клієнта
Ідентифікаційний номер ACES

Я розумію, що:

- Посадові особи федеральних органів або органів штату можуть перевіряти достовірність інформації, наданої в межах заявки на отримання медичної допомоги або її поновлення.
- Управління охорони здоров’я (Health Care Authority, HCA) та Департамент охорони здоров’я та соціального забезпечення (Department of Social and Health Services, DSHS) можуть проводити розслідування та зв'язуватися з будь-якою фінансовою установою з метою перевірки активів.
- Цей дозвіл припинить свою дію, якщо:
  - За моєю заявкою буде прийнято остаточне негативне рішення, або
  - Мої виплати припиняться, або
  - Я відкличу дозвіл у будь-який час, надіславши до HCA чи DSHS письмове повідомлення.

Я розумію, що відкликаючи дозвіл або відмовляючись його надати, я втрачаю право на участь у будь-яких програмах Medicaid, пов’язаних із SSI (Social Security Income, додатковий соціальний дохід) від Washington Apple Health для літніх людей, сліпих людей або інвалідів. Це не позбавляє мене права подавати заявки на грошову допомогу, продовольчу допомогу та/чи допомогу у зв’язку з доглядом за дитиною.

Я даю HCA та DSHS дозвіл провести перевірку активів для визначення відповідності критеріям і перевірки точності інформації фінансової установи.

Дозвіл має містити Ваші підпис і повне ім’я та підпис і повне ім’я Вашого чоловіка/Вашої дружини (якщо застосовно).

Підпис клієнта Дата	Повне ім’я розбірливо
Підпис чоловіка/дружини Дата	Повне ім’я розбірливо
Підпис батька/матері неповнолітнього клієнта Дата	Повне ім’я розбірливо
Підпис уповноваженого представника Дата	Повне ім’я розбірливо