Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Revisão de elegibilidade para serviços e suporte de longo prazo

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

Nome do cliente (nome, iniciais, sobrenome)			Número de identificação do cliente
Endereço do cliente	Cidade	Estado	CEP
Endereço para correspondência do cliente	Cidade	Estado	CEP
Nome do cônjuge ou do(a) pai/mãe do(a) menor (nome, iniciais, sobrenome)			
Endereço do(a) cônjuge/pai/mãe (se diferente)	Cidade	Estado	CEP
Número do celular do cliente (incluir código de área) ☐ Residência ☐ Celular ☐ Mensagem		E-mail do cliente	

Representante autorizado

Um Representante Autorizado é alguém que você autoriza a conversar com a agência ou com um representante designado por ela sobre seus benefícios. Você pode mencionar uma pessoa, mas não é obrigatório. Exemplos de Representantes Autorizados são responsáveis, cônjuge, parente, advogado.

Você conta com um representante autorizado? ☐ Sim ☐ Não

Nome	Relação		
Endereço para correspondência	Cidade	Estado	CEP
Número de telefone (incluir código da área)	E-mail		

Rendimentos não salariais do cliente	**Montante**
Benefícios da previdência social	$
Aposentadoria/pensão/anuidade	$
Outro - Benefícios de veteranos, L&I, pensão, dividendos, juros, renda de aluguel ou trimestral (liste abaixo)	
	$
	$
	$
	$
	$

Rendimentos salariais do cliente			
Empregador	Data de início	Montante bruto recebido	Frequência de pagamento
Esta renda é de autoemprego? ☐ Sim ☐ Não			

Recursos para clientes		
	Valor	Instituição financeira/empresa/local
Contas corrente	$	
Contas poupança	$	
Outras contas financeiras:	$	
	$	
Certificados de depósito (CD)	$	
Conta de propriedade de instalação	$	
Dinheiro/retido por terceiros	$	
Apólices de vida/ funerárias	$	
Fundos funerários	$	
Fundos	$	
Anuidades	$	
Residência (incluindo propriedade em vida)	$	
Outra propriedade:	$	
	$	
Outra – Veículos, ações, títulos, fundos mútuos, contas de aposentadoria (liste abaixo)		
	$	
	$	
	$	

Nos últimos cinco anos, você vendeu, comercializou ou doou dinheiro, residência, propriedade ou outros recursos? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, preencha o seguinte:

Tipo	Para quem	Montante	Data da transferência
		$	
		$	
		$	

Despesas médicas do cliente/taxas do beneficiário (anexe comprovante)	Montante
Plano de saúde (liste prestadores)	$
	$
Seguro para longo prazo (liste prestadores)	$
Taxas mensais de responsável	$
Taxas mensais de beneficiário	$
Custos médicos não pagos (liste)	$
	$
Estado civil	
O seu estado civil mudou? ☐ Sim ☐ Não	
Renda do(a) cônjuge/dependente	**Montante**
Benefícios da previdência social	$
Aposentadoria/pensão/anuidade	$
	$
Rendas	$
	$
Benefícios de veteranos	$
Outro - L&I, pensão, dividendos, juros, renda de aluguel ou trimestral (liste abaixo)	
	$
	$
Despesas com domicílio	**Montante**
Aluguel/hipoteca	$
Imposto de propriedade/seguro residencial	$
Serviços de luz, água, gás	$
Outro - Avaliações, condomínio ou taxas de manutenção, aluguel de espaço etc.	$

Autorização para verificação de ativo

Eu entendo que as informações por mim fornecidas para inscrição ou renovação de assistência estão sujeitas à verificação por funcionários federais e estaduais a fim de determinar se estão corretas. Eu autorizo a autoridade local de saúde (HCA) do estado de Washington e o Departamento de Serviços Sociais e de Saúde (DSHS) a realizar verificação de ativos a fim de determinar minha elegibilidade e verificar a precisão das minhas informações financeiras. Eu entendo que a HCA e o DSHS podem investigar e entrar em contato com qualquer instituição financeira como parte do processo de verificação de ativos. Eu entendo que esta autorização se encerra quando a decisão final adversa quanto a minha inscrição e minha elegibilidade a benefícios finaliza, ou se eu revogar esta autorização a qualquer momento ao fornecer aviso por escrito à HCA ou ao DSHS. Caso eu revogue ou recuse a autorização, entendo que não serei elegível a qualquer programa para idosos, cegos ou deficientes da Washington Apple Health. A revogação ou a recusa de autorização para verificação de ativos não afeta a elegibilidade para suportes personalizados para adultos mais velhos (TSOA).

Declaração e assinatura(s)

Li o formulário de análise de elegibilidade, ou ele me foi explicado, e meus direitos e responsabilidades, e recebi uma cópia do formulário Direitos e Responsabilidades referentes à Cobertura de Saúde, HCA 18-011.

Eu entendo que as informações por mim fornecidas para inscrição de assistência estão sujeitas à verificação por funcionários federais e estaduais a fim de determinar se estão corretas. Caso eu tenha interesse em anuidade, devo nomear o estado de Washington como beneficiário restante.

Eu declaro, sob pena de perjúrio sob as leis do estado de Washington, que as informações que eu forneci neste formulário são verdadeiras, precisas e completas no melhor do meu conhecimento.

Assinatura do cliente	Número de telefone	Data
Assinatura do cônjuge	Número de telefone	Data
Assinatura do(a) pai/mãe de menor cliente	Número de telefone	Data
Assinatura do representante autorizado ou auxiliar	Número de telefone	Data