

资格覆审 长期服务和支持

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

当事人姓名（名、中间名缩写、姓）		当事人的个案号码	
当事人的地址	城市	州	邮政编码
当事人的邮寄地址	城市	州	邮政编码
当事人的电话号码（包含区号） <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 短信		当事人的邮箱	
获授权的代表			
获授权的代表系指获得您允许而讨论您的福利事宜之机构或其指定的人士。您可以委派某人作您的代表，但不要求您必须这样做，例如监护人、家人、代理人。您是否有一位获授权的代表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
姓名		与您的关系（监护人、家庭成员等）	
邮寄地址	城市	州	邮政编码
电话号码（包含区号）		邮箱	
个案当事人的经济来源			
	金额/价值	所在地点	
由护养院/设施持有的账户	\$		
手头现金（现金）	\$		
支票账户	\$		
储蓄账户	\$		
其它的银行账户	\$		
人寿/丧葬保单	\$		
丧葬基金	\$		
年金	\$		
住宅或其它财产	\$		
其它 — 车辆、信托基金、股票、债券、共同基金、存款单：（请列明如下）			
	\$		
	\$		
您是否已出售、卖掉或赠送您的钱财、住宅、财产或其它收入来源？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是这样，请填写下列内容：			
类别	接受人	金额	财产转让日期
		\$	
		\$	



个案当事人的收入	金额
社会安全保险福利	\$
退休金/养老金/年金	\$
其它 — 退伍军人福利金、劳工与工商保险金、供养费、股息、挣得收入、利息、租金或季度收入。（请列明如下）	
	\$
	\$
	\$
	\$
个案当事人的医疗费用和监护人/收款人费用（请随附凭证）	金额
健康和/或长期护理保险费（请列明保险提供者）	\$
尚未付清的医疗费用账单（请列明）	\$
	\$
	\$
	\$
每月监护人/收款人费用	\$
个案当事人配偶的受抚养人收入	金额
社会安全保险福利	\$
退休金/养老金/年金	\$
其它 — 退伍军人福利金、劳工与工商保险金、供养费、股息、挣得收入、利息、租金或季度收入。（请列明如下）	
	\$
	\$
	\$
个案当事人配偶的家庭住房开支	金额
房租/抵押贷款	\$
房地产税/住宅保险	\$
公用事业费	\$
其它 — 评估、共管式独立产权私人公寓或共同管理费、场地租赁等	\$
资产核实授权	
<p>医疗保险计划管理部门(HCA)和社会福利服务部(DSHS)将开展资产核实来审核本人的资格并验证本人财务信息的准确性。本人知道，HCA/DSHS可能在资产核实过程中调查和联络任何金融机构、州或联邦机构或私有数据库。本人还知道，此授权会随着本人福利资格的终止而终止。本人可以随时通过向HCA或DSHS提供书面通知来撤销此授权。如果本人撤销授权，则所有资产和经济来源验证将是本人的责任。</p>	

声明与签名

本人已经阅读或已由他人向我说明此资格覆审表及本人的有关权利和责任，并收到一份健康保险权利与责任表 HCA 18-011。

本人知道，本人提供用来申请援助的信息将会由联邦和州官员进行验证以确定是否正确。如果我获取年金利息，我必须指定华盛顿州作为剩余财产受益人。

本人特此声明，据我所知，我在此表格中所提供的信息属实、正确且完整。若有不实之词，愿受华盛顿州法律下伪证罪的处罚。

个案当事人之签名	电话号码	日期
配偶之签名	电话号码	日期
未成年儿童当事人父母之签名	电话号码	日期
授权代表或协助人之签名	电话号码	日期