

## Alkalmassági Felülvizsgálat Hosszú Távú Ellátási Juttatásra

### Eligibility Review for Long Term Services and Supports

Az ügyfél neve (utónév, második utónév kezdőbetűje, vezetéknev)		Az ügyfél azonosítószáma	
Az ügyfél lakcíme	Település	Állam	Ir.szám
Az ügyfél postacíme	Település	Állam	Ir.szám
Az ügyfél telefonszáma (körzetszám) <input type="checkbox"/> Otthoni <input type="checkbox"/> Mobil <input type="checkbox"/> Üzenet		Az ügyfél e-mail-címe	
<b>Felhatalmazott képviselő</b>			
A felhatalmazott képviselő olyan személy, akinek vonatkozásában Ön engedélyezi, hogy vele az ügynökség vagy az ügynökség meghatalmazottja az Ön juttatásaival kapcsolatban beszéljen. Megnevezhet valakit, de ez nem kötelező. Példák erre a gondozó, családtag, megbízott igazságügyi szakértő, Van felhatalmazott képviselője? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem			
Neve		Rokoni kapcsolat (gondviselő, családtag stb.)	
Postacíme	Település	Állam	Ir.szám
Telefonszám (körzetszám)		Email-címe	
<b>Az ügyfél forrásai</b>			
	Összeg/érték	Hely	
Gondozó intézet által fenntartott számla	\$		
Készpénz	\$		
Folyószámlák	\$		
Megtakarítási számlák	\$		
Egyéb bankszámlák	\$		
Élet-/temetkezési biztosítások	\$		
Temetési alapok	\$		
Évjáradékok	\$		
Lakás vagy egyéb ingatlan	\$		
Egyéb – jármű, letét, kötvény, utalvány, közös alap, letétnyugta: (sorolja fel alább)			
	\$		
	\$		
Eladta-e, átadta-e vagy áruba bocsátotta-e a pénzét, lakását, ingatlanát vagy egyéb forrásait? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem Ha igen, töltsse ki a következőket:			
Típus	Kinek	Összeg	Átadás dátuma
		\$	
		\$	



<b>Az ügyfél jövedelme</b>	<b>Összeg</b>
Társadalombiztosítási juttatások	\$
Nyugdíj/Évjáradék	\$
Egyéb – veteránellátás, munkavállalói biztosítás, tartásdíj, osztalék, fizetés, kamat, bérleti díj vagy negyedéves jövedelem (sorolja fel alább)	
	\$
	\$
	\$
	\$
<b>Az ügyfél orvosi költségei és (fizetett) gondviselői díjak (csatolva az igazolások)</b>	<b>Összeg</b>
Egészség- és/vagy a hosszú távú ellátás (LCT) biztosítási díja (Sorolja fel a szolgáltatót)	\$
Kifizetetlen orvosi számlák (Sorolja fel)	\$
	\$
	\$
	\$
Havi (fizetett) gondviselői díjak	
<b>Az ügyfél házasársi/eltartotti jövedelme</b>	<b>Összeg</b>
Társadalombiztosítási juttatások	\$
Nyugdíj/évjáradék	\$
Egyéb, veterán juttatások, L&I, tartásdíj, osztalékok, fizetések, kamatok, bérleti díjak vagy negyedéves jövedelmek (Sorolja fel alább)	
	\$
	\$
	\$
<b>Az ügyfél házasársi szállásköltségei</b>	<b>Összeg</b>
Bérleti díj/Jelzálog	\$
Ingatlanadó/otthonbiztosítás	\$
Közüzemi számlák	\$
Egyéb – adók, közös költség vagy szövetségi díjak, helybérlet stb.	\$
<b>Felhatalmazás vagyonzvizsgálatra</b>	
<p>Az Egészségügyi Hatóság (Health Care Authority, HCA) és a Társadalombiztosítási és Egészségügyi Szolgáltatások Osztálya (Department of Social and Health Services, DSHS) vagyonzvizsgálatokat fog végezni, hogy felülvizsgálja jogosultságomat és ellenőrizze pénzügyi adataim pontosságát. Elfogadom, hogy a HCA / DSHS esetleg vizsgálatot végez pénzügyi intézeteknél, állami vagy szövetségi ügynökségeknél vagy magán adatbázisoknál vagy kapcsolatba lép velük a vagyonzvizsgálati eljárás részeként. Elfogadom, hogy ez a felhatalmazás akkor jár le, amikor a juttatásra szóló jogosultságom lejár. A felhatalmazást bármikor visszavonhatom, ha írásban értesítem erről a HCA-t vagy a DSHS-t. A felhatalmazás visszavonása esetén a vagyonz- és forrásellenőrzés az én felelősségem lesz.</p>	

### Nyilatkozat és aláírás(ok)

Eloolvastam – vagy elmagyarázták számomra – a jogosultsági nyomtatványt és a jogaimat és kötelességeimet, és másolatot kaptam a HCA 18-011. számú, az Egészségbiztosítással kapcsolatos jogok és kötelességek nyomtatványból.

Világos számomra, hogy az információkat, amelyeket a juttatásért való folyamodás során megadok, szövetségi és állami tisztviselők fogják megvizsgálni, hogy megállapítsák azok helyességét. Ha évjáradék jogosultja vagyok, Washington államot kell megneveznem fennmaradó kedvezményezettnek.

Washington állam törvényei szerinti hamis eskütételi büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy legjobb tudásom szerint az ebben a nyomtatványban megadott adatok igazak, helyesek és hiánytalanok.

Az ügyfél aláírása	Telefonszám	Dátum
A házastárs aláírása	Telefonszám	Dátum
Kiskorú gyermek szülőjének aláírása	Telefonszám	Dátum
A segítő személy vagy a felhatalmazott képviselő aláírása	Telefonszám	Dátum