

## Sintesi dei Dati per L'ammissione a Servizi e Assistenza a Lungo Termine

### Eligibility Review for Long Term Services and Supports

NOME DEL CLIENTE (Nome, iniziale secondo nome, cognome)		NUMERO ID CLIENTE	
INDIRIZZO CLIENTE	LOCALITÀ	STATO	C.A.P.
INDIRIZZO POSTALE DEL CLIENTE	LOCALITÀ	STATO	C.A.P.
NUMERO DI TELEFONO DEL CLIENTE (prefisso incluso) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/> Messaggio	E-MAIL DEL CLIENTE		
<b>RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO</b>			
Per rappresentante autorizzato si intende la persona con la quale acconsente che l'agenzia o il suo referente parli in relazione alle prestazioni che la riguardano. Può nominare una persona, ma non è obbligatorio. Ne sono esempi un tutore, un familiare, un procuratore di fatto. Ha un rappresentante autorizzato? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
NOME		RELAZIONE (TUTORE, FAMILIARE, ECC.)	
INDIRIZZO POSTALE	LOCALITÀ	STATO	C.A.P.
NUMERO DI TELEFONO (prefisso incluso)	E-MAIL		
<b>RISORSE DEL CLIENTE</b>			
	IMPORTO / VALORE	DOVE	
Conto detenuto dalla Casa/Struttura di cura	\$		
Denaro disponibile (contanti)	\$		
Conti correnti	\$		
Conti di risparmio	\$		
Altri conti bancari	\$		
Polizze assicurative vita/funerale	\$		
Fondi per funerale	\$		
Rendite annue	\$		
Proprietà casa o altro	\$		
Altro: veicoli, crediti, azioni, obbligazioni, fondi comuni di investimento, certificati di deposito: (Elencare di seguito)			
	\$		
	\$		
Ha venduto, negoziato o ceduto denaro, casa, proprietà o altri beni di sua proprietà? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, compilare di seguito:			
TIPO	A CHI	IMPORTO	DATA TRASFERIMENTO
		\$	
		\$	



<b>REDDITO DEL CLIENTE</b>	<b>IMPORTO</b>
Prestazioni di previdenza sociale	\$
Congedo/Pensione/Rendita annua	\$
Altro: prestazioni per veterani, L&I, alimenti, dividendi, utili, interessi, affitto o reddito trimestrale. (Elencare di seguito)	
	\$
	\$
	\$
	\$
<b>SPESE MEDICHE DEL CLIENTE E COMMISSIONI TUTORE/BENEFICIARIO (Allegare la documentazione di prova)</b>	<b>IMPORTO</b>
Premi assicurativi per la salute e/o LTC (assistenza a lungo termine) (Indicare il fornitore)	\$
Conti medici non pagati (Indicare)	\$
	\$
	\$
	\$
Commissioni mensili tutore/beneficiario	\$
<b>REDDITO CONIUGE/PERSONE A CARICO</b>	<b>IMPORTO</b>
Prestazioni di previdenza sociale	\$
Congedo/Pensione/Rendita annua	\$
Altro: prestazioni per veterani, L&I, alimenti, dividendi, utili, interessi, affitto o reddito trimestrale. (Elencare di seguito)	
	\$
	\$
	\$
<b>SPESE ABITATIVE CONIUGE</b>	<b>IMPORTO</b>
Affitto/Mutuo ipotecario	\$
Imposte sulla proprietà/Assicurazione sulla casa	\$
Utenze	\$
Altro: Valutazioni, quote condominiali o cooperative, affitto spazio, ecc.	\$
<b>AUTORIZZAZIONE PER LA VERIFICA DEL PATRIMONIO</b>	
<p>La Health Care Authority (HCA - Autorità per l'assistenza sanitaria) e il Department of Social and Health Services (DSHS - Dipartimento dei servizi sociali e sanitari) effettueranno una verifica del patrimonio per esaminare la mia ammissibilità e per accertare l'esattezza delle mie informazioni finanziarie. Sono consapevole che HCA / DSHS possono svolgere indagini e contattare eventuali istituti finanziari, agenzie statali o federali o database private nell'ambito della procedura di verifica del patrimonio. Comprendo che la presente autorizzazione termina quando cesserà la mia ammissibilità alle prestazioni. Posso revocare la presente autorizzazione in qualsiasi momento fornendo una comunicazione scritta a HCA o DSHS, Nel caso in cui revocassi l'autorizzazione, la verifica di tutto il patrimonio e le risorse saranno a mio carico.</p>	

## DICHIARAZIONE E FIRMA/E

Ho letto o mi sono stati spiegati il presente modulo di esame di ammissibilità ei miei diritti e i miei doveri e ho ricevuto una copia del modulo HCA 18-011 Diritti e doveri Copertura sanitaria.

Comprendo che le informazioni da me fornite per presentare la domanda di assistenza saranno oggetto di verifica da parte di finanziari federali e statali, al fine di stabilirne la correttezza. Se sono titolare di un interesse in una rendita annua, devo nominare lo Stato di Washington come beneficiario sostituto.

Dichiaro, sotto pena di falsa attestazione ai sensi della legislazione dello Stato di Washington, che le informazioni che ho fornito in questo modulo, in base alle mie conoscenze, sono vere, corrette e complete.

FIRMA DEL CLIENTE	NUMERO DI TELEFONO	DATA
FIRMA DEL CONIUGE	NUMERO DI TELEFONO	DATA
FIRMA DEL GENITORE DEL CLIENTE MINORENNE	NUMERO DI TELEFONO	DATA
FIRMA DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO O DELL'ASSISTENTE	NUMERO DI TELEFONO	DATA