PRZEGLĄD UPRAWNIEŃ DO KORZYSTANIA Z DŁUGOTERMINOWEGO WSPARCIA
ELIGIBILITY REVIEW FOR LONG TERM CARE BENEFITS

DANE PETENTA (imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)			NUMER IDENTYFIKACYJNY PETENTA
ADRES PETENTA	MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY
ADRES KORESPONDENCYJNY PETENTA	MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY
NUMER TELEFONU PETENTA	ADRES E-MAIL PETENTA		

UPOWAŻNIONY PRZEDSTAWICIEL

Upoważniony przedstawiciel to osoba, którą wyznacza Pan/-i do rozmowy z DSHS na temat Pana/-i wsparcia. Pan/-i wymienić jej/jego nazwisko, ale nie jest to wymagane. Czy ma Pan/-i Upoważnionego Przedstawiciela? ☐ Tak ☐ Nie

IMIĘ I NAZWISKO UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA	RELACJA Z PETENTEM		
ADRES KORESPONDENCYJNY UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA	MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY
NUMER TELEFONU	ADRES E-MAIL		

ŹRÓDŁA DOCHODÓW PETENTA *(Dołączyć dowody)*

	KWOTA/ WARTOŚĆ	GDZIE
Konto przy domu opieki/przychodni	$	
Gotówka	$	
Rachunek bieżący	$	
Konto oszczędnościowe	$	
Inne konta bankowe	$	
Ubezpieczenia na życie/na wypadek pochówku	$	
Fundusze na pochówek	$	
Lokaty	$	
Dom lub inna własność	$	
Inne – pojazdy, fundusze powiernicze, papiery wartościowe, obligacje skarbowe, monopole, certyfikaty depozytów: (wypisać poniżej)		
	$	
	$	

Czy sprzedawał/-a, handlował/-a lub darował/-a Pan/-i swoje pieniądze, dom, własności lub inne źródła dochodów w ciągu ostatnich pięciu lat? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, proszę wypisać to poniżej:

RODZAJ	KOMU	KWOTA	DATA PRZEKAZANIA
		$	
		$	

PRZYCHODY PETENTA ***(Dołączyć dowody)***	KWOTA
Wsparcie z opieki społecznej	**$**
Emerytura/Pensja/Dożywotnia renta	**$**
Inne - renty kombatanckie, wsparcie z L&I (Washington Department of Labor and Industries), alimenty, dywidendy, zarobki, dochody kwartalne lub z tytułu dzierżawy (wypisać poniżej)	
	$
	$
	$
WYDATKI PETENTA NA OPIEKĘ MEDYCZNĄ ***(Dołączyć dowody)***	KWOTA
Składki ubezpieczenia zdrowotnego i/lub LTC (wypisać dostarczycieli)	**$**
Niezapłacone rachunki za leczenie (wypisać)	**$**
	$
DOCHODYWSPÓŁMAŁŻONKA/RODZINY ***(Dołączyć dowody)***	KWOTA
Wsparcie z opieki społecznej	**$**
Emerytura/Pensja/Dożywotnia renta	**$**
Inne - renty kombatanckie, wsparcie z L&I (Washington Department of Labor and Industries), alimenty, dywidendy, zarobki, dochody kwartalne lub z tytułu dzierżawy (wypisać poniżej)	
	$
	$
	$
WYDATKI NA ZABEZPIECZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA/RODZINY ***(Dołączyć dowody)***	KWOTA
Czynsz/hipoteka	**$**
Podatek od nieruchomości/Ubezpieczenie domu	**$**
Media	**$**
Inne -podatki, opłaty terytorialne lub za współużytkowanie, wynajem powierzchni itp.	**$**

OŚWIADCZENIE I PODPIS(Y)

Przeczytałem/-am swoje prawa i obowiązki (lub zostałem/-am uświadomiony/-a co do swoich praw i obowiązków) oraz otrzymałem/-am kopię formularza Praw i Obowiązków Petenta HCA 18-003. Przeczytałem/-am (lub zostałem/-am uświadomiony/-a) i zrozumiałem/-am informacje zawarte po obu stronach powyższego formularza Przeglądu uprawnień. DSHS może pomóc w zdobyciu jakiegokolwiek dowodu, którego potrzebuję, lub odesłać do innych osób, agencji albo instytucji finansowych, które pomogą mi to osiągnąć. Jeżeli jestem zainteresowany dożywotnią rentą, muszę wskazać na stan Waszyngton jako pozostałego beneficjenta. Oświadczam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że informacje zawarte w tym przeglądzie są prawdziwe, poprawne i kompletne według całej dostępnej mi wiedzy.

PODPIS PETENTA	NUMER TELEFONU	DATA
PODPIS POMOCNIKA	NUMER TELEFONU	DATA
PODPIS UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA/POMOCNIKA	NUMER TELEFONU	DATA