

ПРОВЕРКА ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА ELIGIBILITY REVIEW FOR LONG TERM CARE BENEFITS

ИМЯ КЛИЕНТА (Имя, отчество, фамилия)		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	
АДРЕС КЛИЕНТА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
АДРЕС ДЛЯ ПОЧТОВЫХ ОТПРАВЛЕНИЙ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА КЛИЕНТА	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ КЛИЕНТА		
УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ			
Уполномоченный представитель – это человек, с которым Вы разрешаете департаменту DSHS обсуждать Ваши льготы. Вы можете назвать такого человека, однако мы этого от Вас не требуем. У Вас есть уполномоченный представитель? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	КАКОЕ ОТНОШЕНИЕ ИМЕЕТ К ВАМ		
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА (с кодом зоны)	Адрес электронной почты		
РЕСУРСЫ КЛИЕНТА (Приложите доказательства)			
	СУММА/СТО ИМОСТЬ	ГДЕ	
Счет в доме престарелых или инвалидов / учреждении по уходу	\$		
Наличные деньги на руках	\$		
Чековые счета	\$		
Сберегательные счета	\$		
Другие банковские счета	\$		
Страхование жизни / ритуальное страхование	\$		
Средства на похороны	\$		
Ежегодная рента	\$		
Дом или другая собственность	\$		
Другое - транспортные средства, доверительные фонды, акции, облигации, паевые инвестиционные фонды, депозитные сертификаты (Перечислите ниже)			
	\$		
	\$		
Вы продали, обменяли или отдали кому-либо деньги, дом, собственность или другие ресурсы за последние пять лет? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если "да", впишите сведения ниже:			
ВИД	КОМУ	СУММА	ДАТА ПЕРЕДАЧИ
		\$	
		\$	



ДОХОД КЛИЕНТА (Приложите доказательство)		СУММА
Льготы по социальному обеспечению		\$
Уход на пенсию/Пенсия / Ежегодное пособие		\$
Другие виды дохода - льготы для ветеранов, пособие Департамента труда и промышленности, алименты, дивиденды, трудовой доход, поступления от арендной платы или квартальный доход. (Перечислите ниже)		
		\$
		\$
		\$
МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ КЛИЕНТА (Приложите доказательство)		СУММА
Страховые взносы за медицинское страхование и/или длительный уход (укажите страховую компанию)		\$
Неоплаченные медицинские счета (укажите)		\$
		\$
ДОХОД СУПРУГА(-И) / СЕМЬИ (Приложите доказательство)		СУММА
Льготы по социальному обеспечению		\$
Уход на пенсию/Пенсия / Ежегодное пособие		\$
Другие виды дохода - льготы для ветеранов, трудовой доход, проценты, дивиденды, пособие Департамента труда и промышленности, поступления от арендной платы или квартальный доход. (Перечислите ниже)		
		\$
		\$
		\$
РАСХОДЫ СУПРУГА(И) / СЕМЬИ НА ЖИЛЬЕ (Приложите доказательство)		СУММА
Арендная плата / выплаты по ипотеке		\$
Налог на недвижимость / Страхование недвижимости		\$
Коммунальные услуги		\$
Другие расходы: налоги, плата за кондоминиум или кооператив, плата за аренду помещения, и т.д.		\$
ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДПИСЬ(И)		
Я прочел(прочла), или мне объяснили мои права и обязанности; я получил(а) экземпляр формы "Права и обязанности клиента" (HSA 18-003). Я прочел(прочла), или мне объяснили, и я понял(а) информацию, содержащуюся на обеих сторонах данной формы "Проверка права на участие в программе". Департамент DSHS может помочь мне получить любое необходимое доказательство, или обратиться к другим лицам, ведомствам или финансовым учреждениям за таким доказательством. Если я получаю проценты от ежегодного пособия, то мне следует называть штат Вашингтон в качестве наследника. Зная о наказании за лжесвидетельствование, я заявляю, что информация, предоставленная в этом заявлении, является правдивой, правильной и содержит все, что мне известно.		
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА
ПОДПИСЬ ПОМОЩНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ / ПОМОЩНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА