Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

# SSI 관련 헬스케어 취소 가능 장례 준비금

## Irrevocable Burial Fund Provision for SSI Related Healthcare

| 케이스명 |
|---|
| 케이스 번호 |

| 신청인/수령인 이름 | |
|---|---|
| 진술인의 이름(신청인/수령인이 아닐 경우) | 관계 |

**본인은 Medicaid(메디케이드)의 규정에 따라 장례(매장)비로 돈을 별도로 적립할 수 있음을 이해합니다. 장례(매장)비 몫으로 입금하는 돈은 취소가능 또는 취소불능 계좌에 적립될 수도 있습니다. (취소가능 계좌에 예탁하는 경우 14-539 양식을 사용하십시오.) 본인은 다음을 증명합니다.**

본인은 취소불능 계좌에 다음 자금을 적립했습니다.

☐ **$** _____ 본인 ☐ **$** _____ 배우자

장례(매장)비 적립 방법:

☐ 취소불능 부족 계좌*

☐ 취소불능으로 지정계약한 생명보험 약관; 약관 번호:** _____

☐ 기타(구체적으로 설명):** _____

*부족 담당자는 반드시 아래 부족 항목을 작성해야만 함.

** 취소 불능으로 지정계약한 생명보험의 문서, 장례식장 계약(서) 또는 취소불능 장례(매장) 규정을 증빙서류로 이 양식과 함께 DSHS 에 제공함.

**부족, 보험사 또는 장례(매장) 비용을 예탁해 놓은 장례식 제공처:**

| 이름 | 전화번호 |
|---|---|
| 도로 또는 우편주소 시 주 우편번호 | |

본인은 반드시 다음의 경우 보건사회부(Department of Social and Health Services)에 보고해야 함을 알고 있습니다.

- 본 계좌 또는 적립/예탁금에 추가로 돈을 입금하는 경우
- 기타 생명보험, 장례(매장) 서비스 계약을 구매, 증여받거나 현금화하는 경우

본인은 고의로 위증을 할 경우 형사 처벌을 받을 수 있음을 이해합니다. 본인은 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에 이 문서에 제공된 정보가 정확함을 선언합니다.

| 진술인의 서명(이름, 중간이름, 성 순위) 잉크펜으로 기입요 | 날짜 | 전화번호 |
|---|---|---|

**부족 담당자 작성란**

본인은 위에 언급된 개인이 취소불능 부족 계좌에 돈을 입금했음을 증명합니다. 본 입금액은 다음에 해당합니다.

- 이 부족 일원이 예상하는 비용에 근거한 합당한 금액
- 본 부족 일원을 위해 장례(매장) 비용 외 다른 용도로 사용할 수 없는 금액
- 위에 기재한 금액 입금

| 부족 담당자 서명 | 날짜 | 전화번호 |
|---|---|---|