

長期サービスとサポートの適格性レビュー

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

クライアントの氏名 (名、ミドルネーム、姓)		クライアント ID 番号	
クライアントの住所	市	州	郵便番号
クライアントの郵送先住所	市	州	郵便番号
配偶者、または未成年の子どもの親の名前 (名、ミドルネーム、姓)			
配偶者 / 親の住所 (別居の場合)		市	州 郵便番号
クライアントの電話番号 (エリアコード含める) <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 細胞 <input type="checkbox"/> メッセージ		クライアントのEメール	
正式代表者			
<p>正式代表者とは、あなたが自身の給付金について自身の代理人または被指名人に対し話をすることを許可する相手方の人のことです。そうした人を指名することはできますが、必須ではありません。例として挙げられるのが保護者、配偶者、親族、代理人です。</p> <p>あなたには正式代表者がいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>			
氏名		関係	
郵送先住所	市	州	郵便番号
電話番号 (エリアコード含める)		Eメール:	
クライアントの不労所得			金額
社会保障給付金			\$
退職金 / 年金 / 年金保険			\$
その他 - 復員軍人給付、L&I、扶養手当、配当、利子、家賃または四半期ごとの所得 (以下に列挙すること)			
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



クライアントの勤労所得			
雇用主	開始日	総受領額	支給頻度
この所得は自営業によるものですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
クライアントの資産			
	価額	金融機関 / 会社 / 所在地	
当座預金口座	\$		
貯蓄口座	\$		
その他の金融口座：	\$		
	\$		
譲渡性定期預金証書 (CD)	\$		
施設保有の口座	\$		
手元資金 / 他者保有の現金	\$		
生命 / 埋葬保険証券	\$		
埋葬資金	\$		
信託	\$		
年金	\$		
自宅 (生涯不動産権を含む)	\$		
その他の不動産：	\$		
	\$		
その他 - 車両、株、債券、投資信託、退職金口座 (以下に列挙すること)			
	\$		
	\$		
	\$		
過去5年間でお金、自宅、不動産またはその他の資産を売却、取引、譲渡されましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
はい、の場合、以下にお答えください：			
種類	譲渡先	金額	譲渡日
		\$	
		\$	
		\$	

クライアントの医療費および保護者 / 受取人費用（証明するものを添付すること）	金額
健康保険（保険者名を列挙すること）	\$
	\$
長期介護保険（保険者名を列挙すること）	\$
毎月の保護者費用	\$
毎月の受取人費用	\$
未払いの医療費（列挙すること）	\$
	\$
	\$
配偶者 / 扶養所得	金額
社会保障給付金	\$
退職金 / 年金 / 年金保険	\$
	\$
所得	\$
	\$
復員軍人給付	\$
その他 - 復員軍人給付、L&I、扶養手当、配当、利子、家賃または四半期ごとの所得（以下に列挙すること）	
	\$
	\$
	\$
配偶者の居住費	金額
賃料 / 住宅ローン	\$
固定資産税 / 住宅保険	\$
公共料金	\$
その他 - 評価額、コンドミニウムまたはコープ料金、スペース賃料など	\$

資産証明の権限付与

私は、補助の申請や更新目的で提供する情報が、正確であるかどうかを判断するために、連邦および州の職員の認証を受けることを理解します。私は、Washington State Health Care Authority (HCA) および保険社会福祉省 (Department of Social and Health Services, DSHS) に対し、資産認証を実施して私の適格性を判断し、私の金融情報の正確さを検証する権利を付与します。私は、HCAおよびDSHSが、資産認証プロセスの一環として、調査を行い、ならびに金融機関、州や連邦機関、または個人データベースに照会することを理解します。私は、最終的に自身の申請に対して不利な決定が下される、自身の給付適格性が終了する、または自身がHCAやDSHSに書面通知を発することで自らの権限付与を撤回する場合に、この権限付与が無効となることを理解します。私は、自身が権限付与の提供を撤回または却下する場合、Washington Apple Health 高齢者、視覚障害者または障害者 SSI 関連メディケイド (Medicaid) プログラムの資格対象外となることを理解します。

宣誓と署名

私は、適格性レビューフォーム、自身の権利および責任について読解し、または説明を受け、Health Care Coverage Rights and Responsibilities フォーム、HCA 18-011 の写しを受領しました。

私は、補助の申請目的で提供する情報が、正確であるかどうかを判断するために、連邦および州の職員の認証を受けることを理解します。私は、自身に年金受給資格がある場合、残りの受益者としてワシントン州を指名する必要があります。

私は、ワシントン州法に規定する偽証罪に罰せられるという条件で、本フォームにおいて供与した情報が、自身の知る限り、真正で正確かつ完全であることを宣誓します。

クライアントの署名	電話番号	日付
配偶者の署名	電話番号	日付
未成年の子どものクライアントの親の署名	電話番号	日付
正式代表者または補助者の署名	電話番号	日付