

장기 서비스 및 지원에 대한 수혜자격 검토

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

수혜자 이름(이름, 중간이름, 성)		수혜자 ID 번호	
수혜자 주소	시	주	우편번호
수혜자 우편 주소	시	주	우편번호
배우자 또는 미성년자 자녀 부모 이름(이름, 중간이름, 성)			
배우자 / 부모 주소(서로 다를 경우)	시	주	우편번호
수혜자 전화번호(지역 번호 포함) <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 메시지		수혜자 이메일	
위임 대리인			
<p>위임한 대리인이란 DSHS에서 귀하의 혜택에 관한 정보를 말할 수 있는 기관 또는 피지명자를 의미합니다. 대리인을 지명해도 되지만 반드시 그렇게 해야 하는 것은 아닙니다. 후견인, 배우자, 친인척, 법적 대리인 등을 대리인으로 지명할 수 있습니다. 귀하를 대변할 대리인이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>			
이름		관계	
우편 주소	시	주	우편번호
전화번호(지역번호 포함)		이메일	
수혜자의 블로 소득			총액
사회보장금			\$
퇴직금 / 연금 / 연부금			\$
기타 - 재향군인수당, 산재보험수당(L&I), 별거수당, 배당금, 이자소득, 임대비 또는 분기별 소득 등(아래에 기재)			
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



수혜자의 근로 소득			
고용주	시작일	수취 총액	지급 빈도
이것은 자영업에서 발생한 소득입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
수혜자 자원			
	가치	금융 기관 / 회사 / 장소	
당좌예금구좌(Checking Account)	\$		
보통예금구좌(Savings Account)	\$		
기타 금융 계좌:	\$		
	\$		
예금 증서(CD)	\$		
시설이 보유한 계좌	\$		
수중에 있는 현금 / 타인이 보유한 계좌	\$		
생명 / 장례 보험 증권	\$		
장례비	\$		
신탁	\$		
연금	\$		
집(중신 물권 포함)	\$		
기타 재산:	\$		
	\$		
기타 - 차량, 주식, 채권, 뮤추얼 펀드, 퇴직금 계좌(아래에 기재)			
	\$		
	\$		
	\$		
지난 5년 동안 남에게 돈을 주었거나 자택, 부동산 또는 기타 자산을 매매, 거래 또는 무료로 양도하였습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
'예'일 경우 아래를 기입하십시오.			
종류	매매, 거래 또는 무료로 양도한 사람이나 기관	총액	매매, 거래 또는 양도한 일자
		\$	
		\$	
		\$	

수혜자의 의료비 및 후견인 / 수취인 수수료(증빙서류 첨부)	총액
건강보험(보험사 기재)	\$
	\$
장기 요양 보험(보험사 기재)	\$
후견인 월 수수료	\$
수취인 수수료	\$
미납 의료비(기재)	\$
	\$
	\$
배우자 / 부양가족 소득	총액
사회보장금	\$
퇴직금 / 연금 / 연부금	\$
	\$
소득	\$
	\$
재향군인수당	\$
기타 - 산재보험수당(L&I), 별거수당, 배당금, 이자소득, 임대비 또는 분기별 소득 등 (아래에 기재)	
	\$
	\$
	\$
배우자의 쉼터비	총액
임대비 / 모기지(주택융자)	\$
재산세 / Home Insurance	\$
공과금(예: 수도세, 전기세)	\$
기타 - 세액, 콘도 또는 공동운영비, 장소 임대 등	\$

자산증명 승인서

본인은 지원 승인을 받기 위해 또는 갱신하기 위해 한 정보가 정확성 여부를 판단하기 위해 연방 및 주 관리의 검증을 받을 것임을 인정합니다. 본인은 워싱턴주 보건관리국(Health Care Authority, HCA) 및 사회보건서비스부(Department of Social and Health Services, DSHS)에서 자산증명을 수행하여 본인의 자격증명을 결정하고 본인의 재무정보의 정확성을 확인하도록 권한을 부여합니다. 본인은 HCA / DSHS 가 자산증명 절차의 일부로 임의의 금융기관, 주 또는 연방기관이나 개인 데이터베이스를 조사하고 연락을 취할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 본인은 본인의 신청에 대한 부정적인 최종 결정이 내려졌을 때, 본인의 수혜 자격이 종료되었을 때, 또는 본인이 언제든지 HCA나 DSHS에 서면으로 통지하여 이 권한을 철회하였을 때 이 권한이 종료됨을 인정합니다. 본인이 권한 제공을 철회하거나 거부할 경우, 본인은 워싱턴주 Apple Health 노인, 맹인 또는 장애인 SSI 관련 메디케이드 프로그램 (Washington Apple Health Aged, Blind, or Disabled SSI-related Medicaid) 자격을 얻지 못함을 인정합니다.

선언 및 서명

본인은 수혜자격 검토 양식과 본인의 권리와 책임에 관해 읽었거나 설명을 들었으며 건강 보험 혜택 권리와 책임 양식(HCA 18-011) 사본 한 부를 받았습니다.

본인은 지원 승인을 받기 위해 제출한 정보가 정확성 여부를 판단하기 위해 연방 및 주 관리의 검증을 받을 것임을 인정합니다. 본인에게 연부금 이권이 있을 경우 본인은 반드시 워싱턴주를 유적 수익자로 지정해야만 합니다.

본인은 워싱턴 주법 아래 위증 시 처벌을 받는 조건으로 본인이 알고 있는 한 이 서류에 제공된 정보가 진실하고, 정확하며, 완전하다는 것을 선언합니다.

수혜자/의뢰인의 서명	전화번호	날짜
배우자 서명	전화번호	날짜
미성년 자녀 수혜자 부모의 서명	전화번호	날짜
위임 대리인 또는 조력자의 서명	전화번호	날짜