

د اوږدې مودې خدماتو  
او ملاتړونو لپاره د وړتیا بیاکتنه

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

د پیرودونکي نوم (لومړی، منځنی ابتدایي، وروستی)		د پیرودونکي د ID شمیره
د پیرودونکي ادرس	ښار	ایالت
د پیرودونکي د لیک ادرس	ښار	ایالت
میرمن/میره یا د کوچني ماشوم والدین (لومړی، منځنی ابتدایي، وروستی)		
د میره/ والدینو پته (که مختلف وي)	ښار	ایالت
د پیرودونکي د تلیفون شمیره (د ساحې کوډ پکې شامل کړئ)	د پیرودونکي برېښنالیک	
<input type="checkbox"/> کور <input type="checkbox"/> ګرځنده تلیفون <input type="checkbox"/> پیغام		
<b>مجاز استازی</b>		
<p>یو مجاز استازی هغه څوک دی چې تاسو ادارې یا د دوی نومول شوي شخص ته اجازه ورکوئ چې ستاسو د ګټو په اړه وغږیږي. تاسو کولی شئ د چا نوم وړاندې کړئ مګر دا اړتیا نلري. مثالونه سرپرست، میره/میرمن، خپلوان، په حقیقت کې وکیل دی. ایا تاسو یو مجاز استازی لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p>		
نوم	اړیکه	
د لیک ادرس	ښار	ایالت
د تلیفون شمیره (د ساحې کوډ پکې شامل کړئ)	برېښنالیک	
<b>د پیرودونکي نه ترلاسه شوي عاید</b>		
د ټولنیز امنیت ګټې	مقدار	
تقاعد کیدل/تقاعد/کلنی	\$	
نور - د وترنرانو ګټې، L&A ، نفقه، ونډې، سود، کرایه یا درې میاشتنی عاید (لاندې لیست کړئ)		
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	



د پيرونكي ترلاسه شوي عايد			
د تاديي شرح	ناخالص مقدار ترلاسه شوي	د پيل نيټه	گمارونكي
ايا دا عايد د خان گمارني څخه دی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه			
د پيرونكي سرچيني			
مالي اداره / شرکت / موقعيت	ارزښت		
	\$		د حسابونو کتل
	\$		د سپما حسابونه
	\$		نور مالي حسابونه:
	\$		
	\$		د زيرمه کولو سندونه (CD)
	\$		د اداري لخوا ساتل شوي حساب
	\$		په لاس کي نغدي / د نورو لخوا نيول شوي
	\$		د ژوند / دفن کولو د بيمې پاليسي
	\$		د دفن کولو فنډونه
	\$		امانتونه
	\$		کلني
	\$		کور (د ژوند د املاکو په گډون)
	\$		نور ملکيت:
	\$		
نور - وسايط، سټاک، بانډونه، دوه اړخيز فنډونه، د تقاعد حسابونه (لاندې ليست کړئ)			
	\$		
	\$		
	\$		
ايا تاسو په تيرو پنځو کلونو کي خپلې پيسې، کور، ملکيت يا نورې سرچينې وپلورلي، سودا کړې يا مو ورکړې؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه			
که ځواب هو وي، لاندې موارد بشپړ کړئ:			
د انتقال نيټه	مقدار	چاته	ډول
	\$		
	\$		
	\$		

د پیرودونکي طبي لگښتونه او د سرپرست / تادیه کونکي فیس (ثبوت ضمیمه کړئ)	
د روغتیا بیمه (د لیست چمتو کونکي)	\$
	\$
د اورېدې مودې د پاملرنې بیمه (د لیست چمتو کونکي)	\$
د سرپرست میاشتنی فیسونه	\$
د تادیه کونکي میاشتنی فیس	\$
نه تادیه شوي طبي بیلونه (لیست)	\$
	\$
	\$
<b>مقدار</b>	<b>مقدار</b>
میره یا میرمن / د متکي عاید	
د ټولنیز امنیت گټي	\$
تقاعد کیدل/ تقاعد/کلنی	\$
	\$
عایدات	\$
	\$
د وترنرانو گټي	\$
نور – L&I، نفقه، ونډې، سود، کرایه یا درې میاشتنی عاید (لاندې لیست کړئ)	
	\$
	\$
	\$
<b>د میره/میرمن د سرپناه لگښتونه</b>	<b>پیسې</b>
کرایه / گروي	\$
د ملکیت مالیه / د کور بیمه	\$
عمومي لگښتونه	\$
نور - ارزونې، د Condo یا د Co-Op فیسونه، د ځای کرایه، او نور.	\$

## د شتمنیو د تصدیق لپاره اجازه ورکول

زه پوهیرم چې هغه معلومات چې زه یې چمتو کوم چې د مرستې لپاره غوښتنه وکړم یا یې د نوي کولو غوښتنه وکړم، به د فدرالي او ایالتي چارواکو لخوا د تایید تابع وي ترڅو معلومه کړي چې ایا دا سم دي. زه د واشنگتن ایالت د روغتیايي پاملرنې ادارې (HCA) او د ټولنیز او روغتیايي خدماتو څانګې (DSHS) ته اجازه ورکوم چې د شتمنیو تصدیق ترسره کړي ترڅو زما وړتیا وټاکي او زما د مالي معلوماتو دقت تصدیق کړي. زه پوهیرم HCA او DSHS ممکن د شتمنیو د تصدیق کولو د پروسې د برخې په توګه تحقیق وکړي او د مالي ادارې، ایالت یا فدرالي ادارې، یا خصوصي ډیټابیس سره اړیکه ونیسي. زه پوهیرم چې دا اجازه هغه وخت پای ته رسېږي کله چې زما په غوښتنلیک باندې وروستی منفي پریکړه وشي، نو د ګټو لپاره زما وړتیا پای ته رسېږي، یا که زه په لیکلي خبرتیا سره HCA یا DSHS ته په چمتو کولو سره هر وخت دا اجازه لغوه کړم. که زه اجازه لغوه کړم یا یې چمتو کول رد کړم، زه پوهیرم چې زه به د زارو، راندو یا معلول شویو کسانو لپاره د واشنگتن د اپیل د روغتیا او د SSI پورې اړوند د میډیکید برنامې لپاره ورنه یم.

## اعلامیه او لاسلیکونه

ما د وړتیا د بیاګنتې فورمه او زما حقونه او مسؤلیتونه لوستلي، یا راته تشریح شوي او د روغتیايي پاملرنې پوښښ حقونو او مسؤلیتونو فورمه HCA 18-011 یوه کاپي می ترلاسه کړې.

زه پوهیرم چې هغه معلومات چې زه یې چمتو کوم چې د مرستې لپاره غوښتنه وکړم به د فدرالي او ایالتي چارواکو لخوا د تایید تابع وي ترڅو معلومه کړي چې ایا دا سم دي. که زه په کلنی کې علاقه لرم، زه باید د واشنگتن ایالت د پاتې ګټه اخیستونکي په توګه غوره کړم.

زه اعلان کوم، د واشنگتن ایالت د قوانینو لاندې د دروغو د جزا لاندې، چې هغه معلومات چې ما پدې فورمه کې چمتو کړي دي رېښتیني، سم او زما د غوره پوهې سره بشپړ دي.

د پیرودونکي لاسلیک	د تلیفون شمېره	نیټه
د میره/میرمن لاسلیک	د تلیفون شمېره	نیټه
د کوچني ماشوم پیرودونکي لپاره د والدین لاسلیک	د تلیفون شمېره	نیټه
د مجاز استازي یا د مرسته کونکي لاسلیک	د تلیفون شمېره	نیټه