

بررسی صلاحیت بالای
سرویس های پشتیبانی طولانی مدت

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

نام متقاضی (نام، نام دوم، تخلص)		نمبر شناسه متقاضی
آدرس متقاضی	شهر	ایالت
آدرس پستی متقاضی	شهر	ایالت
نام همسر یا والدین فرزند صغیر (نام، نام دوم، تخلص)		
آدرس همسر / والدین (در صورت متفاوت بودن)	شهر	ایالت
نمبر تلفون متقاضی (به شمول کد ساحه)	<input type="checkbox"/> منزل	<input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/> پیام
ایمیل متقاضی		
نماینده دارای جواز		
نماینده دارای جواز شخصی است که به آژانس یا شخص تعیین شده آنها جواز میدهد در مورد مزایای تان با او گپ و گفت بزنند. شما میتوانید نام شخصی را نام ببرید لیکن ضرورتی ندارد. منحیث مثال میتوان به قیم، همسر، خویشاوند، وکیل دارای وکالت نام برد.		
نماینده دارای جواز دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		
نام	ارتباط	
آدرس پستی	شهر	ایالت
نمبر تلفون متقاضی (به شمول کد ساحه)	ایمیل	
عواید کسب نشده متقاضی		
مبلغ		
\$	مزایای تامین اجتماعی	
\$	تقاعد / مستمری تقاعد / عواید سنواتی	
سائر - مزایای نیروی نظامی، L&A، نقه، سود سهام، بهره، اجاره یا عواید فصلی (لست شده در ذیل)		
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		



عوايد كسب شده متقاضی			
نام صاحب كار	تاریخ آغاز	مبلغ ناخالص دریافتی	دفعات پرداخت
این عوايد حاصل از خوداشتغالی است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			
منابع متقاضی			
موسسه مالی / کمپنی / موقعیت	ارزش		
	\$	چک کردن حساب ها	
	\$	حساب های ذخیره	
	\$	سائر حساب های مالی:	
	\$		
	\$	گواهی سپرده (CD)	
	\$	حساب نگهداری شده توسط مراکز	
	\$	پایه نقد در دست / توسط سایرین نگهداری میشود	
	\$	بیمه نامه های زندگی / دفن	
	\$	وجوه دفن	
	\$	صندوق های مالی	
	\$	عوايد سنواتی	
	\$	خانه (به شمول املاک و مستغلات)	
	\$	سائر اموال:	
	\$		
سائر - وسایط نقلیه، سهام، اوراق قرضه، صندوق های سرمایه گذاری مشترک، حساب های تقاعد (لست شده ذیل)			
	\$		
	\$		
	\$		
طی پنج سال گذشته پیسه، خانه، ملک یا سائر منابع تان را فروخته، معامله کرده اید یا بخشیده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			
در صورتیکه بلی، موارد ذیل را پرکاری نمایید:			
نوعیت	به چه شخصی	مبلغ	تاریخ انتقال
		\$	
		\$	
		\$	

مبلغ	هزینه های صحی متقاضی و هزینه های قیم / گیرنده پرداخت (ضمیمه مدرک)
\$	بیمه صحت (لست ارائه دهندگان)
\$	
\$	بیمه مراقبت طولانی مدت (لست ارائه دهنده)
\$	هزینه ماهوار قیم
\$	هزینه های ماهوار گیرنده پرداخت
\$	صورت حساب های صحی پرداخت نشده (لست)
\$	
\$	
\$	
مبلغ	همسر / عواید وابسته
\$	مزایای تامین اجتماعی
\$	تقاعد / مستمری تقاعد / عواید سنواتی
\$	
\$	عوایدها
\$	
\$	مزایای نیروی نظامی
سائر - مزایای نیروی نظامی، L&A، نفقه، سود سهام، بهره، اجاره یا عواید فصلی (لست شده در ذیل)	
\$	
\$	
\$	
مبلغ	هزینه های سرپناه همسر
\$	اجاره / رهن
\$	مالیه بر املاک / بیمه خانه
\$	سرویس های رفاهی
\$	سائر - ارزیابی ها، هزینه های کاندو یا تعاونی، اجاره فضا و غیره.

جواز تایید دارایی

میدانم معلوماتی که بالای درخواست یا تمدید مساعدت ارائه میدهم، به توسط مقامات فدرال و ایالتی تایید میشود تا درستی آن مشخص شود. من به سازمان مراقبت صحیایالت واشنگتن (HCA) و ریاست سرویس های جمعی و صحتی (DSHS) جواز میدهم تا تایید دارایی را بالای تعیین صلاحیت من و تایید صحت معلومات مالی ام انجام دهند. من میدانم که HCA و DSHS ممکن است بصورت قسمی از رویه تایید دارایی، کدام مؤسسه مالی، آژانس ایالتی یا فدرال، یا پایگاه داده خصوصی را بررسی کرده و با آنها به تماس شوند. من میدانم که این جواز زمانی پایان مییابد که تصمیم نامطلوب نهایی درمورد درخواست من گرفته شود، و اجدیت شرایط من بالای مزایا به پایان برسد، یا در صورتیکه در کدام زمانی با ارائه هشدار کتبی به HCA یا DSHS این جواز را لغو کنم. در صورت لغو یا امتناع از ارائه جواز، میدانم که و اجدیت شرایط کدام یک از پروگرام های مدیکید Medicaid مربوط به سالمندان، نابینایان یا معلولان مرتبط با SSI Apple Health در واشنگتن را نخواهم بود.

اظهارنامه و امضا(ها)

من فورم بررسی صلاحیت و حقوق و مسئولیت های خود را خوانده ام یا برایم شرح داده شده است و یک کپی از فورم حقوق و مسئولیت های پوشش مراقبت های صحتی، HCA 18-011 را دریافت کرده ام.

میدانم معلوماتی که بالای درخواست یا تمدید مساعدت ارائه میدهم، به توسط مقامات فدرال و ایالتی تایید میشود تا درستی آن مشخص شود. در صورتیکه منافع سنواتی دریافت میکنم، باید ایالت واشنگتن را بصورت ذینفع باقی مانده نام ببرم.

من با مجازات شهادت دروغ طبق قوانین ایالت واشنگتن اعلام میکنم که معلوماتی که در این فورم ارائه کرده ام، تا جایی که میدانم درست، صحیح و کامل است.

امضای متقاضی	نمبر تلفون	تاریخ
امضای همسر	نمبر تلفون	روز
امضای والدین بالای متقاضی طفل خردسال	نمبر تلفون	روز
امضای نماینده دارای جواز یا مددکار	نمبر تلفون	روز