

Определение соответствия критериям получения долгосрочных услуг и поддержки

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

Полное имя клиента (имя, инициал второго имени, фамилия)		Идентификационный номер клиента	
Адрес клиента	Город	Штат	Почтовый индекс
Почтовый адрес клиента	Город	Штат	Почтовый индекс
Имя и фамилия супруга (-и) или родителя несовершеннолетнего ребенка (имя, инициал второго имени, фамилия)			
Адрес супруга (-и) / родителя (если отличается от адреса проживания)		Город	Штат
		Штат	Почтовый индекс
Номер телефона клиента (включая код местности) <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Текстовое сообщение		Адрес электронной почты клиента	
Уполномоченный представитель			
<p>Уполномоченный представитель – это лицо, с которым ведомство или назначенный ведомством специалист может обсуждать ваши пособия. Вы можете назначить такое лицо, но это не обязательно. Таким лицом может быть, например, опекун, супруг/супруга, родственник, лицо, действующее по доверенности.</p> <p>У вас есть уполномоченный представитель? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>			
Имя и фамилия		Родственные отношения	
Почтовый адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
Номер телефона (включая код местности)		Электронная почта	
Нетрудовой доход клиента			Сумма
Пособие по социальному обеспечению			\$
Пенсионный план (Retirement) / Пенсия (Pension) / Аннуитет (Annuity)			\$
Другое — пособия для ветеранов, пособия от Департамента труда и промышленности (L&I), алименты, дивиденды, проценты, доход от ренты или ежеквартальный доход (перечислите ниже)			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



Трудовой доход клиента			
Работодатель	Дата начала	Совокупный доход	Периодичность оплаты
Поступает ли этот доход в результате самостоятельной предпринимательской деятельности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Ресурсы клиента			
	Стоимость	Финансовый институт / Компания / Местонахождение	
Расчетные счета	\$		
Сберегательные счета	\$		
Прочие финансовые счета:	\$		
	\$		
Депозитные сертификаты (Certificates of Deposit, CD)	\$		
Счет, находящийся в распоряжении учреждения	\$		
Имеющиеся наличные деньги / находящиеся в распоряжении иных лиц	\$		
Полисы страхования жизни / похоронного страхования	\$		
Средства на похороны	\$		
Трасты	\$		
Аннуитеты	\$		
Жилье (включая в пожизненном владении)	\$		
Иное имущество:	\$		
	\$		
Другое — транспортные средства, акции, облигации, доли в паевых фондах, пенсионные счета (перечислите ниже)			
	\$		
	\$		
	\$		
Осуществляли ли вы продажу, обмен или безвозмездную передачу ваших денег, дома, имущества или иных ресурсов за последние пять лет? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если да, заполните следующие разделы:			
Тип	Кому	Сумма	Дата транзакции
		\$	
		\$	
		\$	

Расходы клиента на медицинские услуги и плата опекуну / получателю платежей (guardian / payee fees) (приложите доказательство)	Сумма
Медицинское страхование (перечислите поставщиков услуг)	\$
	\$
Долгосрочное страхование по медицинскому уходу (укажите поставщика услуг)	\$
Ежемесячная плата за попечительство	\$
Ежемесячная плата получателю платежей	\$
Неоплаченные счета за медицинские услуги (перечислите)	\$
	\$
	\$
Доход супруга (-и) / лица, находящегося на иждивении	Сумма
Пособие по социальному обеспечению	\$
Пенсионный план (Retirement) / Пенсия (Pension) / Аннуитет (Annuity)	\$
	\$
Заработки	\$
	\$
Пособия для ветеранов	\$
Другое — пособия от Департамента труда и промышленности (L&I), алименты, дивиденды, проценты, доход от ренты или ежеквартальный доход (перечислите ниже)	\$
	\$
	\$
	\$
Расходы супруга (-и) на жилье	Сумма
Арендная плата за жилье / взносы по ипотеке	\$
Налог на имущество / Страхование жилья	\$
Коммунальные услуги	\$
Другое — комиссии за оценку, плата за кондоминиум или кооперативную квартиру, аренда пространства для парковки	\$

Разрешение на проверку состояния активов

Я понимаю, что информация, предоставляемая мной в заявлении на получение или продление помощи, подлежит проверке на достоверность официальными лицами федерального уровня и уровня штата. Я даю разрешение Управлению здравоохранения (Health Care Authority, HCA) и Департаменту социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) на проверку моих активов и ресурсов, чтобы определить мое право на получение помощи и достоверность предоставленной мной финансовой информации. Я понимаю, что с целью проверки моих ресурсов HCA и DSHS могут проводить необходимые расследования и обращаться в любые финансовые учреждения, различные агентства уровня штата и федерального уровня, а также в частные базы данных. Я понимаю, что действие настоящего разрешения прекращается после принятия окончательного отказного решения по моему заявлению, после потери мною права на получение помощи или в случае отзыва мною настоящего разрешения в любой момент по соответствующему письменному извещению, предоставленному в HCA или в DSHS. Я понимаю, что если я отзываю разрешение или откажусь его предоставить, я не буду иметь право на участие в любой вашингтонской программе для пожилых, слепых лиц и лиц с инвалидностью (Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled) или в другой программе Medicaid, связанной с SSI.

Декларация и Подпись (-и)

Я прочитал (-а) или мне разъяснили форму определения соответствия критериям и мои права и обязанности, а также получил (-а) экземпляр «Прав и обязанностей относительно медицинского страхования» (Health Care Coverage Rights and Responsibilities), HCA 18-011.

Я понимаю, что информация, предоставляемая мной в заявлении на получение помощи, подлежит проверке на достоверность официальными лицами федерального уровня и уровня штата. Если я получаю проценты или аннуитет, то я обязан (-а) указать штат Вашингтон в качестве получателя оставшихся выплат.

Под угрозой наказания за предоставление ложных сведений по законам штата Вашингтон я заявляю, что сведения, приведенные мной в данном заявлении, являются правдивыми, полными и точными, согласно имеющейся у меня информации.

Подпись клиента	Номер телефона	Дата
Подпись супруга (-и)	Номер телефона	Дата
Подпись родителя за несовершеннолетнего клиента-ребенка	Номер телефона	Дата
Подпись уполномоченного представителя или помощника	Номер телефона	Дата