

Tái Xét Việc Hội Đủ Điều Kiện hưởng Các Dịch Vụ Và Hỗ Trợ Dài Hạn

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

Tên Thân Chủ (tên, tên lót, họ)		Số ID Thân Chủ	
Địa Chỉ Của Thân Chủ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Địa Chỉ Gửi Thư Của Thân Chủ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Tên Vợ/Chồng hoặc Phụ Huynh Con Nhỏ (tên, tên lót, họ)			
Địa Chỉ Vợ hoặc chồng / Phụ Huynh (nếu khác)	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Số Điện Thoại Thân Chủ (bao gồm mã vùng) <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Máy Nhấn	Email Thân Chủ		
Đại Diện Được Ủy Quyền			
<p>Một Đại Diện Được Ủy Quyền là người nào đó mà quý vị cho phép cơ quan hoặc người được chỉ định của họ để nói chuyện về các phúc lợi của quý vị. Quý vị có thể nêu rõ người nào đó nhưng không bắt buộc. Ví dụ là người giám hộ, vợ/chồng, họ hàng, luật sư đại diện pháp lý cho cá nhân.</p> <p>Quý vị có một Đại Diện Được Ủy Quyền không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>			
Tên	Mối Quan Hệ		
Địa Chỉ Gửi Thư	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng
Số Điện Thoại (bao gồm mã vùng)	Email		
Thu Nhập Không Làm Việc Mà Có Của Thân Chủ			Số Tiền
Phúc Lợi An Sinh Xã Hội			\$
Lương Hưu / Trợ Cấp / Lãi Niên Kim			\$
Khác - Phúc lợi cựu chiến binh, L&I, cấp dưỡng vợ sau ly hôn, cổ tức, lãi, thu nhập cho thuê hoặc hàng quý (liệt kê dưới đây)			
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



Thu Nhập Kiểm Được Của Thân Chủ			
Sở Làm	Ngày Bắt Đầu	Số Tiền Gộp Đã Nhận	Tần Suất Lương
Đây có là thu nhập từ Việc Tự Làm Chủ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Các Nguồn Trợ Giúp Của Thân Chủ			
	Giá Trị	Cơ Quan / Công Ty / Địa Điểm Tài Chánh	
Tài Khoản Chi Phiếu	\$		
Tài Khoản Tiết Kiệm	\$		
Tài Khoản Tài Chánh Khác:	\$		
	\$		
Chứng Nhận Tiền Gửi (CD)	\$		
Tài Khoản do Cơ Sở nắm giữ	\$		
Tiền mặt / do những người khác nắm giữ	\$		
Hợp đồng Bảo Hiểm Nhân Thọ / An Táng	\$		
Quỹ An Táng	\$		
Quỹ Tín Thác	\$		
Lãi Niên Kim	\$		
Nhà (bao gồm tài sản được hưởng trọn đời)	\$		
Tài Sản Khác:	\$		
	\$		
Khác – xe cộ, cổ phiếu, trái phiếu, quỹ tương trợ, tài khoản hồi hưu (liệt kê dưới đây)			
	\$		
	\$		
	\$		
Quý vị đã có bán, trao đổi hoặc cho hết tiền bạc, nhà cửa, tài sản hoặc các nguồn lực khác trong năm năm qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu có, hãy hoàn tất các mục sau đây:			
Loại	Cho Ai	Số Tiền	Ngày Chuyển Giao
		\$	
		\$	
		\$	

Chi Phí Y Tế Của Thân Chủ và Phí Trả Cho Người Giám Hộ / Người Thụ Hưởng (kèm theo bằng chứng)	Số Tiền
Bảo Hiểm Y Tế (liệt kê nhà cung cấp)	\$
	\$
Bảo Hiểm Chăm Sóc Dài Hạn (liệt kê nhà cung cấp)	\$
Phí Hàng Tháng Trả Cho Người Giám Hộ	\$
Phí Hàng Tháng Trả Cho Người Thụ Hưởng	\$
Hóa Đơn Y Tế Chưa Chi Trả (liệt kê)	\$
	\$
	\$
Thu Nhập Của Chồng, Vợ / Người Phụ Thuộc	Số Tiền
Phúc Lợi An Sinh Xã Hội	\$
Lương Hưu / Trợ Cấp / Lãi Niên Kim	\$
	\$
Lương	\$
	\$
Phúc Lợi Cựu Chiến Binh	\$
Khác - L&I, cấp dưỡng vợ sau ly hôn, cổ tức, lãi, thu nhập cho thuê hoặc hàng quý (liệt kê dưới đây)	
	\$
	\$
	\$
Chi Phí Nhà Tạm Của Vợ/Chồng	Số Tiền
Thuê Nhà / Cầm Cố	\$
Thuế Tài Sản / Bảo Hiểm Nhà	\$
Chi Phí Hiệu Dụng	\$
Khác - Thảm Định, Phí Quản Lý Chung hoặc Hợp Tác, Thuê Chỗ, v.v.	\$

Sự Cho Phép Xác Minh Tài Sản

Tôi hiểu thông tin mà tôi cung cấp để nộp đơn xin hưởng hoặc đổi mới trợ cấp sẽ phải được các viên chức liên bang và tiểu bang xác minh để quyết định xem thông tin này có đúng hay không. Tôi cho phép Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe (HCA) và Bộ Y Tế và Xã Hội (DSHS) Tiểu Bang Washington tiến hành xác minh tài sản để quyết định việc hội đủ điều kiện của tôi và xác minh tính chính xác về thông tin tài chính của tôi. Tôi hiểu HCA và DSHS có thể điều tra và liên hệ với bất kỳ tổ chức tài chính, cơ quan tiểu bang hoặc liên bang, hay cơ sở dữ liệu tư nhân nào, là một phần của quy trình xác minh tài sản. Tôi hiểu sự cho phép này chấm dứt khi quyết định bất lợi cuối cùng được đưa ra về đơn xin của tôi, việc hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi của tôi sẽ chấm dứt, hoặc nếu tôi hủy bỏ sự cho phép này vào bất kỳ lúc nào bằng cách gọi cho HCA hoặc DSHS văn bản thông báo. Nếu tôi hủy bỏ hoặc từ chối sự cho phép, tôi hiểu rằng tôi sẽ không hội đủ điều kiện hưởng bất kỳ chương trình Medicaid nào liên quan đến SSI dành cho Người Cao Tuổi, Người Mù hoặc Người Khuyết Tật Của Washington Apple Health.

Cam Kết và (Các) Chữ Ký

Tôi đã đọc hoặc tôi đã được giải thích về mẫu đơn tái xét việc hội đủ điều kiện cũng như các quyền và trách nhiệm của tôi và đã nhận một bản sao mẫu đơn Các Quyền và Trách Nhiệm Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe, HCA 18-011.

Tôi hiểu thông tin mà tôi cung cấp để nộp đơn xin hưởng trợ cấp sẽ phải được các viên chức liên bang và tiểu bang xác minh để quyết định xem thông tin này có đúng hay không. Nếu tôi nhận lợi tức từ một quỹ niên kim, tôi phải nêu rõ Tiểu Bang Washington là một người thụ hưởng còn lại.

Tôi cam đoan, dưới hình phạt khai man theo luật lệ của Tiểu Bang Washington, rằng thông tin tôi đã khai báo trong mẫu đơn này là hoàn toàn đúng sự thật và đầy đủ với sự hiểu biết nhất của tôi.

Chữ Ký của Thân Chủ	Số Điện Thoại	Ngày
Chữ Ký Của Vợ/Chồng	Số Điện Thoại	Ngày
Chữ Ký của Thân Chủ Là Phụ Huynh Con Nhỏ	Số Điện Thoại	Ngày
Chữ Ký Đại Diện Được Ủy Quyền hoặc Nhân Viên Trợ Giúp	Số Điện Thoại	Ngày