

Autorización de Reembolso de Asistencia Interina Interim Assistance Reimbursement Authorization

NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE ID DEL CLIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

El término Estado significa Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington. Los términos Yo y mío significan el cliente nombrado anteriormente. El término SSA significa la Administración de Seguro Social. El SSI significa Ingreso Suplementario de Seguridad del Seguro Social, el cual es un programa complementario de ingreso federal. El término Asistencia Interina se refiere a los pagos en efectivo totalmente financiados por fondos del estado y brindados por el Estado para o en representación del cliente para cubrir las necesidades básicas del cliente que más adelante es duplicado por un pago SSI inicial o reinstaurado.

¿A qué autorizo mediante la firma de este formulario?

Si se determina que soy elegible para recibir los pagos del SSI, comprendo que estoy autorizando al Comisionado de la Administración del Seguro Social a emitir mis pagos retroactivos de SSI al estado, un monto igual al monto de asistencia pública reembolsable que recibí del Estado.

¿El Estado tiene la autoridad para requerir que firme esta autorización?

Sí. El firmar la autorización es un requisito de elegibilidad para obtener asistencia en efectivo financiada por el Estado según el WAC 388-400-0060 y RCW 74.62.030. Si me rehuso a firmar esta autorización, no puedo recibir asistencia estatal pública.

¿Qué hago si SSA me envía el pago retroactivo completo?

Entiendo que no puedo recibir asistencia pública estatal y beneficios SSI por el mismo periodo de tiempo. Cuando sea aprobado por SSI, entiendo que la asistencia estatal pública se convierte en una deuda que debo y tengo que reembolsar. Si recibo pagos retroactivos SSI que no tengan otra opción que ser pagados al Estado, llamaré a la Oficina de Recuperación Financiera al 1-800-562-6114 y seguiré sus instrucciones sobre cómo pagar la deuda.

¿Por cuánto tiempo es efectiva esta autorización?

Esta autorización debe ser firmada por mí y un representante del Estado para ser válida. Está ligada con el Estado y conmigo durante un año calendario a partir de la fecha en que el Estado la recibe y acepto presentar SSI durante ese tiempo.

Cuando se completa una solicitud **SSI**, esta autorización **sigue siendo válida** hasta que:

- Reciba mi primer pago SSI; o
- No presente una solicitud para revisión o apelación administrativa y el tiempo máximo permitido para presentar haya expirado; o
- El Estado y yo acordemos cancelar esta autorización.

Esta autorización no me compromete si el Estado no notifica a SSA dentro de los 30 días a partir de la fecha en que he firmado esta autorización.

¿Esta autorización sirve como una presentación protectora para los beneficios SSI?

Sí, en caso de aún no haber presentado una solicitud de SSI, SSA debe aceptar este formulario y utilizar la fecha en que firmé esta autorización como la fecha en que apliqué a SSI si presento una solicitud SSI dentro de los 60 días a partir de fecha en que firmé la autorización. Si no presento una solicitud para los beneficios SSI dentro los 60 días, esta autorización no protegerá mi fecha de presentación para SSI.

Tengo derecho a una Audiencia Administrativa si no estoy de acuerdo con una acción tomada por el Estado con respecto a esta autorización.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE DSHS	FECHA DE RECEPCIÓN POR PARTE DE DSHS

