

اسم المستفيد		التقدم بطلب للانضمام إلى برنامج WA Cares Fund للحصول على مزايا الرعاية الطويلة الأمد WA Cares Fund Application for Long- Term Care Benefits	
رقم هوية WA Cares (إذا كان معلومًا)	يستخدم هذا النموذج للتقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج WA Cares Fund.		
ليصبح المستفيدون مؤهلين للحصول على مزايا WA Cares Fund، يجب عليهم استيفاء متطلبات المشاركة، وأن يكونوا بحاجة إلى المساعدة بخصوص ثلاثة من أنشطة الحياة اليومية لمدة 90 يومًا على الأقل.			
طرق أخرى لتقديم الطلب:	إرسال طلب التقديم المُكتمل:		
<ul style="list-style-type: none"> عبر الإنترنت على العنوان: https://wacaresfund.wa.gov/ (انظر التعليمات أدناه) الاتصال الهاتفي: 1-844-CARE4WA (844-227-3492) 	أرسل طلب التقديم الخاص بك بالبريد العادي على العنوان التالي: DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612		
هل تحتاج إلى مساعدة بخصوص تعبئة هذا النموذج؟	المساعدة اللغوية متاحة:		
<ul style="list-style-type: none"> تواصل مع WA Cares للحصول على المساعدة: 1-844-CARE4WA (844-227-3492) 	<ul style="list-style-type: none"> خدمات الترجمة الفورية خدمات لغة الإشارة لغة برايل أو الطباعة بحروف كبيرة إجراء مكالمة هاتفية لمستخدمي الهاتف النصي/هاتف الصمّ على الرقم 1-800-833-6384 		
المعلومات التي ستحتاج إليها:			
<ul style="list-style-type: none"> اسم مُقَدِّم الطلب تاريخ ميلاد مُقَدِّم الطلب: مستندات التحقق من الهوية 			
إنشاء حساب WA Cares وتقديم الطلب عبر الإنترنت			
<p>حساب WA Cares Fund عبر الإنترنت هو المكان الذي سيرى فيه المستفيدون معلومات حول المزايا المستحقة لهم، وهو كذلك مكان اتخاذ القرارات بشأن طريقة استخدامهم لها إذا تمت الموافقة على طلبهم. يشمل هذا إنشاء الحساب، والموافقة على استخدام المزايا، وعرض سجل المساهمات والتفويضات، وتتبع استخدام المزايا، والتفاعل مع مركز الرسائل.</p> <p>لإنشاء حساب، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني https://wacaresfund.wa.gov/ أو:</p> <ul style="list-style-type: none"> عبر الإنترنت على العنوان: https://wacaresfund.wa.gov/apply سوف تحتاج إلى حساب Secure Access Washington (SAW) لإنشاء حساب WA Cares عبر الإنترنت. 			

اسم المستفيد
رقم هوية WA Cares (إذا كان معلوماً)



التقدم بطلب للانضمام إلى برنامج
WA Cares Fund للحصول على
مزايا الرعاية الطويلة الأمد
WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits



معلومات طلب التقديم			
هل تتقدم بالطلب لنفسك أم لشخص آخر؟ <input type="checkbox"/> نفسي <input type="checkbox"/> لشخص آخر			
الاسم القانوني الأول لمقدم الطلب		الحرف الأول من الاسم الأوسط لمقدم الطلب	
الاسم القانوني الأخير لمقدم الطلب		الاسم القانوني الأول لمقدم الطلب	
الاسم المُفضَّل	الضمان الشخصية	الهوية الجنسانية	الجنس عند الولادة
تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	رقم التعريف الضريبي الفردي (ITIN)	
<input type="checkbox"/> ليس لدي رقم SSN أو ITIN		هل استخدمت أكثر من رقم SSN أو ITIN واحد منذ عام 2023؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى التواصل مع WA Cares هاتفياً على الرقم 1-844-CARE4WA (844-227-3492) لإكمال طلب التقديم الخاص بك.	
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
عنوان البريد العادي	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الهاتف الرئيسي (مع كود المنطقة)	هل يمكننا مراسلتك باستخدام رسالة صوتية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
الهاتف الخليوي (مع كود المنطقة)	هل يمكننا إرسال رسالة نصية إليك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
عنوان البريد الإلكتروني			
ما هي طريقة التواصل المفضلة لديك؟ <input type="checkbox"/> البريد العادي <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> رسائل SMS/رسالة نصية <input type="checkbox"/> مكالمات هاتفية			

معلومات الممثل القانوني			
هل عينت وصياً قانونياً أو قِيماً أو لديك توكيل رسمي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
الاسم	الوظيفة	الرمز البريدي	الولاية
	القيم	الرمز البريدي	الولاية
	متخذ القرار المدعوم	الرمز البريدي	الولاية
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الهاتف الرئيسي (مع كود المنطقة)	الهاتف الخليوي (مع كود المنطقة)	هل يمكننا إرسال رسالة بريد صوتي إلى الممثل القانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل يمكننا إرسال رسالة نصية إلى الممثل القانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		عنوان البريد الإلكتروني	
هل قدمت المستندات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا يجب على الممثلين القانونيين تقديم إثبات على وضعهم القانوني قبل اتخاذ أي قرارات بالنيابة عنك.			

اسم المستفيد



التقدم بطلب للانضمام إلى برنامج
WA Cares Fund للحصول على
مزايا الرعاية الطويلة الأمد
WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits



رقم هوية WA Cares (إذا كان معلوماً)

الاسم		الوظيفة <input type="checkbox"/>	القِيم <input type="checkbox"/>
عنوان الشارع		متخذ القرار المدعوم <input type="checkbox"/>	الوصي القانوني <input type="checkbox"/>
الهاتف الرئيسي (مع كود المنطقة)		الولاية	الرمز البريدي
الهاتف الخليوي (مع كود المنطقة)		المدينة	
هل يمكننا إرسال رسالة بريد صوتي إلى الممثل القانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		هل يمكننا إرسال رسالة نصية إلى الممثل القانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
عنوان البريد الإلكتروني			
هل قدمت المستندات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا يجب على الممثلين القانونيين تقديم إثبات على وضعهم القانوني قبل اتخاذ أي قرارات بالنيابة عنك.			
الخصوصية			
تمنع قيود قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) وغيره من قوانين الخصوصية برنامج WA Cares Fund من مشاركة معلومات الحساب السرية أو المعلومات الصحية المحمية. لمشاركة معلومات شخص ما، يجب أن يحصل برنامج WA Cares على موافقة محددة من هذا الشخص أو من ممثله القانوني.			
معلومات المستخدم المفوض			
المستخدم المفوض هو شخص تختاره أنت لمساعدتك في تفويض المزايا المستحقة لك بموجب برنامج WA Cares. يمتلك المستخدم المفوض حق الوصول إلى حسابك للموافقة على التفويضات بتوجيه منك. هل ستعين مستخدماً مفوضاً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى ملء نموذج المستخدم المفوض من خلال تسجيل الدخول إلى حسابك في WA Cares. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فيرجى التواصل مع فريقنا المعني بالمزايا وخدمة العملاء على الهاتف رقم 844-CARE4WA (844-224-3492).			
لغة مقدم الطلب ومعلومات عامة			
هل أنت أحد المحاربين القدامى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل تعمل لدى حكومة قبليّة وتشارك في برنامج WA Cares؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
لغة التحدث الأساسية	لغة التحدث المفضلة	لغة الكتابة المفضلة	
هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
العرق	الإثنية	من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> لست من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/>	
لن تؤثر معلومات الأصول العرقية والإثنية في أهليتك ولن يعاملك برنامج DSHS معاملةً مختلفةً بسبب انتمائك العرقي، أو لونك، أو أصلك الوطني، أو عمرك، أو إعاقتك، أو جنسك. أمثلة على العرق: أمريكي أسود البشرة أو من أصل إفريقي، أو آسيوي، أو أمريكي من سكان هاواي الأصليين، أو من سكان جزر المحيط الهادئ، أو أمريكي من أصول هندية، أو من سكان الأسكا الأصليين، أو تنتمي إلى العرق الأبيض، أو أي مزيج من الأعراق.			

اسم المستفيد



التقدم بطلب للانضمام إلى برنامج
WA Cares Fund للحصول على
مزايا الرعاية الطويلة الأمد
WA Cares Fund Application for Long-Term Care Benefits



رقم هوية WA Cares (إذا كان معلوماً)

قرار المشاركة

أنت تقر، بموجب تقديم هذا الطلب، على أنك توافق على مشاركة معلوماتك مع دائرة الأمن الوظيفي (ESD). ستستخدم هذه المعلومات لأغراض تحديد الإسهامات.

الإقرار والتوقيع

بتوقيعي على هذا الطلب، فإنني أقر بطلب الحصول على مزايا من برنامج WA Cares Fund. وأقسم، وأنا تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين ولاية واشنطن، أنني قدمت معلومات صحيحة ودقيقة حسب معرفتي. يجب على كل من مقدم الطلب والممثل القانوني التوقيع على هذا المستند ما لم يكن هناك مستند تمثيل قانوني ساري المفعول ومُسجل. إذا تعذر على مقدم الطلب التوقيع، يجوز له التأشير بعلامة X بدلاً من ذلك.

توقيع مُقدّم الطلب	التاريخ	الاسم بخط واضح
توقيع الممثل القانوني (إن وُجد)	التاريخ	الاسم بخط واضح
توقيع الشاهد (إذا تم التوقيع بعلامة "X")	التاريخ	الاسم بخط واضح

ما الخطوات التالية المتوقعة؟

عليك توقع تلقي خطاب تحديد الإسهامات من دائرة الأمن الوظيفي (ESD) في غضون 14 يوم عمل بالبريد العادي. إذا أرسلت إليك دائرة الأمن الوظيفي (ESD) خطاب تحديد إسهامات معتمداً، فستواصل معك إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) هاتفياً لإتمام التسجيل وتحديد موعد لتقييم احتياجاتك من الرعاية. إذا رفضت دائرة الأمن الوظيفي (ESD) تحديد إسهاماتك، أو إذا رفضت أنت قرارها بخصوص هذا التحديد، فإن دائرة الأمن الوظيفي (ESD) سترسل إليك بالبريد العادي المعلومات اللازمة حول حقوقك في مراجعة قرار تحديد الإسهامات والظعن عليه.

ما الإجراءات التالية؟

إعداد حسابك في WA Cares. إذا تم اعتماد حسابك عبر الإنترنت في WA Cares، فسوف تكون قادراً على إدارة التفويضات المسبقة ورؤية أرصدة المزايا فيه. تأكد من إعداد حسابك في WA Cares سريعاً لتتبع سير طلبك.

معلومات الاتصال بمركز مزايا WA Cares Fund وخدمة العملاء:

هل لديك أي أسئلة؟ يُرجى التواصل مع فريقنا المعني بالمزايا وخدمة العملاء على الهاتف رقم 844-CARE4WA (844-227-3492)