



**Заявка до WA Cares Fund  
на отримання пільг щодо  
довгострокового догляду**  
WA Cares Fund Application for Long-  
Term Care Benefits



|  |
|--|
| Ім'я та прізвище бенефіціара                   |
| Ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий) |

|  |  |
|--|--|
| <b>Ця форма використовується для подання заявки на отримання пільг від WA Cares Fund.</b>  |  |
| Щоб мати право на отримання пільг від WA Cares Fund, бенефіціари повинні відповідати вимогам щодо внесків та потребувати допомоги у виконанні трьох видів повсякденної діяльності протягом щонайменше 90 днів.   |  |
| <b>Надішліть заповнену заявку:</b>   | <b>Інші способи подати заявку:</b>   |
| Надішліть свою заявку на адресу:<br>DSHS<br>The WA Cares Fund<br>PO Box 45612<br>Olympia, WA 98504-5612  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Онлайн: <a href="https://wacaresfund.wa.gov/">https://wacaresfund.wa.gov/</a> (див. інструкції нижче)</li> <li>По телефону: 1-844-CARE4WA (844-227-3492)</li> </ul> |
| <b>Доступна мовна допомога:</b>  | <b>Вам потрібна допомога із заповненням цієї форми?</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Послуги перекладачів</li> <li>Послуги жестової мови</li> <li>Шрифт Брайля або великий шрифт</li> <li>Користувачам TTY/TDD слід набрати 1-800-833-6384</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Зверніться до WA Cares для отримання допомоги: 1-844-CARE4WA (844-227-3492)</li> </ul>  |
| <b>Інформація, яка вам знадобиться:</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Ім'я та прізвище заявника</li> <li>Дата народження заявника</li> <li>Документи, що підтверджують особу</li> </ul>   |  |
| <b>Створіть обліковий запис WA Cares та подайте заявку онлайн</b>  |  |
| Онлайн-акаунт WA Cares Fund — це місце, де бенефіціари бачитимуть інформацію про свої пільги та, якщо їх буде схвалено, прийматимуть рішення щодо їх використання. Це включає створення облікового запису, надання авторизації для використання пільг, перегляд історії внесків та авторизації, відстеження використання пільг та взаємодію з центром повідомлень. |  |
| Щоб створити обліковий запис, відвідайте веб-сайт за адресою <a href="https://wacaresfund.wa.gov/">https://wacaresfund.wa.gov/</a> або:  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Зробіть це онлайн за адресою: <a href="https://wacaresfund.wa.gov/apply">https://wacaresfund.wa.gov/apply</a></li> <li>Вам знадобиться обліковий запис Secure Access Washington (SAW), щоб створити онлайн-обліковий запис WA Cares</li> </ul>  |  |



**Заявка до WA Cares Fund  
на отримання пільг щодо  
довгострокового догляду**  
WA Cares Fund Application for Long-  
Term Care Benefits



|  |
|--|
| Ім'я та прізвище бенефіціара                   |
| Ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий) |

**Інформація щодо заявки**

|  |                 |   |  |
|--|-----------------|---|--|
| Ви подаєте заявку від свого імені чи від імені когось іншого?<br><input type="checkbox"/> Від свого імені <input type="checkbox"/> Від імені когось іншого   |                 |   |  |
| Офіційне ім'я заявника   |                 | Другий ініціал заявника   | Офіційне прізвище заявника                                     |
| Ім'я, якому заявник віддає перевагу  |                 | Займенники  | Гендерна ідентичність  |
| Стать при народженні   | Дата народження | Номер соціального страхування (SSN)   | Індивідуальний ідентифікаційний номер платника податків (ITIN) |
| <input type="checkbox"/> У мене немає SSN або ITIN   |                 | Ви використовували більше одного SSN або ITIN з 2023 року?<br><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні<br>Якщо так, зателефонуйте до WA Cares за номером 1-844-CARE4WA (844-227-3492), щоб завершити свою заявку. |  |
| Фактична адреса проживання   |                 | Місто   | Штат   |
| Поштовий індекс  |                 |   |  |
| Адреса для листування  |                 | Місто   | Штат   |
| Поштовий індекс  |                 |   |  |
| Основний телефон (з кодом регіону)   |                 | Чи можемо ми залишати вам голосові повідомлення?<br><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні  |  |
| Мобільний телефон (з кодом регіону)  |                 | Чи можемо ми надсилати вам текстові повідомлення?<br><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні   |  |
| Адреса електронної пошти   |                 |   |  |
| Якому способу комунікації ви віддаєте перевагу?<br><input type="checkbox"/> Пошта <input type="checkbox"/> Електронна пошта <input type="checkbox"/> SMS / Текстові повідомлення <input type="checkbox"/> Телефонний дзвінок |                 |   |  |

**Інформація про законного представника**

|   |  |  |      |
|---|--|--|------|
| Чи маєте ви призначеного законного опікуна, піклувальника або довірену особу?<br><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |  |  |      |
| Ім'я та прізвище  |  | Роль<br><input type="checkbox"/> Піклувальник <input type="checkbox"/> Законний опікун<br><input type="checkbox"/> Особа, яка допомагає приймати рішення <input type="checkbox"/> Довірена особа |      |
| Адреса вулиці   |  | Місто  | Штат |
| Поштовий індекс   |  |  |      |
| Основний телефон (з кодом регіону)  |  | Мобільний телефон (з кодом регіону)  |      |
| Чи можемо ми залишати представнику голосові повідомлення?<br><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні                     |  | Чи можемо ми надсилати представнику текстові повідомлення?<br><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні   |      |
| Адреса електронної пошти  |  |  |      |
| Ви надали документацію? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні  |  |  |      |
| Законні представники повинні надати докази, перш ніж приймати будь-які рішення від вашого імені.  |  |  |      |



**Заявка до WA Cares Fund  
на отримання пільг щодо  
довгострокового догляду**  
WA Cares Fund Application for Long-  
Term Care Benefits



|  |
|--|
| Ім'я та прізвище бенефіціара                   |
| Ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий) |

|  |  |      |                 |
|--|--|------|-----------------|
| Ім'я та прізвище   | Роль<br><input type="checkbox"/> Піклувальник <input type="checkbox"/> Законний опікун<br><input type="checkbox"/> Особа, яка допомагає приймати рішення <input type="checkbox"/> Довірена особа |      |                 |
| Адреса вулиці  | Місто  | Штат | Поштовий індекс |
| Основний телефон (з кодом регіону)   | Мобільний телефон (з кодом регіону)  |      |                 |
| Чи можемо ми залишати представнику голосові повідомлення? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | Чи можемо ми надсилати представнику текстові повідомлення? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні  |      |                 |
| Адреса електронної пошти   |  |      |                 |
| Ви надали документацію? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні                                   |  |      |                 |
| Законні представники повинні надати докази, перш ніж приймати будь-які рішення від вашого імені.                   |  |      |                 |

**Конфіденційність**

Обмеження HIPAA та інші закони про конфіденційність забороняють WA Cares Fund розголошувати конфіденційну інформацію про обліковий запис або захищену медичну інформацію. Для розголошення інформації про особу WA Cares повинні отримати спеціальну згоду від цієї особи або її законного представника.

**Інформація про уповноваженого користувача**

Уповноважений користувач — це особа, яку ви обрали для допомоги вам у авторизації ваших пільг WA Cares. Уповноважений користувач має доступ до вашого облікового запису для затвердження авторизацій за вашими вказівками.

Чи призначаєте ви уповноваженого користувача?  Так  Ні

Якщо так, будь ласка, заповніть форму уповноваженого користувача, увійшовши до свого облікового запису WA Cares. Якщо вам потрібна допомога, зверніться до нашої команди з питань пільг та обслуговування клієнтів за номером 844-CARE4WA (844-224-3492).

**Мова заявника та загальна інформація**

Ви ветеран?  Так  Ні

Ви працюєте в племінному уряді, який бере участь у програмі WA Cares?  Так  Ні

Основна розмовна мова

Бажана розмовна мова

Бажана письмова мова

Чи потрібен вам перекладач?  Так  Ні

Раса

Етнічна приналежність

Південноамериканець або латиноамериканець

Не південноамериканець або латиноамериканець

Інформація про расу та етнічне походження не вплине на ваше право на участь у програмі, і DSHS не ставитиметься до вас інакше через вашу расу, колір шкіри, національне походження, вік, інвалідність чи стать.

Приклади рас: чорношкірий або афроамериканець, азіат, корінний гавасць, житель тихоокеанських островів, американський індіанець, корінний житель Аляски, білий або будь-яке поєднання рас.



**Заявка до WA Cares Fund  
на отримання пільг щодо  
довгострокового догляду**  
WA Cares Fund Application for Long-  
Term Care Benefits



|  |
|--|
| Ім'я та прізвище бенефіціара                   |
| Ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий) |

**Визначення внесків**

Подаючи цю заявку, ви дозволяєте передавати інформацію про вас Департаменту безпеки зайнятості (ESD). Ця інформація буде використана для цілей визначення внесків.

**Підтвердження та підпис**

Підписуючи цю заявку, я підтверджую, що подаю заявку на отримання пільг від WA Cares Fund. Під страхом покарання за неправдиві свідчення відповідно до законів штату Вашингтон я присягаю, що я надав інформацію, яка є правдивою та правильною, наскільки мені відомо.

І заявник, і законний представник повинні поставити свої підписи, якщо у справі немає чинного документа, що підтверджує представництво. Якщо заявник не може підписати, він може поставити позначку х.

|   |      |                                       |
|---|------|---------------------------------------|
| Підпис заявника                                 | Дата | Прізвище та ім'я друкованими літерами |
| Підпис законного представника (якщо застосовно) | Дата | Прізвище та ім'я друкованими літерами |
| Підпис свідка (якщо підписано позначкою X)      | Дата | Прізвище та ім'я друкованими літерами |

**Чого очікувати далі**

Ви повинні очікувати листа про визначення внесків від Департаменту безпеки зайнятості (ESD) поштою протягом 14 робочих днів.

Якщо ESD надасть вам лист-підтвердження про визначення внесків, то Департамент соціального забезпечення та охорони здоров'я (DSHS) зв'яжеться з вами телефоном, щоб завершити збір інформації та запланувати оцінку ваших потреб у догляді.

Якщо ESD відхилить ваше визначення внесків або якщо ви не згодні з цим рішенням, ESD надішле вам поштою інформацію про перегляд рішення та ваше право на оскарження.

**Чого робити далі?**

Налаштуйте свій обліковий запис WA Cares.

Якщо заявку буде схвалено, ви зможете керувати попередніми авторизаціями та переглядати залишки пільг у своєму онлайн-обліковому записі WA Cares. Обов'язково налаштуйте свій обліковий запис WA Cares найближчим часом, щоб відстежувати свою заявку.

**Контактна інформація центру з питань пільг та обслуговування клієнтів WA Cares Fund:**

Маєте запитання? Зателефонуйте до команди з питань пільг та обслуговування клієнтів за номером 844-CARE4WA (844-227-3492)