



شهادة الـ 90 يوماً من WA Cares Fund WA Cares Fund 90-Day Certification



ما المقصود بشهادة الـ 90 يوماً؟	
<p>يُقصد بهذا النموذج التصديق على أن حاجتك إلى المساعدة في أنشطة الحياة اليومية يُتوقع أن تستمر لمدة 90 يوماً أو أكثر؛ وذلك لتحديد أهليتك للحصول على مزايا WA Cares Fund.</p>	
كيفية ملء هذا النموذج:	كيفية تقديم هذا النموذج:
<p>ملء قسم معلومات مُقدّم الطلب. تقديم اسمك الكامل ورقم هويتك في برنامج WA Cares. مطالبة مقدّم الرعاية الصحية المعني بك بملء هذه الشهادة والتوقيع عليها. كل الأقسام مطلوبة. قد يتسبب إدراج معلومات ناقصة في النماذج في تأخير تحديد أهليتك.</p>	<p>التحميل: عليك تحميل النموذج المكتمل والموقع عليه إلى حسابك عبر الإنترنت في WA Cares. إذا كنت لا تمتلك حساباً عبر الإنترنت في WA Cares، فبمقدورك إنشاء حساب عبر زيارة موقع: www.wacaresfund.gov الإرسال بالبريد العادي إلى: DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612</p>
أسئلة حول هذا النموذج:	المساعدة اللغوية متاحة:
<p>تواصل مع WA Cares للحصول على المساعدة: الاتصال الهاتفي: (844-227-3492) 844-CARE4WA زيارة: www.wacaresfund.wa.gov</p>	<ul style="list-style-type: none">• خدمات الترجمة الفورية• خدمات لغة الإشارة• لغة برايل• إجراء مكالمات هاتفية لمستخدمي الهاتف النصي/هاتف الصمّ على الرقم 1-800-833-6384



شهادة الـ 90 يوماً من WA Cares Fund WA Cares Fund 90-Day Certification



لقد قرر برنامج WA Cares أن الشخص المدرج أدناه بحاجة إلى مساعدة بشأن ثلاثة من أنشطة الحياة اليومية على الأقل. يُفصد بهذا النموذج التصديق على أنه من المتوقع أن يكون الشخص بحاجة إلى المساعدة لمدة 90 يوماً أو أكثر؛ وذلك لتحديد أهليته للحصول على مزايا WA Cares Fund.

كل الأقسام المطلوبة. قد يتسبب إدراج معلومات ناقصة في النماذج في تأخير تحديد الأهلية.

معلومات مُقَدِّم الطلب

يجب تقديم المعلومات التالية للشخص الذي يقدم طلباً للحصول على مزايا WA Cares Fund.

الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط اسم العائلة

تاريخ الميلاد رقم هوية WA Cares (إذا كان معلوماً)

شهادة مُقَدِّم خدمة الرعاية الصحية

يجب على مُقَدِّم رعاية صحية مُرَحَّص له ملء هذا النموذج والتوقيع عليه. يجب أن تكون الإجابات مستندة إلى المعرفة بالشخص المدرج اسمه أعلاه، وفحصه.

هل يعاني الشخص من حالة مرضية مزمنة تؤثر في أنشطة الحياة اليومية أو من المتوقع حدوث ذلك له؟ وهل يُتَوَقَّع أن يستمر ذلك لمدة 90 يوماً أو أكثر؟ نعم لا
قَدِّم وصفاً موجزاً للحالة الصحية:

إذا كنت تتوقع أن تشهد الحالة تحسُّناً، فيُرجى إعطاء تواريخ تقديرية. لن تكون عبارات مثل "غير معروف" أو "غير محدد" كافية للفصل في الأهلية للحصول على المزايا.

تاريخ البدء: تاريخ الانتهاء:

تصديق مُقَدِّم خدمة الرعاية الصحية

الاسم الكامل المسمى الوظيفي

رقم الرخصة الولاية نوع الممارسة/الاختصاص

الاسم التجاري رقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة)

عنوان البريد الإلكتروني

عنوان البريد العادي المدينة الولاية الرمز البريدي

معلومات مُقَدِّم خدمة الرعاية الصحية

أعلن وأنا تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أن المعلومات المقدمة في هذا النموذج صحيحة ودقيقة، وأن حاجة المريض إلى المساعدة يُتَوَقَّع أن تستمر لمدة 90 يوماً أو أكثر، وأني مُقَدِّم خدمة رعاية صحية مُرَحَّص له ومُفَوَّض لتأكيد حالته.

التوقيع تاريخ الميلاد