

什么是 90 天证明?	
本表格用于证明您在日常生活活动方面需要协助，且预计持续 90 天或更长时间，以此确定您是否符合 WA Cares Fund 福利金的资格。	
如何填写本表格:	如何提交本表格:
填写申请人信息部分。提供您的全名和WA Cares 识别号码。 请您的医疗服务提供者填写并签署本证明。 所有部分均为必填项。表格填写不完整可能会延误您的资格认定。	上传: 将填写完整并已签署的表格上传至您的WA Cares在线账户。若您没有WA Cares在线账户，可通过访问以下网址创建： www.wacaresfund.gov 。 寄送至: DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612
关于本表格的问题:	提供语言协助:
联系WA Cares寻求帮助: 致电: 844-CARE4WA (844-227-3492) 访问: www.wacaresfund.wa.gov	<ul style="list-style-type: none">• 语言翻译服务• 手语服务• 盲文• TTY/TDD用户请拨打 1-800-833-6384



WA Cares Fund 90 天证明

WA Cares Fund 90-Day Certification



WA Cares 已认定，以下所列个人在至少三项日常生活活动中需要协助。本表格用于证明个人需要协助的时间预计将持续 90 天或更长时间，以确定其是否有资格获得 WA Cares 福利金。

所有部分均为必填项。表格填写不完整可能会延误资格认定。

申请人信息

请提供申请 WA Cares Fund 福利金人员的以下信息。

名字 中间名缩写 姓氏

出生日期 WA Cares ID 号码（若知道）

医疗保健服务提供者证明

本表格必须由持照医疗保健服务提供者填写并签字。回答应基于对上述所列人员的了解、经验和检查结果。

该个人是否患有影响日常生活活动的慢性病或预后情况，且可能持续 90 天或更长时间？ 是 否

简要描述健康状况：

如病情有望好转，请提供预计日期。“未知”或“不确定”等表述不足以认定福利金资格。

开始日期： 结束日期：

医疗保健服务提供者声明

全名 职位

执照编号 州 执业类型/专业领域

企业名称 电话（请包括区号）

电子邮件地址

邮寄地址 城市 州 邮政编码

医疗保健服务提供者信息

本人愿受伪证处罚，声明本表格所提供的信息真实准确，患者需要协助的时间预计持续 90 天或更长时间，且本人是持照医疗保健服务提供者，有权对其病情进行证明。

签名 出生日期