

90 일 증명이란 무엇입니까?	
<p>본 양식은 귀하의 WA Cares Fund 혜택 자격을 결정하기 위해 90 일 이상 귀하의 일상 생활 활동 지원 필요가 예상됨을 증명합니다.</p>	
본 양식 작성 방법:	본 양식 제출 방법:
<p>신청인 정보 섹션을 작성하십시오. 성명과 WA Cares 식별 번호를 제공해 주십시오.</p> <p>귀하의 헬스케어 제공자가 증명서를 작성하고 서명하도록 하십시오.</p> <p>모든 섹션은 필수입니다. 양식이 불완전할 경우 자격 결정이 지연될 수 있습니다.</p>	<p>업로드: 작성과 서명을 완료한 양식을 귀하의 온라인 WA Cares 계정에 업로드하십시오. 온라인 WA Cares 계정이 없으시면 다음을 방문하여 만드실 수 있습니다. www.wacaresfund.gov.</p> <p>우편: DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612</p>
본 양식에 대한 질문:	언어 지원 이용 가능:
<p>WA Cares에 도움을 문의하십시오.</p> <p>전화: 844-CARE4WA (844-227-3492)</p> <p>방문: www.wacaresfund.wa.gov</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 언어 통역 서비스 • 수화 서비스 • 점자 • TTY/TDD 사용자 다이얼 1-800-833-6384

WA Cares는 아래 명시된 개인이 최소 세 가지 일상생활 활동에 대한 지원이 필요하다고 판단했습니다. 본 양식은 해당 개인의 WA Cares 혜택 자격을 결정하기 위해 지원 필요가 90일 이상 지속될 것으로 예상됨을 입증하기 위한 것입니다.

모든 섹션은 필수입니다. 양식이 완전히 작성되지 않으면 자격 결정이 지연될 수 있습니다.

신청인 정보

WA Cares Fund 혜택을 신청하는 사람의 다음 정보를 제공해주십시오.

이름 중간 이름 이니셜 성

생년월일 WA Cares ID 번호(알고 있는 경우)

헬스케어 제공자 증명

본 양식은 면허를 소지한 헬스케어 제공자가 작성하고 서명해야 합니다. 답변은 위에 명시된 사람에 대한 지식, 경험 및 검사를 토대로 해야 합니다.

해당 개인은 90 일 이상 일상생활 활동에 영향을 주는 만성 질환이나 예후가 있습니까?

예 아니요

질환에 대해 간략히 설명해주십시오.

질환이 호전될 것으로 예상된다면 예상 날짜를 제공해주십시오. “알 수 없음”이나 “무기한”과 같은 단어로는 혜택 자격을 결정하기에 충분하지 않습니다.

시작일: 종료일:

헬스케어 제공자 증명

성명 직책

면허 번호 주 실무 유형 / 전공

사업체 이름 전화(지역 코드 포함)

이메일 주소

우편 주소 시 주 우편 번호

헬스케어 제공자 정보

본인은 위증 시 처벌 조건에 따라 본 양식에 제공한 정보가 정확한 사실이며 환자는 90 일 이상 지원이 필요할 것으로 예상되고 본인은 환자의 질환을 증명할 자격을 가진 면허를 소지한 헬스케어 제공자임을 선언합니다.

서명 생년월일