



گواهی 90 روزه WA Cares Fund WA Cares Fund 90-Day Certification



گواهی 90 روزه چیست؟

این فرم برای تأیید این موضوع است که پیش‌بینی می‌شود نیاز شما به کمک در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی (ADLs) برای تعیین واجد شرایط بودن شما جهت دریافت مزایای WA Cares Fund (صندوق مراقبتی بلندمدت ایالت واشنگتن)، 90 روز یا بیشتر به طول انجامد.

| نحوه تکمیل این فرم: | نحوه ارسال این فرم: |
|---|---|
| <p>بخش اطلاعات متقاضی را تکمیل کنید. نام کامل و شماره شناسایی WA Cares خود را ارائه دهید.</p> <p>از ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود بخواهید این گواهی را تکمیل و امضا کند.</p> <p>تکمیل تمام بخش‌ها الزامی است. فرم‌های ناقص ممکن است موجب تأخیر در تعیین واجد شرایط بودن شما شود.</p> | <p>بارگذاری: فرم تکمیل و امضا شده خود را در حساب کاربری آنلاین WA Cares خود بارگذاری کنید. اگر حساب کاربری آنلاین WA Cares ندارید، می‌توانید با مراجعه به www.wacaresfund.gov یک حساب ایجاد کنید.</p> <p>ارسال پستی به: DSHS The WA Cares Fund PO Box 45612 Olympia, WA 98504-5612</p> |
| پرسش‌های مربوط به این فرم: | خدمات کمک‌زبانی موجود است: |
| <p>برای دریافت کمک، با WA Cares تماس بگیرید: تماس بگیرید: (844-227-3492) 844-CARE4WA مراجعه حضوری: www.wacaresfund.wa.gov</p> | <ul style="list-style-type: none">• خدمات ترجمه شفاهی• خدمات زبان اشاره• بریل• کاربران TTY/TDD با شماره 1-800-833-6384 تماس بگیرند |



گواهی 90 روزه WA Cares Fund WA Cares Fund 90-Day Certification



WA Cares تشخیص داده است که فرد ذکر شده در زیر، در انجام حداقل سه مورد از فعالیت‌های روزمره زندگی، نیاز به کمک دارد. این فرم برای تأیید این موضوع است که پیش‌بینی می‌شود نیاز فرد به کمک 90 روز یا بیشتر به طول انجامد تا واجد شرایط بودن وی برای دریافت مزایای WA Cares تعیین شود.

تکمیل تمام بخش‌ها الزامی است. فرم‌های ناقص ممکن است موجب تأخیر در تعیین واجد شرایط بودن شود.

اطلاعات متقاضی

اطلاعات زیر را برای شخصی که برای مزایای WA Cares Fund درخواست می‌دهد، ارائه کنید.

نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی

تاریخ تولد شماره شناسایی WA Cares (در صورت اطلاع)

گواهی ارائه‌دهنده خدمات درمانی

این فرم باید توسط یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی دارای مجوز تکمیل و امضا شود. پاسخ‌ها باید بر اساس دانش، تجربه و معاینه فرد ذکر شده در بالا، باشد.

آیا این فرد دارای یک بیماری مزمن یا پیش‌آگهی است که بر فعالیت‌های روزمره زندگی او تأثیر می‌گذارد و احتمالاً 90 روز یا بیشتر ادامه خواهد داشت؟ بله خیر

وضعیت سلامتی را به طور خلاصه شرح دهید:

اگر پیش‌بینی می‌شود وضعیت بهبود یابد، تاریخ‌های تخمینی را ذکر کنید. عباراتی مانند «نامعلوم» یا «نامشخص» جهت تعیین واجد شرایط بودن برای دریافت مزایا، کافی نخواهد بود.

تاریخ شروع: تاریخ پایان:

اقرارنامه ارائه‌دهنده خدمات درمانی

نام و نام خانوادگی عنوان

شماره پروانه ایالت نوع فعالیت / تخصص

نام کسب‌وکار تلفن (شامل پیش‌شماره)

نشانی ایمیل

نشانی پستی شهر ایالت کد پستی

اطلاعات ارائه‌دهنده خدمات درمانی

من، تحت مجازات سوگند دروغ، اقرار می‌کنم که اطلاعات ارائه‌شده در این فرم صحیح و درست است، پیش‌بینی می‌شود نیاز بیمار به کمک 90 روز یا بیشتر به طول انجامد، و من یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی دارای مجوز هستم که مجاز به تأیید وضعیت وی می‌باشم.

امضا تاریخ تولد