

Что такое 90-дневная сертификация?

Эта форма предназначена для подтверждения того, что ваша потребность в помощи при выполнении повседневных задач, как ожидается, продлится 90 дней или дольше, чтобы определить ваше право на получение льгот WA Cares Fund.

Как заполнить эту форму:

Заполните раздел с информацией о заявителе. Укажите свое полное имя и идентификационный номер WA Cares.

Попросите вашего поставщика медицинских услуг заполнить и подписать сертификат.

Все разделы обязательны к заполнению. Не полностью заполненные формы могут замедлить определение вашего права на получение пособия.

Как подать эту форму:

Загрузить: Загрузите заполненную и подписанную форму в свою учетную запись WA Cares онлайн. Если у вас нет онлайн-учетной записи WA Cares, вы можете создать ее, посетив: www.wacaresfund.gov

Отправьте по почте:
DSHS
The WA Cares Fund
PO Box 45612
Olympia, WA 98504-5612

Вопросы об этой форме:

Обращайтесь в WA Cares за поддержкой:

По телефону: 844-CARE4WA (844-227-3492)

Онлайн: www.wacaresfund.wa.gov

Доступна языковая поддержка:

- Услуги переводчика на другой язык
- Услуги перевода на жестовый язык
- Шрифт Брайля
- Только для пользователей TTY/TTD: 1-800-833-6384

WA Cares определил, что указанное ниже лицо нуждается в помощи при выполнении не менее трех повседневных задач. Эта форма предназначена для подтверждения того, что потребность лица в помощи, как ожидается, продлится 90 дней или дольше, чтобы определить его право на получение льгот WA Cares.

Все разделы обязательны к заполнению. Незаполненные формы могут задержать определение права на получение пособий.

Данные заявителя

Укажите следующую информацию о лице, подающем заявку на получение пособий WA Cares Fund.

Имя	Инициал среднего имени	Фамилия
Дата рождения	Идентификационный номер WA Cares (если известен)	

Свидетельство медицинского работника

Эта форма должна быть заполнена и подписана лицензированным поставщиком медицинских услуг. Ответы должны основываться на знаниях, опыте и осмотре лица, указанного выше.

Имеет ли данное лицо хроническое заболевание или прогноз, влияющий на повседневную деятельность, который, по всей вероятности, продлится 90 дней или дольше? Да Нет

Кратко опишите состояние здоровья:

Если ожидается улучшение состояния, укажите предполагаемые сроки. Такие термины, как «неизвестно» или «неопределенно», не являются достаточными для определения права на получение пособия.

Дата начала: _____ **Дата окончания:** _____

Аттестация от поставщика медицинских услуг

Полное имя	Должность		
Номер лицензии	Штат	Тип практики / специальность	
Наименование предприятия	Телефон (включая код местности)		
Адрес электронной почты			
Почтовый адрес	Город	Штат	Почтовый индекс

Информация о поставщике медицинских услуг

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, предоставленная в этой форме, является правдивой и точной, и что потребность пациента в помощи, как ожидается, продлится 90 дней или дольше, и что я являюсь лицензированным поставщиком медицинских услуг, уполномоченным подтвердить его состояние.

Подпись _____ Дата рождения _____