

## ¿Qué es una certificación de 90 días?

Este formulario sirve para certificar que usted necesita ayuda con las actividades de la vida cotidiana que se prevé que durará 90 días o más, con el fin de determinar su elegibilidad para recibir beneficios del Fondo WA Cares.

### Cómo rellenar este formulario:

Rellene la sección de información del solicitante. Proporcione su nombre completo y su número de identificación de WA Cares.

Pídale a su proveedor de servicios de salud que rellene y firme la certificación.

Todas las secciones son obligatorias. Los formularios incompletos pueden demorar su determinación de elegibilidad.

### Cómo enviar este formulario:

**Carga:** Cargue su formulario contestado y firmado a su cuenta en línea de WA Cares. Si no tiene una cuenta de WA Cares, puede crear una en el sitio web: [www.wacaresfund.gov](http://www.wacaresfund.gov).

#### Envíelos por correo postal a:

DSHS  
The WA Cares Fund  
PO Box 45612  
Olympia, WA 98504-5612

### Preguntas sobre este formulario:

Llame a WA Cares para recibir ayuda:

**Llame al:** 844-CARE4WA (844-227-3492)

**Visite:** [www.wacaresfund.wa.gov](http://www.wacaresfund.wa.gov)

### Asistencia lingüística disponible:

- Servicios de intérpretes de lenguajes
- Servicios de lengua de señas
- Braille
- Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-833-6384

WA Cares ha determinado que la persona abajo mencionada necesita ayuda por lo menos con tres actividades de la vida cotidiana. Este formulario certifica que se prevé que la necesidad de ayuda de la persona durará 90 días o más, con el fin de determinar su elegibilidad para recibir beneficios de WA Cares.

Todas las secciones son obligatorias. Los formularios incompletos pueden demorar su determinación de elegibilidad.

**Información del solicitante**

Escriba la siguiente información de la persona que solicita beneficios del Fondo WA Cares.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Fecha de nacimiento	Número de identificación de WA Cares (si lo conoce)	

**Certificación del proveedor de servicios de salud**

Un proveedor de servicios de salud autorizado debe rellenar y firmar este formulario. Las respuestas deben fundamentarse en sus conocimientos, su experiencia y su examen de la persona antes mencionada.

**¿La persona tiene una afección crónica o un pronóstico que afecte sus actividades de la vida cotidiana y que es probable que dure 90 días o más?**  Sí  No

**Describa brevemente la afección médica:**

Si se prevé que se recupere de la afección, escriba las fechas estimadas. Escribir términos como "desconocido" o "indeterminado" no será suficiente para determinar la elegibilidad para recibir beneficios.

**Fecha de inicio:** **Fecha de finalización:**

**Declaración del proveedor de servicios de salud**

Nombre completo	Puesto		
Número de licencia	Estado	Tipo de consultorio / especialidad	
Nombre de la empresa	Teléfono (incluya el código de área)		
Correo electrónico			
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

**Información del proveedor de servicios de salud**

Declaro bajo pena de perjurio que la información provista en este formulario es verdadera y correcta, que se prevé que la necesidad de ayuda del paciente durará 90 días o más y que soy un proveedor de servicios de salud con licencia y autorizado para certificar su afección.

Firma	Fecha de nacimiento
-------	---------------------