

Що таке 90-денна сертифікація?

Ця форма засвідчує, що ваша потреба в допомозі з виконанням повсякденних справ, як очікується, триватиме 90 днів або довше, щоб визначити ваше право на отримання пільг від WA Cares Fund.

Як заповнити цю форму:

Заповніть розділ з інформацією про заявника. Вкажіть своє повне ім'я та ідентифікаційний номер WA Cares.

Попросіть свого постачальника медичних послуг заповнити та підписати сертифікат.

Усі розділи повинні бути заповнені. Неповністю заповнені форми можуть затримати визначення вашої відповідності вимогам.

Як подати цю форму:

Завантажити: Завантажте заповнену та підписану форму до свого онлайн-облікового запису WA Cares. Якщо у вас немає онлайн-облікового запису WA Cares, ви можете створити його, відвідавши: www.wacaresfund.gov.

Надішліть листа на адресу:
DSHS
The WA Cares Fund
PO Box 45612
Olympia, WA 98504-5612

Запитання щодо цієї форми:

Зверніться до WA Cares для отримання допомоги:

Телефонуйте: 844-CARE4WA (844-227-3492)

Відвідайте: www.wacaresfund.wa.gov

Доступна мовна допомога:

- Послуги перекладачів
- Послуги жестової мови
- Шрифт Брайля
- Користувачам TTY/TDD слід набрати 1-800-833-6384

У програмі WA Cares було визначено, що особі, зазначеній нижче, потрібна допомога щонайменше з трьома повсякденними справами. Ця форма підтверджує, що потреба у допомозі, ймовірно, триватиме 90 днів або довше та використовується для визначення права особи на отримання пільг за програмою WA Cares.

Усі розділи повинні бути заповнені. Неповністю заповнені форми можуть затримати визначення відповідності вимогам.

Інформація про заявника

Надайте наступну інформацію для особи, яка подає заявку на отримання пільг від WA Cares Fund.

| | | |
|-----------------|--|----------|
| Ім'я | Другий ініціал | Прізвище |
| Дата народження | Ідентифікаційний номер WA Cares (якщо відомий) | |

Сертифікація постачальників медичних послуг

Цю форму має заповнити та підписати ліцензований постачальник медичних послуг. Відповіді повинні ґрунтуватися на знаннях, досвіді та обстеженні вищезгаданої особи.

Чи має особа хронічне захворювання або прогноз, що впливає на повсякденну діяльність і, ймовірно, триватиме 90 днів або довше? Так Ні

Коротко опишіть стан здоров'я:

Якщо очікується покращення стану, вкажіть приблизні дати. Такі терміни, як «невідомо» або «невизначено», не будуть достатніми для визначення права на отримання пільг.

Дата початку: _____ **Дата завершення:** _____

Атестація постачальників медичних послуг

| | | | |
|--------------------------|--------|---------------------------------|----------------------|
| Повне ім'я | Посада | | |
| Номер ліцензії | Штат | Тип практики / Спеціальність | |
| Назва компанії | | Телефон (зазначити код регіону) | |
| Адреса електронної пошти | | | |
| Адреса для листування | | Місто | Штат Поштовий індекс |

Інформація про постачальника медичних послуг

Я заявляю під страхом кримінальної відповідальності за неправдиві свідчення, що надана в цій формі інформація є правдивою та правильною, що потреба пацієнта в допомозі триватиме, як очікується, 90 днів або довше, і що я є ліцензованим постачальником медичних послуг, уповноваженим засвідчувати стан пацієнта.

Підпис _____ Дата народження _____