

### Chứng nhận 90 ngày là gì?

Mẫu đơn này nhằm chứng nhận rằng nhu cầu hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày dự kiến của quý vị sẽ kéo dài 90 ngày hoặc lâu hơn để xác định việc hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi WA Cares Fund của quý vị.

### Cách thức hoàn tất mẫu đơn này:

Hoàn tất mục thông tin người nộp đơn xin. Cung cấp họ tên đầy đủ và số Nhận Dạng WA Cares của quý vị.

Yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoàn tất và ký tên vào chứng nhận này.

Tất cả các mục đều bắt buộc. Các mẫu đơn điền không đầy đủ có thể làm chậm quá trình xác định việc hội đủ điều kiện của quý vị.

### Cách thức nộp mẫu đơn này:

**Tải lên:** Tải mẫu đơn đã hoàn tất và có chữ ký của quý vị lên tài khoản WA Cares trực tuyến. Nếu không có tài khoản WA Cares trực tuyến, quý vị có thể tạo một tài khoản bằng cách truy cập: [www.wacaresfund.gov](http://www.wacaresfund.gov).

### Gửi đến:

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

### Các thắc mắc về mẫu đơn này:

Liên hệ với WA Cares để được hỗ trợ:

**Gọi:** 844-CARE4WA (844-227-3492)

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

### Hỗ trợ ngôn ngữ hiện có:

- Dịch vụ phiên dịch viên ngôn ngữ
- Dịch Vụ Ngôn Ngữ Ký Hiệu
- Chữ Braille
- Người dùng TTY/TDD gọi số 1-800-833-6384

WA Cares đã xác định cá nhân được liệt kê dưới đây cần hỗ trợ ít nhất ba hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Mẫu đơn này nhằm chứng nhận rằng nhu cầu hỗ trợ của cá nhân này sẽ kéo dài 90 ngày hoặc lâu hơn để xác định việc hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi WA Cares của họ. Tất cả các mục đều bắt buộc. Các mẫu đơn điền không đầy đủ có thể làm chậm quá trình xác định việc hội đủ điều kiện.

**Thông Tin Người Nộp Đơn Xin**

Cung cấp thông tin sau đây đối với người đang nộp đơn xin hưởng các phúc lợi WA Cares Fund.

Tên	Tên Lót	Họ
Ngày Sinh	Số ID của WA Cares (nếu có)	

**Chứng Nhận của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe**

Mẫu đơn này phải được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có phép hoàn tất và ký tên. Các câu trả lời phải dựa trên sự hiểu biết, kinh nghiệm và quá trình kiểm tra sức khỏe của người được liệt kê trên đây.

**Cá nhân này có bị bệnh mãn tính hay tiên lượng ảnh hưởng đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày có khả năng kéo dài 90 ngày hoặc lâu hơn không?**  Có  Không

**Mô tả ngắn gọn về tình trạng sức khỏe:**

Nếu tình trạng được dự kiến sẽ cải thiện, hãy cung cấp số ngày ước tính. Các cụm từ như “không rõ” hoặc “không xác định” sẽ không đủ để xác định việc hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi.

**Ngày Bắt Đầu:** **Ngày Kết Thúc:**

**Chứng Nhận của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe**

Họ Tên	Chức Danh		
Số Giấy Phép	Tiểu Bang	Loại Hình Hành Nghề / Chuyên Khoa	
Tên Doanh Nghiệp	Điện Thoại (bao gồm mã vùng)		
Địa Chỉ Email			
Địa chỉ gửi thư	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính

**Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe**

Tôi xin tuyên bố, dưới mọi hình phạt khai man, rằng các thông tin cung cấp trong mẫu đơn này là đúng sự thật và chính xác, rằng nhu cầu hỗ trợ của bệnh nhân được dự kiến sẽ kéo dài 90 ngày hoặc lâu hơn, và rằng tôi là một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có phép được ủy quyền để chứng nhận tình trạng của họ.

Chữ Ký	Ngày Sinh
--------	-----------