

Разрешение на проверку активов Asset Verification Authorization

Имя и фамилия клиента
Идентификационный номер ACES

Я понимаю следующее:

- Информация, предоставляемая в заявлении на получение или продление медицинской помощи, подлежит проверке на достоверность официальными лицами федерального уровня и уровня штата.
- Управление здравоохранения (Health Care Authority, HCA) и Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) могут проводить необходимые расследования и обращаться в любые финансовые учреждения в рамках процесса проверки активов.
- Это разрешение прекращается, если:
 - Было принято решение об отказе в удовлетворении моего заявления, или
 - Выплата моих пособий была прекращена, или
 - Я отзываю настоящее разрешение в любой момент, подав в HCA или в DSHS соответствующее письменное извещение.

Я понимаю, что если я отзываю разрешение или откажусь его предоставить, я не буду иметь право на участие в какой бы то ни было программе Washington Apple Health для пожилых, слепых лиц и лиц с инвалидностью, относящейся к Medicaid и связанной с дополнительным пособием по социальному обеспечению (SSI). Это не повлияет на мою возможность подать заявку на получение денежных выплат, продуктового пособия и/или пособия по уходу за ребенком.

Я даю разрешение HCA и DSHS на проверку моих активов и ресурсов, чтобы определить мое право на получение помощи и достоверность предоставленной мной информации о финансовых учреждениях.

Подпишите ваше заверение ниже и укажите свое имя печатными буквами.

Подпись клиента	Дата	Имя и фамилия печатными буквами
Подпись супруга (-и)	Дата	Имя и фамилия печатными буквами
Подпись родителя несовершеннолетнего клиента-ребенка	Дата	Имя и фамилия печатными буквами
Подпись уполномоченного представителя	Дата	Имя и фамилия печатными буквами