

Ovlaštenje za provjeru imovinskog stanja Asset Verification Authorization

Ime klijenta
ID broj ACES-a

Razumijem sljedeće:

- Informacije dostavljene za podnošenje zahtjeva ili obnovu medicinske pomoći podliježu provjeri od strane saveznih i državnih službenika kako bi se utvrdilo jesu li točne.
- Health Care Authority (HCA) i Department of Social and Health Services (DSHS) mogu ispitivati i kontaktirati bilo koju financijsku instituciju kao dio procesa provjere imovine.
- Ovo ovlaštenje prestaje važiti:
 - Kada se donese konačna negativna odluka o mom zahtjevu, ili
 - Kada prestanem primati beneficije, ili
 - Opozovem ovlaštenje, bilo kada, podnošenjem pisane obavijesti HCA-u ili DSHS-u.

Ako ja povučem ili odbijem dati ovlaštenje, razumijem da neću imati pravo na ostvarivanje koristi ni od jednog osiguranja Washington Apple Health programa Medicaid povezanog sa SSI-jem, namijenjenog starijim, slijepim osobama ili osobama s invaliditetom. To ne utječe na moju mogućnost podnošenja prijave za novac, hranu i/ili čuvanje djece.

Dajem ovlaštenje HCA-u i DSHS-u da izvrše provjeru imovine kako bi utvrdili ispunjavanje uvjeta i provjerili točnost informacija o financijama.

Za vas i vašeg supružnika obvezan je potpis i ime tiskanim slovima na ovlaštenju, ako je primjenjivo.

Potpis klijenta	Datum	Ime tiskanim slovima
Potpis supružnika	Datum	Ime tiskanim slovima
Potpis roditelja za klijenta koji je malodobno dijete	Datum	Ime tiskanim slovima
Potpis ovlaštenog predstavnika	Datum	Ime tiskanim slovima