Washington State Health Care Authority

Washington State Department of Social & Health Services

Aplicaţie Washington Apple Health

pentru acoperire de îngrijire pe termen lung/vârstă, orb, dizabilitate

Washington Apple Health Application for Long-Term Care/Aged, Blind, Disabled Coverage

Folosiţi această aplicaţie pentru a vedea pentru ce acoperire de asigurare medicală vă calificaţi dacă:	• Trebuie să aplicaţi pentru servicii de îngrijire pe termen long (servicii medicale la domiciliu, instituţie medicală de viaţă asistată, cămin pentru adulţi sau programe de îngrijire la domiciliu) • Dvs. sau cineva din familia dvs. aveţi/are vârsta de cel puţin 65 de ani • Dvs. sau cineva din familia dvs. aveţi/are Medicare • Aveţi nevoie de ajutor pentru plata primelor Medicare sau a costurilor de co-asigurare • Dvs. sau cineva din familia dvs. aveţi/are o dizabilitate
	Notă: Dacă trebuie să aplicaţi pentru servicii medicale pentru familie, copii, sarcină sau servicii medicale noi pentru adulţi, contactaţi Healthplanfinder la: www.wahealthplanfinder.org or call 1-855-923-4633
Aplicaţi mai rapid online	Puteţi depune această aplicaţia online la www.washingtonconnection.org
Informaţiile de care veţi avea nevoie pentru a aplica:	• Numerele de asigurare socială • Datele de naştere • Statutul de emigrare • Informaţii privind veniturile • Informaţii privind resursele (cum ar fi soldurile conturilor bancare, acţiuni, obligaţiuni, fonduri fiduciare, conturi de pensie)
De ce solicităm atât de multe informaţii?	Solicităm informaţii pentru a stabili pentru ce acoperire de asigurare medicală vă calificaţi. Păstrăm informaţiile pe care le furnizaţi confidenţiale, în conformitate cu legea.
Trimiteţi aplicaţia dvs. completată şi semnată la:	Pentru Washington Apple Health în legătură cu o dizabilitate, acoperirea pentru refugiaţi şi acoperirea pentru seniori 65+ şi pentru programele care ajută la plata primelor şi a cheltuielilor Medicare, and programs that help pay for Medicare premiums and expenses
	• Trimiteţi aplicaţia dvs. prin poştă la: DSHS Community Services Division - Customer Service Center PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699 • Trimiteţi aplicaţia prin fax la 1-888-338-7410 • Duceţi aplicaţia la un Birou local de servicii comunitare - Community Services Office (CSO). Consultaţi www.dshs.wa.gov/onlinecso/findservice.shtml pentru a identifica locaţiile. • Aplicaţi online la www.washingtonconnection.org • Întrebări? Sunaţi la 1-877-501-2233
	Pentru acoperirea de îngrijire medicală pe termen lung cum ar fi programele referitoare la asistenţa medicală la domiciliu, îngrijirea personală la domiciliu, instituţie medicală de viaţă asistată şi cămin pentru adulţi
	• Trimiteţi aplicaţia dvs. prin poştă la: DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826 • Trimiteţi aplicaţia prin fax la 1-855-635-8305 • Duceţi aplicaţia la un Birou local de servicii comunitare şi locuinţă - Home and Community Services(HCS). Consultaţi http://www.altsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm pentru a identifica locaţiile. • Aplicaţi online la www.washingtonconnection.org • Întrebări? To locate a local HCS office see http://www.altsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm

Acoperirea de asigurare medicală Drepturi şi responsabilităţi

Drepturile dvs. (obligaţiile pe care le avem) pentru toate programele de acoperire de asigurare medicală

Să vă oferim ajutor pentru a citi şi completa toate formularele solicitate. Puteţi contacta Washington Healthplanfinder pentru asistenţă.

Să vă asigurăm servicii de traducere sau interpretariat fără costuri pentru dvs. şi fără întârziere la momentul comunicării cu Washington Healthplanfinder.

Să vă păstrăm informaţiile personale private, dar este posibil să comunicăm unele informaţii altor agenţii statale şi federale pentru stabilirea eligibilităţii şi pentru înscriere.

Să vă oferim oportunitatea de a contesta dacă nu sunteţi de acord cu un lucru stabilit în timpul utilizării de către dvs. a Washington Healthplanfinder care vă afectează eligibilitatea pentru un plan de asigurare medicală, credite fiscale pentru prime de asigurare medicală sau reduceri cu partajarea costurilor prin intermediul Healthplanfinder. În urma depunerii unei contestaţii, cazul dvs. va fi analizat. Puteţi găsi mai multe informaţii despre procesul de depunere a constestaţiilor pentru Healthplanfinder vizitând pagina de contestaţii a Healthplanfinder la adresa http://wahbexchange.org/appeals/ sau contactând Centrul de asistenţă pentru clienţi Healthplanfinder la 1-855-923-4633.
În cazul în care contestaţia este legată de o decizie privind acoperirea Apple Health care nu este soluţionată de o analiză a cazului, veţi fi programat pentru o Audiere administrativă.

Să vă tratăm corect indiferent de rasă, culoare, apartenenţă politică, origine naţională, religie, vârstă şi sex (inclusiv identitatea sexuală şi stereotipia sexuală), orientaresexuală, dizabilitate, statutul de veteran pensionat onorabil sau statutul militar sau locul de naştere. Pentru a depune o reclamaţie de discriminare, contactaţi Departamentul SUA de Servicii Medicale şi Umane - U.S. Department of Health and Human Services la:

- http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints; sau
- Manager regional, Biroul pentru Drepturi Civile
  Departamentul SUA de Servicii Medicale şi Umane - U.S. Department of Health and Human Services, 2201 Sixth Ave. – M/S: RX-11
  Seattle, WA 98121-1831
  Telefon vocal 800-368-1019
  Fax 206-615-2297
  TDD 800-537-7697

Responsabilităţile dvs. (ce trebuie să faceţi) pentru toate programele de acoperire de asigurare medicală

SSN şi Dezvăluirea statutului de emigrare. Cu unele excepţii, trebuie să furnizaţi un Număr de asigurare socială (SSN) sau un număr al unui document de emigrare al dvs. sau al oricărei alte persoane din familia dvs. care doreşte să aplice pentru acoperirea de asigurare medicală. Este necesar un SSN pentru a aplica pentru creditele fiscale pentru primele de asigurare medicală. Folosim aceste informaţii pentru a stabili eligibilitatea dvs. confirmându-vă identitatea, cetăţenia, statutul de emigrant, data naşterii şi disponibilitatea altei acoperiri de asigurare medicală. Nu transmitem aceste informaţii niciunei agenţii de emigrare.
Este posibil să aplicaţi pentru acoperire pentru unii membrii ai familiei dvs., dar nu pentru alţii. Dacă nu aveţi un SSN sau un număr de document de emigrare pentru toţi membrii familiei, ceilalţi pot totuşi să aplice pentru a primi acoperirea. Există şi unele programe Washington Apple Health pentru persoane care nu pot dovedi că se află legal în ţară. Dacă dacă alegeţi să nu furnizaţi un SSN sau un număr de document de emigrare pentru o persoană din familie, va trebui să menţinem legătura cu dvs. pentru a obţine informaţii despre venitul persoanei care nu este inclusă în aplicaţie.
Dacă vă este solicitat de agenţie, furnizaţi orice informaţii sau dovezi necesare pentru a decide dacă sunteţi eligibil.

Lucruri pe care trebuie să le cunoaşteţi pentru toate programele de acoperire de asigurare medicală

Există anumite legi statale şi federale care reglementează funcţionarea Washington Healthplanfinder, drepturile şi responsabilităţile dvs. în calitate de utilizator al Washington Healthplanfinder şi acoperirea obţinută prin intermediul Washington Healthplanfinder. Prin utilizarea Washington Healthplanfinder, sunteţi de acord să respectaţi legile care se aplică utilizatorilor acestui site web şi acoperirii astfel obţinute.

Legea naţională de înregistrare a votanţilor - National Voter Registration Act din 1973 impune ca toate statele să oferă asistenţă pentru înregistrarea votanţilor prin intermediul birourilor de asistenţă publică. Aplicarea pentru înregistrare sau refuzul de înregistrare pentru vot nu vor afecta serviciile sau beneficiile pe care le veţi primi din partea acestei agenţii. Vă puteţi înregistra pentru vot la **www.vote.wa.gov** sau comanda formulare de înregistrare pentru vot sunând la 1-800-448-4881.
Restricţiile impuse de **Health Insurance Portability and**

Accountability Act (HIPAA) împiedică Agenţia de servicii medicale (Washington Apple Health) să discute informaţiile de sănătate ale dvs. sau ale oricărui membru al familiei dvs. cu orice persoană, inclusiv un reprezentant autorizat, cu excepţia cazului în care persoana are un mandat sau a cazului în care aţi semnat un formular de consimţământ care autorizează divulgarea acestor informaţii. Aceasta include dezvăluirea informaţiilor privind sănătatea mentală, rezultatele testelor pentru HIV, SIDA, STD sau tratamentul şi serviciile legate de dependenţa chimică.

Legea serviciilor medicale accesibile - Affordable Care Act împiedică Washington Healthplanfinder să furnizeze informaţii personale de identificare (PII) ale dvs. sau ale oricărui membru al familiei dvs. oricărei persoane care nu este autorizată să le primească şi fără consimţământul dvs.

Informaţiile pe care le furnizaţi Washington Healthplanfinder sunt verificate de către funcţionarii statali şi federali în scopul determinării eligibilităţii dvs pentru acoperirea medicală. Verificarea poate include contacte de urmărire din partea personalului agenţiei.

Dacă începeţi să completaţi o aplicaţie pentru asigurare medicală destinată Healthplanfinder şi nu încheiaţi procesul din orice motiv, informaţiile dvs. vor fi stocate la Healthplanfinder şi le veţi putea accesa timp de 90 de zile. Dacă nu completaţi o aplicaţie după perioada de 90 de zile, informaţiile dvs. vor fi şterse din sistemul Healthplanfinder.

Washington Healthplanfinder nu este responsabilă pentru administrarea planului dvs. de asigurare medicală. Furnizorul asigurării dvs. medicale poate oferi mai multe informaţii despre beneficiile dvs. **Dacă aveţi întrebări despre condiţiile planului dvs. de asigurare medicală, inclusiv beneficiile pentru care sunteţi eligibil, cheltuielile suportate de dvs. în baza planului pe care îl aveţi şi solicitarea unui beneficiu sau contestarea unui refuz al beneficiilor, trebuie să contactaţi furnizorul asigurării medicale.** Dacă sunteţi eligibil pentru COBRA după încetarea acoperirii medicale achiziţionate prin intermediul Healthplanfinder, administrarea planului COBRA şi furnizarea către dvs. a notelor şi perioadelor de eligibilitate obligatorii ale COBRA este responsabilitatea angajatorului dvs.

Nu anulaţi nicio acoperire medicală actuală şi nu refuzaţi niciun beneficiu COBRA până când nu primiţi o scrisoare de aprobare şi poliţa de asigurare, cunoscută şi sun numele de contract sau certificat de asigurare, de la furnizorul asigurării medicale pe care l-aţi selectat. Asiguraţi-vă că înţelegeţi şi sunteţi de acord cu condiţiile poliţei, acordaţi o atenţie specială datei de intrare în vigoare, perioadelor de aşteptare, sumei primelor, beneficiilor, limitărilor, excluderilor şi anexelor.

Puteţi aplica pentru servicii de aplicare a asistenţei prin Division of Child Support (DCS).
Pentru a primi o aplicaţie pentru aceste servicii, accesaţi **www.childsupportonline.wa.gov** sau contactaţi biroul DCS local.

Drepturile dvs. (obligaţiile pe care le avem) numai pentru Washington Apple Health

Să vă explicăm drepturile şi responsabilităţile dvs, dacă solicitaţi acest lucru.

Să vă permitem să depuneţi o aplicaţie parţială care include cel puţin numele, adresa şi semnătura sau semnătura reprezentantului autorizat al aplicantului. Ziua în care primim o aplicaţie parţială este ziua aplicaţiei dvs., care poate afecta momentul în care acoperirea intră în vigoare. Nu vom lua o decizie finală despre acoperirea dvs. până după completarea aplicaţiei dvs.

Să vă permitem să depuneţi o aplicaţie sau o aplicaţie parţială folosind orice metodă enumerată la WAC 182-503-0010.

Să procesăm aplicaţia dvs. cu promptitudine şi nu mai târziu de termenele descrise în WAC 182-503-0060.

Să vă acordăm 10 zile calendaristice pentru a furniza informaţiile de care avem nevoie pentru a stabili eligibilitatea. Dacă solicitaţi mai mult timp, vă vom acorda mai mult timp. Dacă nu ne furnizaţi informaţii sau nu solicitaţi mai mult timp, este posibil să respingem, să încheiem sau să modificăm acoperirea medicală.

Să vă ajutăm dacă aveţi probleme în obţinerea oricăror informaţii sau dovezi necesare nouă pentru a decide dacă sunteţi eligibil. Dacă solicităm un document pentru care va trebui să plătiţi, vă vom trimite şi vom suporta costurile.

Să vă anunţă, în majoritatea cazurilor, cu cel puţin 10 zile înainte de a întrerupe acoperirea medicală.

Să vă transmitem o decizie scrisă, în majoritatea cazurilor, în termen de 30 de zile. Acoperirea de asigurare medicală pentru unele cazuri de dizabilitate poate dura între 45 şi 60 de zile. Furnizăm o decizie scrisă privind serviciile medicale pentru sarcină în termen de 15 zile.

Să vă permitem să refuzaţi să discutaţi cu un investigator dacă realizăm o verificare a cazului dvs. Nu sunteţi obligat să permiteţi accesul investigatorului în locuinţa dvs. Puteţi solicita investigatorului să revină la o dată ulterioară. O astfel de solicitare nu va afecta eligibilitatea dvs. pentru acoperirea de asigurare medicală.

Să continuăm acoperirea Washington Apple Health în perioada în care decidem dacă sunteţi eligibil pentru un alt program, conform WAC 182-504-0125.

Să vă oferim acces egal la servicii conform descrierii din WAC 182-503-0120, dacă sunteţi eligibil.

Responsabilităţile dvs. (ce trebuie să faceţi) numai pentru Washington Apple Health

Să raportaţi modificările necesare în WAC 182-504-0105 WAC 182-504-0110 în termen de 30 de zile de la schimbare.

Să completaţi reînnoiri atunci când vi se solicită.

Să furnizaţi prestatorilor de servicii medicale informaţiile necesare pentru a ne factura serviciile medicale.

Să aplicaţi pentru Medicare dacă aveţi dreptul la acestea servicii.

Să colaboraţi cu personalul pentru asigurarea calităţii când vi se solicită.

Să depuneţi cerere şi să depuneţi eforturi rezonabile pentru a obţine venituri potenţiale din alte surse când solicitaţi sau primiţi acoperirea medicală Washington Apple Health.

Lucruri pe care trebuie să le cunoaşteţi numai pentru Washington Apple Health

Prin solicitarea şi primirea Washington Apple Health, furnizaţi statului Washington toate drepturile la orice asistenţă medicală şi orice plăţi făcute de terţi pentru asigurarea medicală.

Agenţia poate partaja antecedentele privind vaccinările copilului dvs. cu Sistemul de urmărire a imunizării copilului - Child Profile Immunization Tracking System.

Informaţiile pe care le raportaţi pot fi furnizate Department of Social and Health Services pentru a stabili eligibilitatea şi beneficiile lunare pentru programe cum ar fi acoperirea medicală, asistenţa în numerar, asistenţa pentru alimente şi facilităţile pentru îngrijirea copiilor.

În conformitate cu legea (RCW 41.05A.090 şi WAC 182-527), dacă aveţi vârsta de cel puţin 55 de ani ŞI primiţi servicii medicale Washington Apple Health, Autoritatea serviciilor medicale - Health Care Authority (HCA) vă poate confisca proprietatea (bunurile pe care le deţineţi la momentul decesului) pentru suma costurilor pe care le-am plătit pentru anumite tipuri de asistenţă medicală, cum ar fi servicii medicale la domiciliu sau îngrijire la domiciliu pe termen lung. (HCA poate recupera costurile pentru serviciile medicale pe termen lung finanţate numai de stat primite la orice vârstă). Aceasta se numeşte RECUPERAREA PROPRIETĂŢII. Puteţi găsi o listă completă a tipurilor de asistenţă medicală care fac obiectul recuperării proprietăţii în WAC 182-527-2740 şi WAC 182-527-2742.

Recuperarea proprietăţii nu se produce decât după decesul soţului supravieţuitor, dacă există. Putem depune, de asemenea, o solicitare înainte de deces pentru recuperare după deces, în conformitate cu cerinţele Codului 42 S.U.A 1396p. Terenurile tribale şi anumite proprietăţi care aparţin indienilor americani şi indigenilor din Alaska pot fi scutite de recuperare (WAC 182-527-2754). Dacă aveţi moştenitori aflaţi în întreţinere, recuperarea proprietăţii poate fi amânată din motive sociale.

Este posibil să fiţi limitat la un furnizor de servicii medicale, farmacie şi/sau spital dacă solicitaţi servicii medicale inutile de la furnizori.

Lucruri pe care trebuie să le cunoaşteţi numai pentru planurile de asigurare medicală calificate

Dacă vă înscrieţi într-un plan de asigurare medicală calificat prin Healthplanfinder şi nu furnizaţi suficiente informaţii pentru ca Healthplanfinder să vă verifice eligibilitatea pentru a achiziţiona un plan sau a primi un plan cu costuri reduse, sau dacă orice informaţii pe care le furnizaţi nu pot fi verificate, veţi avea la dispoziţie 90 de zile pentru a furniza informaţii suplimentare spre satisfacerea cerinţelor de eligibilitate ale Washington Healthplanfinder. În această perioadă, trebuie să colaboraţi cu personalul Healthplanfinder pentru a încerca să furnizaţi orice informaţii care lipsesc sau să rezolvaţi orice inconsecvenţe pentru ca acoperirea medicală şi costurile aplicabile să devină active cât mai curând.

Dacă vă înscrieţi într-un plan de asigurare medicală precalificat prin Healthplanfinder şi intervine o modificare a venitului, trebuie să anunţaţi Healthplanfinder cât mai curând posibil. O modificare a venitului ar putea schimba facilităţile fiscale sau reducerile pentru costuri partajate pentru care sunteţi eligibil. Este posibil să fiţi eligibil pentru un plan la un cost mai scăzut în urma unei modificări a venitului sau este posibil să trebuiască să rambursaţi o parte din facilităţile fiscale pe care le primiţi dacă venitul dvs. creşte şi nu raportaţi nicio schimbare.

Tarifele afişate pot fi modificate în funcţiile de practicile declarate ale firmei de asigurări medicale şi de selecţia de către dvs. a beneficiilor opţionale disponibile, dacă există. Tarifele finale sunt determinate întotdeauna de firma care oferă asigurarea medicală.

Tarifele afişate sunt NUMAI pentru data de intrare în vigoare solicitată. Dacă data reală a poliţei dvs. este diferită de data de intrare în vigoare solicitată, costul real al poliţei dvs. poate fi diferit de tarifele de mai sus, din cauza creşterii tarifelor sau a schimbărilor în poliţă efectuate de compania de asigurări şi/sau data de naştere a unuia sau mai multor membri ai familiei. (Tarifele depind în mare măsură de vârstă.) Este posibil ca firma care oferă asigurarea medicală pe care aţi selectat-o să nu garanteze tarifele pentru orice perioadă de timp.

Sunteţi de acord ca Departamentul de securitate a muncii al Statului Washington să elibereze către Washington Healthplanfinder date privind salariul şi situaţia dvs. profesională. Confirmaţi că prin acordarea acestui consimţământ veţi ajuta la simplificarea aplicaţiei şi a procesului de redeterminare pentru Washington Healthplanfinder. Informaţiile dvs. personale vor fi protejate conform descrierii din politica Healthplanfinder privind informaţiile private.

Washington State Health Care Authority

Washington State Department of Social & Health Services

Aplicaţie Washington Apple Health

pentru acoperire de îngrijire pe termen lung/vârstă, orb, dizabilitate

Numele aplicantului şi informaţii de contact

1. Prenume	Iniţiala tatălui	Nume	**2.** Număr ID client ACES

Semnătura aplicantului sau a reprezentantului autorizat (obligatorie)

_____

3. Adresa unde locuiţi

District	District	Stat	Cod poştal

4. Adresă poştală (dacă este diferită)

District	Oraş	Stat	Cod poştal

5. Număr de telefon principal ☐ Celular ☐ Acasă ☐ Serviciu

( )

6. Număr de telefon secundar ☐ Celular ☐ Acasă ☐ Serviciu

( )

7. Adresa e-mail

Dacă locuiţi într-o instituţie medicală, menţionaţi numele şi adresa instituţiei medicale, dacă nu corespund cu cele de mai sus:

8. Numele instituţiei medicale

9. Adresa instituţiei medicale

District	District	Stat	Cod poştal

Programe pentru care aplicaţi

10. Eu, soţul/soţia sau o persoană din familia mea aplic/ă pentru?

- ☐ Acoperirea de asigurare medicală pentru persoane în vârstă, oarbe sau cu dizabilităţi
- ☐ Programul de economii Medicare
- ☐ Servicii cu îngrijitori la domiciliu
- ☐ Îngrijire medicală la domiciliu
- ☐ Ajutor pentru plata facturilor medicale (din ultimele trei luni)
- ☐ Asistenţă medicală pentru lucrători cu dizabilităţi (HWD)
- ☐ Îngrijire în ospiciu
- ☐ Instituţie medicală pentru viaţă asistată/cămin pentru adulţi

Informaţii referitoare la limbă

11. ☐ Am nevoie de un interpret. Vorbesc: _____ sau ☐ semn; traducerea scrisorilor mele în: _____

Informaţii despre familia dvs.

12. Menţionaţi toate persoanele din familie, chiar dacă nu aplicaţi pentru acestea (ataşaţi foi suplimentare, dacă este necesar).

					Opţional pentru neaplicanţi			
Numele (prenume, iniţală, nume)	**Sexul M sau F**	**Ce rudă este cu dvs. această persoană?**	**Data naşterii**	**Selectaţi dacă Doriţi acoperire medicală pentru această persoană**	**Numărul de asigurare socială**	**Selectaţi dacă este cetăţean american**	**Rasa (consultaţi exemplele de mai jos)**	**Numele tribului (pentru indieni americani, indigeni din Alaska)**
		Eu însumi/însămi		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

I. Informaţii generale

Originea mea etnică este hispanică sau latino: ☐ Da ☐ Nu

Informaţiile de fundal privind rasa şi etnia sunt voluntare. **Exemple de rase:** Alb, negru sau afro-american, asiatic, indigen hawaiian, locuitor din insulele din Pacific, indian american, indigen din Alaska sau orice combinaţie de rase.

1. În ultimele 30 de zile, eu, soţul/soţia sau cineva din familia mea a primit acoperire medicală de la alt stat, trib sau din altă sursă?
☐ Da ☐ Nu

2. Eu, soţul/soţia sau o altă persoană din familia mea au primit Venitul de asigurare socială suplimentar - Supplemental Security Income (SSI) în alt stat?
☐ Da ☐ Nu Dacă da, cine? _____

3. Eu, soţul/soţia sau o persoană din familia mea sunt/este o persoană străină sponsorizată?
☐ Da ☐ Nu Dacă da, cine? _____

4. Eu, soţul/soţia sau o persoană din familia mea am/a servit în armată?
☐ Da ☐ Nu Dacă da, cine? _____

5. Eu, soţul/soţia sau o persoană din familia mea este în întreţinere sau soţul/soţia unei persoane (în viaţă sau decedate) care a servit în armată? Dacă da, cine? ☐ Da ☐ Nu

6. Am o persoană în întreţinere şi nu am inclus încă în aplicaţie persoane care locuiesc cu mine?
☐ Da ☐ Nu

Dacă răspunsul este da, menţionaţi numele persoanei (persoanelor) aflate în întreţinere din punct de vedere fiscal: _____ _____

7. Sunt: ☐ Celibatar(ă) ☐ Căsătorit(ă) şi locuiesc cu soţul/soţia ☐ Căsătărit(ă), dar locuind separat de soţ/soţie ☐ Divorţat(ă) ☐ Văduv(ă)
☐ Într-un parteneriat casnic înregistrat ☐ Despărţiţi legal

II. Venit câştigat (dovadă ataşată)

1. Eu, soţul/soţia sau o persoană pentru care aplic am/are un venit din activitate profesională? ☐ Da ☐ Nu

Dacă răspunsul este da, completaţi această secţiune**.**

Notă: Indienii americani/indigenii din Alaska nu trebuie să raporteze anumite venituri, inclusiv: Alaska Native Corporations and Settlement Trusts; distribuiri din proprietatea deţinută în fond; distribuiri şi plăţi din pescuit, extracţia resurselor naturale şi recolte; distribuiri din proprietatea asupra resurselor naturale şi îmbunătăţiri; plăţi din proprietatea asupra elementelor care au semnificaţie religioasă, spirituală, tradiţională sau culturală unică în conformitate cu Legea tribului sau cutuma; şi asistenţă financiară pentru studenţi din programele educaţionale ale Biroului pentru problemele indienilor (Bureau of Indian Affairs).

2. Cine câştigă acest venit: _____	Sumă brută primită (sumă în dolari înainte de impozitare)
Numele angajatorului şi numărul de telefon	**$** _____ pe: ☐ Oră ☐ Săptămână ☐ O dată la două săptămâni ☐ De două ori pe lună ☐ Lunar
Data de început	Ore pe săptămână: _____
Acest loc de muncă este de tipul persoană fizică autorizată? ☐ Da ☐ Nu	Date de plată (de ex. 1 şi 15 sau în fiecare vineri): _____

3. Cine câştigă acest venit: _____	Sumă brută primită (sumă în dolari înainte de impozitare)
Numele angajatorului şi numărul de telefon	**$** _____ pe: ☐ Oră ☐ Săptămână ☐ O dată la două săptămâni ☐ De două ori pe lună ☐ Lunar
Data de început	Ore pe săptămână: _____
Acest loc de muncă este de tipul persoană fizică autorizată? ☐ Da ☐ Nu	Date de plată (de ex. 1 şi 15 sau în fiecare vineri): _____

III. Alte venituri (folosiţi pentru toţi membrii familiei) (dovada ataşată)

1. Exemple de alte venituri sunt:

- Pensie alimentară pentru copii sau întreţinerea soţului/soţiei
- Beneficii pentru educaţie (împrumuturi pentru studenţi, sume nerambursabile, plăţi Work-Study) Venituri din jocuri de noroc
- Cadouri (asistenţă în numerar/tichete cadou)
- Participaţii/dividende
- Labor and Industries (L&I)
- Beneficii de la căile ferate
- Venit din chirii
- Pensie sau fonduri de pensie
- Contracte de vânzare/bilete la ordin
- Asigurare socială
- Venit de asigurare socială suplimentar (SSI)
- Venit tribal
- Fonduri fiduciare
- Beneficii de şomaj
- Administraţia Veteranilor (VA) sau beneficii militare
- Altele

2. Enumeraţi alte venituri pe care dvs. soţul/soţia sau orice persoană pentru care aplicaţi le primiţi:

Tip de venit necâştigat	Cine primeşte venitul	Suma lunară brută	Cine primeşte venitul	Suma lunară brută
		$		**$**
		$		**$**
		$		**$**
		$		**$**
		$		**$**

3. Eu, soţul/soţia sau o persoană din familia mea primim venit dintr-o investiţie cu anuitate? ☐ Da ☐ Nu

Cine deţine anuitatea	Compania sau instituţia	Sumă sau valoare	Venit lunar	Data achiziţiei
		$	$	

IV. Cheltuieli cu locuinţa (ataşaţi dovada dacă este cazul pentru serviciile LTC i dacă

Chirie	Ipotecă	Chirie pentru spaţii	Asigurare pentru proprietarii de locuinţe	Taxe pe proprietate	Alte onorarii
$	$	$	$	$	$

O altă persoană sau agenţie, de tipul locuinţelor sociale, mă ajută să plătesc integral sau o parte din aceste cheltuieli: ☐ Da ☐ Nu

Dacă da, cine: _____

V. Deduceri

1. Eu, soţul/soţia sau o persoană în numele căreia aplic plătesc/plăteşte sau se presupune că plătesc/plăteşte:

	Suma în bani	Cine plăteşte
Îngrijirea unui copil sau a unui adult în întreţinere	$	
Pensie alimentară pentru un copil încredinţat prin hotărâre judecătoarească	$	
Onorarii plătitor	$	
Onorarii tutore	$	
Onorarii avocaţi stabilite prin decizie judecătoarească	$	
Cheltuieli medicale recurente (inclusiv Medicare sau alte prime de asigurare medicală pe care le plătiţi)	$	

2. Eu, soţul/soţia sau o persoană pentru care aplic deţineţi cheltuieli medicale?

Tip de cheltuială medicală	Data la care au apărut	Sumă deţinută	Cine le deţine
		$	
		$	
		$	

3. Eu, soţul/soţia sau o persoană pentru care aplic am/are o dizabilitate şi lucrez/lucrează şi am/are cheltueli care permit angajarea? Acestea sunt cheltuieli de lucru legate de dizabilităţi (IRWE). ☐ Da ☐ Nu Dacă da, precizaţi suma IRWE $ _____

VI. Resurse (ataaţi dovada) (ignoraţi această secţiune dacă aplicaţi numai pentru Îngrijiri medicale pentru lucrători cu dizabilităţi)

1. O resursă este orice lucru pe care îl deţineţi sau îl cumpăraţi şi care poate fi vândut, comercializat sau convertit în numerar sau bani deţinuţi de alte persoane. O resursă nu include proprietatea personală cum ar fi mobilă, haine. Exemple de resurse sunt:

- Bani în numerar
- Conturi de checking
- Conturi de economii
- CD
- Cont pe piaţa monetară
- Obligaţiuni economii
- Obligaţiuni
- Fonduri mutuale
- Acţiuni
- Anuităţi
- Fonduri fiduciare
- IRA
- 401K
- Fond de pensie
- Locuinţe, inclusiv cea în care trăiţi
- Fonduri de înmormântare
- Condominium
- Teren
- Contracte de vânzări
- Clădiri
- Proprietăţi imobiliare
- Asigurare de viaţă
- Planuri de înmormntare
- Fonduri pentru colegiu
- Time-share
- Echipamente comerciale
- Utilaje agricole
- Efective de animale

2. Enumeraţi resursele pe care dvs. soţul/soţia sau orice persoană pentru care aplicaţi le deţineţi sau le cumpăraţi:

Tip de resursă	Cine o deţine	Locaţie	Valoare	Cine o deţine	Locaţie	Valoare
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$

3. Eu, soţul/soţia sau o persoană pentru care aplic avem maşini, camionete, furgonete, bărci, RV, remorci sau alte vehicule cu motor:

Anul (de ex. 2010)	Producător (de ex. Ford)	Model (de ex. Escort)	Selectaţi dacă este în leasing	Selectaţi dacă se utilizează în scopuri medicale	Sumă deţinută
			☐	☐	$
			☐	☐	$

VII. Resurse suplimentarepentru îngrigirea petermenlung Întrebări (completaţi numai dacă aplicaţi pentru servicii LTC)

1. Eu, soţul/soţia sau o persoană în numele căreia aplic deţinem sau cumpărăm o locuinţă care este reşedinţă principală:

Adresa proprietăţii	Valoarea actuală (conform evaluatorului)	Sume din împrumuturi deţinute în legătură cu proprietatea
	$	$
	$	$

2. Eu, soţul/soţia sau cineva pentru care aplic am vândut, tranzacţionat, înstrăinat sau transferat o resursă în ultimii cinci ani (inclusiv proprietate, fonduri fiduciare, vehicule, bani în numerar sau proprietăţi imobiliare)? ☐ Da ☐ Nu Dacă răspunsul este da, completaţi următoarele: (ataşaţi foi suplimentare, dacă este necesar)

Tipul resursei	Data transferului	Valoarea resursei transferate	Către cine s-a făcut transferul
		$	
		$	

VIII. Asiguraremedicală pe termen lung (nu este necesară pentru Medicare Savings Program)

Eu/noi am/avem asigurare medicală ☐ Da ☐ Nu | Aceasta este o poliţă de parteneriat LTC (LTCP) ☐ Da ☐ Nu

Dacă răspunsul este da, vă rugăm să menţionaţi numele companiei de asigurări şi pe cine protejează poliţa.

Compania de asigurări	Numărul poliţei	Numele titularului poliţei	Persoana protejată	Valoarea în dolari (pentru LTCP)
				$
				$

IX. Informaţii privind reprezentantul autorizat

Un reprezentant autorizat este un adult care cunoaşte suficient de bine situaţia familiei şi este autorizat de familie să acţioneze în numele acesteia în scopuri de eligibilitate.

Prin desemnarea unui reprezentant autorizat, acordaţi permisiunea reprezentantului autorizat de a:

- Semna aplicaţia în numele dvs.;
- Primi notificări legate de aplicaţia şi contul dvs. şi
- Acţiona în numele dvs. în toate problemele legate de aplicaţia şi contul dvs.

1. Desemnaţi un reprezentant autorizat? ☐ Da ☐ Nu

2. Doriţi ca un reprezentant autorizat să primească notificări legate de aplicaţia şi contul dvs.? ☐ Da ☐ Nu

3. Acest reprezentat autorizat deţine calitatea de tutore legal? ☐ Da ☐ Nu Dacă da, cine: _____

4. Acest reprezentat autorizat deţine un mandat? ☐ Da ☐ Nu Dacă da, cine: _____

Reprezentant autorizat/organizaţie

Numărul de telefon
( )

Adresa poştală a reprezentantului autorizat

Adresa e-mail

X. Citiţi cu atenţie înainte de a semna

Ramburdarea acoperirii medicale şi a costurilor de îngrijire pe termen lung către stat:
În conformitate cu legea, dacă primiţi servicii medicale pe termen lung, Autoritatea serviciilor medicale (HCA) poate recupera din proprietatea dvs. (active pe care le deţineţi în momentul decesului) pentru a rambursa costurile plătite de HCA pentru îngrijirea pe termen lung (inclusiv serviciile medicale personale Washington Apple health (Medicaid). Cheltuielile partajate pentru costurile Medicare partajate plătite de Medicare Savings Program sunt scutite. HCA poate recupera costurile pentru serviciile medicale pe termen lung finanţate numai de stat primite la orice vârstă). Aceasta se numeşte recuperarea proprietăţii. Terenurile tribale pot fi scutite de la recuperare.

Serviciile de îngrijire pe termen lung includ COPES, îngrijirea personală Washington Apple Health (Medicaid), serviciile de îngrijire medicală la domiciliu, serviciile medicale în regim privat şi serviciile bazate pe derogările Developmental Disabilities Administration (DDA) şi Home and Community based Services (HCBS) împreună cu alte servicii furnizate de Home and Community Services şi Developmental Disabilities Administration. Consultaţi WAC 182-527-2742.

Recuperarea proprietăţii nu se produce decât după decesul dvs. şi al soţului supravieţuitor, dacă există. Dacă aveţi moştenitori aflaţi în întreţinere, recuperarea proprietăţii poate fi amânată din motive sociale.

Dacă locuiţi permanent într-un aşezământ de îngrijire medicală sau în altă instituţie medicală, HCA poate impune un sechestru pe proprietatea dvs. pentru a recupera costurile acoperirii medicale, ale serviciilor medicale şi ale îngrijirii pe termen lung de care aţi beneficiat. Dacă vă întoarceţi acasă, HCA va renunţa la sechestru. HCA nu va impune sechestru împotriva dvs. dacă:

- Soţul/soţia locuieşte acolo.
- Copilul dvs. care este orb, handicapat sau are mai puţin de 21 de ani locuieşte acolo.
- Fratele/sora dvs. care deţine o parte din proprietatea casei locuieşte acolo şi a locuit acolo cel puţin un an imediat înainte ca dvs. să fi intrat în instituţia medicală.
- Primiţi Venitul suplimentar de securitate (SSI) sau serviciile LTC în baza unui program Washington Apple Health bazat pe MAGI.

Atribuirea drepturilor şi colaborarea:
Înţelegeţi că atribuiţi plăţile făcute de terţe părţi pentru îngrijire medicală Statului Washington când primiţi acoperirea Washington Apple Health. Aceasta înseamnă că Statul Washington va factura oricărui al plan de asigurare care este obligat legal să acopere oricare dintre cheltuielile dvs. medicale (acesta ar putea fi planul de asigurare al unui fost soţ sau părinte cu care nu mai locuiţi). Abonatul la acel plan de asigurare ar putea primi informaţii despre cheltuielile dvs. medicale care sunt plătite prin planul respectiv. Dacă vă este teamă că acest lucru v-ar putea pune în pericol pe dvs. sau copiii dvs., ne puteţi cere să nu solicităm plăţi de la terţi pentru îngrijirea medicală.

Dezvăluire privind anuitatea:
Dacă dvs. sau soţul/soţia dvs. aveţi un interes într-o anuitate şi acceptaţi beneficiile medicale pe termen lung Washington Apple Health (Medicaid) Long-Term Care, trebuie să menţionaţi Statul Washington ca beneficiar pentru anuitatea respectivă.

Drepturi de audiere administrativă:
Dacă nu sunteţi de acord cu o decizie pe care am luat-o în privinţa acoperirii dvs. medicale sau a serviciilor medicale pe termen lung, aveţi dreptul să contestaţi decizia prin intermediul unui proces de audiere administrativă. Puteţi cere, de asemenea, unui supervizor sau unui administrator să analizeze decizia sau acţiunea contestată fără afectarea drepturilor dvs. la o audiere administrativă.

Declaraţie şi semnătură

Am citit şi am înţeles informaţiile din această aplicaţie. Declar, sun pedeapsa de sperjur în conformitate cu legile Statului Washington, că informaţiile pe care le-am furnizat în această aplicaţie, inclusiv informaţiile privind cetăţenia şi statutul de emigrant al membrilor care aplică pentru beneficii sunt adevărate, corecte şi complete din cunoştinţele mele.

Semnătura aplicantului sau a reprezenantului autorizat

_____ Data _____

Numele în clar al aplicantului sau au repretentantului autorizat

_____