

Cerere pentru asigurare de sănătate Apple Health în Washington, pentru persoane în vârstă, nevăzători sau persoane cu dizabilități/servicii și programe de asistență pe termen lung

Folosiți această cerere pentru a vedea pentru ce acoperire de asigurare medicală vă puteți califica dacă:

- Aveți nevoie de servicii și programe de asistență pe termen lung (LTSS), precum servicii medicale la domiciliu, instituție medicală de viață asistată, cămin pentru adulți, programe de îngrijire la domiciliu sau programe personalizate de asistență pentru adulți în vârstă (TSOA).
- Dvs. sau cineva din familia dvs. aveți/are Medicare.
- Aveți nevoie de ajutor pentru plata primelor Medicare sau a costurilor de co-asigurare.
- Dvs. sau cineva din familia dvs. aveți/are vârsta de cel puțin 65 de ani.
- Dvs. sau cineva din familia dvs. aveți/are o dizabilitate și nu aveți/are Medicare.
- Pentru TSOA: Aveți vârsta de cel puțin 55 de ani și dvs. sau un îngrijitor neplătit aveți/are nevoie de asistență.

Notă: Aplicați pentru sau reînnoiți acoperirea Apple Health online, prin intermediul Washington Healthplanfinder la wahealthplanfinder.org sau sunând la 1-855-923-4633 dacă sunteți:

- Adult cu vârsta cuprinsă între 19 și 64 de ani.
- Aplicați pentru copii.
- Părinte sau îngrijitor care aplică împreună cu copiii.
- Însărcinată sau aplicați pentru o persoană care este însărcinată.

Aplicați mai rapid online

- Puteți transmite cererea online la washingtonconnection.org

Informațiile de care veți avea nevoie pentru a aplica:

- Numerele de asigurare socială
- Datele de naștere
- Statutul de imigrare
- Informații privind veniturile
- Informații privind resursele și activele (cum ar fi soldurile conturilor bancare, acțiuni, obligațiuni, fonduri fiduciare, conturi de pensie)

De ce solicităm atât de multe informații?

- Vom utiliza informațiile pentru a stabili pentru ce acoperire de asigurare medicală vă puteți califica. Păstrăm informațiile pe care le furnizați confidențiale, în conformitate cu legea.

Unde trebuie să trimiteți cererea dvs. completată și semnată

Pentru Apple Health în legătură cu o dizabilitate, acoperirea pentru refugiați și acoperirea pentru seniori 65+ și pentru programele care ajută la plata primelor și a cheltuielilor Medicare

- Trimiteți cererea dvs. prin poștă la:
DSHS
Community Services Division - Customer Service Center
PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- Trimiteți cererea prin fax la 1-888-338-7410
- Depuneți cererea la un Birou local de servicii comunitare - Community Services Office (CSO).
- Consultați dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office pentru a identifica locațiile
- Aplicați online la washingtonconnection.org
- Aplicați prin telefon at 1-877-501-2233

Pentru servicii și programe de asistență pe termen lung cum ar fi programele referitoare la asistența medicală la domiciliu, îngrijirea personală la domiciliu, instituție medicală de viață asistată, cămin pentru adulți și TSOA

- Trimiteți cererea dvs. prin poștă la:
DSHS
Home and Community Services
PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826
- Pentru a localiza un Birou local de servicii comunitare și locuință - Home and Community Services (HCS)
dshs.wa.gov/office-locations
- Trimiteți cererea prin fax la 1-855-635-8305
- Aplicați online la **[washingtonconnection.org](https://www.washingtonconnection.org)**
- Pentru mai multe resurse LTSS, accesați **dshs.wa.gov/altsa/resources**
- Pentru mai multe resurse TSOA, sunați la 1-855-567-0252 sau contactați agenția locală pentru persoane vârstnice (Area Agency on Aging, AAA) pentru a discuta cu un specialist în îngrijitori familiali. Găsiți biroul AAA local: **[waclc.org](https://www.waclc.org)**

Drepturi și responsabilități pentru acoperirea de asigurare medicală

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

Să vă oferim ajutor pentru a citi și completa toate formularele solicitate. Pentru asistență, puteți contacta Departamentul de servicii sociale și de sănătate (DSHS) la 1-877-501-2233.

Să vă asigurăm servicii de traducere sau interpretariat fără costuri pentru dvs. și fără întârziere la momentul comunicării cu DSHS sau cu Autoritatea în domeniul sănătății (HCA).

Să vă păstrăm informațiile personale private, dar este posibil să comunicăm unele informații altor agenții statale și federale, instituții financiare și antreprenori HCA pentru stabilirea eligibilității și pentru înscriere.

Să vă oferim oportunitatea de a contesta dacă nu sunteți de acord cu un lucru stabilit de DSHS sau HCA care vă afectează eligibilitatea pentru asigurarea medicală, serviciile și programele de asistență pe termen lung (LTSS) sau un plan de sănătate. Dacă solicitați o contestație, cazul dvs. va fi analizat. Pentru informații despre contestații pentru programele DSHS, puteți contacta Centrul de Contact al Serviciului pentru clienți (Customer Service Contact Center) la 1-877-501-2233 sau vizitați Biroul local de Servicii Comunitare.

În cazul în care contestația este legată de o decizie privind acoperirea Apple Health care nu este soluționată de o analiză a cazului, veți fi programat pentru o Audiere administrativă.

Să vă tratăm corect Discriminarea este interzisă prin lege. DSHS și HCA respectă legile federale aplicabile referitoare la drepturile civile și nu discriminează pe baza rasei, culorii, etniei, vârstei, dizabilităților sau sexului. DSHS și HCA nu exclud nicio persoană și nu le tratează diferit în funcție de rasa, culoarea, etnia, vârsta, dizabilitatea sau sexul acestora.

DSHS și HCA respectă, de asemenea, legile statului și nu fac discriminări în funcție de credință, sex, exprimare sau identitate sexuală, orientare sexuală, stare civilă, religie, statutul de veteran în rezervă sau statutul militar, utilizarea unui câine dresat sau a unui animal utilitar de către o persoană cu dizabilități.

DSHS și HCA:

- Oferă asistență și servicii gratuite persoanelor cu dizabilități, pentru a putea comunica mai eficient cu noi, de exemplu:
 - Interpreți calificați pentru limbajul semnelor
 - Informații scrise în alte formate (imprimări cu caractere mari, audio, formate electronice accesibile, alte formate)
- Oferă servicii lingvistice gratuite persoanelor a căror limbă maternă nu este engleza, de exemplu:
 - Interpreți calificați
 - Informații scrise în alte limbi

Dacă aveți nevoie de astfel de servicii, contactați 1-877-501-2233.

Dacă sunteți de părere că DSHS sau HCA nu v-au oferit aceste servicii sau v-a discriminat în vreun fel, puteți depune o reclamație prin poștă la:

- **DSHS**

ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
Fax: 1-888-338-7410
askdshs@dshs.wa.gov

- **HCA Division of Legal Services**

ATTN: Compliance Officer
PO Box 42704
Olympia, WA 98504-2704
1-855-682-0787
Fax: 1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov

Puteți depune o reclamație personal sau telefonic, prin poștă, fax sau e-mail. Dacă aveți nevoie de ajutor la depunerea unei reclamații, Serviciul de relații cu cetățenii sau Divizia de Servicii Juridice a HCA vă poate ajuta.

De asemenea, puteți depune o reclamație privind drepturile civile la U.S. Department of Health and Human Services (Departamentul de Sănătate și Servicii Sociale al Statelor Unite), Office for Civil Rights (Biroul pentru Drepturi Civile), pe cale electronică, la <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, sau prin poștă sau telefonic la:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Formularele pentru reclamații sunt disponibile la www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Responsabilitățile dvs. (ce trebuie să faceți) pentru toate programele de acoperire de asigurare medicală

SSN și Dezvăluirea statutului de imigrare. Cu unele excepții, trebuie să furnizați un Număr de asigurare socială (SSN) sau un număr al unui document de imigrare al dvs. sau al oricărei alte persoane din familia dvs. care dorește să aplice pentru acoperirea de asigurare medicală. Este necesar un SSN pentru a aplica pentru creditele fiscale pentru primele de asigurare medicală. Folosim aceste informații pentru a stabili eligibilitatea dvs. confirmându-vă identitatea, cetățenia, statutul de imigrare, data nașterii și disponibilitatea altei acoperiri de asigurare medicală. Nu transmitem aceste informații niciunei agenții de imigrare.

Este posibil să aplicați pentru acoperire pentru unii membri ai familiei dvs., dar nu pentru alții. Dacă nu aveți un SSN sau un număr de document de imigrare pentru toți membrii familiei, ceilalți pot totuși să aplice pentru a primi acoperirea. De exemplu, puteți aplica pentru copilul dvs. chiar dacă nu sunteți eligibil pentru acoperire. Aplicarea nu va afecta statutul dvs. de imigrare sau șansele de a deveni rezident sau cetățean permanent.

Există și unele programe Washington Apple Health pentru persoane care nu pot dovedi că se află legal în țară. Dacă alegeți să nu furnizați un SSN sau un număr de document de imigrare pentru o persoană din familie, va trebui să menținem legătura cu dvs. pentru a obține informații despre venitul persoanei care nu este inclusă în aplicație.

Dacă vă este solicitat de agenție, furnizați orice informații sau dovezi necesare pentru a decide dacă sunteți eligibil.

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

Există anumite legi statale și federale care reglementează funcționarea Washington Connection, și sistemele de cereri administrate de stat, drepturile și responsabilitățile dvs. în calitate de utilizator al acestora și acoperirea obținută prin utilizarea acestora. Dacă utilizați aceste sisteme, sunteți de acord să respectați legile care se aplică unei persoane care le utilizează și acoperirea pe care aceasta o obține în consecință.

Legea națională de înregistrare a votanților - National Voter Registration Act din 1973 impune ca toate statele să ofere asistență pentru înregistrarea votanților prin intermediul birourilor de asistență publică. Aplicarea pentru înregistrare sau refuzul de înregistrare pentru vot nu vor afecta serviciile sau beneficiile pe care le veți primi din partea acestei agenții. Vă puteți înregistra pentru a vota la www.vote.wa.gov sau comanda formulare de înregistrare pentru vot sunând la 1-800-448-4881.

Restricțiile impuse de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) împiedică HCA și DSHS să discute informațiile de sănătate ale dvs. sau ale oricărui membru al familiei dvs. cu orice persoană, inclusiv un reprezentant autorizat, cu excepția cazului în care persoana are un mandat sau a cazului în care ați semnat un formular de consimțământ care autorizează divulgarea acestor informații. Aceasta include dezvăluirea informațiilor privind sănătatea mentală, rezultatele testelor pentru HIV, SIDA, BTS sau tratamentul și serviciile legate de dependența chimică.

Legea serviciilor medicale accesibile - Affordable Care Act împiedică DSHS și HCA să furnizeze informații personale de identificare (PII) ale dvs. sau ale oricărui membru al familiei dvs. oricărei persoane care nu este autorizată să le primească și fără consimțământul dvs.

Informațiile pe care le furnizați DSHS și HCA sunt verificate de către funcționarii statali și federali în scopul determinării eligibilității dvs pentru acoperirea medicală. Verificarea poate include contacte de urmărire din partea personalului agenției.

DSHS și HCA nu sunt responsabile pentru administrarea planului dvs. de asigurare medicală. Furnizorul asigurării dvs. medicale poate oferi mai multe informații despre beneficiile dvs. **Dacă aveți întrebări despre condițiile planului dvs. de asigurare medicală, inclusiv beneficiile pentru care sunteți eligibil și solicitarea unui beneficiu sau contestarea unui refuz al beneficiilor, trebuie să contactați furnizorul asigurării medicale.**

Puteți solicita servicii de aplicare a asistenței prin Division of Child Support (DCS).

Pentru a primi un formular de cerere pentru aceste servicii, accesați www.childsupportonline.wa.gov sau contactați biroul DCS local.

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

Să vă explicăm drepturile și responsabilitățile dvs., dacă solicitați acest lucru.

Să vă permitem să depuneți o cerere parțială care include cel puțin numele, adresa și semnătura sau semnătura reprezentantului autorizat al solicitantului. Ziua în care primim o cerere parțială este ziua în care dvs. ați depus cererea, fapt ce poate afecta momentul în care acoperirea intră în vigoare. Nu vom lua o decizie finală despre acoperirea dvs. până după completarea cererii dvs.

Aveți dreptul să depuneți o cerere sau o solicitare parțială folosind orice metodă enumerată la WAC 182-503-0005.

Vom procesa cererea dvs. cu promptitudine și nu mai târziu de termenele descrise în WAC 182-503-0060.

Aveți la dispoziție 10 zile calendaristice pentru a furniza informațiile de care avem nevoie pentru a stabili eligibilitatea. Dacă solicitați mai mult timp, vă vom acorda mai mult timp. Dacă nu ne furnizați informații sau nu solicitați mai mult timp, este posibil să respingem, să încheiem sau să modificăm acoperirea medicală.

Să vă ajutăm dacă aveți probleme în obținerea oricăror informații sau dovezi necesare nouă pentru a decide dacă sunteți eligibil. Dacă solicităm un document pentru care va trebui să plătiți, vă vom trimite și vom suporta costurile.

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

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

Să vă permitem să refuzați să discutați cu un investigator dacă realizăm o verificare a cazului dvs. Nu sunteți obligat să permiteți accesul investigatorului în locuința dvs. Puteți 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 sunteți 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 sunteți eligibil.

Responsabilitățile dvs. (ce trebuie să faceți) numai pentru Washington Apple Health

Să raportați modificările necesare în WAC 182-504-0105 WAC 182-504-0110 în termen de 30 de zile de la schimbare. Citiți scrisoarea de aprobare pentru a vedea ce modificări trebuie să raportați.

Să completați reînnoiri atunci când vi se solicită.

Să furnizați prestatorilor de servicii medicale informațiile necesare pentru a ne factura serviciile medicale.

Să aplicați pentru Medicare dacă aveți dreptul la aceste servicii.

Să colaborați cu personalul pentru asigurarea calității când vi se solicită.

Să depuneți cerere și să depuneți eforturi rezonabile pentru a obține venituri potențiale din alte surse când solicitați sau primiți acoperirea medicală Washington Apple Health.

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

Prin solicitarea și primirea Washington Apple Health, furnizați statului Washington toate drepturile la orice asistență medicală și orice plăți făcute de terți pentru asigurarea medicală.

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

Informațiile pe care le raportați pot fi furnizate DSHS pentru a stabili eligibilitatea și beneficiile lunare pentru programe cum ar fi acoperirea medicală, asistența în numerar, asistența pentru alimente și facilitățile pentru îngrijirea copiilor.

Conform legii, statul Washington poate recupera costurile pe care le-a plătit din masa dvs. succesorală prin Recuperarea din masa succesorală (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 și Capitolul 182-527 WAC).

Recuperarea masei succesorală nu se produce decât după decesul dvs., al soțului supraviețuitor, dacă există, iar copiii supraviețuitori au vârsta de cel puțin 21 de ani. De asemenea, nu se produce dacă un copil supraviețuitor era nevăzător/avea dizabilități la momentul decesului dvs. Costurile recuperabile includ:

- Anumite servicii și programe de asistență pe termen lung Washington Apple Health, dacă aveți vârsta de cel puțin 55 de ani la momentul la care ați beneficiat de servicii;
- Anumite servicii cu finanțare doar de la stat, indiferent de vârsta dvs. la momentul la care ați beneficiat de servicii.

Puteți regăsi o listă cu serviciile supuse recuperării costurilor în temeiul WAC 182-527-2742. Puteți regăsi o listă cu activele excluse din recuperare în temeiul WAC 182-527-2746.

De asemenea, statul poate pune un sechestru predeces asupra proprietății dvs. imobiliare, la orice vârstă, dacă deveniți instituționalizat permanent (WAC 182-527-2734). Statul poate efectua recuperarea de pe urma unei vânzări de proprietate sau a mesei dvs. succesorală, cu excepția cazului în care:

- Soțul/soția locuiește pe proprietate;
- Fratele/sora locuiește pe proprietate, este coproprietar și îndeplinește anumite condiții.
- Copilul locuiește pe proprietate și este nevăzător/are dizabilități; sau
- Copilul locuiește pe proprietate și nu a împlinit vârsta de 21 de ani.

Puteți regăsi o listă cu serviciile supuse recuperării costurilor prin intermediul unui sechestru predeces în temeiul WAC 182-527-2734.

Este posibil să fiți limitat la un furnizor de servicii medicale, farmacie și/sau spital dacă solicitați servicii medicale inutile de la furnizori.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទេវលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ພຣິໄດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨੁਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጉምቲን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፤ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

Cerere pentru asigurare de sănătate Apple Health în Washington, pentru persoane în vârstă, nevăzători sau persoane cu dizabilități/servicii și programe de asistență pe termen lung

1

Numele aplicantului și informații de contact

Prenume (propria persoană)

M.I.

Nume

Număr cod client (dacă este cazul)

Semnătura solicitantului sau a reprezentantului autorizat

Adresa unde locuiți (obligatoriu)

District

Oraș

Stat

Cod poștal

Bifați această casetă în cazul în care nu aveți o adresă fizică

Adresa poștală (dacă este diferită)

District

Oraș

Stat

Cod poștal

Număr de telefon principal

Telefon mobil

E-mail

Dacă locuiți într-o instituție medicală, menționați numele și adresa instituției medicale, dacă nu corespund cu cele de mai sus:

Numele instituției medicale

Adresa instituției medicale

District

Oraș

Stat

Cod poștal



18005

Negru sau afro-american	Hawaiian	Altă rasă
Cambodgian	Japonez	Samoaan

_____ Nume (primul prenume, al doilea prenume, nume de familie)	_____ Sex atribuit la naștere	_____ Relația cu dvs.?	_____ Data nașterii
--	----------------------------------	---------------------------	------------------------

_____ Numărul de asigurare socială (SSN)*	Doriți acoperire medicală pentru această persoană?	Da	Nu
--	--	----	----

Statut de cetățean sau necetățean: **(selectați o variantă)**

Cetățean american	Da	Nu	Rezident în Washington	Da	Nu
-------------------	----	----	------------------------	----	----

Sunteți de origine hispanică, latinoamericană sau spaniolă? (OPȚIONAL)

Cubanez	Mexican/mexican american/chicano	Non-spaniol/hispanic
Alt spaniol/hispanic	Portorican	

Rasă (OPȚIONAL – selectați până la cinci variante care se aplică)

Amerindian sau indigen din Alaska	Chinez	Coreean	Thailandez
Asiatic	Filipinez	Laoțian	Vietnamez
Indian asiatic	Guamanian	Alt locuitor asiatic/din insulele din Pacific	Alb
Negru sau afro-american	Hawaiian	Altă rasă	
Cambodgian	Japonez	Samoaan	

_____ Nume (primul prenume, al doilea prenume, nume de familie)	_____ Sex atribuit la naștere	_____ Relația cu dvs.?	_____ Data nașterii
--	----------------------------------	---------------------------	------------------------

_____ Numărul de asigurare socială (SSN)*	Doriți acoperire medicală pentru această persoană?	Da	Nu
--	--	----	----

Statut de cetățean sau necetățean: **(selectați o variantă)**

Cetățean american	Da	Nu	Rezident în Washington	Da	Nu
-------------------	----	----	------------------------	----	----

Sunteți de origine hispanică, latinoamericană sau spaniolă? (OPȚIONAL)

Cubanez	Mexican/mexican american/chicano	Non-spaniol/hispanic
Alt spaniol/hispanic	Portorican	

Rasă (OPȚIONAL – selectați până la cinci variante care se aplică)

Amerindian sau indigen din Alaska	Chinez	Coreean	Thailandez
Asiatic	Filipinez	Laoțian	Vietnamez
Indian asiatic	Guamanian	Alt locuitor asiatic/din insulele din Pacific	Alb
Negru sau afro-american	Hawaiian	Altă rasă	
Cambodgian	Japonez	Samoan	

Nume (primul prenume, al doilea prenume, nume de familie) Sex atribuit la naștere Relația cu dvs.? Data nașterii

Numărul de asigurare socială (SSN)* Doriți acoperire medicală pentru această persoană? Da Nu

Statut de cetățean sau necetățean: (selectați o variantă)

Cetățean american Da Nu Rezident în Washington Da Nu

Sunteți de origine hispanică, latinoamericană sau spaniolă? (OPȚIONAL)

Cubanez Mexican/mexican american/chicano Non-spaniol/hispanic
Alt spaniol/hispanic Portorică

Rasă (OPȚIONAL – selectați până la cinci variante care se aplică)

Amerindian sau indigen din Alaska	Chinez	Coreean	Thailandez
Asiatic	Filipinez	Laoțian	Vietnamez
Indian asiatic	Guamanian	Alt locuitor asiatic/din insulele din Pacific	Alb
Negru sau afro-american	Hawaiian	Altă rasă	
Cambodgian	Japonez	Samoan	

Nume (primul prenume, al doilea prenume, nume de familie) Sex atribuit la naștere Relația cu dvs.? Data nașterii

Numărul de asigurare socială (SSN)* Doriți acoperire medicală pentru această persoană? Da Nu

Statut de cetățean sau necetățean: (selectați o variantă)

Cetățean american Da Nu Rezident în Washington Da Nu

Sunteți de origine hispanică, latinoamericană sau spaniolă? (OPȚIONAL)

Cubanez Mexican/mexican american/chicano Non-spaniol/hispanic
Alt spaniol/hispanic Portorică

Rasă (OPȚIONAL – selectați până la cinci variante care se aplică)

Amerindian sau indigen din Alaska	Chinez	Coreean	Thailandez
Asiatic	Filipinez	Laoțian	Vietnamez
Indian asiatic	Guamanian	Alt locuitor asiatic/din insulele din Pacific	Alb
Negru sau afro-american	Hawaiian	Altă rasă	
Cambodgian	Japonez	Samoaan	

*HCA nu transmite aceste informații niciunei agenții de imigrare în scopul aplicării legii privind imigrația. Lăsați acest câmp necompletat dacă nu aveți un SSN.

6

Informații generale

- În ultimele 30 de zile, eu, soțul/soția sau cineva din familia mea a primit acoperire medicală de la alt stat, trib sau din altă sursă?
Da Nu Dacă da, explicați _____
- Eu, soțul/soția 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? _____
- Eu, soțul/soția sau o persoană din familia mea este un imigrant sponsorizat?
Da Nu Dacă da, cine? _____
- Eu, soțul/soția sau o persoană din gospodăria mea sau cineva din locuința mea am/a servit în Forțele armate SUA, Garda Națională sau Rezerve ori a fost o persoană dependentă sau soțul/soția unei persoane care a servit:
Da Nu Dacă da, cine? _____
- Am o persoană în întreținere și nu am inclus încă în formularul de cerere toate persoanele care locuiesc cu mine?
Da Nu Dacă da, enumerați numele persoanei în întreținere din punct de vedere fiscal _____

- Sunt: Celibatar(ă) Căsătorit(ă) și locuiesc cu soțul/soția Căsătorit(ă), dar locuind separat de soț/soție
Divorțat(ă) Văduv(ă) Într-un parteneriat casnic înregistrat Despărțiți legal

7

Venit de la locul de muncă sau al persoanelor fizice autorizate (Atașați dovada)

Venitul câștigat reprezintă banii obținuți de la locul de muncă sau de persoanele fizice autorizate, câteva exemple* includ

Locul de muncă:

- Remunerațiile, salariile sau bacșișurile cu privire la care sunt reținute impozitele federale pe venit în Formularul W-2, caseta 1
- Bonusuri și comisioane.
- Plăți pentru plan de pensii.
- Venitul de la un loc de muncă unde angajatorul dvs. nu a reținut taxa la sursă (precum o activitate de economie la cerere)
- Conducerea unei mașini pentru curse sau livrări rezervate
- Efectuarea de comisioane sau de sarcini
- Vânzări de bunuri online
- Furnizarea de servicii de creație și profesionale
- Furnizarea altor activități temporare, la cerere sau efectuate de liber-profioniști
- Beneficii de pe urma unei greve sindicale

Liber profesionist:

- Propriu sau operarea unei afaceri
- Propriu sau operarea unei ferme
- Preot sau membru al unui ordin religios
- Angajat legal sau care realizează venituri

***Sursă: [irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables](https://www.irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables)**

1. Eu, soțul/soția sau o persoană pentru care aplic am/are un venit din activitate profesională Da Nu Dacă răspunsul este da, completați această secțiune.

2. _____
Cine câștigă acest venit: Numele angajatorului Numărul de telefon al angajatorului

_____ Acest loc de muncă este de tipul persoană fizică autorizată? Da Nu

Data de început
Sumă brută primită (sumă în dolari înainte de deduceri) _____pe: Oră Săptămână
Două săptămâni De două ori pe lună Lună

_____ Ore pe săptămână Date de plată (de ex. 1 și 15 sau în fiecare vineri)

3. _____
Cine câștigă acest venit: Numele angajatorului Numărul de telefon al angajatorului

_____ Acest loc de muncă este de tipul persoană fizică autorizată? Da Nu
Data de început

Sumă brută primită (sumă în dolari înainte de deduceri) _____pe: Oră Săptămână
Două săptămâni De două ori pe lună Lună

8

Alte venituri (folosiți pentru toți membrii familiei) (dovada atașată)

1. Exemple de alte venituri sunt:

- Pensie alimentară pentru copii sau întreținerea soțului/soției
- Beneficii pentru educație (împrumuturi pentru studenți, sume nerambursabile, plăți Work-Study)
- Venituri din jocuri de noroc
- Cadouri (asistență în numerar/ tichete cadou)
- Participații/dividende
- Labor and Industries (L&I)
- Beneficii de la căile ferate
- Venituri din închirieri
- Pensie sau fonduri de pensie
- Contracte de vânzare/bilete la ordin
- Asigurare socială
- Venit social suplimentar (SSI)
- Venit tribal
- Fonduri fiduciare
- Beneficii de șomaj
- Administrația Veteranilor (VA) sau beneficii militare
- Altele

2. Enumerați alte venituri pe care dvs. soțul/soția sau orice persoană pentru care aplicați le primiți:

_____ Alt tip de venituri Cine primește venitul Suma lunară brută Cine primește venitul Suma lunară brută

_____ Alt tip de venituri Cine primește venitul Suma lunară brută Cine primește venitul Suma lunară brută

_____ Alt tip de venituri Cine primește venitul Suma lunară brută Cine primește venitul Suma lunară brută

_____ Alt tip de venituri Cine primește venitul Suma lunară brută Cine primește venitul Suma lunară brută

_____ Alt tip de venituri Cine primește venitul Suma lunară brută Cine primește venitul Suma lunară brută

3. Eu, soțul/soția sau o persoană din familia mea primim venit dintr-o investiție cu anuitate? Da Nu

_____	_____	_____	_____	_____
Cine deține anuitatea	Compania sau instituția	Sumă sau valoare	Venit lunar	Data achiziției
_____	_____	_____	_____	_____
Cine deține anuitatea	Compania sau instituția	Sumă sau valoare	Venit lunar	Data achiziției

9

Cheltuieli cu locuința (atașați dovada dacă aplicați pentru LTSS)

Chirie Ipotecă Chirie pentru spații Asig. pentru proprietarii de locuințe Taxe pe proprietate Alte cheltuieli

Primiți ajutor din partea unei alte persoane sau agenții, de tipul locuințelor sociale care plătește integral sau o parte din aceste cheltuieli?

Da Nu Dacă da, cine? _____

10

Deduceri

1. Eu, soțul/soția sau o persoană în numele căreia aplic plătesc/plătește sau se presupune că plătesc/plătește:

_____	_____	_____
Îngrijirea unui copil sau a unui adult în întreținere	Suma lunară	Cine plătește
_____	_____	_____
Pensie alimentară pentru un copil încredințat prin hotărâre judecătorească	Suma lunară	Cine plătește
_____	_____	_____
Onorarii plătitor	Suma lunară	Cine plătește
_____	_____	_____
Onorarii tutore	Suma lunară	Cine plătește
_____	_____	_____
Onorarii avocați stabilite prin decizie judecătorească	Suma lunară	Cine plătește
_____	_____	_____
Cheltuieli medicale recurente (includeți Medicare sau alte prime de asigurare medicală pe care le plățiți)	Suma lunară	Cine plătește

2. Eu, soțul/soția sau o persoană pentru care aplic dețineți cheltuieli medicale?

_____	_____	_____	_____
Tip de cheltuielă medicală	Data la care a apărut	Suma deținută	Cine le deține
_____	_____	_____	_____
Tip de cheltuielă medicală	Data la care au apărut	Sumă datorată	Cine le deține
_____	_____	_____	_____
Tip de cheltuielă medicală	Data la care au apărut	Sumă deținută	Cine le deține

3. Eu, soțul/soția sau o persoană pentru care aplic am/are o dizabilitate și lucrez/lucrează și am/are cheltuieli care permit angajarea? Acestea sunt cheltuieli de lucru legate de dizabilități (IRWE):

Da Nu Dacă da, oferiți suma IRWE _____

11

Resurse (atașați dovada)

(Omiteți această secțiune dacă aplicați doar pentru Programele de economii Medicare (MSP) sau Apple Health pentru lucrători cu dizabilități (HWD))

1. O resursă este orice lucru pe care îl dețineți sau îl cumpărați și care poate fi vândut, comercializat sau convertit în numerar sau bani deținuti de alte persoane. O resursă nu include proprietatea personală cum ar fi mobilă, bunurile din gospodărie sau haine. Exemple de resurse sunt:

- Bani în numerar
- Conturi de checking
- Conturi de economii
- CD-uri
- Cont pe piața monetară
- Obligațiuni economii
- Obligațiuni
- Fonduri mutuale
- Acțiuni
- Anuități
- Fonduri fiduciare
- IRA
- 401K
- Fond de pensie
- Locuințe, inclusiv cea în care trăiți
- Fonduri de înmormântare
- Condominium
- Teren
- Contracte de vânzări
- Clădiri
- Proprietăți imobiliare
- Asigurare de viață
- Planuri de înmormântare preplătite
- Fonduri pentru colegiu
- Time-share
- Echipamente comerciale
- Utilaje agricole
- Efective de animale

2. Enumerați resursele pe care dvs. soțul/soția sau orice persoană pentru care aplicați le dețineți sau le cumpărați:

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tip de resursă	Cine le deține	Locație	Valoare	Cine le deține	Locație	Valoare
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tip de resursă	Cine le deține	Locație	Valoare	Cine le deține	Locație	Valoare
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tip de resursă	Cine le deține	Locație	Valoare	Cine le deține	Locație	Valoare
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tip de resursă	Cine le deține	Locație	Valoare	Cine le deține	Locație	Valoare

3. Eu, soțul/soția sau o persoană pentru care aplic avem mașini, camionete, furgonete, bărci, RV, remorci sau alte vehicule cu motor:

_____	_____	_____	_____
Anul (de ex. 2010)	Marca (de ex., Ford)	Model (de ex., Escort)	Suma deținută
_____	_____	_____	_____
Selectați dacă este în leasing	Selectați dacă se utilizează în scopuri medicale		
_____	_____	_____	_____
Anul (de ex. 2010)	Marca (de ex., Ford)	Model (de ex., Escort)	Suma deținută
_____	_____	_____	_____
Selectați dacă este în leasing	Selectați dacă se utilizează în scopuri medicale		

12

Resurse LTSS suplimentare (Completați doar dacă aplicați pentru servicii LTSS)

1. Eu, soțul/soția sau o persoană în numele căreia aplic deținem sau cumpărăm o locuință care este reședință principală:

_____	_____	_____
Adresa proprietății	Valoarea actuală (conform evaluatorului)	Sume din împrumuturi datorate pentru proprietate
_____	_____	_____
Adresa proprietății	Valoarea actuală (conform evaluatorului)	Sume din împrumuturi datorate pentru proprietate

2. Eu, soțul/soția sau cineva pentru care aplic am vândut, tranzacționat, înstrăinat sau transferat o resursă în ultimii cinci ani (inclusiv proprietate, fonduri fiduciare, vehicule, bani în numerar sau proprietăți imobiliare)? Da Nu Dacă răspunsul este da, completați următoarele: (atașați foi suplimentare, dacă este necesar)

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

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

13

Asigurare de îngrijire pe termen lung (Nu este necesară pentru Programele de economii Medicare)

Eu/noi am/avem asigurare medicală pe termen lung? Da Nu Aceasta este o poliță de parteneriat LTC (LTCP) calificată?
Da Nu

Dacă răspunsul este da, vă rugăm să menționați numele companiei de asigurări și pe cine protejează polița:

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

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

Pentru a include comentarii suplimentare în legătură cu această cerere, atașați o foaie cu informațiile respective.

14

Informații privind reprezentantul autorizat

Un reprezentant autorizat este un adult care cunoaște suficient de bine situația familiei și este autorizat de familie să acționeze în numele acesteia în scopuri de eligibilitate.

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

- Semna cererea în numele dvs.;
- Primi notificări legate de cererea depusă și contul dvs. și
- Acționa în numele dvs. în toate problemele legate de cererea și contul dvs.

1. Desemnați un reprezentant autorizat? Da Nu

2. Doriți ca un reprezentant autorizat să primească notificări legate de cererea și contul dvs.? Da Nu

3. Acest reprezentat autorizat deține calitatea de tutore legal

Da Nu Dacă da, pentru cine: _____

4. Acest reprezentat autorizat deține un mandat?

Da Nu Dacă da, pentru cine: _____

Nume reprezentant autorizat / organizație

Număr de telefon

Adresă de e-mail

Adresa poștală a reprezentantului autorizat

Rambursarea acoperirii medicale și a costurilor de îngrijire pe termen lung către stat:

Conform legii, statul Washington poate recupera costurile pe care le-a plătit din masa dvs. succesorală prin Recuperarea din masa succesorală (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 și Capitolul 182-527 WAC). Recuperarea masei succesoriale nu se produce decât după decesul dvs., al soțului supraviețuitor, dacă există, iar copiii supraviețuitori au vârsta de cel puțin 21 de ani.

De asemenea, nu se produce dacă un copil supraviețuitor este nevăzător/are dizabilități la momentul decesului dvs.

Costurile recuperabile includ:

Anumite servicii și programe de asistență pe termen lung Washington Apple Health, dacă aveți vârsta de cel puțin 55 de ani la momentul la care ați beneficiat de servicii;

Anumite servicii cu finanțare doar de la stat, indiferent de vârsta dvs. la momentul la care ați beneficiat de servicii.

Puteți regăsi o listă cu serviciile supuse recuperării costurilor în temeiul WAC 182-527-2742. Puteți regăsi o listă cu activele excluse din recuperare în temeiul WAC 182-527-2746.

De asemenea, statul poate pune un sechestru predeces asupra proprietății dvs. imobiliare, la orice vârstă, dacă deveniți instituționalizat permanent (WAC 182-527-2734). Statul poate efectua recuperarea de pe urma unei vânzări de proprietate sau a mesei dvs. succesoriale, cu excepția cazului în care:

- Soțul/soția locuiește pe proprietate;
- Fratele/sora locuiește pe proprietate, este coproprietar și îndeplinește anumite condiții.
- Copilul locuiește pe proprietate și este nevăzător/are dizabilități; sau
- Copilul locuiește pe proprietate și nu a împlinit vârsta de 21 de ani.

Puteți regăsi o listă cu serviciile supuse recuperării costurilor prin intermediul unui sechestru predeces în temeiul WAC 182-527-2734.

Atribuirea drepturilor și colaborarea:

Înțelegeți că atribuiți plățile făcute de terțe părți pentru îngrijire medicală Statului Washington când primiți 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 soț sau părinte cu care nu mai locuiți). Abonatul la acel plan de asigurare ar putea primi informații 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 puteți cere să nu solicităm plăți de la terți pentru îngrijirea medicală.

Dezvăluire privind anuitatea:

Dacă dvs. sau soțul/soția dvs. participați/participă într-o anuitate și acceptați beneficiile Washington Apple Health (Medicaid) Long Term Care, trebuie să numiți Statul Washington ca fiind un beneficiar restant al anuității.

Drepturi de audiere administrativă:

Dacă nu sunteți de acord cu o decizie pe care am luat-o în privința acoperirii dvs. medicale sau a serviciilor medicale pe termen lung, aveți dreptul să contestați decizia prin intermediul unui proces de audiere administrativă. Puteți cere, de asemenea, unui supervisor sau unui administrator să analizeze decizia sau acțiunea contestată fără afectarea drepturilor dvs. la o audiere administrativă.

Înțeleg că informațiile pe care le furnizez pentru a aplica pentru sau a reînnoi asistența vor fi supuse verificării de către oficialii federali și statali pentru a stabili dacă sunt corecte. Autorizez Autoritatea din domeniul sănătății a Statului Washington (HCA) și Departamentul de servicii sociale și de sănătate (DSHS) să desfășoare verificarea activelor pentru a stabili eligibilitatea mea și pentru a verifica exactitatea informațiilor mele financiare. Înțeleg că HCA și DSHS pot investiga și contacta orice instituție financiară ca parte din procesul de verificare a activelor. Înțeleg că această autorizație se încheie când se ia o decizie finală negativă cu privire la cererea mea, când se încheie eligibilitatea mea pentru beneficii sau dacă voi revoca această autorizație în orice moment, printr-o notificare în scris transmisă către HCA sau DSHS. Dacă îmi voi revoca sau refuza să transmit autorizarea, înțeleg că nu voi fi eligibil pentru niciun program Medicaid Washington Apple Health pentru persoane în vârstă, nevăzători sau persoane cu dizabilități (referitor la SSI).

Revocarea sau refuzul de a autoriza verificarea activelor nu afectează eligibilitatea pentru programele de asistență personalizată pentru adulți în vârstă (TSOA).

Departamentul oferă servicii de înregistrare a alegătorilor, inclusiv înregistrarea automată a alegătorilor.

Depunerea unei cereri de înregistrare sau refuzul înregistrării nu va afecta serviciile sau nivelul beneficiilor pe care le puteți primi din partea acestei agenții. Dacă doriți ajutor la completarea formularului de înregistrare a alegătorilor, vă vom oferi ajutor. Decizia de a solicita sau accepta ajutor vă aparține. Puteți completa formularul de înregistrare a alegătorilor în privat. Dacă credeți că cineva a influențat dreptul dumneavoastră de a vă înregistra sau de a refuza înregistrarea în vederea votului, dreptul dumneavoastră la confidențialitate în privința deciziei de a vă înregistra sau a depune o cerere pentru a vă înregistra pentru alegeri sau dreptul dumneavoastră de a alege propriul partid politic sau o altă preferință politică, puteți să depuneți o reclamație la Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, să trimiteți un e-mail la elections@sos.wa.gov sau să sunați la 1-800-448-4881.

Doriți să vă înregistrați pentru a vota sau să vă actualizați înregistrarea ca alegător? Da Nu

Dacă nu bifați niciuna dintre cele două casete, vom considera că ați decis în prezent să nu vă înregistrați ca alegător, cu condiția să nu fiți eligibil(ă) și să nu refuzați înregistrarea automată ca alegător.

Cu condiția să nu fi bifat „Nu” mai sus, puteți fi eligibil(ă) pentru înregistrarea automată ca alegător. Sunteți eligibil(ă) pentru înregistrarea automată ca alegător dacă veți avea vârsta de peste 18 ani la următoarele alegeri, dacă aveți cetățenia americană și dacă DSHS are numele, adresa dvs. de domiciliu și adresa poștală, data nașterii, verificarea informațiilor privind cetățenia și semnătura dvs. care confirmă veridicitatea informațiilor furnizate în această cerere.

Doriți să fiți înregistrat automat ca alegător? Da Nu

Dacă ați bifat căsuța marcată cu „Da” sau nu ați marcat niciuna dintre casete și îndepliniți cerințele de eligibilitate pentru înregistrarea automată a alegătorilor, DSHS va trimite informațiile dvs. către Secretarul de stat și vă va înregistra automat ca alegător.

Pentru a partaja comentarii sau a include mai multe informații, atașați o foaie suplimentară.

Am citit și am înțeles informațiile din această cerere. Declar, sub pedeapsa de sperjur în conformitate cu legile Statului Washington, că informațiile pe care le-am furnizat în această cerere, inclusiv informațiile privind cetățenia și statutul de imigrant al membrilor care aplică pentru beneficii sunt adevărate, corecte și complete din cunoștințele mele.

Semnătura clientului

Număr de telefon

Data

Semnătura soțului/soției

Număr de telefon

Data

Semnătura părintelui pentru clientul copil minor

Număr de telefon

Data

Semnătura reprezentantului autorizat sau a asistentului

Număr de telefon

Data