

**资格覆审
长期照护服务福利
ELIGIBILITY REVIEW
FOR LONG TERM CARE BENEFITS**

当事人姓名（名、中间名缩写、姓）		当事人的个案号码	
当事人的地址	城市	州	邮政编码
当事人的邮寄地址	城市	州	邮政编码
当事人的电话号码	当事人的邮箱		
获授权的代表			
获授权的代表系指获得您允许而与社会福利服务部(DSHS)讨论您的福利事宜之人士。您可以委派某人作您的代表，但不要求您必须这样做。您是否有一位获授权的代表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
获授权代表之姓名	与您的关系		
获授权代表之邮寄地址	城市	州	邮政编码
电话号码	邮箱		
个案当事人的经济来源 (请随附凭证)			
	金额/价值	所在地点	
由护养院/设施持有的账户	\$		
手头现金（现金）	\$		
支票账户	\$		
储蓄账户	\$		
其它的银行账户	\$		
人寿/丧葬保险	\$		
丧葬基金	\$		
年金	\$		
住宅或其它财产	\$		
其它 — 车辆、信托基金、股票、债券、共同基金、存款单：（请列明如下）			
	\$		
	\$		
在过去五年里，您是否已出售、卖掉或赠送您的钱财、住宅、财产或其它收入来源？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是这样，请填写下列内容：			
类别	接受人	金额	财产转让日期
		\$	
		\$	



个案当事人的收入 (请随附凭证)		金额
社会安全保险福利		\$
退休金/养老金/年金		\$
其它 — 退伍军人福利金、劳工与工商保险金、供养费、股息、挣得收入、租金或季度收入。 (请列明如下)		
		\$
		\$
		\$
个案当事人的医疗费用 (请随附凭证)		金额
健康和/或长期护理保险费 (请列明保险提供者)		\$
尚未付清的医疗费用账单 (请列明)		\$
		\$
配偶/家庭收入 (请随附凭证)		金额
社会安全保险福利		\$
退休金/养老金/年金		\$
其它 — 退伍军人福利金、挣得收入、利息、股息、劳工与工商保险金、租金或季度收入。(请列明如下)		
		\$
		\$
		\$
配偶/家庭住房开支 (请随附凭证)		金额
房租/抵押贷款		\$
房地产税/住宅保险		\$
公用事业费		\$
其它 — 评估、共管式独立产权私人公寓或共同管理费、场地租赁等		\$
声明与签名		
<p>本人已经阅读或已由他人向我说明本人的有关权利和责任，并收到一份个案当事人权利与责任书，HCA 18-003。本人已经阅读或已由他人向我说明并且理解资格覆审表格正反两面的内容。社会福利服务部(DSHS)可协助获取我所需要的任何凭证，或者为获得此类凭证而与其他人员、机构或金融机构联系。如果我获取年金利息，我必须指定华盛顿州作为剩余财产受益人。本人特此声明，据我所知，我在此资格覆审表格中所提供的信息属实、正确且完整。若有不实之词，愿受伪证罪处罚。</p>		
个案当事人之签名	电话号码	日期
协助人之签名	电话号码	日期
授权代表/协助人之签名	电话号码	日期