

## SINTESI DEI DATI PER L'AMMISSIONE A PRESTAZIONI DI ASSISTENZA A LUNGO TERMINE ELIGIBILITY REVIEW FOR LONG TERM CARE BENEFITS

NOME DEL CLIENTE (Nome, iniziale secondo nome, cognome)		NUMERO ID CLIENTE	
INDIRIZZO CLIENTE	LOCALITÀ	STATO	C.A.P.
INDIRIZZO POSTALE DEL CLIENTE	LOCALITÀ	STATO	C.A.P.
NUMERO DI TELEFONO DEL CLIENTE	E-MAIL DEL CLIENTE		
<b>RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO</b>			
Per rappresentante autorizzato si intende la persona con la quale acconsente che DSHS parli in relazione alle prestazioni che le riguardano. Può nominare una persona, ma non è obbligatorio. Ha un rappresentante autorizzato? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
NOME DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO		RELAZIONE	
INDIRIZZO POSTALE DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO	LOCALITÀ	STATO	C.A.P.
NUMERO DI TELEFONO	E-MAIL		
<b>RISORSE DEL CLIENTE (Allegare la documentazione di prova)</b>			
	IMPORTO / VALORE	DOVE	
Conto detenuto dalla Casa/Struttura di cura	\$		
Denaro disponibile (contanti)	\$		
Conti correnti	\$		
Conti di risparmio	\$		
Altri conti bancari	\$		
Assicurazioni vita/funerale	\$		
Fondi per funerale	\$		
Rendite annue	\$		
Proprietà casa o altro	\$		
Altro: veicoli, fondi fiduciari, azioni, obbligazioni, fondi comuni di investimento, certificati di deposito: (Elencare di seguito)			
	\$		
	\$		
Ha venduto, negoziato o ceduto denaro, casa, proprietà o altri beni di sua proprietà negli ultimi cinque anni? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, compilare di seguito:			
TIPO	A CHI	IMPORTO	DATA TRASFERIMENTO
		\$	
		\$	



<b>REDDITO DEL CLIENTE</b> <i>(Allegare la documentazione di prova)</i>		IMPORTO
Prestazioni di previdenza sociale		\$
Congedo/Pensione/Rendita annua		\$
Altro: prestazioni per veterani, L&I, alimenti, dividendi, utili, affitto o reddito trimestrale. (Elencare di seguito)		
		\$
		\$
		\$
<b>SPESE MEDICHE DEL CLIENTE</b> <i>(Allegare la documentazione di prova)</i>		IMPORTO
Premi assicurativi per la salute e/o LTC (assistenza a lungo termine) (Indicare il fornitore)		\$
Conti medici non pagati (Indicare)		\$
		\$
<b>REDDITO CONIUGE/FAMIGLIA</b> <i>(Allegare la documentazione di prova)</i>		IMPORTO
Prestazioni di previdenza sociale		\$
Congedo/Pensione/Rendita annua		\$
Altro: prestazioni per veterani, utili, interessi, dividendi, L&I, affitto o reddito trimestrale. (Elencare di seguito)		
		\$
		\$
		\$
<b>SPESE ABITATIVE CONIUGE/FAMIGLIA</b> <i>(Allegare la documentazione di prova)</i>		IMPORTO
Affitto/Mutuo ipotecario		\$
Imposte sulla proprietà/Assicurazione sulla casa		\$
Utenze		\$
Altro: Valutazioni, quote condominiali o cooperative, affitto spazio, ecc.		\$
<b>DICHIARAZIONE E FIRMA/E</b>		
<p>Ho letto o mi sono stati spiegati i miei diritti e i miei doveri e ho ricevuto una copia del modulo Diritti e doveri del cliente, HCA 18-003. Ho letto o mi sono stati spiegati e ho compreso le informazioni presenti su entrambe le facciate del presente modulo Sintesi dei dati per l'ammissione. DSHS può fornire aiuto per ottenere ogni giustificativo di cui ho bisogno o per contattare altre persone, agenzie o istituzioni finanziarie a tale scopo. Se sono titolare di un interesse in una rendita annua, devo nominare lo Stato di Washington come beneficiario sostituto. Dichiaro, sotto pena di falsa attestazione, che le informazioni che ho fornito in questa sintesi, in base alle mie conoscenze, sono vere, corrette e complete.</p>		
FIRMA DEL CLIENTE	NUMERO DI TELEFONO	DATA
FIRMA DELL'ASSISTENTE	NUMERO DI TELEFONO	DATA
FIRMA DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO/ASSISTENTE	NUMERO DI TELEFONO	DATA