



**Безотзывный Захоронение фонд
Резерв по SSI связанной
здравоохранения
Irrevocable Burial Fund Provision for SSI
Related Healthcare**

НАИМЕНОВАНИЕ ДЕЛА
НОМЕР ДЕЛА

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОДАТЕЛЯ ЗАЯВЛЕНИЯ / ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОМОЩИ	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЛИЦА, ДЕЛАЮЩЕГО УТВЕРЖДЕНИЕ (ЕСЛИ ОТЛИЧНО ОТ ВЫШЕНАЗВАННОГО ПОДАТЕЛЯ ЗАЯВЛЕНИЯ / ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОМОЩИ)	РОДСТВЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Я понимаю, что программа Medicaid позволяет отложить некоторые средства на похороны. Средства могут быть зачислены на возвращаемый либо безвозвратный счет. (Если средства зачислены на возвращаемый счет, заполните, пожалуйста, форму 14-539.) Я настоящим удостоверяю следующее:

У меня есть следующие средства, которые отложены на возвращаемом счету:

\$ _____ для меня \$ _____ для моей (-его) супруги (-а)

Эти средства хранятся:

В безвозвратном счете племени*

Безвозвратном полисе страхования жизни, номер полиса:** _____

Иное (укажите):** _____

*Представитель племени должен заполнить внизу отдел, касающийся племени.

**Предоставьте отделу DSHS уточнение или доказательства документов безвозвратного полиса страхования жизни, контракты с похоронным агентством или другие документы Безвозвратные средства на похороны с этой формой.

ПЛЕМЯ, СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ИЛИ ПОХОРОННОЕ АГЕНТСТВО, ГДЕ НАХОДЯТСЯ СРЕДСТВА:

НАИМЕНОВАНИЕ / ИМЯ И ФАМИЛИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
УЛИЦА ИЛИ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Я понимаю, что обязан (-а) сообщать в Департамент социального обеспечения и здравоохранения о следующем:

- О всех дополнительных вкладах на счет или в фонд;
- О всех покупках или подарках в виде других планов страхования жизни, контрактов на захоронение, наличных денег, прочее.

Я понимаю, что могу подвергнуться уголовному преследованию за преднамеренное ложное заявление. Я заявляю под угрозой наказания за лжесвидетельство, что изложенные в настоящем документе сведения являются правдивыми.

ПОДПИСЬ ЛИЦА, ДЕЛАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ (ИМЯ, ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ ИЛИ ОТЧЕСТВА, ФАМИЛИЯ). ПИШИТЕ ЧЕРНИЛАМИ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
--	------	----------------

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПЛЕМЕНИ

Я утверждаю, что особа (ы), упомянутая (ые) выше, внесла(и) средства на безвозвратный счет племени. Средства, которые отложены, являются:

- В разумных пределах основанными на предполагаемом материальном благосостоянии данного(ых) члена(ов) племени.
- Недоступными для члена (ов) племени при любой потребности, за исключением похорон.
- В сумме, указанной выше.

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЛЕМЕНИ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
-------------------------------	------	----------------