

KWESTIONARIUSZ WERYFIKACJI UPRAWNIEN DO ŚWIADCZEŃ

A. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY SPRAWA			
Imię i nazwisko rodowe	Data urodzenia	Nr ubezpieczenia społecznego	
Miejsce urodzenia (miasto i stan; należy załączyć kopię aktu urodzenia)		Weteran Armii USA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Stan cywilny	Imię i nazwisko współmałżonka	Data i miejsce zawarcia małżeństwa/rozvodu	
Obywatelstwo USA <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE W przypadku odpowiedzi NIE należy dołączyć dowód nadania numeru A, datę wjazdu i miejsce wjazdu do USA. Należy załączyć kopię obu stron zezwolenia na zatrudnienie lub karty stałego pobytu lub innego dokumentu wyjaśniającego obecny status imigracyjny osoby, której dotyczy sprawa.			
Czy osoba, której dotyczy sprawa posiada wyznaczonego przez sąd opiekuna lub zastępcę prawnego, rezerwowego opiekuna, kuratora lub komisję opiekuńczą? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE W przypadku odpowiedzi TAK należy podać imię, nazwisko i adres (należy załączyć kopie dokumentów prawnych):			
Jeśli osoba, której dotyczy sprawa nie ukończyła 21 lat – czy mieszka z rodzicami? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
La personne bénéficia-t-elle de Medicaid ? <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE Si OUI : Numéro d'Identification du Client (CIN) : _____ Date d'approbation : _____ Si NON : Une demande Medicaid a-t-elle été déposée ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Si OUI, complétez les informations suivantes : Date de la demande : _____ Date du refus : _____ Raison du refus : _____			
La personne est-elle inscrite à l'exemption HCBS ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Date d'Inscription : _____ Si NON: Une demande d'exemption de HCBS a-t-elle été déposée pour la personne ? Date de la demande : _____ <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Raison du refus : _____ Date du refus : _____			
Quels services la personne reçoit-elle/demande-t-elle ? <i>Indiquez tous les services fournis par toutes les agences :</i>			
B. INFORMATIONS SUR LES REVENUS DE LA PERSONNE			
Does the person receive income from any source? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Si OUI, complétez les informations suivantes concernant toutes les sources de revenus que la personne a perçues au cours des trois derniers mois :			
Source de Revenus	Qui est le Bénéficiaire ?	Numéro de la demande	Montant Mensuel
SÉCURITÉ SOCIALE			\$
REVENU SUPPLÉMENTAIRE DE SÉCURITÉ (SSI)			\$
Autres Prestations			\$
			\$
La personne a-t-elle déjà été employée ou a-t-elle reçu un salaire (y compris un salaire provenant d'un atelier) ? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Si OUI, la personne est-elle actuellement employée ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Si OUI, complétez les informations suivantes concernant le(s) employeur(s) actuel(s), les autres employeurs et les salaires bruts mensuels au cours des 3 derniers mois.			
Employeur(s)	Adresse	Salaire Brut	

C. INFORMATIONS SUR LE PATRIMOINE DE LA PERSONNE**Ne répondez à la question suivante que si la personne résidera dans un CIF :**

La personne a-t-elle vendu, donné ou transféré des liquidités, des biens immobiliers ou d'autres actifs au cours des 60 derniers mois ?

 OUI NON

Si OUI, veuillez joindre une feuille avec des détails, y compris le type d'actif, la valeur, à qui l'actif a été cédé/donné/transféré, la date de la transaction et le montant pour lequel l'actif a été vendu.

La personne a-t-elle placé des actifs dans une fiducie ou a-t-elle effectué des décaissements à partir d'un trust établi à son profit ?

 YES NON

Si OUI, joindre une copie de l'acte de fiducie ou une feuille contenant des détails sur la fiducie, y compris la source de l'argent, le nom du fiduciaire, le lieu de la fiducie, le numéro de compte et la valeur de la fiducie.

La personne possède-t-elle un (des) compte(s) bancaire(s), un (des) compte(s) de coopérative de crédit, des certificats de dépôt, une rente, un compte 401(k), un autre compte de retraite, des actions, des obligations, des titres ou des intérêts dans des biens immobiliers ?

 OUI NON

Si OUI, veuillez joindre des copies (joignez une feuille si nécessaire pour des actifs ou des détails supplémentaires) :

	Actif 1	Actif 2
Type d'Actif		
Nom de la personne destinataire Relevés bancaires ou registres d'avoirs		
Valeur Actuelle de l'Actif		

Existe-t-il un fonds d'inhumation pour cette personne? OUI NON Si OUI, joindre une copie du relevé le plus récent.

La personne dispose-t-elle d'un contrat d'obsèques à l'avance, d'une fiducie funéraire, d'une concession funéraire ou d'autres objets destinés à l'inhumation ?

 OUI NON Si OUI, donnez des précisions (joignez une copie du contrat) :**D. REVENUS OU BIENS FUTURS DE LA PERSONNE**La personne a-t-elle un intérêt, un intérêt éventuel ou s'attend-elle à recevoir un héritage, un règlement judiciaire, un fonds fiduciaire ou un autre bien ? OUI NON

Si OUI, décrivez le bien ci-dessous (joignez une feuille avec les détails) :

E. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE VIE DE LA PERSONNELa personne bénéficie-t-elle d'une assurance vie ? OUI NON Si OUI, remplissez le formulaire suivant (joignez une copie de la police) :

Nom et Adresse de la Compagnie d'Assurance

Numéro(s) de police

Valeur
Nominale \$

Nom et Adresse de la Personne Détenant la Police

F. INFORMATION ABOUT THE PERSON'S HEALTH INSURANCELa personne a-t-elle une assurance maladie ? OUI NON **Date d'Entrée en Vigueur :** **Numéro de Demande**Assurance hospitalisation partie A OUI NONAssurance médicale partie B OUI NONRégime de médicaments sur ordonnance d
e la partie D OUI NONPlan Medicare Advantage OUI NON

Medicare Advantage Plan Name, Address and Phone Number			
Is the person covered by other health insurance? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If YES, please enclose a copy of the insurance certificate, policy, booklet or card (front and back) and complete the following:			
Insurance Company Name and Address			
Policy Number	Group Number	Other Identifier(s)	
Effective Date of Coverage	Subscriber's Name		
Name and Address of Group/Employer			
G. IDENTIFYING INFORMATION ABOUT THE PERSON'S PARENTS AND SPOUSE			
	PARENT 1	PARENT 2	SPOUSE
Full Name at Birth/Maiden Name			
Date of Birth			
Place of Birth (City, State)			
Social Security Number			
U. S. Citizen	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
U. S. Veteran If YES, provide:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Serial Number			
Claim Number			
Receiving Disability/Retirement Benefit	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Date of Disability/Retirement			
Date and Place of Death, if applicable			
H. FINANCIAL REPRESENTATIVES FOR THE PERSON			
Is there any other person(s) who has financial information about the person? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If YES, provide the information below (attach a sheet if needed):			
NAME	ADDRESS AND PHONE NUMBER		RELATIONSHIP
I. THE INFORMATION PROVIDED IS CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE			
Signature of Person Completing Form		Print Name	
Relationship to person	Date	Home phone	
Cell phone	Work phone	Email	