Washington State Health Care Authority

SSI 관련 헬스케어의 취소가능 장례준비금

Revocable Burial Fund Provision for SSI Related Healthcare

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

신청인/수령인 이름	수혜자 ID 번호
진술인의 이름(신청인/수령인이 아닐 경우)	관계

본인은 Medicaid(메디케이드)의 규정에 따라 장례(매장)비로 얼마의 돈을 따로 예탁할 수 있음을 이해합니다. 장례(매장)비 몫의 자금은 취소할 수 있는(또는 취소할 수 없는) 계좌에 적립될 수도 있습니다. (취소할 수 없는 계좌에 예탁하는 경우 14-540 양식을 사용하십시오.) 본인은 다음을 증명합니다.

☐ 본인에게는 장례(매장)비 몫으로 따로 적립해 놓은 돈이 있습니다. 아래에 제공한 정보는 진실하며 본인이 아는 대로 작성되었습니다. 장례(매장)비 적립금은 아래와 같이 지정되어 있습니다.

☐ **$** _____ 본인 ☐ **$** _____ 배우자

☐ 별도의 계좌에 적립함.

☐ 별도의 계좌에 적립하지 않음. 본 계좌에 적립되어 있는 잔금을 장례(매장)비로 사용할 것입니까?
☐ 예 ☐ 아니오

장례(매장)비 적립 방법:

☐ 은행계좌; 계좌번호: _____

☐ 보험 약관; 약관 번호: _____ 약관일: _____

☐ 기타(구체적으로 기재): _____

은행, 보험회사, 장례식장(공원묘지) 또는 기타 장례(매장)비 예탁/적립 기관:

이름	전화번호
도로 주소 시 주 우편번호	
이름	전화번호
도로 주소 시 주 우편번호	

본인은 반드시 다음의 경우 보건사회부(Department of Social and Health Services)에 보고해야 함을 알고 있습니다.

- 장례(매장)비와 관련 없이 다른 용도로 본 적립/예탁금을 사용하는 경우
- 계좌, 약관 또는 본 적립/예탁금에서 돈을 인출하거나 빌리는 경우
- 계좌 또는 본 적립/예탁금에 예금이나 예탁하는 경우
- 본인이나 본인의 배우자가 계좌에 있는 적립/예탁금의 이자를 지불받은 경우
- 다른 생명보험상품 구매 또는 선물, 매장지 계약, 현금 또는 취소할 수 없는 장례(매장)비 계좌를 설정한 경우

본인은 또한 장례(매장)비 몫으로 마련해 놓은 적립/예탁금을 장례(매장)비 외의 용도로 사용하는 경우, 사용된 총금액은 금액 인출한 달에 들어 온 소득으로 취급될 수도 있으며 이는 본인의 수혜자격에 영향을 줄 수도 있음을 이해합니다.

본인은 고의로 위증을 할 경우 형사 처벌을 받을 수 있음을 이해합니다. 본인은 위증시 처벌을 받는다는 조건하에 이 문서에 제공된 정보가 정확함을 선언합니다.

진술인의 서명(이름, 중간이름, 성 순위) 잉크펜으로 기입요	날짜	전화번호