

**Обеспечение на захоронение с
без права отзыва по программе
здравоохранения SSI**
Irrevocable Burial Fund Provision for SSI
Related Healthcare

Имя и фамилия подателя заявления / получателя помощи		Номер клиента
Имя и фамилия лица, делающего утверждение (если отлично от вышеназванного подателя заявления / получателя помощи)		Родственные отношения
<p>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:</p> <p>У меня есть следующие средства, которые отложены на безвозвратном счету:</p> <p><input type="checkbox"/> \$ _____ для меня <input type="checkbox"/> \$ _____ для моей (-его) супруги (-а)</p> <p>Эти средства хранятся:</p> <p><input type="checkbox"/> На безвозвратном счету племени*</p> <p><input type="checkbox"/> В безвозвратном полисе страхования жизни, номер полиса:** _____</p> <p><input type="checkbox"/> Иное (укажите):** _____</p> <p>*Представитель племени должен заполнить раздел, касающийся племени (ниже). **Предоставьте DSHS подтверждение безвозвратного страхования жизни, контракты с похоронным агентством или другие безвозвратные договоренности в отношении похорон с этой формой.</p>		
ПЛЕМЯ, СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ИЛИ ПОХОРОННОЕ АГЕНТСТВО, ГДЕ НАХОДЯТСЯ СРЕДСТВА:		
НАИМЕНОВАНИЕ / ИМЯ И ФАМИЛИЯ		НОМЕР ТЕЛЕФОНА
УЛИЦА ИЛИ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
<p>Я понимаю, что обязан(-а) сообщать в Департамент социального обеспечения и здравоохранения о следующем:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p>		
ПОДПИСЬ ЛИЦА, ДЕЛАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ (ИМЯ, ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ ИЛИ ОТЧЕСТВА, ФАМИЛИЯ). ПИШИТЕ ЧЕРНИЛАМИ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПЛЕМЕНИ		
<p>Я утверждаю, что лицо(-а), упомянутое(-ые) выше, внесло(-и) средства на безвозвратный счет племени. Средства, которые отложены, являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> В разумной степени соответствующими предполагаемому материальному благосостоянию данного(ых) члена(ов) племени. Недоступными для члена (ов) племени с любой целью, за исключением похорон. Отложенными в сумме, указанной выше. 		
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЛЕМЕНИ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА