Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

BURIAL FUND PROVISION SUPPLEMENTAL
SECURITY INCOME (SSI) RELATED

ケース名
ケース番号

申請者／受領者又は その他の人の報告書
STATEMENT OF APPLICANT/ RECIPIENT OR OTHER PERSON

申請者／受領者の氏名	
報告書を作成した人の氏名（上記の申請者／受領者と異なる場合）	関係

この報告書はDepartment of Social and Health Servicesに使用される事を理解し、私はここに証明します：

私はメディケアーが一定の積立金を埋葬用として除外させている事を認めていると理解します。

☐ 私は今現在埋葬用として除外する積立金を持っていません。今後、埋葬積立金として除外させる時は、文書で報告します。

☐ 私は埋葬用として除外させる積立金を持っています。下記にリストした報告を真実、且つ私の知る限りの知識をすべて使用して完成させます。私は下記に詳細した積立金を除外した埋葬金として、ここに提示します。

☐ $ _____ 自分自身用　☐ $ _____ 配偶者用

☐ 積立金は別の口座に入れてある。

☐ 8積立金は別の口座に入れてない。口座残高は埋葬金として使用される。

積立金は保留される：　☐ はい　☐ いいえ

☐ 銀行口座；口座番号 _____

☐ 保険ポリシー；ポリシー番号 _____　ポリシーの日付 _____

☐ その他（詳細） _____

積立金を保留する銀行、保険会社、葬儀調達者、親戚、友達

氏名			電話番号
住所	市	州	郵便番号
氏名			電話番号
住所	市	州	郵便番号

私はDepartment of Social and Health Servicesに下記の事を報告しなければならない事を理解します。

- 埋葬積立金を埋葬以外の目的に使用。
- 口座、ポリシー、積立金から現金を引き出し、借用。
- 口座、積立金への預金。
- 口座に積み立てて置かない、私や配偶者に支払われた利息。
- その他の生命保険、埋葬契約、現金などの購入や贈呈。

私は埋葬積立金を埋葬以外に使用した場合、使用した合計金額はその月の払戻金となり可能収入として考慮され、私の資格に影響する事を理解します。

私はメディカルプログラムのサービスに対して支払い権利を決定したり、申請書に重大事実を陳述する報告書に偽りのあるものは、誰でも連邦法、州法の下に偽証罪に問われることを理解します。この書類に提供した情報は全て真実である事を確約します。わたしはこの書類のコピーを受け取りました。

この書類を作成した人のサイン（名前、中間名イニシャル、名字）ペンで記入しなさい	日付	電話番号