Washington State Department of Social & Health Services

INTERIM ASSISTANCE REIMBURSEMENT AUTHORIZATION

PAGO INICIAL

INITIAL PAYMENT

NOMBRE DEL CASO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	NÚMERO TELEFÓNICO

DOMICILIO REAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

El término Estado significa Departamento de Servicios Sociales y de Salud.

¿A qué autorizo al Estado mediante la firma de esta autorización?

Si se determina que soy elegible para recibir los beneficios del Ingreso Suplemental de Seguro (SSI), comprendo que estoy autorizando al Comisionado de la Administración del Seguro Social (SSA) a enviar:

- Mi primer pago retroactivo de los beneficios de SSI al Estado; o bien
- Si las leyes federales restringen la manera en que se envía a mi persona el dinero de SSI, enviar al estado únicamente un monto igual al monto de asistencia pública reembolsable que recibí del Estado.

¿Cómo se le pagará al Estado la asistencia pública reembolsable que me proporcionó?

El Estado deducirá de mi primer pago retroactivo de SSI un monto igual al monto que recibí del Estado por el período que comenzó con el primer mes que fui elegible para un pago de SSI y finalizando el mes que comenzó mi pago de SSI. Si el Estado no puede detener pronto mi pago de asistencia pública, el período finaliza el mes siguiente. Si las leyes federales restringen la manera en que puedo recibir cualquier exceso de dinero, SSA enviará al Estado únicamente un monto igual al dinero que recibí del estado. El Estado no podrá deducir dinero alguno por beneficios basados completa o parcialmente en dólares federales.

¿Qué ocurre si el Estado recibe demasiado dinero?

El Estado enviará a mi persona cualquier exceso de dinero mediante una carta indicando cuánto dinero recibió el Estado dentro de un plazo de 10 días laborales después de que el Estado haya recibido el pago de SSA.

¿Qué hago si SSA envía el primer pago a mi persona?

Endosaré el cheque “payable to the State of Washington” (“a la orden del Estado de Washington”) y lo enviaré a:

STATE OF WASHINGTON
OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY (OFR), MAIL STOP 5862
PO BOX 9501
OLYMPIA WA 98507-9501

¿Por cuánto tiempo es efectiva esta autorización?

Esta autorización compromete al Estado y a mi persona durante un año calendario desde la fecha en que el Estado la recibe. Esta autorización debe estar firmada y fechada por un representante del Estado y por mí para ser una autorización válida. SSA mantendrá esta autorización en archivo durante un año.

Si presento una solicitud de SSI o ya he presentado una solicitud de SSI, esta autorización es efectiva después del año calendario hasta que:

- Reciba mi primer pago inicial de SSI; o bien
- No presente una solicitud a tiempo para la revisión y el período máximo permitido para solicitar una revisión administrativa o judicial venza; o bien
- El Estado y mi persona acordemos cancelar esta autorización.

Esta autorización no me compromete si el Estado no notifica a SSA que he firmado esta autorización dentro de un plazo de 30 días calendario desde la fecha en que firmé este formulario.

¿Esta autorización sirve como una presentación protectiva para los beneficios de SSI?

Sí, en caso de no haber presentado una solicitud de SSI y pretender presentar una, este formulario sirve como notificación de SSA que tengo 60 días para presentar una solicitud de SSI para proteger mi fecha de presentación. Si se aprueba mi solicitud, mis beneficios de SSI podrían ser efectivos a partir de la fecha en que firmé este formulario. En caso de no presentar una solicitud para los beneficios de SSI dentro de un plazo de 60 días, esta autorización deja de proteger mi fecha de presentación para SSI.

Tengo derecho a una Audiencia Imparcial si no estoy de acuerdo con alguna acción tomada por el Estado con respecto a esta autorización y al reembolso.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE DSHS	FECHA DE RECIBO POR PARTE DE DSHS