

طلب تنازل عن مشقة لا مبرر لها

معلومات شخصية		
الاسم الأخير لمقدم الطلب/المستفيد	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب/المستفيد	تاريخ ميلاد مقدم الطلب/المستفيد	
عنوان الشارع	رقم الهاتف	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
معلومات نقل الأصل		
ما هو الأصل (الأصول) التي تم نقلها؟ أوصف:	ما هي قيمة الأصل (الأصول)؟	
\$		
متى تم نقل الأصل (الأصول)؟ التاريخ (التواريخ):	ما هو مبلغ التعويض الذي تم استلامه مقابل الأصل (الأصول) المنقولة؟	
\$		
لمن يتبع الأصل (الأصول) التي تم نقلها إلى (المنقول إليه)؟	ما هي علاقة المنقول إليه بمقدم الطلب/المستفيد؟	
عنوان الشارع الخاص بالمنقول إليه	رقم الهاتف الخاص بالمنقول إليه	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
لماذا تم نقل الأصل (الأصول)؟ أشرح:		
معلومات إضافية		
إلى أي مدى يؤدي منعك من الحصول على قيمة خدمات الرعاية طويلة الأجل (LTC) إلى حرمانك من الرعاية الطبية بحيث تصبح صحتك أو حياتك عرضة للخطر أو يؤدي هذا المنع إلى الحرمان من الطعام، أو الملابس، أو الملجأ أو غيرها من أساسيات الحياة؟ أشرح:		
ما هي الإجراءات التي اتخذتها لاستعادة الأصل (الأصول) الخاصة بك؟ أدرج الاسم ورقم الهاتف الخاص بأي محام قمت بالاتصال به لمساعدتك في استعادة الأصل (الأصول) الخاصة بك؟ أشرح:		
التوقيعات		
أنا أوافق على أنه في حالة منح التنازل عن مشقة لا مبرر لها مع الموافقة على للحصول على قيمة خدمات الرعاية طويلة الأجل، فإنني سوف أتعاون مع إدارة الخدمات الإنسانية في اتخاذ أي إجراء لازم لاستعادة الأصل (الأصول).		
توقيع مُقدم الطلب/المستفيد	التاريخ	
توقيع الممثل	التاريخ	
توقيع جهة الاتصال بالمنشأة (عند الانطباق)	التاريخ	