Washington State Department of Social & Health Services

# 給付金申請書
# Application for Benefits

**このフォームを読む際あるいは記入する際に援助が必要な場合は、ご連絡下さい。**
**ご自身の記録用に本書を保管してください。**

## 給付金の申請はどのように行えばいいのですか？

- 申請書を提出するには3～6ページまでをご記入下さい。 申請書の記入を今日この場で始めるには、受付担当者にあなたの氏名、住所と3ページの署名を提出してください。もし住所がない場合は受付担当者にその旨を伝えるか、地元の事務所にご連絡下さい。
- 空欄が足りない場合は別紙を添付してください。
- 3～6ページをあなたの地元の事務所にお持ちいただくか、ご郵送下さい。 ご自身の記録用に1ページと2ページを保管してください。
- 申請書および必要な情報を迅速に記入し提出することで、より多くの給付金を、また早めに受給できる場合があります。 当機関はこの情報を連邦および州当局者と共有することがあります。

## いつから食料と現金の補助を受給できますか？

食料給付金が今すぐ必要である場合、3ページの問1～14をご記入のうえ、受付担当者までご提出下さい。

身分証明書をご提示いただき、*さらに*次のいずれかに当てはまる場合、食料補助を受ける資格があるか否かを*5日以内*に決定します。

- あなたの世帯の今月の総収入は150ドル以下で、かつ流動資産は100ドル以下である。
- あなたの世帯の収入および資産は毎月の家賃と光熱費よりも少ない。
- あなたの世帯に極貧の移民者または季節農業労働者がいる。

**あなたに受給資格がある場合、当機関が受給を認めた日の翌日に給付金が支給されます。** 食料給付金は通常当機関があなたの申請書を受理した日に開始します。
現金給付金は、通常あなたに資格があることを決定する全ての情報が揃った日に開始します。

## 公民権

連邦法、米国農務省（USDA)および保健社会福祉省（HHS）の規定により、当機関は人種、肌の色、出身国、性別、年齢、または障害による差別をすることを禁止されています。 食料配給券法および米国農務省の法令に基づき、宗教または政治的信念による差別も禁じられています。 差別に関する苦情を申し立てる際は、米国農務省または保健社会福祉省にご連絡下さい。 郵送にて、USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W.,Washington, D.C. 20250-9410までご連絡いただくか、電話(800) 795-3272 (音声) または (202) 720-6382 (TTY)をご利用ください。 郵送にてHHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410までご連絡いただくか、電話(202) 619-0403 (音声) or (202) 619-3257 (TTY)をご利用ください。
米国農務省および保険社会福祉省は、平等かつ機会均等雇用者です。

## 移民ステータスおよびソーシャルセキュリティ（社会保障）番号

あなたと同居している人が移民ステータスが原因で補助を受理できなかったとしても、その他の人の補助を受理することができる場合があります。
申請者全員のステータスを申告しなければなりません。 当機関では、合法で国内に在住していることを証明できない人を補償する医療プログラムを用意しています。

連邦法(42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6)に従い、あなたと同居している人で、メディケイド、TANFまたは食料補助を申請する人のソーシャルセキュリティ番号(SSN) を当機関に提出しなければなりません。 あなたと同居しているが、申請をしない両親および配偶者のソーシャルセキュリティ番号も必要となります。 当機関では、ソーシャルセキュリティ番号を持っていない人向けの保険プログラムを用意しています。

当機関ではソーシャルセキュリティ番号を身元や資格の確認、詐欺防止、要請の取立ての目的に使用します。 当機関はプログラムを管理し、法に順守するために他機関と情報交換をします。 また逃走中の重罪犯罪者を捕まえようとする法執行機関にこの情報を公開することがあります。

## メディケードのための公民権および身元証明

アメリカ合衆国 国民はメディケードを受理するためには公民権および身元を証明しなければなりません。 当課では証明書を入手する援助をします。
もし料金が発生する書類を必要とする場合、当機関で送り、料金を支払います。 当機関はあなたの世帯のうち、メディケア、本人の障害に基づいた障害保険（SSDI）または生活保護（SSI）を受理する人の証明は必要ありません。 証明は以下のものを含みますが、これに限られません:

| 公民権の証明書 | 身元証明書 |
|---|---|
| • アメリカ合衆国の パスポート<br>• 市民権または公民権取得の証書<br>• 写真付きの部族メンバーカード<br>• 州/郡発行のアメリカ合衆国 出生証明書 | • 州の運転免許証<br>• 写真つきの州身元証明書または軍隊Dカード<br>• アメリカ合衆国アメリカンインディアン/アラスカ原住民部族書類<br>• 16歳以下の子供の記入済みの公民権書類および身元申告表 |

## プライバシーおよび食料補助

現在の食料配給券法により、当機関は申請書に必要な情報を収集することができます。 この情報をコンピュータ照合プログラムで確認します。

| 当機関はこの情報を次の目的に使用します: | 当機関はこの情報を次の機関に公開することがあります: |
|---|---|
| • プログラムの有資格者を決定する。<br>• 食料補助の過分の支払いを収集する。<br>• プログラムの管理。<br>• 当課が法に従っていることを確認する。 | • 公的に使用する連邦および州機関。<br>• 法網をくぐるために逃走する人を追跡する法執行機関。<br>• 食料補助の過剰支払い分を収集する民間集金代行業者。 |

| 食料補助違反警告 |
|---|
| 当機関では、情報が正確であることを確認する為に、食料補助の申請者についての情報を他の連邦機関に送ります。<br>もしいかなる情報が不正確である場合、申請者は食料補助を受理できない場合があります。<br>不正確な情報と知りながらそれを提供した場合、刑法で告発されます。<br>故意的に食料補助の規則に反した際の刑罰はプログラムの資格剥奪、罰金、または場合によっては投獄もあります。 |

## 州への医療および長期ケアの支払い

- 法律の定めるところにより、あなたが55歳以上であり、またメディケードあるいは長期ケアサービスを受理している場合、DSHSはそれまでに受けた医療補助、医療サービス、または長期ケア代金の支払いをあなたの遺産（死亡時に所持している財産）から回収することがあります。 DSHSは**受理した年齢に関係なく** 受け取った州政府のみにより資金運営された長期ケアサービスの代金を回収することがあります。 これを「遺産回収（ESTATE RECOVERY）」と言います。 部族の土地は回収から免除されることがあります。
- 長期ケアサービスにはCOPES、OBRA、メディケードパーソナルケア、ナーシングホームサービス、成人用デイヘルス、民間看護養護施設サービス、4つのDDD HCBS 免除（ベーシック、ベーシックプラス、コア、そして地域保護）、そして家庭・地域サービス（Home and Community Services）および発達障害課（the Division of Developmental Disabilities）の提供する他のサービスが含まれます。
- 遺産回収はあなたおよび生存する配偶者（該当者がいる場合）の死亡後このみ発生します。
  相続人となる扶養家族がいる場合、遺産回収は困難の為遅延する場合があります。
- もしあなたが養護施設または他の医療施設に永住している場合、DSHSはあなたが受けた医療補助、医療サービスおよび長期ケアの代金の支払いとして、あなたの遺産の差し押さえをすることがあります。 もし家に戻る場合、DSHSは差し押さえを解除します。
  次に該当する場合、DSHSはあなたの家の差し押さえを行いません:
  - あなたの配偶者がその家に住んでいる場合。
  - あなたの子供で、盲目、障害を持っている、あるいは21歳以下の子が住んでいる場合。
  - あなたの兄弟で家の所有権を有する人が住んでいる場合、もしくはその人があなたが施設に入る直前までの1年間そこに住んでいた場合。

Washington State Department of Social & Health Services

# 給付金申込書

☐ この申込書の記入について援助が必要な場合は左の空欄に✓印を記入してください。

**オフィス使用欄**
**FOR OFFICE USE ONLY**
DATE RECEIVED　　INITIALS

| | | |
|---|---|---|
| 1. 名　ミドルネーム（イニシャル）　姓 | 署名（必須） | 2. 顧客ID番号（わかる場合） |
| 3. 現住所　市　州　郵便番号 | | 4. 家/連絡のつく電話番号 |
| 5. 郵便住所（上記と異なる場合）　市　州　郵便番号 | | 6. 他の電話番号 |
| | | 7. 電子メールアドレス |

8. 私は以下に申請します（該当するもの全てに印をつけてください）
☐ 現金　☐ 食料　☐ 医療　☐ 薬物またはアルコール治療
☐ 看護施設　☐ 介護施設　☐ 成人向け住宅　☐ 在宅ケア
☐ その他（挙げてください）＿＿＿＿＿＿＿＿

9. あなたの世帯の今月の予想収入額はいくらですか？　$＿＿＿＿＿＿
10. あなたの世帯が現金および銀行口座に所持している金額はいくらですか？　$＿＿＿＿＿＿
11. あなたの世帯が家賃あるいは住宅ローンに支払っている金額はいくらですか？　$＿＿＿＿＿＿
12. あなたの世帯が支払っている光熱費は以下のどれですか？ ☐ 暖房・冷房　☐ 電話　☐ その他 ＿＿＿＿＿＿
13. あなたの世帯に季節労働者あるいは移民農業労働者は同居していますか？　☐ はい　☐ いいえ
14. 食料補助に申請する場合、あなたの世帯には食料を調達し、食事を用意してもらうべき人数は何人いますか？ ＿＿＿＿＿＿

**事務所記入欄(FOR OFFICE USE ONLY) – Household eligible for expedited service:** ☐ **Yes** ☐ **No** **Screener's Initials:** ＿＿＿＿ **Date:** ＿＿＿＿

15. 電話による面接が必要です。電話を下さい。（電話番号）：＿＿＿＿＿＿
16. ☐ 通訳が必要です。私は次の言語を話します＿＿＿＿ または ☐ 手話　書面を翻訳してください。（言語）：＿＿＿＿

17. 申請しない人も含め、あなたの世帯に住む全ての人をご記入下さい。（必要であれば別紙を追加してください。）

| 氏名（名、ミドルネーム、姓） | 性別 男または女 | この人との関係 | 生年月日 | 給付金を申請する人に印をつけてください | 就学中の人に印をつけてください | 非申請者は任意記入：ソーシャルセキュリティ番号 | 非申請者は任意記入：アメリカ合衆国国民の場合は印をつけてください 出生地（市・州） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 本人 | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | | ☐ |

18. 私もしくは世帯中の誰かが次に当てはまります（当てはまるもの全てに印をつけてください）☐ 妊娠中；出産予定日：＿＿＿＿＿＿
☐ 救急疾患 ☐ 家庭内暴力 ☐ 障害（種類を記入してください）：
19. 過去30日以内に、私は他州または他の供給源から現金、食料あるいは医療補助を受けている。☐ はい ☐ いいえ
20. 私もしくは私が代理として申請している人は重罪で法廷や刑務所に行くことを避けるために法を逃れている。☐ はい ☐ いいえ
21. **任意 食料補助に対し、あなたが回答しない場合、USDAは当機関があなたの代わりに回答するよう要請します。**
私の民族的背景はヒスパニックまたはラテンです。　☐ はい ☐ いいえ
22. 私の人種は次の通りです。（該当するもの全てに印をつけてください。）☐ 白人　☐ 黒人またはアフリカ系アメリカ人　☐ アジア人
☐ 原住民/ハワイ人または他の太平洋諸島系　☐ アメリカンインディアンまたはアラスカ原住民；部族名：＿＿＿＿＿＿
☐ その他（記入してください）：

DSHS 14-001 JA (REV. 04/2008)



Barcode label

14001

## I. 概説

1. 私が代理で申請する人がワシントン 州外に住んでいる。 ☐ はい ☐ いいえ 名前 _____
2. 私もしくは世帯中の誰かが身元保証された外国人である。 ☐ はい ☐ いいえ 名前 _____
3. 私の家に一時的に住んでいない人がいる。 ☐ はい ☐ いいえ 名前 _____
4. 私もしくは申込みしている人が服役している。 ☐ はい ☐ いいえ 名前 _____
5. 服役していた人（生存中あるいは死亡）の扶養家族または配偶者がいる。 ☐ はい ☐ いいえ
6. 私の住んでいるところは ☐ 私の家またはアパート ☐ 集合住宅 ☐ その他 _____
   ☐ 施設（種類を記入）: _____ 入居日 _____
7. 私は: ☐ 未婚 ☐ 既婚 ☐ 離婚 ☐ 別居中 ☐ 死別

## II. 医療および健康保険情報

**私、私の配偶者または世帯の誰かが（適切な欄に印をつけてください。）**

1. 健康状態により労働不可能である ..... ☐ はい ☐ いいえ
2. 医療ケアが必要な事故にあったことがある ..... ☐ はい ☐ いいえ
3. 医療施設（病院、看護施設など）に入居の予定がある、もしくは入居中、もしくは最近出た ..... ☐ はい ☐ いいえ
4. 未払いの医療費がある ..... ☐ はい ☐ いいえ
5. 過去3ヶ月のうちのいずれかの月で未払いの医療費で援助が必要である ..... ☐ はい ☐ いいえ
6. 健康保険を所持している（当てはまるもの全てにチェックをしてください。）: ☐ メディケア（DSHS メディカルではない） ☐ トライケア
   ☐ 長期ケア保険 ☐ その他の健康保険 _____

## III. 資産（子供の医療、妊娠医療、HWDまたは基本食料には必要ありません。）

資産とはあなたが所持しているもの、あるいは買うもので転売、交換、あるいは現金か他人の所持金に換金できるものを指します。
また、資産には家具または洋服などの個人的な所持品を含みません。 資産の例えは以下の通りです。

- 現金
- 当座預金口座
- 貯蓄口座
- 定期預金
- マネーマーケット口座
- 貯蓄債権
- 債権
- 投資信託
- 株
- 年金
- 信託
- IRA
- 401K
- 退職基金
- あなたが住んでいる家を含む家屋
- コンドミニアム
- 土地
- 売買契約
- ビル
- 生涯不動産
- 生命保険
- 葬式資金、前納プラン
- 大学資金
- タイムシェア
- 業務用機器
- 農業用機器
- 家畜

あなた、配偶者、もしくは申請をする人が所持しているまたは買おうとしている資産を挙げてください。

| 資産 | 所持人 | 場所 | 価値 | 所持人 | 場所 | 価値 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |

2. 私、私の配偶者もしくは申請する人が車、トラック、バン、ボート、RV、トレイラーまたは他の自動車を所持しています。

| 年（例1980年） | メーカー（例 フォード） | モデル （例 エスコート） | リースをしたものであれば印をつけてください。 | 医療目的で使われている車両であれば印をつけてください。 | 未払い額 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | ☐ | ☐ | $ |
| | | | ☐ | ☐ | $ |

3. 私、私の配偶者または申請する人が過去5年間で資産を売却、交換、または譲渡したことがある（信託、車両または生涯不動産を含む）: ☐ はい ☐ いいえ
   もし「はい」なら詳しく: _____ その日付: _____

| 申請者の氏名 | ソーシャルセキュリティ番号 | 受給者照合番号 |
|---|---|---|
| | | |

## IV. 勤労所得

1. 私、私の配偶者、または申請する人が過去60日間以内に仕事を辞めた: ☐ はい ☐ いいえ
2. 私、私の配偶者、または申請する人が仕事をして収入を得ている: ☐ はい ☐ いいえ もし「はい」の場合、この欄を記入してください。

| | |
|---|---|
| 収入を得ている人<br>雇用者の名前および電話番号<br>雇用開始日<br>この仕事は自営業ですか？ ☐ はい ☐ いいえ | 受理総額（税引前の金額）<br>$_____毎 ☐ 時間 ☐ 週<br>☐ 二週 ☐ 月に二回 ☐ 月<br>一週間の勤務時間 _____<br>給料日（例えば、毎月1日と15日または毎週金曜日）: |
| この収入を得ている人<br>雇用者名および電話番号<br>雇用開始日<br>この仕事は自営業ですか？ ☐ はい ☐ いいえ | 受理総額（税引前の金額）<br>$_____毎 ☐ 時間 ☐ 週<br>☐ 二週 ☐ 月に二回 ☐ 月<br>一週間の勤務時間 _____<br>給料日（例えば、毎月1日と15日または毎週金曜日）: |

## V. その他の収入（世帯全ての人に使用）

| | 収入を得ている人 | 毎月の総収入 | 収入を得ている人 | 毎月の総収入 |
|---|---|---|---|---|
| 失業給付金 | | $ | | $ |
| 社会保障 | | $ | | $ |
| 生活保護（SSI） | | $ | | $ |
| 養育費または配偶者への慰謝料 | | $ | | $ |
| 退職金または年金 | | $ | | $ |
| 復員軍人援護（VA）または軍人給付金 | | $ | | $ |
| 労働工業（L&I）または保険給付金 | | $ | | $ |
| 信託 | | $ | | $ |
| 利子 | | $ | | $ |
| 鉄道給付金 | | $ | | $ |
| 家賃収入 | | $ | | $ |
| その他: | | $ | | $ |
| その他: | | $ | | $ |

## VI. 年金（世帯中いずれかの人が現在または将来通常の支払いを受理するために始めた投資）

| 年金を所持する人 | 会社または施設 | 額または価値 | 月収入 | 購入日 |
|---|---|---|---|---|
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |

もしあなたもしくは配偶者が所持する年金に利子が付き、メディケード長期ケアを受理する場合、ワシントン州を年金の継承受取人としなくてはなりません。

## VII. 毎月の支出

| 家賃 | 住宅ローン | スペースの家賃 | コンドミニアム費用 |
|---|---|---|---|
| $ | $ | $ | $ |
| 住宅所有者保険 | 不動産税 | 資産評価 | その他の費用 |
| $ | $ | $ | $ |

光熱費（該当するもの全てに印をつけてください。）: ☐ 暖房（ガス、電気、石油） ☐ 電気（暖房は除く） ☐ 電話
☐ 水道、下水道、ごみ

公的住宅など、第三者あるいは機関がこれらの費用の全てあるいは一部の支払いをしている。: ☐ はい ☐ いいえ

もし「はい」の場合、その名前 _____ 具体的な費用 _____ その金額 $ _____

私、配偶者または世帯中の人が支払っている、あるいは支払う義務にある費用（該当するもの全てに印をつけてください）:

| | | |
|---|---|---|
| ☐ 小児看護または扶養家族の養育 | 毎月の金額 $ | 支払う 人: |
| ☐ 養育費 | 毎月の金額 $ | 支払う 人: |
| ☐ 医療費 | 毎月の金額 $ | 支払う 人: |

## VIII. 正式代表者

正式代表者とはあなたがDSHSと給付金について話をする許可を与えた人のことを差します。 指名することができますが、必ずしも指名しなくてもかまいません。

あなたには正式代表者がいますか？ ☐ はい ☐ いいえ
この人物はあなたの法的後見人ですか？ ☐ はい ☐ いいえ
この人物は法的代理権を有する人ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

| 名前 | 関係 | 電話番号 |
|---|---|---|
| | | |

| 住所 | 市 | 州 | 郵便番号 |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 宣言および署名

**成人への現金または医療の申請をする場合、世帯中全ての成人が署名しなければなりません。**
**子供への食料補助または医療の申請する場合、申込者が署名しなければなりません。**

私は次の責任事項を理解します。

- 正確な情報を提出します。
- 私の承認状に記載された変更事項を報告します。
- 私が有資格者であることの証明を提供します。DSHSは証明を入手するための援助ができます、または入手するために第三者または機関に連絡をすることができます。
- 私が困窮家庭に対する一時補助（TANF）を受ける際、一定の養育費の権利をワシントン州に委ねます。
- 私が医療ケアサービスを受ける際、医療ケアサポートおよび医療ケアのための第三者への支払いの権利をワシントン州に委ねます。
- 食料補助労働必要条件に協力します。

もしこれらのことを怠った場合、受給を拒否される場合があるか、返金をしなければなりません。

故意に以下のことをした場合、刑法で罰せられることを理解します。

- 虚偽の陳述をした場合。
- 報告すべきことの届出を怠った場合。

私は自分の権利と責任を読みあるいは説明を受け、「受給者の権利および責任DSHS 14-113」を受け取りました。 **私はワシントン州法下の偽証罪の刑罰の元にこの申請書に記載した情報が真実であり、正確なものであることを証明または宣言します。**

| 申請者の署名 | 日付 | 申請者の氏名 | 署名をした場所の市および州 |
|---|---|---|---|
| 他の成人申請者の署名 | 日付 | 他の成人申請者の氏名 | 署名をした場所の市および州 |
| 助力者または代理人の署名 | 日付 | 代理人の氏名 | 署名をした場所の市および州 |
| Xで署名をした場合、証人の証明 | 日付 | 証人の氏名 | |