Washington State Department of Social & Health Services

# भत्ताहरुको लागि आबेदन (Application for Benefits)

यदि यो फर्म पढ्न वा पुरागर्न सहयोग चाहिएमा कृपया हामीलाई भन्नुहोस् ।
तपाईंको रेकर्डको लागि यो पृष्ठ राख्नुहोस् ।

## भत्ताहरुको लागि मैले कसरी आबेदन गर्ने?

- आफ्नो फर्म **पुरागर्नको** लागि 3 देखी 6 पृष्टहरु भर्नुहोस् । पृष्ट 3 मा तपाईंको नाम, ठेगाना, र हस्ताक्षर वा तपाईंको अधिकृत प्रतिनीधिको हस्ताक्षर रिसेपसनिष्टलाई दिई आजबाट तपाईंले आफ्नो आबेदन **सुरु** गर्न सक्नुहुन्छ । यदि तपाईंसंग ठेगाना छैनभने रिसेपसनिष्टलाई भन्नुहोस् वा तपाईंको स्थानीय कार्यालयमा सम्पर्क गर्नुहोस् ।
- यदि तपाईंलाई अरुठाउँ चाहीएमा अरु सीटहरु संलग्न गर्नुहोस् ।
- 3 देखी 6 पृष्ट आफ्नो स्थानीय कार्यालयमा लैजानुहोस् वा मेल गर्नुहोस् । पृष्ठ 1 र 2 रेकर्डको लागि आफैसंग राख्नुहोस् ।
- यदि तपाईंले सुरु वा पुरा गर्नुभयो भने अरु भत्ताहर पाउन वा छिट्ठैनै पाउन सक्नुहुन्छ र हामीले भनेका तपाईंको आबेदन वा अन्यकुनै जानकारीहरु जतिसक्दो छिटो हामीलाई दिनुहोस् । हामीले यो जानकारीहरु संघ वा राज्यका अधिकारीहरु संग बाड्नपनि सक्नेछौँ ।

## खाना र नगदको सहयोग मैले कती चाँडो पाउनसक्छु?

यदि तपाईंलाई खानाको सुबिधा त्यही समयमा चाहीएमा, पृष्ठ 3 मा रहेका 1 बाट 14 सम्मका प्रश्नहरु भर्नुहोस् र यो फर्मलाई रिसेपसनिष्टकोमा लैजानुहोस् ।

यदि तपाईंले आफ्नो परिचय प्रमाणीत गर्नुभयो *र* निम्नअनुसारका मध्य एक पुरा गर्नुभयो भने तपाईं खाद्य सहायताको लागि योग्य हुनुहुन्छ भनी *7* दिन*भित्र* हामीले निर्धारण गर्नेछौँ :

- यदि तपाईंको घरको यो महिनाको कुल आम्दानी $150 भन्दा कम हुन्छ र $100 भन्दा कम तरल स्रोतहरु छ भने
- तपाईंको घरको आम्दानी र स्रोतहरु तपाईंको मसीक भाडा र उपयोगीताहरु भन्दा कम छ भने
- तपाईंको घरमा बेसाहरा प्रवासी वा मौसमी खेत मजदुर छन्भने

**हामीले तपाईं योग्य भएको निर्धारण गरेको दिनबाट सुबिधाहरु जारी गरिनेछन् ।** खाद्य सुबिधाहरु साधारणतया हामीले तपाईंको आबेदन प्राप्तगरेको दिनबाट सुरुहुन्छ । तपाईंलाई योग्य निर्धारण गर्न चाहिने सम्पुर्ण जानकारी हामीसंग भएको दिनबाट साधारणतया नगद सुबिधाहरु सुरुहुन्छन ।

## नागरीक अधिकारहरु

संघीय कानुन र यु.एस. डिपार्टमेन्ट अफ एग्रीकल्चर(USDA) र यु.एस. डिपार्टमेन्ट अफ हेल्थ एण्ड ह्युमन सर्भीसेज (HHS) योजना अनुसार यो संस्थानले जाती, रङ्ग, राष्ट्रीय उत्पत्ती, लिङ्ग, उमेर, वा असक्षमताको आधारमा भेदभाव गर्न निषेध गरिएको छ । फुड स्ट्याम्प एक्ट र यु.एस.डी.ए. नितीमा धर्म र राजनैतीक झुकाबको आधारमा पनि भेदभाव गर्न निषेध गरिएको छ । भेदभावको आरोप दर्ता गर्न यु.एस.डी.ए. वा याच.याच.एस. मा सम्पर्क गर्नुहोस् । USDA नागरीक अधिकार कार्यालयका निर्देशक 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 वा (202) 720-5964(भ्वाईस र TDD) लाई लेख्नुहोस् । याच.याच.एस., निर्देशक, नागरीक अधिकारको कार्यालय, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 वा (202) 619-0403 (voice)मा सम्पर्क गर्नुहोस् वा (202) 619-3257 (TTY) लाई लेख्नुहोस् । यु.एस.डी.ए. र याच.याच.एस समान अवसर प्रदानगर्ने प्रदाता र प्रवर्तक हुन्.

## अध्यागमन स्थिती र सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरु

तपाईंसंग बस्ने अरु मानीसको लागि पनि तपाईंले सहायता पाउनसक्नुहुन्छ यद्यपी तपाईंसंग बस्ने अरुले अध्यागमन स्थितीको कारणले सहयोग नपाउन सक्छन् । जसले पनि आबेदन गर्छ ती सबैको स्थिती तपाईंले हामीलाई भन्नुपर्छ । हामीसंग देशमा कानुनीतवरले नरहेका मानीसहरु कभर गर्ने मेडीकल कार्यक्रम छ ।

संघीय कानुन(42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), अनुसार तपाईंजोसंग बस्नुहुन्छ जसले मुफ्त उपचार, TANF(टी.ए.यान.याफ.), वा खाद्यसहायताको लागि आबेदन गरेको छ उसकोलागी तपाईंले हामीलाई सोसीयल सेक्युरीटी नम्बर(SSN) दिनै पर्छ ।हामीलाई तपाईंको मातापिता र तपाईसंग बस्ने बेरोजगार आप्रवासी जसले आबेदन गरेको छैन उसको पनि SSNs(यास.यास.यान.हरु) पनि चाहिन सक्छ । हामीसंग SSNs(यास.यास.यान.हरु) नभएका मानीसहरुको लागि मेडीकल कार्यक्रमहरु छन् ।

हामीले SSNs(यास.यास.यान.हरु) परिचय जाँच गर्न, योग्यता प्रमाणीत गर्न, धोकाबाट बच्च, र गुनासोहरु जम्मा गर्न प्रयोग गर्छौँ । हाम्रो कार्यक्रमहरु मिलाउन र कानुन निर्वाह गर्न हामीले जानकारीहरु अन्य निकायहरुसंग साटासाट गर्छौँ । भागेका अपराधीहरु समात्ने प्रयास गरिरहेका कानुनी बलहरुलाई हामीले यो जानकारीहरु दिनसक्छैँ ।

## मेडीकेडका लागि नागरिकता र परिचय

मुफ्त उपचार प्राप्त गर्नको लागि यु.एस. का नागरीकहरुले नागरीकता र परिचय प्रमाणीत गर्नुपर्छ । प्रमाण प्राप्त गर्नको लागि हामी तपाईंसंग काम गर्नेछौँ । तपाईंलाई पैसा लाग्ने कागजातहरु हामीलाई चाहीएमा त्यसकालागि हामी गएर भुक्तानी गर्नेछौँ । तपाईंको घरमा भएका कुनैपनि सदस्य जसले मेडीकल हेरचाह, सोसीयल सेक्युरीटी डिसएबिलिटी ईन्सोरेन्मा(SSDI) आफ्नै असक्षमता र सप्लीमेन्ट सेक्युरीटी ईनकम(SSI) मा आधारीत भएर प्राप्त गरिरहेका छन्भने तिनीहरुको लागि हामीलाई प्रमाण चाहीँदैन ।

## किस्ता भुक्तानी कार्यक्रम

यदि तपाईं वा तपाईंको बच्चा मुफ्त उपचारको लागि योग्य भए तपाईं आफ्नो स्वास्थ्य बीमा किस्तामा भर्नाहुन योग्य हुनसक्नुहुन्छ । आवेदन गर्न http://hrsa.dshs.wa.gov/PremiumPymt/, मा जानुहोस् वा 1-562-3022, एक्सटेनसन 15473 मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

## गोप्यता र खाद्यय सहायता

संसोधन गरिए अनुसार 2008 को खाना र पोषण एक्टले प्रत्येक घरपरिवारका सदस्यको SSN सहित हामीले आवेदनमा भनेका जानकारीहरु जम्मा गर्न विभागलाई अनुमती दिन्छ । आग्रह गरिएका जानकारीहरु प्रदान गर्नु स्वेच्छीक हो । तथापी बिना राम्रो कारण SSN को लागि SSN वा आवेदनको प्रमाण प्रदान गर्न नसक्नुले SSN प्रदान गर्न नसक्ने प्रत्येक व्यक्तिको आधारभुत खाद्य भत्ताहरुको अस्विकारको निर्णय हुनसक्छ । संधीय ईनकम एण्ड ईलीजीबीलीटी भेरीफीकेसन सिस्टम(IEVS) सहित हामीले यी मध्य केही जानकारीहरु कम्प्युटर मिलान कार्यक्रमबाट प्रमाणीत गर्नेछौँ ।

| हामीले यो जानकारी यी कुरामा प्रयोग गर्छौँ: | हामीले जानकारी यिनीहरुलाई दिन सक्छौँ: |
|---|---|
| • हाम्रो कार्यक्रमको लागि को योग्य छ भनेर निर्धारण गर्न ।<br>• खाद्यसहायताको लागि अधिकभुक्तानी जम्मा गर्न ।<br>• हाम्रो कार्यक्रमहरु मिलाउन ।<br>• हामीले कानुन पालना गर्‍यौँ भनेर सुनिश्चित गर्न । | • कार्यालयी प्रयोगको लागि संघीय तथा राज्य निकायहरुलाई<br>• कानुन पालना नगर्ने मानीसहरुलाई समात्रे कानुनीबल निकायहरुलाई<br>• खाद्यय सहायताकोलागि अधिकभुक्तानी जम्मा गर्ने निजी निकायहरुलाई |

### खाद्य सहायता सजाय चेतावनी

हामीले जानकारी सहि छ की छैन भनेर जाँच गर्नको लागि खाद्य सहायतामा आबेदन गर्ने ब्यक्तीहरुको जानकारी अन्य संघीय निकायहरुलाई दिन्छौँ । यदि कुनै जानकारी गलत भएमा आबेदन गर्ने ब्यक्तीले खाद्य सहायता नपाउन सक्छ । यदि एक ब्यक्तीले जानीजानी गलत जानकारी दिन्छभने उसलाई अपराधीसरह मुद्धा चलाईन सक्छ । जानीजानी खाद्य सहायताको नियम तोड्नुको सजाय कार्यक्रमबाट अयोग्य गराउनु भन्दा फरक हो जसमा जरीवाना, वा सकेसम्म जेल हुनसक्छ ।

## राज्यलाई मेडीकल र दिर्घकालिन हेरचाहको लागी पुन:भुक्तानी गर्नु

- कानुनअनुसार यदि तपाईं 55 बर्ष वा सो भन्दा बुढो भएमा र मुफ्त उपचार तथा दिर्घकालीन हेरचाह सेवा पाएमा, डी.एस.याच.एस. लाई मेडीकल सहायता, मेडीकल सेवाहरु, र दर्घकालीन हेरचाहको मुल्यको भुक्तानी गर्न DSHS ले तपाईंको सम्पत्ती(तपाईं मर्ने समयमा पाएको सम्पत्ती) बाट हर्जना पाउनेछ । मेडीकल हेरचाह कार्यक्रम छुट हो । DSHS ले **कुनैपनि उमेरमा** पाएको दिर्घकालीन हेरचाह सेवाहरुको मुल्य मात्रै पनि पाउनसक्छ । यसलाई स्टेट रिकभरी भनिन्छ। संगठनीय जग्गाहरु हर्जनाबाट छुट हुन सक्छ ।
- दिर्घकालीन हेरचाह सेवाहरुमा घर तथा समुदाय सेवा र बिकाससील असक्षमता विभागले प्रदानगरेका कोपहरु, मुफ्तउपचार ब्यक्तीगत हेरचाह, नर्सीङ्ग होम सेवाहरु, वयस्क दैनीक स्वास्थ्य, ब्यक्तीगत नर्सीङ्ग, चार DDD, HSBS, वेयभर्स: आधारभुत, आधाभुत प्लस, भित्री, तथा सामुदायिक सुरक्षा र अन्य सुबिधाहरु पर्छन ।
- ईस्टेट रिकभरी तपाईंको मृत्युपछि र तपाईंको पति/पत्नी को मृत्यु पछि मात्र हुन्छ, यदि कुनै । यदि तपाईंसंग आश्रित वारीस छ भने, ईस्टेट रिकभरी केही गम्भीर कारणले ढिलोहुनसक्छ ।
- यदि तपाईं नर्सीङ्ग होममा वा अन्य मेडीकल सुबिधामा दिर्घकालीन रुपमा बस्नुभएकोछ भने DSHS ले तपाईंले प्राप्त गरेको मेडीकल सहायता, मेडीकल सेवा, र दिर्घकालीन हेरचाहको मुल्यको हर्जाना लिन तपाईंको सम्पत्तीको विरुद्ध लेन दर्ता गर्न सक्छ यदि तपाईं घर फर्किनु भयोभने DSHS ले लेन छोडीदिने छ । DSHSले तपाईंको घर विरुद्ध लेन दर्ता गर्ने छैन यदि:
    - तपाईंको संगी त्यहाँ बस्छ भने
    - तपाईंको बच्चा अन्धो, असक्षम, वा 21 बर्षमुनीको छ र त्यहाँ बस्छ भने
    - तपाईंको नातेदार जसको सेयर त्यो घरमा छ र त्यहाँ बस्नुहुन्छ र तपाईं सुविधामा भर्ना हुँनुभन्दा कम्तीमा एक बर्ष अघि त्यहाँ बस्छ भने

Washington State Department of Social & Health Services

# भत्ताहरुको लागि आबेदन (Application for Benefits)

☐ **यो फर्म भर्न तपाईंलाई सहयोग चाहीएमा यो बक्स जाँच गर्नुहोस् ।**

| | | |
|---|---|---|
| 1. पहिलो नाम बिचको नाम अन्तिम नाम | आवेदक वा अधिकृत प्रतिनीधिको हस्ताक्षर(आवश्यक) | 2. क्लाईन्ट आई.डी. नम्बर(थाहाछभने) |
| 3. तपाई बस्ने बाटोको ठेगाना शहर राज्य जीप कोड | | 4. घर/भरपर्दो फोन नम्बर |
| 5. मेलीङ्ग ठेगाना(यदि फरक भए) शहर राज्य जीप कोड | | 6. अन्य फोननम्बर(हरु) |
| | | 7. ई-मेल ठेगाना |

8.मैले आबेदन गर्दैछ (प्रयोग हुने सबै जाँच गर्नुहोस्):

☐ नगद ☐ खाद्यन्न
☐ मेडीकल ☐ड्रग वा मध्यपान उपचार
☐ मेडीकल बीलहरुसंग सहयोग(पछिल्लो तीन महिनाबाट ☐ नर्सिङ्ग होम
☐ सुझाब गरिएको बस्ने सुबिधा /वयस्क परिवार घर कार्यक्रम ☐ मेडीकल हेरचाह बचत
☐मानसीक कङ्गाल Psychiatric Indigent Inpatient (PII) ☐ धर्मशाला
☐ स्वास्थ्य हेरचाह/ वर्कर्स वीथ डिसयबीलिटीज(HWD) ☐ घरमै दिर्घकालीन हेरचाह सेवाहरु
☐ अन्य (कृपया लिस्टगर्नुहोस्): _____

9.मेरो घरमा म तथा अरुकोही(प्रयोग हुने सबै जाँच गर्नुहोस्):☐ घरायसी झगडाको अवस्थामा छन्
☐ स्वास्थ्य समस्याहरुका कारणले कामगर्न नसक्ने ☐ असक्षम हुनु ☐ गर्भवती छन्; बाँकी मिती: _____

10. यो महिनामा तपाईंको घरपरिवारले कती रकम पाउने आशा गर्नुहुन्छ ? $_____
11. तपाईंको घरपरिवारको कती रकम नगद र बैङ्क खातामा हुनेछ? $_____
12. तपाईंको घरपरिवारले भाडा वा धरौटी कती तिर्नुपर्छ? $_____
13. तपाईको घरपरिवारले के उपयोगीताको लागि भुक्तानी गर्नुपर्छ? ☐ तताउनु/चिस्याउनु ☐ टलीफोन ☐ अन्य: _____
14. तपाईको घरभित्र कोही ब्यक्ती मौसमी वा बसाईसर्ने कृषी कामदार छ ? ☐ छ ☐ छैन
15. यदि खाद्य सहायताको आबेदन गर्ने भए तपाईंले आफ्नो परिवारको कतिजना मानीसको लागि खाना किन्नु वा तयारगर्नु पर्छ? _____

**FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No Screener's Initials: _____ Date: _____**

16. मलाई फोन अन्तरवार्ता चाहीयो । कृपया मलाई यसमा सम्पर्क गर्नुहोस्: _____
17. ☐ मलाई दोभाषे चाहियो । मैले बोल्छु: _____ वा ☐ संकेत; मेरा पत्रहरु_____मा अनुवाद गर्नुहोस्
18. तपाईंको परिवाको सम्पूर्ण सदस्यहरुको लीष्ट गर्नुहोस् यद्यपी यदि तपाईं उनीहरुको लागि आबेदन गर्नुहुँदैन भने (आवश्यकता परेमा थप सीट संलग्न गर्नुहोस्) ।

| नाम (पहिलो, बिचको, अन्तीम) | लिङ्ग मे. वा फी. | यो ब्यक्ती तपाईंसंग कसरी सम्बन्धीत छ? | जन्म मिती | यदि तपाईंले यो ब्यक्तीबाट भत्ता चाहानुहुन्छभने जाँच गर्नुहोस् | अनआवेदकको लागि वैकल्पीक | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | सामानिक सुरक्षा नम्बर | यदि यु.एस. नागरीक भए जाँच गर्नुहोस् | जाती(नमुनाहरु तल हेर्नुहोस्) | समुहको नाम(अमेरीकन ईनेडीयन, अलास्का वासीन्दाहरु) |
| | | म खुद | | ☐ | | ☐ | | |
| | | | | ☐ | | ☐ | | |
| | | | | ☐ | | ☐ | | |
| | | | | ☐ | | ☐ | | |
| | | | | ☐ | | ☐ | | |
| | | | | ☐ | | ☐ | | |

19. मेरो जातीय पृष्ठभुमी हिस्प्यानीक वा ल्याटीनो हो: ☐ हो ☐ होईन
जात तथा जातीय पृष्ठभुमी सम्बन्धी जानकारीहरु स्वैच्छिक हुन् ।खाद्य सहायताकोलागी यदि कुनै जानकारी प्रदानगरीएको छैनभने USDA ले तपाईंकोलागि हामीसग उत्तर माग गर्छ । **जातका उदाहरणहरु:** सेतो, कालो वा अफ्रीकन अमेरीकन, एसीयन, हवाईनका वासिन्दा, पेसीफीक आईल्याण्डर, अमेरीकन ईन्डीयन, अलास्काका वासिन्दा, वा कुनै जातीको मिश्रण ।



Barcode label

14001

## I. सामान्य जानकारी

1. बितेका 30 दिनमा, मैले अन्य राज्य, समुह, वा अन्यकुनै स्रोतकाट नगद, खाद्य वा मेडीकल सहायता पाएँ । ☐ हो ☐ होईन
2. जसको लागि आबेदन गर्दैछु उ वासिङ्गटन राज्यबाट बाहीर बस्छः ☐ हो ☐ होईन को: _____
3. मेरो घरमा म वा अरुकोही प्रायोजीत विदेशी हो: ☐ हो ☐ होईन को: _____
4. मेरो घरका म वा अरुकोही स्कुलमा छः ☐ हो ☐ होईन को: _____
5. कुनै ब्यक्ती केही समयकोलागी मेरो घरबाट बाहीर गएको छ : ☐ हो ☐ होईन को: _____
6. म वा म जसको लागि आबेदन गर्दैछु उ सेनामा कार्यरत छः: ☐ हो ☐ होईन को: _____
7. सेनामा कामगर्ने(जीबीत वा मरीसकेको) कुनै ब्यक्तीको आश्रीत वा पती/पत्नी कोही छः ☐ छ ☐ छैन
8. म वा मैले जसकोलागी आबेदन गर्दैछु, कुनै महाअपराध को लागि अदालत वा जेलबाट फरार छ; ☐ हो ☐ होईन
9. म बस्दै छुः ☐ मरो आफ्नै घर वा अपार्टमेन्टमा ☐ सामुहिक घर ☐ अन्यः _____
   ☐ सुबिधा (किसीम लेख्नुहोस्): _____ प्रवेश मितीः _____
10. मः ☐ एक्लो ☐ बिवाहीत ☐ डिभोर्स भएको ☐ छुट्टीएको ☐ विधुवा ☐ रजिष्टर घरायसी साझेदारीमा

## II. मेडीकल र स्वास्थ्य बीमा जानकारी(आधारभुत खाद्यको लागि आवश्यक छैन)

मेरो घरमा म, मेरो पति/पत्नी, अरु कोई (सुहाउँदो बक्स जाँच्नुहोस्):

1. कोही मेडीकल सुबिधा (अस्पताल वा नर्सीङ्ग होम जस्तै) मा प्रवेश गर्नुभएको छ वा भर्रखरै छोड्नु भयो .....☐ हो ☐ होईन
2. स्वास्थ्य बीमा छ(प्रयोग हुने सबै जाँच गर्नुहोस्): ☐ मेडीकेयर (DSHS मेडीकल होईन) ☐ ट्राईकेयर
   ☐ दिर्घकालीन हेरचाह बीमा ☐ ईन्डीयन स्पास्थ्य सेवाहरु ☐ अन्य स्वास्थ्य बीमाः_____

## III. स्रोतहरु (केटाकेटीहरुको मेडीकल, गर्भाधान मेडीकल, HWD, वा आधारभुत खाद्य) प्रमाण संलग्न गर्नुहोस्

स्रोत भनेको तपाईंसंग भएको वा किनेको जुन बेच्न सकिन्छ वा नगदमा बदल्न सकिन्छ वा अरुले राखीदिएको पैसा हो । ब्यक्तीगत सम्पत्ती जस्तै फर्नीचर वा कपडाहरु स्रोतहरुमा समावेश गरिन्न । स्रोतका उदाहरणहरुः

- नगद
- चेकीङ्ग खाताहरु
- बचत खाताहरु
- सीडीहरु
- मनी मार्केट खाता
- बचत धितोहरु
- धितोहरु
- म्यचुअल फन्डहरु
- स्टकहरु
- एन्युटोजहरु
- ट्रस्टहरु
- आईआरए
- 401के
- रिटायरमेन्ट फन्ड
- घरहरु, तपाईं बस्ने सहित
- कन्डोमिनीयम
- जग्गा
- विक्रि करारहरु
- भवन
- लाईफ स्टेट
- जीवा बीमा
- ब्युरीएल फन्डहरु, प्रीपेड प्लानहरु
- कलेज फन्डहरु
- टाईम सेयर
- ब्यापारीक संसाधन
- कृषी उपकरण
- गाईवस्तुहरु

कृपया स्रोतहरु लिष्ट गर्नुहोस् जसको, तपाईं, तपाईंको पति/पत्नी, वा कोई जसकोलागी तपाईं आबेदन गर्दैहुनुहुन्छ, मालीक हुनुहुन्छ वा खरिद गर्दैहुनुहुन्छः

| स्रोत | कसको स्वामीत्व | ठाउँ | मुल्य | कसको स्वामित्व | ठाउँ | मुल्य |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |
| | | | $ | | | $ |

2. म, मेरो पत्नी/पति, वा उ संग कारहरु, ट्रकहरु, भ्यानहरु, डुङ्गाहरु, आभीहरु, ट्रेलरहरु, या अन्य कोई मोटर वाहनहरु छन्:

| वर्ष (ई.जी., 1980) | मेक (ई.जी., फोर्ड) | मोडेल (ई.जी., ईस्कर्ट) | भाडामा भए जाँच गर्नुहोस् | यदि वाहानहरु मेडीकल उदेश्यमा प्रयोग भएका छन् भने जाँच गर्नुहोस् | तिर्नुपर्ने रकम |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | ☐ | ☐ | $ |
| | | | ☐ | ☐ | $ |

3. म, मेरो पत्नी/पति, वा अरुकोही जसकोलागी आवेदन गर्दैछु, पछिल्लो पाँच बर्षमा स्रोतहरु (ट्रस्टहरु, वाहन या लाइफ इस्टेट समेत) बिक्री गरेको, कारोबार गरेको वा हस्तान्तरण गरेको छः ☐ छ ☐ छैन यदि छ भने केः_____ कहिलेः_____

| आवेदकको नाम | सोसीयल सेक्युरीटी नम्बर | क्लाईन्ट आईडेन्टीफीकेसन नम्बर |
|---|---|---|
| | | |

## IV. कमायको आम्दानीको प्रमाण संलग्न

1. म, मेरो पत्नी/पति, वा अरुकोही जसकोलागी आवेदन गर्दैछु, उसंग काम थियो जुन पछिल्लो 60 दिनमा सक्कियो: ☐ हो ☐ होईन
2. म, मेरो पत्नी/पति, वा अरुकोही जसकोलागी आवेदन गर्दैछु, उसको कामबाट आम्दानी छ: ☐ छ ☐ छैन यदि 5 भने यो भाग पुरा गर्नुहोस्:

| | |
|---|---|
| यो आदानी कसले कमाउँछ<br>_____<br>प्रवर्तकको नाम र फोन नम्बर<br>_____<br>सुरु मिती<br>_____<br>के यो काम स्वरोजगार हो? ☐ हो ☐ होईन | कुल रकम प्राप्तभएको(करहरु पूर्व डलर रकम)<br>$_____संधै: ☐ घण्टा ☐ हफ्ता<br>☐ दुई हफ्ता ☐ महिनामा दुईपल्ट ☐ महिना<br>घण्टा प्रतिहफ्ता: _____<br>भुक्तान मितीहरु(ई.जी. 1st र15th, वा प्रत्यरेक शुक्रवार): |
| यो आदानी कसले कमाउँछ<br>_____<br>प्रवर्तकको नाम र फोन नम्बर<br>_____<br>सुरु मिती<br>_____<br>के यो काम स्वरोजगार हो? ☐ हो ☐ होईन | कुल रकम प्राप्तभएको(करहरु पूर्व डलर रकम)<br>$_____संधै: ☐ घण्टा ☐ हफ्ता<br>☐ दुई हफ्ता ☐ महिनामा दुईपल्ट ☐ महिना<br>घण्टा प्रतिहफ्ता: _____<br>भुक्तान मितीहरु(ई.जी. 1st र15th, वा प्रत्येक शुक्रवार): |

## V. अन्य आम्दानी (घरको सबै सदस्यको प्रायोजनको लागि) प्रमाण संलग्न

| | आम्दानी कसले प्राप्त गर्छ? | कुल मासीक रकम | आम्दानी कसले प्राप्त गर्छ? | कुल मासीक रकम |
|---|---|---|---|---|
| बेरोजगारी भत्ताहरु | | $ | | $ |
| सोसीयल सेक्युरीटी | | $ | | $ |
| सप्लीमेन्ट सेक्युरीटी ईनकम(SSI) | | $ | | $ |
| बाल समर्थन वा पत्नी/पति गुजारा भत्ता | | $ | | $ |
| अवकास वा पेनसन | | $ | | $ |
| भेटेरन्स एडमिनिस्ट्रेशन (VA) वा सैनीक भत्ताहरु | | $ | | $ |
| ल्याबर एण्ड ईन्डस्ट्रीज(L&I) बीमा भत्ताहरु | | $ | | $ |
| ट्रस्टहरु | | $ | | $ |
| ब्याज | | $ | | $ |
| रेलरोड भत्ताहरु | | $ | | $ |
| भाडा आम्दानी | | $ | | $ |
| अन्य: | | $ | | $ |
| अन्य: | | $ | | $ |

## VI. एन्युटीहरु (नियमीत भुक्तान अहिले र भविष्यमा प्राप्त गर्नको लागि कुनै परिवारको सदस्यले गरेको लगानी ।)

| एन्युटी कसले पाउँछ? | कम्पनी वा संस्थान? | रकम वा मुल्य | मासीक आम्दानी | खरिद गरिएको मिती |
|---|---|---|---|---|
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |
| | | $ | $ | |

यदि तपाईं वा तपाईंको पति/पत्नी को एन्युटीमा ब्याज छ र तपाईंले मेडिकेड दिर्घकालीन हेरचाह भत्ताहरु स्विकारर्नुहुन्छ भने तपाईंलले एन्युटीको भत्ताको हकदार वासिङ्गटन राज्यलाई बनाउनु पर्छ ।

## VII. मासीक खर्चहरु प्रमाण संलग्न

| | | | |
|---|---|---|---|
| भाडा<br>$ | बन्धक<br>$ | ठाउँ भाडा<br>$ | कॉडोमिनियम फीहरु<br>$ |
| घरमालीकको कीमा<br>$ | सम्पत्ती करहरु<br>$ | सम्पत्ती मुल्याङ्कन<br>$ | अन्य फीहरु<br>$ |

कोई अरु ब्यक्ति वा एजेन्सी, जस्तै सब्सीडाईज्ड आवास, यी खर्चहरु पुर्ण या आंशिक रूपले भुक्तान गर्न मलाई सहयोग गर्छन्: ☐ हो ☐ होईन

यदि हो भने को: _____ के खर्चहरु: _____ तिनीहरुले तिरेको रकम: $ _____

म, मेरो पत्नी/पति, वा मेरे परिवार को कसैले भुक्तान गर्छ वा गर्नेछ(लागू हुने सबै जाँच गर्नुहोस्):

| | | |
|---|---|---|
| ☐ बालक वा वयस्क आश्रीत हेरचाह (ढुवानी मुल्य समेत) | मासीक रकम: $ | कसले तिर्छ: |
| ☐ असक्षम ब्यक्तीकालागी वा 60 + उमेर भएका लागि मेडीकल बीलहरु (ढुवानी मुल्य र स्वासथ्य विमा प्रिमीयम समेत) | मासीक रकम: $ | कसले तिर्छ: |
| ☐ बालक समर्थन | मासीक रकम: : $ | कसले तिर्छ: |

यदि तपाईले माथी उल्लेखीत खर्चहरुमा रिपोर्ट गर्नुभएनभने हामीले यो तपाईको घरपरिवारको भनाई हो की तपाईले यी खर्चहरमा छुट प्राप्त गर्न चाहानुहुन्न भन्ने ठान्नेछौँ ।

## VIII. अधिकारप्राप्त प्रतिनीधी

अधिकारप्राप्त प्रतिनीधी भनेको एक ब्यक्ती हो जसलाई तपाईंले आफ्नो DSHS को भत्ताहरुको बारेमा कुरा गर्ने हनुमती दिनुहुन्छ ।तपाईंले कसैलाई नामाकींत गर्नसक्नु हुन्छ तर तवाईंले त्यसो गर्नु पर्दैन । के तपाईंसंग अधिकारप्राप्त प्रतिनीधी छ? ☐ छ ☐ छैन

के यो ब्यक्ती तपाईंको कानुनी अभिभावक हो? ☐ छ ☐ छैन

के यो ब्यक्तीसंग पावर अफ एटोर्नी छ? ☐ छ ☐ छैन

| | | |
|---|---|---|
| नाम | नाता | टेलीफोन नम्बर |

| | | | |
|---|---|---|---|
| स्ट्रीट ठेगाना | शहर | राज्य | जीप कोड |
| मेलिङ्ग ठेगाना | शहर | राज्य | जीप कोड |

### घोषणा र हस्ताक्षर

**यदि वयस्कको लागि नगद र मेडिकलको आवेदन दिने भए घरका सबै वयस्क (वा अधिकृत प्रतिनिधी) ले हस्ताक्षर गर्नुपर्छ ।**

**यदि खाद्य सहायता वा केटाकटीहरुको मेडीकल को लागि आवेदन दिनेभए सबै आवेदक(वा अधिकृत प्रतिनिधी) ले हसेताक्षर गर्नुपर्छ ।**

मैले बुझ्छु मैले अवश्य:

- सही जानकारी दिनु र रिपोर्टीङ्ग आवश्यकताहरु पालना गर्नुपर्छ ।
- म योग्य छु प्रमाण पेस गर्ने ।
- जब मैले टेम्पोररी असिस्टेन्स फर निडी फ्यामीलीज(TANF) प्राप्त गर्छु तब केही अधिकारहरु बालक सहायता, मेडीकल सहायता, वासिङ्गटन राज्यलाई प्रदान गर्छु । जब मैले मेडीकल हेरचाह भत्ताहरु प्राप्त गर्छु, वासिङ्गटन राज्यको लागि मेडीकल हेरचाहको भुक्तानीको लागि तेस्रो पक्ष नियुक्त गर्छु । तथापी, यदि यसले म वा मेरो केटाकेटीहरुलाई (DSHS) खतरामा पार्छ भने मैले डीएसएचएसलाई बालक सहायता, मेडीकल सहायता, वा मेडीकल हेरचाहको लागि तेस्रो पक्ष भुक्तानीको अनुसरण नगर्न भन्न सक्छु ।
- खाद्य सहायता कार्य आवश्यकता संग सहयोग गर्नुपर्छ ।

यदि मैले यी कुराहरु गरिनभने मलाई भत्ताबाट बन्चीत गर्न सकिन्छ वा मैले फिर्ता दिनुपर्न सक्छ ।

मैले बुझ्छु, यदि मैले जानीजानी गलत भने वा मैले गर्नुपर्ने रिपोर्ट गर्न सकिनभने म माथी आपराधीक मुद्धा चाउन सकिनेछ ।

म योग्य छु भन्ने प्रमाण ल्याउन आवश्यकता परेमा डीएसएचएस लाई अरु ब्यक्ती र निकायहरुलाई सम्पर्क गर्न अनुमती दिनेछु ।

मैले पढेँ तथा मलाई मेरा अधिकार र दायित्वहरु सम्झाईएको छ र क्लाईन्ट अधिकार तथा दायित्वहरु DSHS 14-113 को एक प्रती मैले प्राप्त गरिसकेँ । **वासिङ्गटन राज्यको कानुनको झुटो गवाही को दण्ड अनुसार मैले प्रमाणीत तथा घोषीत गर्छु कि मैले आवेदनमा दिएको नागरिकता सम्बन्धी जानकारी र भत्ताको लागि आवेदन गर्ने सदस्यको वैदेशिक अवस्थाका जानकारीहरु सत्य र सही हुन् ।**

| | | | |
|---|---|---|---|
| आवेदकको हस्ताक्षर | मिती | आवेदकको प्रीन्टेड नाम | हस्ताक्षर गरिएको शहर र राज्य |
| अन्य वयस्क आवेदकको हस्ताक्षर | मिती | अन्य वयस्कको प्रीन्टेड नाम | हस्ताक्षर गरिएको शहर र राज्य |
| सहयोगी वा प्रतिनीधीको हस्ताक्षर | मिती | प्रतिनीधीको प्रीन्टेड नाम | हस्ताक्षर गरिएको शहर र राज्य |
| "X" संग हस्ताक्षर भए गवाहको हस्ताक्षर | मिती | गवाहको प्रीन्टेड नाम | |