

## Заява з проханням про пільги Application for Benefits

Будь ласка, зверніться до нас, якщо вам потрібна допомога з прочитанням або заповненням цієї форми.

Зберігайте цю сторінку разом із своїми документами.

### Яким чином мені подати заяву з проханням про пільги?

- Для того, щоб **заповнити** свою заяву, впишіть потрібне на сторінках від 3-ї до 6-ї. Ви можете **почати** свою заяву сьогодні, якщо надасте працівнику в приймальні своє ім'я та прізвище, адресу, і поставите підпис на сторінці 3. Якщо у вас немає адреси, скажіть про це працівнику в приймальні, або зателефонуйте в свій місцевий офіс.
- Додайте ще аркуші паперу, якщо вам треба більше місця.
- Віднесіть сторінки із 3-ї до 6-ї до свого місцевого офісу або надішліть їх поштою. Зберігайте сторінки 1 та 2 разом із своєю документацією.
- Ви можете отримати більше пільг або одержати їх скоріше, якщо ви почнете, заповните і надасте нам свою заяву та будь-яку запитувану нами інформацію якнайшвидше. Ми можемо також повідомити цю інформацію офіційним особам у федеральних органах і агенціях штату.

### Наскільки швидко я отримаю продуктову і грошову допомогу?

Якщо вам негайно потрібна продуктова допомога, то слід відповісти на питання з 1 до 14 на сторінці 3, і надати цю форму працівнику в приймальні.

Ми вирішуємо, чи маєте ви право на отримання продуктової допомоги *протягом 5 днів*, якщо ви надасте документальне свідчення вашої особи *та* відповідатиме одній з наступних вимог:

- У цьому місяці загальний дохід членів вашої родини дорівнюватиме менше 150 доларів, і ліквідні кошти становитимуть менше 100 доларів.
- Загальний дохід членів вашої родини і ліквідні кошти становлять меншу суму, ніж ваша місячна оплата житла та комунальних послуг.
- Серед членів вашої родини є нужденний переселенець або сезонний робітник сільськогосподарської ферми.

**Пільги призначаються з наступного дня після прийняття рішення про чинність вашого права на них.** Продуктова допомога звичайно починається в день отримання вашої заяви. Одержання грошових пільг звичайно починається в той день, коли у нас є вся інформація для розгляду чинності вашого права на них.

### Громадянські права

Згідно федерального закону та політики Департаменту сільського господарства США (USDA) і Департаменту охорони здоров'я та суспільних послуг США (HHS), в цій організації заборонена дискримінація на підставі раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку або інвалідності. Згідно Закону про продуктові талони та політики USDA, також заборонена дискримінація на підставі релігії та політичних поглядів. Для подання скарги про дискримінацію зверніться до USDA або HHS. Напишіть за адресою USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте (800) 795-3272 (голосовий зв'язок) або (202) 720-6382 (для осіб із порушенням мови або слуху). Напишіть за адресою HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте (202) 619-0403 (голосовий зв'язок) або (202) 619-3257 (для осіб із порушенням мови або слуху). USDA та HHS надають послуги та приймають на роботу на підставі принципу рівних можливостей.

### Іміграційний статус і номери соціального забезпечення

Ви можете отримати допомогу для деяких осіб, що мешкають з вами, навіть якщо ці люди не в змозі отримати таку допомогу через свій іміграційний статус. Ви повинні сказати нам про статус кожної особи, яка є в заяві. Ми маємо програми, що сплачують витрати на медичні послуги для деяких людей, які не можуть довести, що вони перебувають у країні легально.

Згідно Федерального закону (42 CFR § 435,910, 45 CFR §205,52, 7 CFR §273,6), ви повинні надати нам номер соціального забезпечення (SSN) кожної особи, з якою ви мешкаєте разом, та яку ви включили в заяву на участь у програмах Medicaid, TANF або отримання продуктової допомоги. Можливо, що нам будуть потрібні також номери SSN батьків та чоловіка/дружини, які мешкають із вами, але не подають заяву. У нас є медичні програми для деяких осіб, які не мають номеру SSN.

Ми користуємось номерами SSN для перевірки особистих даних, перевірки наявності права на допомогу, попередження шахрайства, та отримання позовів і заяв. Ми обмінюємось інформацією з іншими агенціями для здійснення наших програм і дотримання закону. Ми можемо також надати цю інформацію правоохоронним агенціям, що намагаються спіймати біглих злочинців.

## Громадянство та встановлення особи для програми Medicaid

Громадяни США повинні підтвердити громадянство та особисті дані для отримання пільг за програмою Medicaid. Ми допоможемо вам отримати підтвердження. Якщо вам потрібен документ, що коштує грошей, ми його замовимо і сплатимо вартість. Нам не треба підтвердження для жодної особи з вашої родини, яка отримує пільги за програмами Medicare, Страхування інвалідності через соціальне забезпечення (SSDI) на підставі своєї власної інвалідності або Додаткової програми соціального забезпечення (SSI). Підтвердження включає, але не обмежується наступним:

Підтвердження громадянства	Підтвердження особистих даних
<ul style="list-style-type: none"><li>Паспорт громадянина США.</li><li>Сертифікат про натуралізацію або громадянство.</li><li>Картка члена племені з фотокарткою.</li><li>Офіційне і надане органами штату/округи США свідоцтво про народження.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Права водія, видані органами штату.</li><li>Ідентифікаційна картка або військово-посвідчення, видані органами штату, з фотокарткою.</li><li>Документ США про належність до племені американських індіанців/корінних жителів Аляски.</li><li>Повна документація щодо громадянства та форма заяви щодо ідентифікації особи для дітей до 16 років.</li></ul>

## Конфіденційність і продуктова допомога

Чинний Закон про продуктові талони дозволяє департаменту збирати інформацію, про яку ми запитуємо в заяві. Ми уточнюємо деяку з цієї інформації з комп'ютерними програмами, що встановлюють відповідність даних.

Ми користуємось цією інформацією для того, щоб:	Ми можемо надати цю інформацію, щоб:
<ul style="list-style-type: none"><li>Вирішити, хто має чинне право на участь у наших програмах.</li><li>Зібрати надмірну сплату продуктової допомоги.</li><li>Керувати нашими програмами.</li><li>Переконатись, що ми дотримуємось закону.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Надати федеральним установам та агенціям штату для офіційного використання.</li><li>Надати правоохоронним агенціям, що переслідують людей, які переховуються для уникнення відповідальності перед законом.</li><li>Надати приватним агенціям, що збирають кошти, для отримання надмірної сплати продуктової допомоги.</li></ul>

## Попередження про покарання порушень при отриманні продуктової допомоги

Ми надсилаємо інформацію про осіб, які подають заяву з проханням про продуктову допомогу, до інших федеральних агенцій з метою перевірки правильності інформації. Якщо будь-яка інформація є невірною, заявники можуть не отримати продуктову допомогу. Якщо особа надає інформацію і знає, що ця інформація невірна, така особа може бути звинувачена в карному порушенні. Покарання за свідоме порушення правил продуктової допомоги є різні, від виключення з програми до штрафів, або, можливо, ув'язнення.

## Повернення штатові грошей за програмами Медикел (Medical) і Довгостроковий нагляд (Long Term Care)

- Згідно закону, якщо вам 55 років або більше, ТА ви отримуєте Медикейд (Medicaid) або послуги довгострокового нагляду, відділ DSHS може відшкодувати з вашої спадщини (майна, яке належить вам на час вашої смерті), щоб повернути DSHS вартість медичної допомоги, медичних послуг та довгострокового нагляду. Відділ DSHS може відшкодувати вартість послуг довгострокового нагляду, які сплачувались тільки органами штату, отриманих **в будь-якому віці**. Це зветься ВІДШКОДУВАННЯ З МАЙНА. Земля, що належить племені, може бути виключена з переліку майна, що підлягає відшкодуванню.
- Послуги довгострокового нагляду (Long-Term Care) включають програми COPES, OBRA, програму персонального нагляду в межах Medicaid, послуги домів для осіб похилого віку та інвалідів, нагляд за дорослою особою протягом денного часу, послуги приватної медичної сестри, чотири альтернативних програми DDD HCBS: Базова (Basic), Базова Плюс (Basic Plus), Основна (Core) та Суспільний захист (Community Protection), а також інші послуги, що надаються відділом послуг вдома і за місцем проживання (Home and Community Services), і відділом для осіб із інвалідністю внаслідок вад розвитку (Division of Developmental Disabilities).
- Відшкодування з майна не відбувається до моменту вашої смерті та смерті вашого чоловіка/дружини, які залишились, якщо такі є. Якщо у вас є спадкоємці, які залежали матеріально від вашої допомоги, відшкодування з майна можуть відкласти через те, що ці особи знаходяться в скрутній ситуації.
- Якщо ви постійно мешкаєте в будинку для осіб похилого віку та інвалідів, або в іншому медичному закладі, відділ DSHS може направити документ, підтверджуючий право на вилучення майна, щоб сплатити вартість медичної допомоги, медичних послуг та довгострокового нагляду, отриманого вами. Якщо ви повернетесь додому, відділ DSHS відмовиться від цього документу на права вилучення майна. DSHS не направляє документ, підтверджуючий право на вилучення вашого дому/квартири, якщо:
  - Там мешкає ваш чоловік/дружина.
  - Там мешкає ваша дитина, яка є сліпою, має інвалідність або у віці до 21 років.
  - Там мешкає ваш(а) брат/сестра, який/а має право на володіння часткою дому/квартири, і мешкав/мешкала там щонайменше протягом одного року безпосередньо перед тим, як ви перейшли в медичну установу.

## Заява з проханням про пільги Application for Benefits

Якщо вам потрібна допомога в заповненні цієї форми, будь ласка, позначте цей квадратик.

FOR OFFICE USE ONLY (ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ)	
ДАТА ОТРИМАННЯ	ІНІЦІАЛИ

1. ІМ'Я ПЕРША БУКВА (ІНІЦІАЛ) ПО БАТЬКОВІ	ПРІЗВИЩЕ	ПІДПИС (ВИМАГАЄТЬСЯ)	2. ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР (ID) КЛІЄНТА (ЯКЩО ВІДОМИЙ)
3. НАЗВА ВУЛИЦІ, ДЕ ВИ МЕШКАЄТЕ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
4. ДОМАШНІЙ/ОБРАНИЙ ВАМИ ДЛЯ ЗВ'ЯЗКУ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	5. ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ)	МІСТО	ШТАТ
6. ІНШИЙ(І) НОМЕР(И) ТЕЛЕФОНУ(ІВ)	7. АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ		

8. Я подаю заяву з проханням про (зазначте все, що відноситься):

Гроші       Продукти       Медичну допомогу

Лікування від наркотичної або алкогольної залежності

Будинок для осіб похилого віку та інвалідів       Допомогу за місцем проживання

Сімейний будинок для дорослих       Нагляд вдома

Інше (будь ласка, зазначте): \_\_\_\_\_

9. Яку суму грошей ви та члени вашої родини сподіваєтесь отримати цього місяця? \$ \_\_\_\_\_

10. Скільки грошей мають члени вашої родини готівкою та на банківських рахунках? \$ \_\_\_\_\_

11. Скільки грошей сплачують члени вашої родини за оренду житла або в якості внеску за придбану нерухомість? \$ \_\_\_\_\_

12. Які комунальні послуги сплачують члени вашої родини?  Опалення/кондиціонер  Телефон  Інші: \_\_\_\_\_

13. Чи є хтось із членів вашої родини сезонним робітником сільськогосподарської ферми або переселенцем-робітником сільськогосподарської ферми?  Так  Ні

14. Якщо ви подаєте заяву про продуктову допомогу, зазначте, для скількох осіб у вашій родині ви купуєте продукти та готуєте їжу? \_\_\_\_\_

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

15. Я потребую інтерв'ю по телефону. Будь ласка, зателефонуйте мені по номеру: \_\_\_\_\_

16.  Мені потрібен перекладач. Я розмовляю: \_\_\_\_\_ або  мовою для глухонімих; перекладіть мої листи мовою: \_\_\_\_\_

17. Впишіть у список кожного члена вашої родини, навіть якщо ви не надаєте заяву для цих осіб (прикладіть додаткові аркуші паперу, якщо необхідно).

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ (ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ ТА ПРІЗВИЩЕ)	СТАТЬ Ж АБО Ч	КИМ ДОВОДИТЬСЯ ВАМ ЦЯ ОСОБА?	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ЗАЗНАЧТЕ, ЧИ ВИ БАЖАЄТЕ ОТРИМАТИ ПІЛЬГИ ДЛЯ ЦЬОЇ ОСОБИ	ЗАЗНАЧТЕ, ЯКЩО ВІН/ВОНА НАВЧАЄТЬСЯ В ШКОЛІ	НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО ДЛЯ ТИХ ОСІБ, НА ЯКИХ НЕ НАДАЮТЬ ЗАЯВУ	
						НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	ЗАЗНАЧТЕ, ЧИ ЦЯ ОСОБА Є ГРОМАДЯНИНОМ США МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ МІСТО/ШТАТ
		Особисто		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

18. Я або хтось у моїй родині має (зазначте все, що відноситься):  Вагітність; очікувана дата пологів: \_\_\_\_\_

Невідкладну ситуацію з боку здоров'я  Ситуацію насильства в сім'ї  Інвалідність (вказіть вид): \_\_\_\_\_

19. Протягом останніх 30 днів я отримав гроші готівкою, продукти або медичну допомогу від іншого штату або джерела:  Так  Ні

20. Я або хтось, для кого я подаю заяву, переховується від закону для уникнення суду або в'язниці за скоєний злочин:  Так  Ні

21. **НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО Для продуктової допомоги, якщо ви не відповісте на питання, USDA вимагає від нас відповіді за вас.** Моє етнічне походження є іспанським або латиноамериканським:  Так  Ні

22. Я вважаю себе представником раси (зазначте все, що відповідає):  Білої  Чорної або афро-американської

Азійської  Корінний житель Гаваїв або інших островів Тихого Океану

Американський індіанець або корінний житель Аляски; назва племені: \_\_\_\_\_

Інше (впишіть): \_\_\_\_\_

Barcode label



14881

### I. Загальна інформація

1. Хтось, за кого я подаю заяву, мешкає за межами штату Вашингтон:  Так  Ні Хто: \_\_\_\_\_
2. Я або хтось у моїй родині є іноземцем, який має спонсора:  Так  Ні Хто: \_\_\_\_\_
3. Хтось із родини тимчасово виїхав з мого дому:  Так  Ні Хто: \_\_\_\_\_
4. Я чи хтось, за кого я подаю заяву, служив у армії:  Так  Ні Хто: \_\_\_\_\_
5. Хтось із родини є на утриманні або одружений з особою (живою або померлою), яка служила в армії:  Так  Ні
6. Я мешкаю у:  Своєму власному будинку або квартирі  Будинку з групою осіб  Інше: \_\_\_\_\_  
 Установі (впишіть вид): \_\_\_\_\_ Дата надходження: \_\_\_\_\_
7. Я:  Самітній(я)  Одружений (а)  Розлучений(а)  Живу окремо від чоловіка/дружини  Удівець/иця

### II. Інформація про медичне страхування

**Я, мій чоловік/дружина, або хтось із членів моєї родини (зазначте відповідний квадратик):**

1. Не можуть працювати через проблеми зі здоров'ям .....  Так  Ні
2. Стали жертвою нещасного випадку, що потребує медичної допомоги .....  Так  Ні
3. Планує поступити, знаходиться або нещодавно вийшов(ла) з медичної установи (наприклад, лікарні або будинку для осіб похилого віку та інвалідів) .....  Так  Ні
4. Має несплачені рахунки за медичні послуги .....  Так  Ні
5. Потребує допомоги з несплаченими рахунками за медичні послуги, отримані протягом будь-якого часу за останні три місяці .....  Так  Ні
6. Має страхування здоров'я (зазначте все, що відповідає):  Medicare (не медичне страхування від DSHS)  Tricare  
 Страхування на довгостроковий нагляд  Інші види страхування здоров'я: \_\_\_\_\_

### III. Ресурси (не потрібні для програм Медична для дітей (Children's Medical), Медична для вагітних (Pregnancy Medical), HWD або Базова продуктова (Basic Food))

Ресурси - це будь-яка річ, чим ви володієте або купуєте, що можна продати, обміняти або взяти замість цього гроші готівкою або гроші, що знаходяться в інших осіб. Ресурси не включають особисте майно, таке як меблі або одяг. Прикладами ресурсів є:

- Гроші готівкою
- Витратні рахунки в банках
- Зберігальні рахунки в банках
- Грошові зберігальні сертифікати
- Рахунки грошового ринку
- Державні зберігальні облігації
- Облігації
- Сертифікати взаємних фондів
- Акції
- Страховий інвестиційний контракт
- Трасти
- Індивідуальний пенсійний рахунок
- Пенсійний план 401K
- Пенсійний фонд
- Будинки, включаючи той, в якому ви мешкаєте
- Кондомініум
- Земля
- Торгові контракти
- Будівлі
- Майно в користуванні протягом життя
- Страхування життя
- Фонди на поховання, передплачені плани
- Фонди на освіту в коледжі
- Майно, придбане разом із кимось для спільного користування
- Устаткування для ведення бізнесу
- Обладнання для ферми
- Господарські тварини

Будь ласка, зазначте ресурси, якими ви, ваш чоловік/дружина або хтось із осіб, за кого ви подаєте заяву, володіє або купує:

РЕСУРС	ХТО ВОЛОДІЄ	МІСЦЕ ЗНАХОДЖЕННЯ	ВАРТІСТЬ	ХТО ВОЛОДІЄ	МІСЦЕ ЗНАХОДЖЕННЯ	ВАРТІСТЬ
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$

2. Я, мій чоловік/дружина або хтось із осіб, за кого я подаю заяву, володіє машинами, вантажівками, мікроавтобусами, лодками, автомашинами для відпочинку, трейлерами або іншими транспортними засобами:

РІК (НАПРИКЛАД, 1980)	ВИРОБНИК (НАПРИКЛАД, FORD)	МОДЕЛЬ (НАПРИКЛАД, ESCORT)	ЗАЗНАЧТЕ, ЯКЩО ОРЕНДОВАНИЙ	ЗАЗНАЧТЕ, ЯКЩО ТРАНСПОРТНИЙ ЗАСІБ ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ЦІЛЕЙ	СУМА БОРГУ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. Я, мій чоловік/дружина або хтось із осіб, за кого я подаю заяву, продав, обміняв, віддав або передав ресурс протягом останніх п'яти років (включаючи трасти, автомашини або майно в користуванні протягом життя):

- Так  Ні Якщо так, то що: \_\_\_\_\_ коли: \_\_\_\_\_

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ЗАЯВНИКА	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА
---------------------------	--------------------------------	--------------------------------

#### IV. Зароблений дохід

1. Я, мій чоловік/дружина або хтось із тих осіб, за кого я подаю заяву, покинув роботу протягом останніх 60 днів:  Так  Ні
2. Я, мій чоловік/дружина або хтось із тих осіб, за кого я подаю заяву, отримує дохід через роботу:  Так  Ні
- Якщо так, будь ласка, заповніть цей розділ:

ХТО ЗАРОБЛЯЄ ЦЕЙ ДОХІД	ЗАГАЛЬНА СУМА ОТРИМАНОГО ДОХОДУ (СУМА В ДОЛАРАХ ДО СПЛАТИ ПОДАТКІВ)
ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ РОБОТОДАВЦЯ, І ТАКОЖ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	\$ _____ за кожну: <input type="checkbox"/> годину <input type="checkbox"/> тиждень
ДАТА ПОЧАТКУ РОБОТИ	<input type="checkbox"/> два тижні <input type="checkbox"/> двічі на місяць <input type="checkbox"/> місяць
Чи є ця робота самостійною зайнятістю? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Годин на тиждень: _____
	Дати отримання платні (наприклад, 1 <sup>го</sup> та 15 <sup>го</sup> , або кожної п'ятниці):

ХТО ЗАРОБЛЯЄ ЦЕЙ ДОХІД	ЗАГАЛЬНА СУМА ОТРИМАНОГО ДОХОДУ (СУМА В ДОЛАРАХ ДО СПЛАТИ ПОДАТКІВ)
ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ РОБОТОДАВЦЯ, І ТАКОЖ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	\$ _____ за кожну: <input type="checkbox"/> годину <input type="checkbox"/> тиждень
ДАТА ПОЧАТКУ РОБОТИ	<input type="checkbox"/> два тижні <input type="checkbox"/> двічі на місяць <input type="checkbox"/> місяць
Чи є ця робота самостійною зайнятістю? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Годин на тиждень: _____
	Дати отримання платні (наприклад, 1 <sup>го</sup> та 15 <sup>го</sup> , або кожної п'ятниці):

#### V. Інший дохід (Застосуйте для всіх членів родини)

	ХТО ОТРИМУЄ ДОХІД?	ПОВНА СУМА ДОХОДУ ЗА МІСЯЦЬ	ХТО ОТРИМУЄ ДОХІД?	ПОВНА СУМА ДОХОДУ ЗА МІСЯЦЬ
Допомога по безробіттю		\$		\$
Соціальне забезпечення		\$		\$
Додаткова програма соціального забезпечення (SSI)		\$		\$
Аліменти на дітей або для утримання чоловіка/дружини		\$		\$
Пенсійне забезпечення або пенсія		\$		\$
Пільги від адміністрації ветеранів (VA) або військового департаменту		\$		\$
Пільги від департаменту праці та промисловості (L&I) або страхові пільги		\$		\$
Трасти		\$		\$
Проценти		\$		\$
Пільги для залізничників		\$		\$
Дохід через оренду		\$		\$
Інше:		\$		\$
Інше:		\$		\$

#### VI. Страховий інвестиційний контракт (інвестиції, зроблені будь-яким із членів родини для отримання регулярних виплат в поточний час або в майбутньому)

КОМУ НАЛЕЖИТЬ СТРАХОВИЙ ІНВЕСТИЦІЙНИЙ КОНТРАКТ?	КОМПАНІЇ АБО ОРГАНІЗАЦІЇ?	СУМА АБО ВАРТІСТЬ	ДОХІД ЩОМІСЯЦЯ	ДАТА ПРИДБАННЯ
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Якщо ви, або ваш чоловік/дружина, маєте право на проценти в страховому інвестиційному контракті, і ви отримуєте пільги за програмою Медикайд для довгострокового нагляду, ви повинні назвати штат Вашингтон у якості спадкоємця, що отримає кошти за таким контрактом.

### VII. Щомісячні витрати

ОРЕНДА ЖИТЛА \$	ВНЕСОК ЗА ПРИДБАНЕ НЕРУХОМЕ МАЙНО \$	ОРЕНДА МІСЦЯ \$	ПЛАТА ЗА КОНДОМІНІУМ \$
СТРАХУВАННЯ ВЛАСНИКА ДОМІВКИ \$	ПОДАТКИ НА МАЙНО \$	ОЦІНКА ВАРТОСТІ МАЙНА \$	ІНШІ ВИТРАТИ \$

Комунальні послуги (зазначте все, що відповідає):  Опалення (газове, електричне, маслом)  
 Електроенергія (**не опалення**)  Телефон  Вода, каналізація, сміття  
 Інша особа або агенція, наприклад, з субсидіювання житла, допомагають мені сплачувати всі або частину цих витрат:  Так  Ні  
 Якщо так, то хто: \_\_\_\_\_ Які витрати: \_\_\_\_\_ Сума, що вони сплачують: \$ \_\_\_\_\_

Я, мій чоловік/дружина, або хтось із членів моєї родини сплачує або повинен платити (зазначте все, що відповідає):

<input type="checkbox"/> Витрати на догляд дітей або осіб, які потребують догляду	Повна сума на місяць: \$	Хто сплачує:
<input type="checkbox"/> Аліменти на дітей	Повна сума на місяць: \$	Хто сплачує:
<input type="checkbox"/> Витрати на медичні послуги	Повна сума на місяць: \$	Хто сплачує:

### VIII. Повноважний представник

Повноважний представник - це особа, якій ви дозволяєте обговорювати з відділом DSHS питання щодо ваших пільг. Ви можете, але не мусите, назвати когось.

Чи є у вас повноважний представник?  Так  Ні  
 Чи ця особа є вашим офіційним опікуном?  Так  Ні  
 Чи має ця особа нотаріально завірену довіреність?  Так  Ні

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ	КИМ ЦЯ ОСОБА ДОВОДИТЬСЯ ВАМ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
АДРЕСА ВУЛИЦІ	МІСТА	ШТАТУ
		ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

### Заява та підпис

**Якщо ви подаєте заяву на гроші готівкою або медичну допомогу для дорослих, всі дорослі члени вашої родини повинні поставити підпис.**

**Якщо ви подаєте заяву на продуктову допомогу або медичну допомогу для дітей, то заявник повинен поставити підпис.**

Я розумію, що я повинен:

- Надати правильну інформацію.
- Повідомити про зміни, вказані в моєму листі з затвердженням.
- Надати доказ чинності мого права. Відділ DSHS може допомогти отримати підтвердження щодо моїх прав, або звернутись до інших осіб чи агенцій з цього приводу.
- Надати певні права щодо аліментів на дитину/дітей штату Вашингтон, якщо я отримаю тимчасову допомогу для нужденних сімей (TANF).
- Надати свої права на виплату коштів на медичну допомогу та виплату коштів на медичну допомогу третьою стороною штату Вашингтон якщо я отримаю пільги на медичне обслуговування.
- Дотримуватись вимог до праці при отриманні продуктової допомоги

Якщо я не буду цього робити, мені можуть відмовити в отриманні пільг, або змусити повернути їх вартість.

Я розумію, що мене можуть переслідувати як особу, що порушила закон, якщо я свідомо:

- Надам у заяві невірну інформацію.
- Не повідомлю про щось таке, що я повинен повідомляти.

Я прочитав(ла) або мені пояснили мої права і обов'язки, і я отримав(ла) копію документа Права і обов'язки клієнта, DSHS 14-113. **Я заявляю або стверджую, усвідомлюючи можливе покарання за надання невірної інформації згідно законів штату Вашингтон, що інформація, яку я повідомив у цій заяві, є правдивою і точною.**

ПІДПИС ЗАЯВНИКА	ДАТА	ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ЗАЯВНИКА ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ	МІСТО І ШТАТ, ДЕ ПІДПИСАНО
ПІДПИС ІНШОГО ДОРΟΣЛОГО ЗАЯВНИКА	ДАТА	ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ІНШОЇ ДОРΟΣЛОЇ ОСОБИ ДРУКОВАНИМИ БУКВАМИ	МІСТО І ШТАТ, ДЕ ПІДПИСАНО
ПІДПИС ПРЕДСТАВНИКА АБО ПОМІЧНИКА	ДАТА	ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ПРЕДСТАВНИКА ДРУКОВАНИМИ БУКВАМИ	МІСТО І ШТАТ, ДЕ ПІДПИСАНО
ПІДПИС СВДКА, ЯКЩО ПІДПИСАНО ЗНАЧКОМ "X"	ДАТА	ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ СВДКА ДРУКОВАНИМИ БУКВАМИ	