Washington State Department of Social & Health Services

योग्यता समीक्षा

Eligibility Review

यदि तपाईंलाई यो फाराम पढ्न वा भर्न सहयोग चाहिन्छ भने कृपया हामीलाई सहयोगका लागि भन्नुस्।

यो पृष्ठ तपाईंको अभिलेखका लागि राख्नुस्।

सुविधाका लागि मैले कसरी आवेदन दिने?

- तपाईंको आवेदन पूरा गर्नका लागि पृष्ठ ३ देखि ६ सम्म भर्नुस्। पृष्ठ ३ मा आफ्नो नाम, ठेगाना र हस्ताक्षर लेखेर रिसेप्सनिस्टलाई दिएर तपाईं आजै आफ्नो आवेदन **सुरु** गर्न सक्नुहुन्छ । यदि तपाईंसित ठेगाना छैन भने रिसेप्सनिस्टलाई भन्नुस् वा तपाईंको स्थानीय कार्यालयमा फोन गर्नुस्।
- यदि तपाईंलाई थप ठाउँ आवश्यक परे कागज थप्नुस्।
- तपाईंको स्थानीय कार्यालयमा पृष्ठ ३देखि ६सम्म लग्नुस् वा हुलाकबाट पठाउनुस्। पृष्ठहरु १ देखि २ सम्म तपाईंको अभिलेखका लागि राख्नुस्।
- यदि तपाईंले सुरु गर्नुभयो, पूरा गर्नुभयो र हामीलाई तपाईंको आवेदन र अन्य जानकारी हामीलाई तपाईंले जतिसक्दो छिटो दिनुभयो भने तपाईंले बढी सुविधा पाउन सक्नुहुन्छ वा छिटो पाउन सक्नुहुन्छ। यी जानकारीहरु हामीले संघीय वा राज्य अधिकारीहरुसमक्ष बाँड्न सक्छौं।

खाद्य तथा नगद सहयोग म कति छिटो पाउन सक्छु?

यदि तपाईंलाई तुरुन्तै खाद्य सुविधा आवश्यक छ भने, पृष्ठ ३ मा प्रश्नहरु १ देखि १४ सम्म भर्नुस् र रिसेप्सनिस्टलाई दिनुस्।

तपाईं खाद्य सहयोगका लागि योग्य हुनुहुन्छ कि हुनुहुन्न भन्ने बारे हामी *५ दिनभित्र* निर्णय गर्नेछौं यदि तपाईंले आफ्नो परिचयको प्रमाण देखाउनु भयो *र* निम्नमध्ये एक पूरा गर्नुभयो भनेः

- तपाईंको परिवारको कूल आम्दानी $ १५० भन्दा कम छ र यो महिना $ १०० भन्दा कम तरल स्रोतहरु छ।
- तपाईंको परिवारको आम्दानी र स्रोतहरु तपाईंको मासिक भाडा र बिलहरु भन्दा कम छ।
- तपाईंको परिवारमा निराश्रय वा मौसमी कृषक समावेश छ।

सुविधाहरु हामीले तपाईं योग्य भएको निर्णय गरेको दिनको भोलिपल्टबाट जारी हुन्छ। खाद्य सहयोग सामान्यतया तपाईंको आवेदन हामीले प्राप्त गरेको दिनबाट सुरु हुन्छ। नगद सहयोग सामान्यतया तपाईं योग्य हुनुहुन्छ भनी निर्णय गर्न चाहिने सम्पूर्ण जानकारीहरु हामीले पाएको दिनदेखि सुरु हुन्छ।

नागरिक अधिकार

संघीय कानुन र अमेरिकी कृषि विभाग र अमेरिकी स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागको नीति अनुसार यो संस्थालाई जाति, रंग, राष्ट्रिय मूल, लिङ्ग, उमेर वा अपांगताका आधारमा भेदभाव गर्न प्रतिबन्ध छ। खाद्य टिकट ऐन र युएसडीए नीति अन्तर्गत धर्म र राजनीतिक विश्वासका आधारमा भेदभाव गर्न पनि प्रतिबन्ध छ। भेदभावसम्बन्धी गुनासो दर्ता गर्नका लागि युएसडीए वा एचएचएसमा सम्पर्क राख्नुस्। लेख्नुस् युएसडीए, निर्देशक, नागरिक अधिकारको कार्यालय, १४०० इन्डिपेन्डेन्स एभिन्यु, एस.डब्ल्यु., वासिङटन, डी.सी. २०२५०-९४१९ वा फोन गर्नुस् (८००) ७९५-३२७२ (आवाज) वा (२०२) ७२०-६३८२ (टीटीवाई)। लेख्नुस् एचएचएस, निर्देशक, नागरिक अधिकारको कार्यालय, कोठा ५०६-एफ, २०० इन्डिपेन्डेन्स एभिन्यु, एस.डब्ल्यु, वासिङ्टन, डी.सी. २०२०१ वा फोन गर्नुस् (२०२) ६१९-०४०३ (आवाज) वा (२०२) ६१९-३२५७ (टीटीवाई)। युएसडीए र एचएचएस समान मौका प्रदान गर्ने र रोजगारदाता हो।

अध्यागमन स्थिति र सामाजिक सुरक्षा नम्बर

तपाईं आफूसँग बस्ने केही व्यक्तिका लागि सहयोग पाउन सक्नुहुन्छ यदि तपाईंसँग बस्ने अरु अध्यागमन स्थितिका कारण सहयोग पाउन असमर्थ भए पनि। तपाईंले आवेदन दिने सबैको स्थिति हामीलाई बताउनु पर्छ। हामीसित उनीहरुका लागि चिकित्सा कार्यक्रमहरु छन् जसले उनीहरु देशमा कानुनी रुपमा बसिरहेको प्रमाण पेश गर्न सक्दैनन्।

संघीय कानुन (४२ सीएफआर § ४३५.९१०, ४५ सीएफआर §२०५.५२, ७ सीएफआर §२७३.६) अनुसार, तपाईंले हामीलाई तपाईंसित बस्ने जोकसैको सामाजिक सुरक्षा नम्बर (एसएसएन) दिनुपर्छ जसले चिकित्सा सहयोग, टीएएनएफ वा खाद्य सहयोगका लागि आवेदन दिएका छन्। तपाईंसित बस्ने तर आवेदन नदिने आमाबुबा र पतिपत्नीको पनि एसएसएनहरु हामीलाई आवश्यक हुनसक्छ। हामीसित एसएसएनहरु नभएका केही व्यक्तिहरुका लागि चिकित्सा कार्यक्रमहरु छन्।

हामी एसएसएनहरुलाई परिचय जाँच गर्न, योग्यता पुष्टी गर्न, ठगी रोक्न र दावी संकलन गर्न प्रयोग गर्छौं। हाम्रो कार्यक्रमहरुलाई व्यवस्थापन गर्न र कानुनको पालना गर्न हामी अरु एजेन्सीहरुलाई जानकारी आदानप्रदान गर्छौं। भगुवा अपराधी पक्रन प्रयास गरिरहेका कानुन कार्यान्वयन गर्ने एजेन्सीहरुलाई पनि हामी यो जानकारी दिनसक्छौं।

चिकित्सा सहयोगका लागि नागरिकता र परिचय

चिकित्सा सहयोग पाउनका लागि अमेरिकी नागरिकहरुले नागरिकता र परिचय प्रमाणित गर्नुपर्छ। प्रमाण प्राप्त गर्न हामी तपाईंसित मिलेर काम गर्नेछौं। यदि हामीलाई तपाईंको पैसा पर्ने कागजात आवश्यक भयो भने हामी पठाउने छौं र भुक्तान गर्नेछौं। तपाईंको परिवारमा रहेका व्यक्तिको अपांगता वा परिपूरक सुरक्षा आय (एसएसआई)को आधारमा चिकित्सा सहयोग, सामाजिक सुरक्षा अपांगता बीमा (एसएसडीआई) पाइरहेकाहरुका लागि कुनै प्रमाण हामीलाई चाहिँदैन। प्रमाणमा निम्न समावेश हुन्छन् तर त्यसैमा सीमित भने हुन्नन्:

नागरिकताको प्रमाण	परिचयको प्रमाण
• अमेरिकी राहदानी • प्राकृतिकरणको प्रमाणपत्र वा नागरिकता • तस्बिरसहितको जातीय सदस्यता कार्ड • आधिकारिक राज्य/काउन्टी अमेरिकी जन्म प्रमाणपत्र	• राज्यको चालक अनुमतिपत्र • राज्यको परिचय वा तस्बिरसहितको सैनिक परिचय पत्र • अमेरिकी अमेरिकन इन्डियन/अलास्का मूल जातीय कागजात • १६ मुनिका बालबालिकाका लागि पूरा भरिएको नागरिकता कागजात र परिचय घोषणा फाराम

गोपनीयता र खाद्य सहयोग

वर्तमान खाद्य टिकट ऐनले विभागलाई आवेदनमा हामीले सोध्ने जानकारी संकलन गर्न अनुमति दिन्छ। यीमध्ये केही जानकारी हामी कम्प्युटर म्याचिङ प्रोग्रामबाट पुष्टी गर्छौं।

हामी यो जानकारी प्रयोग गर्छौं:	हामी यो जानकारी दिन सक्छौं:
• हाम्रो कार्यक्रमहरुका लागि को योग्य छ भनी निर्णय गर्न • खाद्य सहयोगमा बढी भुक्तान भएको संकलन गर्न • हाम्रा कार्यक्रमहरु व्यवस्थापन गर्न • हामीले कानुनको पालना गरेका छौं भन्नेमा सुनिश्चित हुन	• आधिकारिक प्रयोगका लागि संघीय र राज्य एजेन्सीहरुलाई • कानुन कार्यान्वयन एजेन्सीहरुलाई जो कानुनबाट बच्न खोज्ने व्यक्तिहरुलाई पक्रन खोजिरहेको छ • खाद्य सहयोग बढी भुक्तान संकलन गर्न निजी संकलन एजेन्सीहरुलाई

खाद्य सहयोग दण्ड चेतावनी

खाद्य सहयोगको आवेदन दिने व्यक्तिहरुको जानकारी हामी अन्य संघीय एजेन्सीहरुलाई जानकारी सही भएनभएको जाँच्न दिन्छौं। यदि कुनै जानकारी गलत रहेछ भने आवेदन दिएका व्यक्तिहरुले खाद्य सहयोग पाउने छैनन्। यदि कुनै व्यक्तिले जानाजान गलत जानकारी दियो भने उनीहरुलाई कानुनी रुपमा कारबाही गर्न सकिनेछ। जानाजान खाद्य सहयोग नियमहरु उल्लंघन गरिएमा हुने दण्डहरुमा कार्यक्रमका लागि अयोग्य हुनेदेखि जरिवाना तिराउने वा कैद गरिनेसम्मका छन्।

चिकित्सा र दीर्घकालीन हेरचाहका लागि राज्यलाई पुनर्भुक्तानी

- कानुन अनुसार, यदि तपाईं ५५ वर्ष वा त्योभन्दा बढी उमेरको हुनुहुन्छ र चिकित्सा सहयोग वा दीर्घकालीन हेरचाह सेवाहरु प्राप्त गर्नुहुन्छ भने डीएसएचएसले चिकित्सा सहयोग, चिकित्सा सेवा र दीर्घकालीन हेरचाहको लागत तपाईंको सम्पति (तपाईंको मृत्युका बेला तपाईंको स्वामित्वमा रहेको सम्पति) बाट पैसा असुल्न सक्छ । चिकित्सा हेरचाह बचत कार्यक्रम छुट हो। डीएसएचएसले **कुनै पनि उमेरमा** प्राप्त राज्यद्वारा मात्र लगानी गरिएको दीर्घकालीन हेरचाह सेवाको रकम असुल्न सक्छ। यसलाई एस्टेट रिकभरी भनिन्छ। जातीय जग्गालाई असुलीबाट छुट दिन सकिन्छ।
- दीर्घकालीन हेरचाह सेवाहरुमा कोप्स, ओब्रा, चिकित्सा सहयोग व्यक्तिगत हेरचाह, नर्सिङ होम सेवाहरु, वयस्क दिवा स्वास्थ्य, निजी ड्युटी नर्सिङ, चार डीडीडी एचसीबीएस छुटहरुः बेसिक, बेसिक प्लस, कोर र सामुदायिक सुरक्षा र गृह तथा समुदाय सेवा र विकासात्मक अपागंता विभागद्वारा प्रदान गरिने अन्य सेवाहरु।
- सम्पति पुनःप्राप्ति तपाईंको मृत्यु नभएसम्म र यदि छ भने तपाईंको जीवित पति वा पत्नीको मृत्यु नभएसम्म हुनेछैन। यदि तपाईंसित भर पर्ने उत्तराधिकारीहरु छन् भने सम्पति पुनःप्राप्ति केही कठिन कारणहरुले अझै ढिला हुन सक्नेछ।
- यदि तपाईं स्थायी रुपमा नर्सिङ होममा वा अन्य चिकित्सा सुविधामा बसिरहनुभएको छ भने डीएसएचएसले तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको चिकित्सा सहयोग, चिकित्सा सेवा र दीर्घकालीन हेरचाहको रकम पुनर्भुक्तानका लागि तपाईंको सम्पतिविरुद्ध लिएन (ऋण नबुझाउन्जेल धितोमा स्वामित्व कायम राख्ने हक) दायर गर्न सक्नेछ। यदि तपाईं घर फर्कनुभयो भने डीएसएचएसले लिएन फुकुवा गर्नेछ। डीएसएचएसले तपाईंको घरविरुद्ध लिएन दर्ता गर्ने छैन यदिः
    - तपाईंका पति वा पत्नी त्यहाँ बस्छन् भने।
    - अन्धो, अपांग वा २१ वर्षमुनिका तपाईंको बच्चा त्यहाँ बस्छन् भने।
    - समान हक लाग्ने तपाईंका दाजुभाइ त्यहाँ बस्छन् र तपाईं सुविधामा प्रवेश गर्नुअघि नै त्यहाँ कम्तिमा एक वर्षदेखि बसिरहेका छन्।

Washington State Department of Social & Health Services

सुविधाहरुका लागि आवेदन

Application for Benefits

☐ यदि तपाईंलाई यो फाराम भर्न सहयोग आवश्यक छ भने कृपया यो बाकसमा ठीक चिह्न लगाउनुस्।

FOR OFFICE USE ONLY	
DATE RECEIVED	INITIALS

१. पहिलो नाम बीचको नाम थर	हस्ताक्षर (आवश्यक)	२. ग्राहक परिचय नम्बर (यदि थाहा छ भने)
३. सडक ठेगाना जहाँ तपाईं बस्नुहुन्छ सहर राज्य जिप कोड		४. घर/इच्छित फोन नम्बर
५. पत्राचार ठेगाना (यदि फरक छ भने) सहर राज्य जिप कोड		६. अन्य फोन नम्बर (हरु)
		७ इमेल ठेगाना

८. म आवेदन दिँदैछु (लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुस्):
☐ नगद ☐ खाद्य ☐ चिकित्सा ☐ लागू औषधी वा मदिरा उपचार
☐ नर्सिङ होम ☐ सहयोगी बास ☐ वयस्क परिवार गृह ☐ घरभित्र हेरचाह
☐ चिकित्सा हेरचाह बचत कार्यक्रम ☐ अन्य (कृपया लेख्नुस्): _____

९. यो महिना तपाईंको परिवारले कति रकम पाउने आशा गर्नुहुन्छ? $_____

१०. तपाईंको परिवारसित कति रकम नगद र बैंक खातामा छ? $_____

११. भाडा वा धितोबन्धकका लागि तपाईंको परिवारले कति तिर्नुहुन्छ? $_____

१२. तपाईंको परिवारले केका लागि भुक्तान गर्नुहुन्छ? ☐ तातो/चीसो पार्ने ☐ टेलिफोन ☐ अन्य: _____

१३. तपाईंको परिवारमा कोही मौसमी वा आप्रवासी कामदार छन्? ☐ छ ☐ छैन

१४. यदि खाद्य सहयोगका लागि आवेदन दिनुभएको छ भने तपाईंको परिवारमा कति जना छन्? खानेकुरा तपाईं किन्नुहुन्छ कि पकाउनु हुन्छ?
_____

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

१५. मलाई फोन अन्तर्वार्ता आवश्यक छ। कृपया मलाई फोन गर्नुस्: _____

१६. ☐ मलाई दोभाषे आवश्यक छ। म बोल्छु: _____ वा ☐ हस्ताक्षर; मेरा पत्रहरु अनुवाद गर्नुस् यो भाषामा: _____

१७. तपाईंको परिवारमा भएका सबैको सूचि लेख्नुस् यदि तपाईं उनीहरुका लागि आवेदन दिनुहुन्न भने पनि (यदि आवश्यक भए थप कागज संलग्न गर्नुस्)

नाम (पहिलो, बीचको, थर)	लिंग पु वा म	यो व्यक्तिको तपाईंसितको सम्बन्ध?	जन्ममिति	यो व्यक्तिका लागि तपाईं सुविधा चाहनुहुन्छ भने चिह्न लगाउनुस्	विद्यालयमा छन् भने चिह्न लगाउनुस्	आवेदन नदिनेका लागि ऐच्छिक: सामाजिक सुरक्षा नम्बर	आवेदन नदिनेका लागि ऐच्छिक: यदि अमेरिकी नागरिक हैन भने चिह्न लगाउनुस् जन्मस्थान (सहर/राज्य)
		स्वयं		☐	☐		☐
				☐	☐		☐
				☐	☐		☐
				☐	☐		☐
				☐	☐		☐
				☐	☐		☐

१८. म वा मेरो परिवारका कोही छन् (लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुस्): ☐ गर्भवती; जन्मने मिति: _____
☐ चिकित्सा आपतकाल ☐ घरेलु हिंसा स्थिति ☐ अपांगता (किसिम उल्लेख गर्नुस्):

१९. विगत ३० दिनहरुमा मैले नगद, खाद्य वा चिकित्सा सहयोग अर्को राज्य वा स्रोतबाट प्राप्त गरेको छु:: ☐ हो ☐ होइन

२०. म वा मैले आवेदन दिएका कोही अपराध गरी कानुनबाट भाग्दै अदालत वा जेलबाट बच्न खोजिरहेका हुन्: ☐ हो ☐ होइन

२१. **ऐच्छिक। खाद्य सहयोगका लागि यदि तपाईंले जवाफ दिनुभएन भने युएसडीएलाई तपाईंका लागि हामी आवश्यक हुन्छ।**
मेरो जातीय पृष्ठभूमि हिस्प्यानिक वा ल्याटिनो हो: ☐ हो ☐ होइन

२२. म आफूलाई यो जातको मान्छु (लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुस्): ☐ गोरो ☐ कालो वा अफ्रिकी अमेरिकी ☐ एसियाली
☐ मूल हवाईनिवासी वा अन्य प्यासिफिक आइल्यान्डर ☐ अमेरिकन इन्डियन वा अलास्का मूल निवासी; जातीको नाम: _____
☐ अन्य (लेख्नुस्):

Barcode label

14078

I. सामान्य जानकारी

१. मैले आवेदन दिएका कोही वासिङ्टन राज्य बाहिर बस्छन्: ☐ हो ☐ होइन को: _____

२. म वा मेरो परिवारका कोही प्रायोजित बाहिरिया हुन्: ☐ हो ☐ होइन को: _____

३. कोही अस्थायी रुपमा मेरो घरबाट बाहिर छन्: ☐ हो ☐ होइन को: _____

४. म वा मैले आवेदन दिएका कोही सेनामा सेवा गर्छन्: ☐ हो ☐ होइन को: _____

५. कोही सेनामा सेवा गरेका (जीवित वा मृत) प्रति आश्रित वा पतिपत्नी हुन्: ☐ हो ☐ होइन

६. म बसिरहेको छु: ☐ मेरो आफ्नै घर वा अपार्टमेन्ट ☐ सामूहिक घर ☐ अन्य: _____

☐ सुविधा(किसिम लेख्नुस्): _____ भित्रिएको मिति: _____

७. म: ☐ एक्लो ☐ विवाहित ☐ सम्बन्ध विच्छेद गरिसकेको ☐ अलग्गिएको ☐ विधुर/विधवा

II. चिकित्सा र स्वास्थ्य बीमा जानकारी

म, मेरो पतिपत्नी वा मेरो परिवारका कोही (उचित बाकसमा चिह्न लगाउनुस्):

१. स्वास्थ्य समस्याका कारण काम गर्न सक्दैनन् ..... ☐ हो ☐ होइन

२. दुर्घटनामा परेका छन् र चिकित्सा हेरचाह आवश्यक छ..... ☐ हो ☐ होइन

३. जाने योजना, अहिले छ वा भर्खरै चिकित्सा सुविधाबाट फर्किएका (जस्तै अस्पताल वा नर्सिङ होमबाट) ..... ☐ हो ☐ होइन

४. तिर्न बाँकी चिकित्सा बिल छ ..... ☐ हो ☐ होइन

५. विगत तीन महिनाको कुनै तिर्न बाँकी चिकित्सा बिलका लागि सहयोग आवश्यक छ..... ☐ हो ☐ होइन

६. स्वास्थ्य बीमा छ (लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुस्): ☐ चिकित्सा हेरचाह (डीएसएचएस चिकित्सा हैन) ☐ ट्राइकेयर

☐ दीर्घकालीन हेरचाह बीमा ☐ अन्य स्वास्थ्य बीमा: _____

III. स्रोतहरु(बालबालिकाको चिकित्सा, गर्भवती चिकित्सा, एचडब्ल्युडी वा आधारभूत खाद्यान्नका लागि आवश्यक छैन)

स्रोत भनेको तपाईंको स्वामित्वमा भएको कुनै पनि कुरा वा सामान जुन बिक्री, व्यापार गर्न सकिन्छ वा नगद वा पैसामा रुपान्तर गर्न सकिन्छ। स्रोतमा व्यक्तिगत सम्पति जस्तै फर्निचर वा लुगा पर्दैनन्। स्रोतका उदाहरणहरु हुन्:

- नगद
- चल्ती खाता
- बचत खाता
- सीडीहरु
- मनी मार्केट खाता
- बचत बन्ड
- बन्ड
- म्युचुअल फन्ड
- स्टक
- भत्ता
- ट्रस्ट
- आईआरए
- ४०१के
- अवकाश कोष
- घरहरु, तपाईं बसेको समेत
- कन्डोमिनियम
- जग्गा
- बिक्री कन्ट्र्याक्ट
- भवन
- लाइफ एस्टेट
- जीवन बिमा
- गाड्ने कोष, प्रिपेड प्लान
- कलेज कोष
- टाइम-सेयर
- व्यापार उपकरण
- कृषि औजार
- गाईवस्तु

कृपया तपाईं, तपाईंको पतिपत्नी वा तपाईंले आवेदन दिएका कसैको स्वामित्वमा रहेको वा किनिरहेको स्रोतहरु लेख्नुस्:

स्रोत	कसको स्वामित्वमा	स्थान	मोल	कसको स्वामित्वमा	स्थान	मोल
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$

२. म, मेरो पतिपत्नी वा मैले आवेदन दिएका कसैसित कार, ट्रक, भ्यान, डुंगा, आरभी, ट्रेलर वा अन्य मोटरगाडी छन्:

वर्ष (जस्तै १९८०)	बनाएको (जस्तै फोर्ड)	मोडल(जस्तै एस्कर्ट)	लिज छ भने चिह्न लगाउनुस्	चिकित्सा प्रयोजनका लागि वाहन प्रयोग भइरहेको छ भने चिह्न लगाउनुस्	रकम बाँकी
			☐	☐	$
			☐	☐	$

३. म, मेरो पतिपत्नी वा मैले आवेदन दिएका कसैले विगत पाँच वर्षमा कुनै स्रोत बेचेको, साटेको, दिएको वा स्थानान्तरण गरेको छ (ट्रस्ट, वाहन वा लाइफ एस्टेटसहित): ☐ छ ☐ छैन यदि छ भने के: _____ कहिले: _____

आवेदकको नाम	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	ग्राहक पहिचान नम्बर

IV. कमाएको आम्दानी

१. म, मेरो पतिपत्नी वा मैले आवेदन दिएका कसैले विगत ६० दिनभित्र जागिर छाडेको छ: ☐ हो ☐ होइन

२. म, मेरो पतिपत्नी वा मैले आवेदन दिएका कसैको कामबाट आम्दानी छ: ☐ हो ☐ होइन यदि हो भने कृपया यो खण्ड पूरा गर्नुस्:

यो आम्दानी कसले गर्छ _____ रोजगारदाताको नाम र फोन नम्बर _____ थालेको मिति _____ के यो काम स्वरोजगार हो? ☐ हो ☐ होइन	कूल प्राप्त परिमाण (डलर परिमाण करअगाडि) $_____प्रति: ☐ घण्टा ☐ साता ☐ दुई साता ☐ महिनामा दुई पटक ☐ मासिक घण्टा प्रति साता _____ भुक्तान मितिहरु (जस्तै १ र १५ वा प्रत्येक शुक्रबार):
यो आम्दानी कसले गर्छ _____ रोजगारदाताको नाम र फोन नम्बर _____ थालेको मिति _____ के यो काम स्वरोजगार हो? ☐ हो ☐ होइन	कूल प्राप्त परिमाण (डलर परिमाण करअगाडि) $_____प्रति: ☐ घण्टा ☐ साता ☐ दुई साता ☐ महिनामा दुई पटक ☐ मासिक घण्टा प्रति साता _____ भुक्तान मितिहरु (जस्तै १ र १५ वा प्रत्येक शुक्रबार):

V. अन्य आम्दानी (परिवारका सबै सदस्यहरुका लागि प्रयोग गर्नुस्)

	आम्दानी कसले पाउँछ?	कूल मासिक परिमाण	आम्दानी कसले पाउँछ?	कूल मासिक परिमाण
बेरोजगार सुविधा		$		$
सामाजिक सुरक्षा		$		$
परिपूरक सुरक्षा आम्दानी (एसएसआई)		$		$
बाल सहयोग वा स्पाउजल मेन्टिनेन्स		$		$
अवकाश वा निवृत्तिभरण		$		$
भेटेरन्स एडमिनिस्ट्रेसन (भीए) (VA) वा सैनिक सुविधा		$		$
लेबर र उद्योग (एलएन्डआई) वा बीमा सुविधा		$		$
ट्रस्ट		$		$
ब्याज		$		$
रेलमार्ग सुविधा		$		$
भाडा आय		$		$
अन्य:		$		$
अन्य:		$		$

VI. सालाना (परिवारका कुनै सदस्यले गरेको लगानी जसबाट नियमित भुक्तान अहिले वा भविष्यमा आउँछ)

सालाना कसको स्वामित्वमा?	कम्पनी वा संस्था?	परिमाण वा मोल	मासिक आम्दानी	किनेको मिति
		$	$	
		$	$	
		$	$	

यदि तपाईं वा तपाईंको पतिपत्नीसित सालानामा ब्याज छ र यदि तपाईंले चिकित्सा सहयोग दीर्घकालनी हेरचाह सुविधा स्वीकार गर्नुभएको छ भने तपाईंले वासिङटन राज्यलाई बाँकी सालानाको प्राप्तकर्ता उल्लेख गर्नुपर्नेछ।

VII. मासिक खर्चहरु

भाडा $	धितो भुक्तान $	स्थान भाडा $	कन्डोमिनियम शुल्क $
घरमालिकको बीमा $	सम्पति कर $	सम्पति जाँच $	अन्य शुल्कहरु $

अन्य व्यक्ति वा एजेन्सी जस्तै अनुदान हाउजिङले यी खर्चहरु पूरै वा केही भाग भुक्तान गर्न मलाई सहयोग गर्छ: ☐ हो ☐ होइन

यदि हो भने कसले: _____ कति खर्च: _____ उनीहरुले भुक्तान गर्ने: $ _____

म, मेरो पतिपत्नी वा मेरो परिवारका कसैले भुक्तान गर्नुपर्ने वा भुक्तान गर्नुपर्छ भनिएको (लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुस्):

☐ बाल वा वयस्क आश्रित हेरचाह (यातायात खर्चसमेत संलग्न)	मासिक परिमाण: $	कसले भुक्तान गर्छ:
☐ अपांगता वा ६० वर्षमाथिका व्यक्तिको चिकित्सा बिल (यातायात खर्चसमेत संलग्न)	मासिक परिमाण: $	कसले भुक्तान गर्छ:
☐ बाल सहयोग	मासिक परिमाण: $	कसले भुक्तान गर्छ:

यदि तपाईंले माथि खर्चमा कुनै सूचिकृत गर्नुभएन भने हामी सम्झनेछौं कि तपाईंले आफ्नो परिवारको लागि यो खर्च घटाउन चाहनुहुन्न।

VIII. आधिकारिक प्रतिनिधि

आधिकारिक प्रतिनिधि भनेको कोही त्यस्तो व्यक्ति हो जसलाई तपाईं डीएसएचएससित तपाईंको सुविधाका बारेमा कुरा गर्न अनुमति दिनुहुन्छ। तपाईं कसैको पनि नाम दिन सक्नुहुन्छ तर तपाईंले गर्नै पर्छ भन्ने छैन।

के तपाईंको कुनै आधिकारिक प्रतिनिधि छ? ☐ छ ☐ छैन

के यो व्यक्ति तपाईंको कानुनी अभिभावक हो? ☐ हो ☐ होइन

के यो व्यक्तिसित पावर अफ अटोर्नी छ? ☐ छ ☐ छैन

नाम	सम्बन्ध	टेलिफोन नम्बर

सडक ठेगाना	सहर	राज्य	जिप कोड

घोषणा र हस्ताक्षरहरु

यदि वयस्कका लागि नगद वा चिकित्साको लागि आवेदन दिनुभएको हो भने परिवारका सबै वयस्कले हस्ताक्षर गर्न जरुरी छ।

यदि बालबालिकाका लागि खाद्य सहयोग वा चिकित्साका लागि आवेदन दिनुभएको हो भने आवेदकले हस्ताक्षर गर्न जरुरी छ।

मैले बुझेको छु मैले गर्न जरुरी छ:

- सही जानकारी दिनु।
- मेरो स्वीकृति पत्रमा सूचिकृत परिवर्तनबारे जानकारी दिने।
- म योग्य भएको प्रमाण प्रदान गर्ने। डीएसएचएसले प्रमाण पाउन वा त्यसका लागि अन्य व्यक्ति वा एजेन्सीहरुसित सम्पर्क गर्न मलाई सहयोग गर्न सक्छ।
- आवश्यक परिवारलाई अस्थायी सहयोग मैले प्राप्त गर्दा वासिङटन राज्यको बाल सहयोगलाई निश्चित अधिकार दिनेछु।
- मैले चिकित्सा हेरचाह सुविधा पाउँदा वासिङटन राज्यलाई चिकित्सा हेरचाहवापत् चिकित्सा हेरचाह सहयोग र तेस्रो पक्ष भुक्तानका लागि मेरो अधिकार दिनेछु।
- खाद्य सहयोग काम आवश्यकतालाई सहयोग गर्नेछु।

यदि मैले यी कुरा गरिनँ भने मलाई सुविधा दिनबाट वञ्चित गर्न सकिन्छ वा त्यसलाई फर्काउनु पर्ने हुनसक्छ।

मैले बुझेको छु कि मलाई कानुनी रुपमा सजाय दिन सकिन्छ यदि मैले जानाजानीः

- गलत वक्तव्य दिएँ भने।
- मैले जानकारी दिनुपर्ने कुनै कुरा दिइनँ भने।

मैले मेरो अधिकार र जिम्मेवारीहरुलाई पूरा पढेको छु वा मलाई बयान गरिएको छ र मैले ग्राहक अधिकार र जिम्मेवारी, डीएसएचएस १४-११३ को प्रति प्राप्त गरेको छु। म प्रमाणित गर्छु वा घोषणा गर्छु कि यो आवेदनमा मैले दिएका जानकारी ठीक र साँचो छ, झुठा ठहरिए कानुन बमोजिम सहुँला, बुझुँला।

आवेदकको हस्ताक्षर	मिति	आवेदकको छापिएको नाम	हस्ताक्षर गरिएको सहर र राज्य
अन्य वयस्क आवेदकको हस्ताक्षर	मिति	अन्य वयस्कको छापिएको नाम	हस्ताक्षर गरिएको सहर र राज्य
सहयोगी वा प्रतिनिधिको हस्ताक्षर	मिति	प्रतिनिधिको छापिएको नाम	हस्ताक्षर गरिएको सहर र राज्य
यदि "एक्स"सित हस्ताक्षर गरिएको छ भने साक्षीको हस्ताक्षर मिति		साक्षीको छापिएको नाम	