Washington State Department of Social & Health Services

தகுதி மீளாய்வு (Eligibility Review)

இந்த படிவத்தைப் படிப்பதற்கு அல்லது பூர்த்தி செய்வதற்கு உங்களுக்கு உதவி தேவைப்பட்டால், தயவு செய்து எங்களிடம் உதவி கேளுங்கள்.

உங்களுடைய ஆவணமாக இந்க பக்கத்தை வைத்துக்கொள்ளுங்கள்.

ஆதாயங்களைப் பெறுவதற்கு நான் எவ்வாறு விண்ணப்பம் செய்வது?

- உங்களது விண்ணப்பத்தைப் **பூர்த்திசெய்வதற்கு** 3 முதல் 6 வரையிலான பக்கங்களைப் பூர்த்தி செய்யுங்கள். வரவேற்பாளரிடம், உங்கள் பெயர், முகவரி மற்றும் பக்கம் 3 –ல் உங்கள் கையொப்பம் அல்லது அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதியின் கையொப்பம் ஆகியவற்றைக் கொடுத்து, நீங்கள் இன்று உங்கள் விண்ணப்பத்தைத் **தொடங்கலாம்.** உங்களிடம் ஒரு முகவரி இல்லாவிட்டால், வரவேற்பாளரிடம் கூறுங்கள் அல்லது உங்கள் உள்ளூர் அலுவலகத்தை அழையுங்கள்.
- உங்களுக்கு மேலும் அதிகமான இடம் தேவை என்றால் கூடுதலாகத் தாள்களை இணைத்துக் கொள்ளுங்கள்.
- 3 முதல் 6 வரையிலான பக்கங்களை உங்கள் உள்ளூர் அலுவலகத்துக்கு எடுத்துச் செல்லுங்கள் அல்லது அஞ்சலில் அனுப்புங்கள். பக்கங்கள் 1 மற்றும் 2 –ஐ உங்களுடைய ஆவணமாக வைத்துக்கொள்ளுங்கள் .
- தொடங்குவதையும், முடிப்பதையும், விண்ணப்பத்தையும், நாங்கள் கேட்கும் எந்த இதர தகவல்களையும் எங்களிடம் அளிப்பதையும் உங்களால் இயன்ற அளவு விரைவாக நீங்கள் செய்தால், உங்களுக்குக் கூடுதலான ஆதாயங்கள் கிடைக்கலாம் அல்லது அவற்றை நீங்கள் சீக்கிரமாகவே பெறலாம். மத்திய மற்றும் மாநில அரசாங்க அலுவலர்களுடன் நாங்கள் இந்த தகவல்களைப் பகிர்ந்து கொள்ளவும் கூடும்.

உணவு மற்றும் பணம் தொடர்பான உதவியை நான் எவ்வளவு சீக்கிரம் பெறமுடியும்?

உங்களுக்கு உணவு ஆதாயங்கள் உடனடியாகத் தேவைப்பட்டால், பக்கம் 3 –ல் உள்ள 1 முதல் 14 வரையிலான கேள்விகளைப் பூர்த்தி செய்து, இந்த படிவத்தை வரவேற்பாளரிடம் எடுத்துச் செல்லுங்கள்.

நீங்கள் உங்களது அடையாளத்துக்கு சான்று காட்டுவதுடன், பின்வருபவற்றில் ஒன்றைப் பூர்த்தி செய்தால், உணவு உதவி பெற உங்களுக்கு தகுதி உள்ளதா என்று நாங்கள் ஏழு (7) நாட்களுக்குள் முடிவு செய்வோம்:

- இந்த மாதத்தில் உங்கள் வீட்டின் மொத்த வருவாய் $150 –க்குக் குறைவாகவும், பணமாக மாற்றக்கூடிய மூலாதாரங்கள் $100 –க்குக் குறைவாகவும் இருத்தல்.
- உங்கள் வீட்டின் வருவாயும், மூலாதாரங்களும் உங்கள் மாதாந்திர வாடகை மற்றும் பயனீட்டுச் செலவுகளுக்குக் குறைவாக இருத்தல்.
- உங்கள் வீட்டில் அகதியாகக் குடிபெயர்ந்தவர் அல்லது சில பருவங்களில் மட்டும் வேலை செய்யக்கூடிய பண்ணைத் தொழிலாளர் ஒருவர் இருத்தல்.

உங்களுக்கு தகுதி உள்ளது என்று நாங்கள் முடிவு செய்ததற்கு அடுத்த நாளில் இருந்து ஆதாயங்கள் வழங்கப்படும். உணவு ஆதாயங்கள் வழக்கமாக நாங்கள் உங்கள் விண்ணப்பத்தைப் பெறும் நாளில் இருந்து தொடங்கும். பண ஆதாயங்கள் வழக்கமாக உங்களுக்கு தகுதி உள்ளது என்று நாங்கள் முடிவு செய்வதற்கு தேவையான அனைத்து தகவல்களையும் நாங்கள் பெறும் நாளில் இருந்து தொடங்கும்.

குடிமை உரிமைகள்

மத்திய அரசாங்கச் சட்டத்துக்கும், யு.எஸ். விவசாயத் துறை (U.S. Department of Agriculture, USDA) மற்றும் யு.எஸ். சுகாதாரம் மற்றும் மனிதச் சேவைகள் துறையின் (Health and Human Services, HHS) கொள்கைக்கும் ஏற்ப, இனம், நிறம், தோன்றிய நாடு, பாலினம், வயது அல்லது ஊனமுற்றிருத்தல் அடிப்படையில் பாகுபாடு காண்பதற்கு இந்த நிறுவனம் தடைசெய்யப்பட்டுள்ளது. ஃபூட் ஸ்டாம்ப் ஆக்ட் மற்றும் USDA கொள்கையின்படி, மதம் அல்லது அரசியல் நம்பிக்கைகள் அடிப்படையில் பாகுபாடு காண்பதும் தடைசெய்யப்பட்டுள்ளது. பாகுபாடு காட்டப்படுவது குறித்த புகார் ஒன்றை அளிப்பதற்கு, USDA அல்லது HHS –ஐத் தொடர்பு கொள்ளுங்கள். USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 என்ற முகவரிக்கு எழுதுங்கள் அல்லது (202) 720-5964 (குரல் மற்றும் TDD) என்ற எண்ணை அழையுங்கள். HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 என்ற முகவரிக்கு எழுதுங்கள் அல்லது (202) 619-0403 (குரல்) என்ற எண்ணை அல்லது (202) 619-3257 (TTY) என்ற எண்ணை அழையுங்கள். USDA-வும், HHS-ஸும் சமமான வாய்ப்பு வழங்குநர்கள் மற்றும் பணியமர்த்துபவர்கள் ஆவர்.

குடி நுழைவு நிலை மற்றும் சமூகப் பாதுகாப்பு எண்கள்

உங்களுடன் வசிக்கும் பிற நபர்கள், அவர்களது குடி நுழைவு நிலை காரணமாக உதவி பெற முடியாமல் போனாலும், உங்களுடன் வசிக்கும் சில நபர்களுக்கான உதவியை நீங்கள் பெறலாம். விண்ணப்பிக்கும் எவரைப் பற்றிய நிலையையும் நீங்கள் எங்களிடம் கூற வேண்டும். நாட்டில் சட்டப்பூர்வமாகத் தங்கி இருக்கிறார்கள் என்று நிரூபிக்க முடியாத சில நபர்களுக்கான மருத்துவத் திட்டங்கள் எங்களிடம் உள்ளன.

மத்திய அரசாங்கச் சட்டம் (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6) –ன் படி, உங்களுடன் வசிக்கும், மெடிக்எய்டு (Medicaid), டிஏஎன்எஃப் (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) அல்லது உணவு உதவிக்காக விண்ணப்பிக்கும், எந்த நபருடைய சமூகப் பாதுகாப்பு எண்ணையும் (Social Security Number, SSN) நீங்கள் எங்களிடம் அளிக்க வேண்டும். உங்களுடன் வசிக்கின்ற ஆனால் விண்ணப்பிக்காத உங்களுடைய பெற்றோரின் மற்றும் வாழ்க்கைத் துணைவர்களின் SSN –களும் எங்களுக்கு தேவைப்படலாம். SSN –கள் இல்லாத சில நபர்களுக்கான மருத்துவத் திட்டங்கள் எங்களிடம் உள்ளன.

அடையாளத்தைச் சரிபார்த்தல், தகுதியைச் சரிபார்த்தல், மோசடியைத் தடுத்தல் மற்றும் கேட்புரிமைகள் சேகரித்தலுக்கு SSN –களை நாங்கள் பயன்படுத்துவோம். எங்கள் திட்டங்களின் மேலாண்மைக்காகவும், சட்டத்தைப் பின்பற்றுவதற்காகவும், மற்ற நிறுவனங்களுடன் தகவல்களை நாங்கள் பரிமாற்றம் செய்துகொள்வோம். இந்த தகவல்களை நாங்கள் தப்பிச் செல்லும் குற்றவாளிகளைப் பிடிப்பதற்கு முயற்சி செய்யும் சட்ட அமலாக்க நிறுவனங்களுக்கு இந்த தகவல்களை நாங்கள் அளிக்கவும் கூடும்.

மெடிக்எய்டு (Medicaid) –க்கான குடியுரிமை மற்றும் அடையாளம்

மெடிக்எய்டு (Medicaid) பெறுவதற்கு யு.எஸ். குடிமக்கள் குடியுரிமையையும், அடையாளத்தையும் நிரூபிக்க வேண்டும். சான்றைப் பெறுவதற்கு நாங்களும் உங்களுடன் பணியாற்றுவோம். உங்களுக்குக் கட்டணச் செலவை ஏற்படுத்தும் ஆவணம் ஒன்று எங்களுக்கு தேவைப்பட்டால், நாங்கள் அதற்கானதை அனுப்பி, கட்டணம் செலுத்துவோம். உங்கள் வீட்டில் இருக்கும், மெடிகேர், தங்களது சொந்த ஊனத்தின் அடிப்படையில் சமூகப் பாதுகாப்பு ஊனமுறுதல் காப்பீடு (Social Security Disability Insurance, SSDI) அல்லது கூடுதல் பாதுகாப்பு வருவாய் (Supplemental Security Income, SSI) பெறும் யாருடைய சான்றும் எங்களுக்கு தேவையில்லை

காப்பீட்டுக்கட்டணம் செலுத்துதல் திட்டம்

உங்களுக்கோ, உங்கள் குழந்தைக்கோ மெடிக்எய்டு (Medicaid) பெறுவதற்கான தகுதி இருந்தால், உங்களது சுகாதாரக் காப்பீட்டுக்கட்டணங்களைத் திரும்பப் பெறுவதற்கு நீங்கள் தகுதி உடையவராக இருக்கலாம். விண்ணப்பம் செய்வதற்கு http://hrsa.dshs.wa.gov/PremiumPymt/, என்ற இணையதளத்துக்குச் செல்லுங்கள் அல்லது எங்களை 1-877-562-3022, ext 15473 என்ற எண்ணில் அழையுங்கள்.

அந்தரங்கம் மற்றும் உணவு உதவி

2008 –ம் ஆண்டின் திருத்தப்பட்ட ஃபூட் மற்றும் நியூட்ரிஷன் ஆக்ட், வீட்டு உறுப்பினர் ஒவ்வொருவரின் SSN உட்பட, விண்ணப்பத்தில் நாங்கள் கேட்கும் தகவல்களைச் சேகரிப்பதற்கு துறையை அனுமதிக்கின்றது. கேட்கப்படும் தகவல்களை அளிப்பது தன்னார்வத்தின் அடிப்படையில் ஆனதாகும். இருந்தாலும், ஒரு நல்ல காரணம் இல்லாமல், ஒரு SSN -ஐ அல்லது ஒரு SSN –க்கு விண்ணப்பித்திருப்பதற்கான சான்றை அளிக்கத் தவறுவது, ஒரு SSN -ஐ அளிக்கத் தவறும் ஒவ்வொரு தனிநபருக்கும் அடிப்படை உணவு ஆதாயங்கள் மறுக்கப்படுவதற்குக் காரணமாகிவிடும். இந்த தகவல்களில் சிலவற்றை நாங்கள் மத்திய வருவாய் மற்றும் தகுதி சரிபார்த்தல் அமைப்பு (IEVS) உள்ளிட்ட, கணினியில் பொருத்துதல் நிரல்கள் மூலமாகச் சரிபார்க்கிறோம்.

நாங்கள் இந்த தகவல்களைக் கீழ்க்கண்டவற்றுக்குப் பயன்படுத்துகிறோம்:	**நாங்கள் இந்த தகவல்களைக் கீழ்க்கண்டவர்களுக்குக் கொடுக்கக் கூடும்:**
• யாருக்கு எங்கள் திட்டங்களுக்கான தகுதி உள்ளது என்று தீர்மானித்தல். • உணவு உதவிக்கான கூடுதல் பண வழங்கல்களைச் சேகரித்தல். • எங்கள் திட்டங்களை மேலாண்மை செய்தல். • சட்டத்தை நாங்கள் பின்பற்றுவதை உறுதிசெய்தல்.	• மத்திய மற்றும் மாநில அரசாங்க நிறுவனங்களுக்கு, அலுவலகப் பயன்பாட்டுக்கு. • சட்ட நடைமுறையைத் தவிர்ப்பதற்காகத் தப்பிச் செல்லும் நபர்களைத் தேடும் சட்ட அமலாக்க நிறுவனங்களுக்கு • உணவு உதவிக்கான கூடுதல் பண வழங்கல்களைச் சேகரிப்பதற்காக தனியார் சேகரித்தல் நிறுவனங்களுக்கு.

உணவு உதவி குறித்த தண்டனை எச்சரிக்கை

உணவு உதவிக்காக விண்ணப்பிக்கும் நபர்களைப் பற்றிய தகவல்களை, அந்த தகவல்கள் சரியானவையா என்று சரிபார்ப்பதற்காக நாங்கள் மற்ற மத்திய அரசாங்க நிறுவனங்களுக்கு அனுப்புகிறோம். எந்த தகவலாவது தவறாக இருந்தால், விண்ணப்பிக்கும் நபர்களுக்கு உணவு உதவி கிடைக்காமல் போகலாம். தவறானது என்று அவருக்குத் தெரிந்திருக்கும் தகவலை ஒரு நபர் அளித்தால், அவர் மீது குற்றவியல் சட்டரீதியான நடவடிக்கை எடுக்கப்படலாம். வேன்டுமென்றே உணவு உதவி விதிமுறைகளை மீறுவதற்கான தண்டனைகள், திட்டத்தில் இருந்து தகுதி நீக்கம் செய்யப்படுதல் முதல், அபராதங்கள், அல்லது சாத்தியப்படக்கூடிய சிறைத்தண்டனை வரை மாறுபடும்.

மாநில அரசாங்கத்துக்கு மருத்துவ மற்றும் நீண்ட-கால கவனிப்புக்கான கட்டணங்களைத் திருப்பிச் செலுத்துதல்

- உங்களுக்கு 55 அல்லது அதற்கு அதிகமான வயது ஆகி இருந்தால், அத்துடன் நீங்கள் மெடிக்எய்டு (Medicaid) அல்லது நீண்ட-கால கவனிப்புச் சேவைகளைப் பெற்றுக் கொண்டிருந்தால், சட்டத்தின்படி, மருத்துவ உதவி, மருத்துவச் சேவைகள் அல்லது நீண்ட-கால கவனிப்புக்கான கட்டணங்களாக DSHS-க்குத் திருப்பிச் செலுத்துவதற்கு எனது எஸ்டேட்டில் (நான் இறக்கும்போது எனக்குச் சொந்தமாக இருக்கும் சொத்துக்கள்) இருந்து DSHS பிடித்தம் செய்யலாம். மெடிகேர் சேமிப்புத் திட்டத்துக்கு விலக்கு அளிக்கப்படுகிறது. **எந்த வயதிலும்** பெறப்பட்ட, மாநில அரசாங்கம்-மட்டும் நிதியுதவி செய்த, நீண்ட-கால கவனிப்புச் சேவைகளுக்கான கட்டணங்களை DSHS பிடித்தம் செய்யலாம். இது எஸ்டேட்டில் இருந்து பிடித்தம் செய்தல் என்று அழைக்கப்படுகிறது. பிடித்தம் செய்வதில் இருந்து பழங்குடியினர் நிலங்களுக்கு விலக்கு அளிக்கப்படுகிறது.
- நீண்ட-கால கவனிப்புச் சேவைகளில், கோபெஸ் (COPES), மெடிக்எய்டு (Medicaid) தனிப்பட்ட கவனிப்பு (Medicaid Personal Care), மருத்துவ இல்லச் சேவைகள் (Nursing Home services), பெரியவர்களுக்கான பகல்நேரச் சுகாதாரம் (adult day health), தனியான பணிப் பேணுதல் (private duty nursing), நான்கு DDD HCBS கட்டண விலக்குகள்: (Basic, Basic Plus, Core, and Community Protection) பேசிக், பேசிக் பிளஸ், கோர் மற்றும் கம்யூனிட்டி புரொடெக்சன் மற்றும் இல்லம் மற்றும் சமூகச் சேவைகள் மற்றும் ஊனமுற்றோர் மேம்பாட்டுப் பிரிவு மூலம் வழங்கப்படும் மற்ற சேவைகள் ஆகியவை அடங்கும்.
- எஸ்டேட்டில் இருந்து பிடித்தம் செய்தல் உங்களுடைய இறப்புக்கு முன்னதாகவோ, உங்களுடைய இறப்புக்குப் பிறகு உங்கள் வாழ்க்கைத் துணைவர் எவரும் உயிரோடிருந்தால் அவரது இறப்புக்கு முன்னதாகவோ நிகழாது. உங்களைச் சார்ந்திருக்கும் வாரிசுகள் இருந்தால், எஸ்டேட்டில் இருந்து பிடித்தம் செய்தல் சிரமப்படுதல் காரணங்கள் சிலவற்றால் தாமதம் செய்யப்படலாம்.
- மருத்துவ இல்லத்தில் அல்லது மற்ற மருத்துவ மனையில் நீங்கள் நிரந்தரமாக வசித்து வந்தால், DSHS, நீங்கள் பெற்ற மருத்துவ உதவி, மருத்துவச் சேவைகள் அல்லது நீண்ட-கால கவனிப்புக்கான கட்டணங்களைத் திருப்பிச் செலுத்துவதற்காக உங்கள் சொத்தின் மீது பற்றுரிமையைப் பதிவுசெய்யும். நீங்கள் வீட்டுக்குத் திரும்பி விட்டால், DSHS, பற்றுரிமையைத் திரும்ப அளித்து விடும். கீழ்க்கண்டவாறு இருந்தால், DSHS, உங்கள் வீட்டின் மீது பற்றுரிமையைப் பதிவுசெய்யாது:
    - உங்கள் வாழ்க்கைத் துணைவர் அங்கு வசித்தல்.
    - குருடாக இருக்கும், ஊனமுற்றிருக்கும், அல்லது 21 வயதுக்குக் குறைவாக இருக்கும் உங்கள் குழந்தை அங்கு வசித்தல்.
    - வீட்டில் பங்குரிமை கொண்ட உங்கள் உடன்பிறந்தவர் அங்கு வசித்தல் , குறைந்தபட்சம், நீங்கள் மருத்துவ மனையில் நுழைவதற்கு உடனடியான முந்தைய ஒரு வருட காலம் அங்கு வசித்திருத்தல்.

Washington State Department of Social & Health Services

தகுதி மீளாய்வு (Eligibility Review)

☐ **இந்த படிவத்தைப் பூர்த்தி செய்வதற்கு உங்களுக்கு உதவி தேவைப்பட்டால், இந்த கட்டத்தில் குறியிடுங்கள்.**

1. முதல் பெயர் நடு முதலெழுத்து கடைசி பெயர்	விண்ணப்பதாரரின் அல்லது அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதியின் கையொப்பம் (தேவைப்படுகிறது)	2. வாடிக்கையாளரின் அடையாள எண் (தெரிந்து இருந்தால்)
3. நீங்கள் வசிக்கும் தெருவின் முகவரி நகரம் மாநிலம் அஞ்சல் குறியீடு		4. வீட்டின்/விரும்பப்படும் தொலைபேசி எண்
5. அஞ்சல் முகவரி (வேறாக இருந்தால்) நகரம் மாநிலம் அஞ்சல் குறியீடு		6. மற்ற தொலைபேசி எண்(கள்)
		7. மின்னஞ்சல் முகவரி

8. நான் கீழ்க்கண்டவற்றுக்கு விண்ணப்பம் செய்கிறேன் (பொருந்தும் அனைத்திலும் குறியிடுங்கள்):
☐ பணம் ☐ உணவு
☐ மருத்துவம் ☐ போதைமருந்து அல்லது சாராயத்துக்கு சிகிச்சை
☐ மருத்துவக் கட்டணங்களுக்கான உதவி (கடந்த மூன்று மாத காலத்துக்கு) ☐ மருத்துவ இல்லம்
☐ உதவும் வாழ்வு இல்லம் / பெரியவர் குடும்ப இல்லம் ☐ மெடிகேர் சேமிப்புத் திட்டம்
☐ வறிய மனநோய் உள்நோயாளி (Psychiatric Indigent Inpatient, PII) ☐ ஹாஸ்பைஸ்
☐ ஊனமுடைய உடல்நலகவனிப்பு / பணியாட்கள் (Healthcare / Workers with Disabilities, HWD) ☐ இல்லத்துக்கு-உள்ளேயான நீண்ட-கால கவனிப்புச் சேவைகள்
☐ மற்றவர் (தயவுசெய்து பட்டியலிடுங்கள்): _____

9. நான் அல்லது என் வீட்டில் இருக்கும் ஒருவர் (பொருந்தும் அனைத்திலும் குறியிடுங்கள்): ☐ வீட்டு வன்முறைச் சூழலில் இருக்கிறோம்
☐ சுகாதாரப் பிரச்சனைகள் காரணமாக வேலை செய்ய முடியாது ☐ ஓர் ஊனத்தைக் கொண்டிருக்கிறோம்
☐ கர்ப்பமாக இருக்கிறோம்; பெறக்கூடிய தேதி: _____

10. உங்கள் வீட்டுக்கு இந்த மாதம் எவ்வளவு பணம் கிடைக்கும் என்று நீங்கள் எதிர்பார்க்கிறீர்கள்? $_____
11. ரொக்கமாகவும், வங்கிக் கணக்குகளிலும் உங்கள் வீட்டில் எவ்வளவு பணம் வைத்திருக்கிறீர்கள்? $_____
12. வாடகைக்கு அல்லது அடமானத்துக்கு உங்கள் வீட்டில் எவ்வளவு பணம் செலுத்துகிறீர்கள்? $_____
13. என்ன பயனீட்டுப் பொருட்களுக்கு உங்கள் வீட்டில் பணம் செலுத்துகிறீர்கள்? ☐ வெப்பமாக்குதல்/குளிர்ச்சியாக்குதல் ☐ தொலைபேசி
☐ மற்றவை: _____
14. உங்கள் வீட்டில் யாராவது சில பருவங்களில் மட்டும் வேலை செய்யக்கூடிய அல்லது குடிபெயர்ந்த பண்ணைத் தொழிலாளரா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை
15. உணவு உதவிக்கு விண்ணப்பித்தால், உங்கள் வீட்டில் எத்தனை பேருக்கு நீங்கள் உணவு வாங்குகிறீர்கள் அல்லது தயார் செய்கிறீர்கள்? _____

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

16. எனக்கு ஒரு தொலைபேசி நேர்காணல் தேவை. தயவுசெய்து என்னை இந்த எண்ணில் அழையுங்கள்: _____
17. ☐ எனக்கு ஒரு பொருள்விளக்குநர் தேவை. நான் பேசும் மொழி: _____ அல்லது ☐ சைகை; என் கடிதங்களை இந்த மொழிக்கு மொழிபெயருங்கள்: _____

18. வீட்டில் உள்ள ஒவ்வொருவரையும், அவர்களுக்காக நீங்கள் விண்ணப்பிக்காவிட்டாலும் கூட, பட்டியலிடுங்கள் (தேவைப்பட்டால், கூடுதல் தாள்களை இணையுங்கள்).

பெயர் (முதல், நடு, கடைசி)	பாலினம் ஆ அல்லது பெ	இந்த நபர் உங்களுக்குஎந்த முறையில் உறவு?	பிறந்த தேதி	இந்த நபருக்கு ஆதாயங்கள் தேவை என்று நீங்கள் விரும்பினால் குறியிடுங்கள்	விண்ணப்பிக்காதவர்கள் விரும்பினால் பதில் அளிக்கலாம்			
					சமூகப் பாதுகாப்பு எண்	யு.எஸ். குடிமகனாக இருந்தால் குறியிடுங்கள்	இனம் (கீழே உள்ள உதாரணங்களைப் பாருங்கள்)	பழங்குடி பெயர் (அமெரிக்க இந்தியர்கள், அலாஸ்காவில் பிறந்தவர்களுக்கு)
		நான்		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

19. எனது இனப் பின்னணி ஹிஸ்பானிக் அல்லது லாடினோ ஆகும்: ☐ ஆம் ☐ இல்லை
இனம் மற்றும் இனப் பின்னணித் தகவல்கள், தன்னார்வ அடிப்படையில் தரப்படுபவை. தகவல் எதுவும் தரப்படாவிட்டால், உணவு உதவிக்கு, USDA, உங்களுக்காக எங்களை பதில்தரச் சொல்கின்றது. **இன உதாரணங்கள்:** வெள்ளை இனம், கறுப்பர் அல்லது ஆப்ரிக்க அமெரிக்கன், ஆசியாவில் பிறந்த ஹவாயியன், பசுபிக் ஐலாண்டர், அமெரிக்க இந்தியர், அலாஸ்காவில் பிறந்தவர், அல்லது இனங்களின் எந்த கலவையாவது.

Barcode label

14078

I. பொதுவான தகவல்கள்

1. கடந்த 30 நாட்களில், வேறொரு மாநிலம், பழங்குடி அல்லது மற்ற மூலாதாரத்தில் இருந்து நான் பணம், உணவு அல்லது மருத்துவ உதவியைப் பெற்றேன். ☐ ஆம் ☐ இல்லை
2. நான் யாருக்காக விண்ணப்பிக்கின்றேனோ அவர்களில் ஒருவர் வாஷிங்டன் மாநிலத்துக்கு வெளியே வசிக்கிறார்: ☐ ஆம் ☐ இல்லை யார்: _____
3. நான் அல்லது என் வீட்டில் இருக்கும் ஒருவர் நிதியுதவி செய்யப்படும் வெளியாள்: ☐ ஆம் ☐ இல்லை யார்: _____
4. நான் அல்லது என் வீட்டில் இருக்கும் ஒருவர் பள்ளியில் இருக்கிறோம்: ☐ ஆம் ☐ இல்லை யார்: _____
5. யாரோ ஒருவர் தற்காலிகமாக என் வீட்டுக்கு வெளியே இருக்கிறார்: ☐ ஆம் ☐ இல்லை யார்: _____
6. நான் அல்லது நான் யாருக்காக விண்ணப்பிக்கின்றேனோ அவர்களில் ஒருவர் இராணுவத்தில் வேலை செய்திருக்கிறோம்: ☐ ஆம் ☐ இல்லை யார்: _____
7. யாரோ ஒருவர் (உயிருடன் உள்ள அல்லது இறந்துவிட்ட) இராணுவத்தில் வேலை செய்த யாரோ ஒருவரைச் சார்ந்திருப்பவர் அல்லது வாழ்க்கைத் துணைவர்: ☐ ஆம் ☐ இல்லை
8. நான் அல்லது நான் யாருக்காக விண்ணப்பிக்கின்றேனோ அவர்களில் ஒருவர், சட்டமீறல் குற்றத்தின்பேரில் நீதிமன்றத்துக்கோ, சிறைக்கோ செல்வதைத் தவிர்ப்பதற்காக தப்பிச் சென்று கொண்டிருக்கிறோம்: ☐ ஆம் ☐ இல்லை
9. நான் இங்கு வசிக்கிறேன்: ☐ என் சொந்த வீடு அல்லது அடுக்கு மாடிக் குடியிருப்பு ☐ தொகுப்பு வீடு ☐ மற்றவை: _____ ☐ உதவி இல்லம் (வகையைப் பட்டியலிடுங்கள்): _____ பதிவுசெய்த தேதி: _____
10. நான் இந்த வகையான நபர்: ☐ தனியாள் ☐ திருமணமானவர் ☐ விவாகரத்தானவர் ☐ பிரிந்திருப்பவர் ☐ துணைவரை இழந்தவர் ☐ பதிவுசெய்யப்பட்ட வீட்டுக்குள்ளான பங்கேற்புறவு

II. மருத்துவ மற்றும் சுகாதாரக் காப்பீட்டுத் தகவல்கள் (அடிப்படை உணவுக்கு இது தேவைப்படாது)

நான், என் வாழ்க்கைத் துணைவர் அல்லது என் வீட்டில் இருக்கும் ஒருவர் (பொருத்தமான கட்டத்தில் குறியிடுங்கள்):

1. ஒரு மருத்துவமனையில் புகுவதற்குத் திட்டமிட்டிருக்கிறோம், மருத்துவமனையில் இருக்கிறோம் அல்லது சமீபத்தில் மருத்துவமனையை விட்டு வந்தோம் (மருத்துவமனை அல்லது மருத்துவ இல்லம் போன்றது)..... ☐ ஆம் ☐ இல்லை
2. சுகாதாரக் காப்பீடு வைத்திருக்கிறோம் (பொருந்தும் அனைத்திலும் குறியிடுங்கள்): ☐ மெடிகேர் (DSHS மருத்துவம் அல்ல) ☐ டிரைகேர் ☐ நீண்ட-கால கவனிப்புக் காப்பீடு ☐ இந்திய சுகாதாரச் சேவைகள் ☐ மற்ற சுகாதாரக் காப்பீடு:_____

III. மூலாதாரங்கள் (குழந்தைகள் மருத்துவம், கர்ப்பம் தொடர்பான மருத்துவம், எச்டபுளயூடி அல்லது அடிப்படை HWD உணவுக்கு தேவையில்லை) சான்றினை இணையுங்கள்

ஒரு மூலாதாரம் என்பது நீங்கள் சொந்தமாக வைத்திருக்கும் அல்லது வாங்கிக் கொண்டிருக்கும், விற்கக்கூடிய, வியாபாரம் செய்யக்கூடிய, மற்றவர்கள் வைத்திருக்கும் ரொக்கம் அல்லது பணமாக மாற்றப்படக்கூடிய எந்த ஒன்றுமாகும். மர, இரும்பு வீட்டுச் சாமான்கள் அல்லது துணிமணிகள், மூலாதாரங்களில் அடங்கமாட்டா. மூலாதாரங்களுக்கான உதாரணங்கள்:

- ரொக்கம்
- காசோலைக் கணக்குகள்
- சேமிப்புக் கணக்குகள்
- சிடி-கள்
- பணச் சந்தைக் கணக்குகள்
- சேமிப்புப் பத்திரங்கள்
- பத்திரங்கள்
- பரஸ்பர நிதிகள்
- பங்குகள்
- ஆண்டுத்தொகைகள்
- அறநிலைகள்
- ஐஆர்ஏ (IRA)
- 401கே
- பணி ஓய்வு நிதி
- நீங்கள் வசிப்பது உள்ளிட்ட வீடுகள்
- கூட்டுரிமை வீடுகள்
- நிலம்
- விற்பனை ஒப்பந்தங்கள்
- கட்டடம்
- லைஃப் எஸ்டேட்டுகள்
- ஆயுள் காப்பீடு
- புதைத்தல் நிதிகள், முன்செலுத்துதல் திட்டங்கள்
- கல்லூரி நிதிகள்
- டைம்-ஷேர்கள்
- வணிகக் கருவிகள்
- பண்ணைக் கருவிகள்
- கால்நடை

நீங்கள், உங்கள் வாழ்க்கைத் துணைவர் அல்லது நீங்கள் யாருக்காக விண்ணப்பிக்கின்றீர்களோ அவர்களில் ஒருவர் சொந்தமாக வைத்திருக்கும் அல்லது வாங்கிக் கொண்டிருக்கும் மூலாதாரங்களைப் பட்டியலிடுங்கள்:

மூலாதாரம்	யாருக்குச்சொந்தம்	இருக்குமிடம்	மதிப்பு	யாருக்குச்சொந்தம்	இருக்குமிடம்	மதிப்பு
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$

2. நான், என் வாழ்க்கைத் துணைவர் அல்லது நான் யாருக்காக விண்ணப்பிக்கின்றேனோ அவர்களில் ஒருவர் கார்கள், டிரக்குகள், வேன்கள், படகுகள், ஆர்வி-கள், டிரெய்லர்கள் அல்லது மற்ற மோட்டார் வாகனங்களை வைத்திருக்கிறோம்:

ஆண்டு (உ.ம்., 1980)	தயாரிப்பு (உ.ம்., ஃபோர்டு)	மாடல் (உ.ம்., எல்கார்ட்)	வாடகைக்கு விட்டிருந்தால் குறியிடுங்கள்	வாகனத்தை மருத்துவக் காரணங்களுக்காகப் பயன்படுத்திக் கொண்டிருந்தால் குறியிடுங்கள்	செலுத்தவேண்டிய தொகை
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. நான், என் வாழ்க்கைத் துணைவர் அல்லது நான் யாருக்காக விண்ணப்பிக்கின்றேனோ அவர்களில் ஒருவர், கடந்த ஐந்து ஆண்டுகளில், ஒரு மூலாதாரத்தை விற்றிருக்கிறோம், வியாபாரம் செய்திருக்கிறோம், கையைவிட்டுக் கொடுத்திருக்கிறோம் அல்லது மற்றொருவருக்கு மாற்றியிருக்கிறோம் (அறநிலைகள், வாகனங்கள் அல்லது லைஃப் எஸ்டேட்டுகள் உள்ளிட்டது): ☐ ஆம் ☐ இல்லை ஆம் எனில், எதனை: _____ எப்போது: _____

விண்ணப்பதாரரின் பெயர்	சமூகப் பாதுகாப்பு எண்	வாடிக்கையாளரின் அடையாள எண்

IV. ஈட்டிய வருவாய் சான்றினை இணையுங்கள்

1. நான், என் வாழ்க்கைத் துணைவர் அல்லது நான் யாருக்காக விண்ணப்பிக்கின்றேனோ அவர்களில் ஒருவர், கடந்த 60 நாட்களில் முடிந்த வேலை ஒன்றில் இருந்தோம்: ☐ ஆம் ☐ இல்லை
2 நான், என் வாழ்க்கைத் துணைவர் அல்லது நான் யாருக்காக விண்ணப்பிக்கின்றேனோ அவர்களில் ஒருவர் வேலை மூலமாக வருவாய் ஈட்டுகிறோம்: ☐ ஆம் ☐ இல்லை ஆம் எனில், தயவுசெய்து இந்த பிரிவைப் பூர்த்தி செய்யுங்கள்:

வருவாய் ஈட்டுவது யார் பணிக்கமர்த்தியிருப்பவரின் பெயர் மற்றும் தொலைபேசி எண் தொடக்க தேதி இந்த வேலை சுய-வேலையா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை	பெற்ற மொத்தத் தொகை (வரிகளுக்கு முன்பாக டாலர் தொகை) $_____ஒவ்வொரு: ☐ மணிக்கும் ☐ வாரத்துக்கும் ☐ இரண்டு வாரங்களுக்கும் ☐ மாதம் இருமுறை ☐ மாதத்துக்கும் ஒரு வாரத்துக்கான மணி நேரம்: _____ சம்பள தேதிகள் (உ.ம்., 1ஆம் and 15ஆம், அல்லது ஒவ்வொரு வெள்ளிக்கிழமையும்):
வருவாய் ஈட்டுவது யார் பணிக்கமர்த்தியிருப்பவரின் பெயர் மற்றும் தொலைபேசி எண் தொடக்க தேதி இந்த வேலை சுய-வேலையா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை	பெற்ற மொத்தத் தொகை (வரிகளுக்கு முன்பாக டாலர் தொகை) $_____ஒவ்வொரு: ☐ மணிக்கும் ☐ வாரத்துக்கும் ☐ இரண்டு வாரங்களுக்கும் ☐ மாதம் இருமுறை ☐ மாதத்துக்கும் ஒரு வாரத்துக்கான மணி நேரம்: _____ சம்பள தேதிகள் (உ.ம்., 1ஆம் and 15ஆம், அல்லது ஒவ்வொரு வெள்ளிக்கிழமையும்):

V. மற்ற வருவாய் (வீட்டில் உள்ள அனைத்து உறுப்பினர்களுக்கும் பயன்படுத்துங்கள்) சான்றினை இணையுங்கள்

	வருவாய் ஈட்டுவது யார்?	மாதாந்திர மொத்தத் தொகை	வருவாய் ஈட்டுவது யார்?	மாதாந்திர மொத்தத் தொகை
வேலையில் இல்லாமை ஆதாயங்கள்		$		$
சமூகப் பாதுகாப்பு		$		$
கூடுதல் பாதுகாப்பு வருவாய் (Supplemental Security income, SSI)		$		$
குழந்தை உதவி அல்லது வாழ்க்கைத் துணைவர் பராமரிப்பு		$		$
பணி ஓய்வு அல்லது ஓய்வூதியம்		$		$
வெட்ரன்ஸ் அட்மினிஸ்ட்ரேஷன் (Veterans Administration, VA) அல்லது இராணுவ ஆதாயங்கள்		$		$
லேபர் & இண்டஸ்ட்ரீஸ் (Labor & Industries, L&I) அல்லது காப்பீட்டு ஆதாயங்கள்		$		$
அறநிலைகள்		$		$
வட்டி		$		$
ரயில்பாதை ஆதாயங்கள்		$		$
வாடகை வருவாய்		$		$
மற்றவை:		$		$
மற்றவை:		$		$

VI. ஆண்டுத்தொகைகள் (தற்போது அல்லது எதிர்காலத்தில் முறையான பண வழங்குதல்களைப் பெறுவதற்காக வீட்டில் உள்ள எந்த உறுப்பினராலும் செய்யப்பட்ட முதலீடுகள்.)

ஆண்டுத்தொகை யாருக்குச் சொந்தமானது?	கம்பெனி அல்லது நிறுவனம்?	தொகை அல்லது மதிப்பு	மாதாந்திர வருவாய்	வாங்கிய தேதி
		$	$	
		$	$	
		$	$	

நீங்கள் அல்லது உங்கள் வாழ்க்கைத் துணைவர், ஆண்டுத்தொகை ஒன்றில் விருப்பம் வைத்திருந்து, நீங்கள் மெடிக்எய்டு (Medicaid) நீண்ட கால கவனிப்பு ஆதாயங்களை ஏற்றுக் கொண்டால், நீங்கள் ஸ்டேட் ஆஃப் வாஷிங்டனை ஆண்டுத்தொகையின் எஞ்சிய பயனுறுவோர் ஆகக் குறிப்பிட வேண்டும்.

VII. மாதாந்திர செலவுகள் சான்றினை இணையுங்கள்

வாடகை	அடமானம்	இட வாடகை	கூட்டுரிமை வீட்டுக்கான கட்டணங்கள்
$	$	$	$
வீட்டுரிமையாளரின் காப்பீடு	சொத்து வரிகள்	சொத்து மதிப்பீடுகள்	மற்ற கட்டணங்கள்
$	$	$	$

வீட்டு வசதி மானிய நிறுவனம் போன்ற மற்றொரு நபர் அல்லது நிறுவனம், இந்த செலவுகள் அனைத்தையுமோ, பகுதியையோ செலுத்துவதற்கு உதவி செய்கிறார்கள்: ☐ ஆம் ☐ இல்லை ஆம் எனில், யார்: _____ என்ன செலவுகள்: _____
அவர்கள் செலுத்தும் தொகை: $ _____

நான், என் வாழ்க்கைத் துணைவர் அல்லது என் வீட்டில் இருக்கும் ஒருவர் கீழ்க்கண்டவற்றைச் செலுத்துகிறோம் அல்லது செலுத்த வேண்டியிருக்கும் (பொருந்தும் அனைத்திலும் குறியிடுங்கள்):

☐ குழந்தை அல்லது பெரியவர் சார்பு கவனிப்பு (போக்குவரத்துக் கட்டணங்கள் உட்பட)	மாதாந்திர தொகை: $	செலுத்துவது யார்:
☐ ஊனத்துடன் கூடிய அல்லது 60 + வயதுடைய நபர்களுக்கான மருத்துவக் கட்டணச்சீட்டுகள் (போக்குவரத்துக் கட்டணங்கள் மற்றும் சுகாதாரக் காப்பீட்டு பிரீமியம் கட்டணங்கள் உட்பட)	மாதாந்திர தொகை: $	செலுத்துவது யார்:
☐ குழந்தை உதவி	மாதாந்திர தொகை: $	செலுத்துவது யார்:

மேலே பட்டியலிடப்பட்டிருக்கும் செலவுகளில் எவற்றையும் நீங்கள் தெரிவிக்காவிட்டால், இதனை இந்த செலவுகளுக்கான கழிவைப் பெற நீங்கள் விரும்பவில்லை என்ற உங்கள் வீட்டின் கூற்றாக நாங்கள் கருதுவோம்.

VIII. அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதி

உங்கள் ஆதாயங்களைப் பற்றி யாருடன் பேச DSHS –ஐ நீங்கள் அனுமதிக்கிறீர்களோ அவரே ஓர் அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதி ஆவார். நீங்களே யாரையாவது குறிப்பிடலாம், ஆனால் நீங்கள் குறிப்பிட வேண்டிய கட்டாயம் ஏதும் இல்லை.

நீங்கள் ஓர் அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதியை வைத்திருக்கிறீர்களா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை
இந்த நபர் உங்கள் சட்டப்படியான பாதுகாவலரா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை
இந்த நபர் அதிகாரப் பத்திரம் வைத்திருக்கிறாரா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை

பெயர்	உறவுமுறை	தொலைபேசி எண்

தெரு முகவரி	நகரம்	மாநிலம்	அஞ்சல் குறியீடு
அஞ்சல் முகவரி	நகரம்	மாநிலம்	அஞ்சல் குறியீடு

சாற்றுதல் மற்றும் கையொப்பங்கள்

பெரியவர்களுக்கான பணம் அல்லது மருத்துவத்துக்காக விண்ணப்பித்தால், வீட்டில் இருக்கும் அனைத்துப் பெரியவர்களும் (அல்லது அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதிகளும்) கையொப்பமிட வேண்டும்.

உணவு உதவி அல்லது குழந்தைகளுக்கான மருத்துவத்துக்காக விண்ணப்பித்தால், விண்ணப்பதாரர் (அல்லது அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதி) கையொப்பமிட வேண்டும்.

நான் கீழ்க்கண்டவற்றைச் செய்ய வேண்டும் என்பதைப் புரிந்து கொண்டிருக்கிறேன்:

- சரியான தகவலகளை அளித்தல் மற்றும் தெரிவித்தல் தேவைகளைப் பின்பற்றுதல்.
- எனக்கு தகுதி உள்ளது என்பதற்கான சான்றினை அளித்தல்.
- உதவி தேவைப்படும் குடும்பங்களுக்கான தற்காலிக உதவியை (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) நான் பெறும்போது, குழந்தை உதவி மற்றும் மருத்துவ உதவிக்கான குறிப்பிட்ட சில உரிமைகளை ஸ்டேட் ஆஃப் வாஷிங்டனிடம் ஒப்படைக்க வேண்டும். மருத்துவ கவனிப்பு ஆதாயங்களை நான் பெறும்போது, மூன்றாம் தரப்பினரின் மருத்துவ கவனிப்புக்கான பணம் செலுத்ததல்களை ஸ்டேட் ஆஃப் வாஷிங்டனிடம் ஒப்படைக்க வேண்டும். இருந்தாலும், நான் DSHS –ஐ குழந்தை உதவி, மருத்துவ உதவி அல்லது மூன்றாம் தரப்பினரின் மருத்துவ கவனிப்புக்கான பணம் செலுத்ததல்களை, அது எனக்கோ அல்லது என் குழந்தைகளுக்கோ ஆபத்தை விளைவிக்குமானால், நடைமுறைப்படுத்த வேண்டாம் என்று கூற முடியும்.
- உணவு உதவிக்காக வேலைசெய்தல் தேவைப்படுதல்களுக்கு ஒத்துழைத்தல்.

இவற்றை நான் செய்யாவிட்டால், எனக்கு ஆதாயங்கள் மறுக்கப்படலாம் அல்லது நான் அவற்றைத் திருப்பிச் செலுத்த வேண்டியிருக்கலாம். ஒரு பொய்யான கூற்றை நான் வேண்டுமென்றே அளித்தால் அல்லது நான் தெரிவிக்க வேண்டிய ஒன்றைத் தெரிவிக்கத் தவறினால், என் மீது குற்றவியல் சட்டரீதியான நடவடிக்கை எடுக்கப்படலாம் என்பதை புரிந்து கொண்டிருக்கிறேன்.

எனக்கு தகுதி உள்ளது என்பதற்கான சான்றினை நான் பெறுவதில் எனக்கு உதவுவதற்காக மற்ற நபர்கள் அல்லது நிறுவனங்களைத் தொடர்பு கொள்வதற்கு DSHS –க்கு நான் அதிகாரமளிக்கிறேன்.

என்னுடைய உரிமைகளையும், பொறுப்புகளையும் நான் படித்து விட்டேன் அல்லது அவை எனக்கு விளக்கப்பட்டன. வாடிக்கையாளரின் உரிமைகளும், பொறுப்புகளும், DSHS 14-113 –ன் நகல் ஒன்றை நான் பெற்றிருக்கிறேன். **ஸ்டேட் ஆஃப் வாஷிங்டனின் பொய்யான தகவல் அளித்தலுக்கான தண்டனைச் சட்டங்களின்கீழ், ஆதாயங்களுக்காக விண்ணப்பிக்கும் உறுப்பினர்களின் குடியுரிமை மற்றும் வெளியாள் நிலை தொடர்பான தகவல்கள் உட்பட, இந்த விண்ணப்பத்தில் நான் அளித்த தகவல்கள் உண்மையானவை மற்றும் சரியானவை என்று நான் சான்றளிக்கிறேன் அல்லது சாற்றுகிறேன்.**

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்	தேதி	விண்ணப்பதாரரின் அச்சிட்ட பெயர்	கையொப்பமிட்ட நகரம் மற்றும் மாநிலம்
பெரியவரான மற்ற விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்	தேதி	பெரியவரான மற்ற விண்ணப்பதாரரின் அச்சிட்ட பெயர்	கையொப்பமிட்ட நகரம் மற்றும் மாநிலம்
உதவியாளர் அல்லது பிரதிநிதியின் கையொப்பம்	தேதி	பிரதிநிதியின் அச்சிட்ட பெயர்	கையொப்பமிட்ட நகரம் மற்றும் மாநிலம்
"X" குறியுடன் கையொப்பமிட்டிருந்தால், சாட்சியின் கையொப்பம்	தேதி	சாட்சியின் அச்சிட்ட பெயர்	