د وړتیا بیاکتنه
Eligibility Review

که تاسو د دې فورمې په لوستلو یا ډکولو کې مرستې ته اړتیا لرئ، نو مهرباني وکړئ له موږ څخه د مرستې غوښتنه وکړئ.
If you need help reading or completing this form, please ask us for help.
دا پاڼه د خپلو ریکارډونو لپاره وساتئ.
Keep this page for your records.

زه څنګه د نغدو یا خواړو مرستې لپاره غوښتنه کولی شم؟

- تاسو کولی شئ دا پروسه اوس د ټولنې خدماتو دفتر کې د دې بیاکتنې په سپارلو سره **پیل** کړئ. دا باید ستاسو نوم، پته، او لاسلیک یا ستاسو د مجاز استازي لاسلیک ولري. تاسو کولی شئ اوس خپله بیاکتنه درج کړئ حتی که دا یوازې دا درې توکي ولري.
- تاسو ممکن ډیرې ګټې ترلاسه کړئ یا یې ژر تر ژره ترلاسه کړئ که چیرې تاسو د پوښتنو په ځوابولو سره دا فورمه ډکه کړئ، د اوومې پاڼې په لاسلیک کولو، او موږ ته خپله بیاکتنه او نور هر هغه معلومات چې مونږ یې غوښتنه درځخه کوو دومره ژر راکړئ ځومره چې ژر یې کولی شئ.
- تاسو کولی شئ خپله بیاکتنه محلي دفتر ته یا 1-888-338-7410 ته فکس کړئ. د ځایونو لپاره www.dshs.wa.gov وګورئ.
- خپله بیاکتنه له لاندې څخه یو ته واستوئ:

DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

DSHS
Home and Community Services – Long Term Care Services
PO Box 45826
Olympia, WA 98504-5826

- تاسو کولی شئ دا بیاکتنه آنلاین ډکه کړئ www.washingtonconnection.org
- **دا د وړتیا بیاکتنې فورمه یوازې د Washington Apple Health پروګرامونو پوښښ نوي کولو لپاره کارول کیدی شي چې پدې فارم کې ذکر شوي دي. د نورو روغتیایی پاملرنو پوښښ لپاره تاسو باید په www.wahealthplanfinder.org کې آنلاین غوښتنه وکړئ، 1-855-923-4633 ته په زنګ وهلو سره، یا د روغتیا پاملرنې پوښښ لپاره د HCA غوښتنلیک (HCA 18-001) په کارولو سره.**

څومره ژر کولی شم د خوراکي توکو او نغدو پیسو مرسته ترلاسه کړم؟

- که تاسو سمدلاسه د خوړو مرستې ته اړتیا لرئ، د 1 څخه تر 14 پورې پوښتنې ډکې کړئ او دا فورمه خپل محلي دفتر ته یوسئ. موږ **د 7 ورځو په دننه** کې پریکړه کوو که چیرې تاسود خواړو مرستې لپاره وړ یاست په دې شرط چې تاسو د خپل هویت ثبوت وښایاست/و د وړتیا مقررات پوره کړئ.
- موږ له هغې ورځې وروسته چې موږ دا پریکړه وکړو چې تاسو وړ یاست ګټې ویشو.
- د خوړو مرسته معمولا له هغې ورځې پیل کیږي چې موږ ستاسو غوښتنلیک ترلاسه کوو.
- نغدي مرستې معمولا له هغې ورځې پیل کیږي په کومه ورځ چې موږ ددې پریکړې کولو لپاره چې تاسو وړ یاست ټول معلومات ولرو.
- موږ باید د ستاسو د غوښتنلیک د سپارلو نیټې څخه په 30 ورځو کې دننه ددې پریکړه وکړو چې ایا تاسو د خوراکي مرستې لپاره وړ یاست.
- که تاسو خپل غوښتنلیک د یوې اداري څخه سپارئ، نو د پیل نیټه ستاسو د پریښودو یا رخصتی نیټه ده.

که تاسو د خواړو مرستې او نورو برنامو لپاره غوښتنه کوئ:

موږ باید ستاسو د غوښتنلیک پروسس کولو لپاره د SNAP قواعد تعقیب کړو. پدې کې د وخت په حدودو کې د غوښتنلیک پروسس کول، د مناسبو خبرتیاو صادرول، او تاسو ته ستاسو د اداري حقونو مشوره ورکول شامل دي. موږ نشو کولی په دې اساس ستاسو د خوراکي توکو مرستې رد کړو چې د نورو مرستو اړوند پروګرامونو لپاره ستاسو غوښتنلیک رد شوی وو.

مدني حقونه او نه تبعیض د فدرالي

اداري، دفترونه، کارکوونکي، او هغه بنسټونه چې د USDA په پروګرامونو کې برخه اخلي یا یې اداره کوي، اجازه نه لري چې د نژاد، رنګ، ملي اصل، مذهب، جنس، معلولیت، عمر، ازدواجي حالت، د کورنۍ/والدینو حالت، له عامه مرستندویه پروګرام څخه ترلاسه شوي عاید، سیاسي عقایدو، یا د پخوانیو مدني حقونو فعالیتونو په بدل کې د غچ اخیستنې یا سزا ورکولو پر بنسټ، په هر هغه پروګرام یا فعالیت کې چې د USDA له خوا ترسره کیږي یا تمویل کیږي، تبعیض وکړي (ټولې یادې شوې بنسټونه په ټولو پروګرامونو نه تطبیقیږي). د حل لارو او د شکایت د ثبتولو وروستۍ نیټې د پروګرام یا پیښې له مخې توپیر لري.

هغه کسان چې معلولیت لري او د پروګرام د معلوماتو لپاره د اړیکې بدیلې لارې (لکه بریل لیک، غټ چاپ، غږیز ثبت، د American Sign Language (امریکایي اشارو ژبه)، او نور) ته اړتیا لري، باید له هغه ایالتي یا سیمه ییزې اداري سره اړیکه ونیسي چې پروګرام اداره کوي، یا د مخابراتي اړیکې د ریلي خدمت له لارې په 711 (غږ او TTY) د USDA سره اړیکه ونیسي.

د پروګرام د تبعیض شکایت د ثبتولو لپاره، د USDA د پروګرام د تبعیض د شکایت فورمه AD-3027 ډکه کړئ، چې آنلاین د پروګرام د تبعیض شکایت څنګه ثبت کړو په پاڼه کې او د USDA په هر دفتر کې موندل کېدای شي یا USDA ته یو لیک ولیکئ او په هغه لیک کې د فورمې ټول غوښتل شوي معلومات شامل کړئ. د شکایت د فورمې د کاپي د غوښتلو لپاره، د USDA سره په 632-9992 (866) شمېره سره اړیکه ونیسئ. خپل بشپړ شوی فورمه یا لیک تر USDA پورې په لاندې طریقو وسپارئ:

1. **د پوستې له لارې:** USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314 یا
2. **بریښنالیک:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

دا اداره د مساوي فرصت برابرونکي ده.

د مهاجرت وضعیت او د ټولنیز امنیت شمیرې

تاسو ممکن د ځینو خلکو لپاره مرسته ترلاسه کړئ چې تاسو ورسره ژوند کوئ حتی که هغه نور چې تاسو ورسره ژوند کوئ د کډوالۍ د وضعیت له امله مرسته نشي ترلاسه کولی. تاسو باید مورږ ته د هر هغه چا د کډوالۍ وضعیت په اړه ووایاست چې ورته غوښتنه کوئ. د کورنۍ د غړو د مهاجرت حالت کیدای شي د USCIS لخوا تایید شي (پخوا د INS په نوم پیژندل شوی). د USCIS څخه ترلاسه شوي معلومات ممکن د ورټیا او ګټو په مقدار باندې اغیزه وکړي. مورږ د روغتیا پاملرنې پوښښ لرو چې ممکن ځینې بهرنیان وپوښي.

د فدرالي قانون لاندې (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6)، تاسو باید مورږ ته د هر هغه چا لپاره د Social Security Number (ټولنیز امنیت شمیره، SSN) راکړئ چې تاسو ورسره ژوند کوئ ځکه چې د Washington Apple Health TANF، TANF یا د خوړو مرستې لپاره غوښتنه کوي. مورږ ممکن د والدینو او میرمنو او خاوندانو SSN ته هم اړتیا ولرو چې ستاسو سره ژوند کوي مګر غوښتنه نه کوي. مورږ د ځینو خلکو لپاره د روغتیا پاملرنې پوښښ لرو چې SSN نلري.

د Washington Apple Health لپاره تابعیت او پیژندنه

د متحده ایالاتو اتباع باید د Washington Apple Health ترلاسه کولو لپاره تابعیت او هویت ثابت کړي. مورږ کولی شو تاسو سره د ثبوت په ترلاسه کولو کې مرسته وکړو. که مورږ داسې سند ته اړتیا ولرو چې له تاسو پرې پیسې مصرفیږي، مورږ یې درته لیږو او لګښت یې درکوو. مورږ ستاسو په کورنۍ کې د هر هغه چا لپاره ثبوت ته اړتیا نلرو چې د خپل Social Security Disability Insurance (معلولیت یا اضافي امنیتي عاید، SSI) پراساس Supplemental Security Incom، Medicare (ټولنیز امنیت معلولیت بیمه، SSDI) ترلاسه کوي.

د طبي او اوږدې مودې پاملرنې لپاره دولت ته تادیه کول

د Washington ایالت د املاکو د بیا رغونې قانون (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) لاندې، ستاسو شتمنۍ ممکن د هغه لګښتونو بیرته تادیه کولو ته اړتیا ولري چې دولت د ځانګړي ډول طبي او اوږدمهاله خدماتو لپاره تادیه کړي او ملاتړ یې کوي کوم چې تاسو د 55 کلن کیدو وروسته ترلاسه کوئ. که تاسو یوازې د دولت لخوا تمویل شوي خدمتونه ترلاسه کړئ نو د عمر محدودیت شتون نلري. د املاکو بیا رغونه ستاسو له مړینې وروسته پیل کیږي؛ تادیه ستاسو د ژوندي پاتې شوي میرمنې یا خاوند له مړینې وروسته، یا کله چې ستاسو ماشوم 21 کلن شي، پرته له دې چې ماشوم ستاسو د مړینې په وخت کې ږوند / معیوب شوی وي. دولت کولی شي په هر عمر کې ستاسو په اصلي ملکیت کې د مړینې دمخه جواز ثبت کړي، که تاسو په نرسنګ کور کې اوسیږئ او امکان نلري چې بیرته کور ته راستون شئ. د ملکیت د پلور یا لیږد، یا ستاسو د مړینې وروسته په صورت کې دولت کولی شي د امتیاز په دې حق باندې یې اصول کړي. که تاسو بیرته کور ته راستانه کیږئ، دولت امتیاز ختموي. د نورو معلوماتو لپاره، په شمول د خدماتو لیست چې د شتمنیو بیا رغونې پورې اړه لري، ځپرکی 182-527 WAC وګورئ.

محرمیت او ستاسو نغدي او خوراکي مرستې

د 2008 د خوړو او تغذیې قانون مورږ ته اجازه راکوي هغه معلومات راټول کړو چې مورږ یې په غوښتنلیک کې غوښتنه کوو. د غوښتل شوي معلوماتو چمتو کول داوطلبانه دي، په هرصورت، د بنه دلیل پرته د معلوماتو چمتو کولو کې پاتې راتلل کیدی شي د لومړني خوراکي ګټو څخه منع کړلی شئ. مورږ ځینې معلومات د کمپیوټر میچینګ پروګرامونو سره تصدیق کوو، پشمول د Income and Eligibility Verification System(فدرالي عاید او ورټیا تصدیق سیستم، IEVS).

مورږ دا معلومات د دې لپاره کاروو:	مورږ کولی شو دا معلومات دی ته ورکړو:
• پریکړه وکړو چې څوک زمورږ د برنامو لپاره وړ دی. • د خوراکي توکو د مرستې لپاره اضافي تادیات راټول کړو. • خپلې برنامې اداره کړو. • ډاډ ترلاسه کړو چې مورږ قانون تعقیبوو.	• فدرالي او دولتي ادارو ته د رسمي کارونې لپاره. • د قانون پلي کونکو ادارو ته ترڅو هغه خلک تعقیب کړي چې د قانون څخه د مخنیوي لپاره تښتي. • د خوراکي توکو د راټولولو خصوصي اداري ته د اضافي تادیاتو راټولولو پخاطر.
د Department of Social and Health Services (ټولنیزو او روغتیایی خدماتو څانګې) ته راپور شوي معلومات ممکن د روغتیا پاملرنې پوښښ لپاره ورټیا باندې اغیزه وکړي چې د Health Care Authority (روغتیا پاملرنې اداري) او د روغتیا ګټې تبادلې لخوا اداره کیږي.	

د خوراکي توکو د مرستې د سزا خبرداری

مورږ د نورو ادارو سره ګورو چې ستاسو معلومات سم دي. که کوم معلومات ناسم وي، هغه کسان چې غوښتنه کوي ممکن د خوړو مرستې ترلاسه نکړي.

هر هغه غړی چې په قصد سره کوم قواعد ماتوي کیدلی شي:

- د نورو پلي کیدونکو فدرالي او ایالتي قوانینو چټر لاندې د تعقیب تابع شي.
- له SNAP څخه د یو کال نه تر تله پورې منع کړی شي.
- تر 250,000 ډالرو پورې جریمه کړی شي.
- تر 20 کلونو پورې بند کړی شي.
- که محکمه حکم وکړي نو د اضافي 18 میاشتو لپاره د SNAP څخه منع کړی شي.

که محکمه تاسو مجرم وګڼي:

په راکړه ورکړه کې د ګټو ترلاسه کول چې پکې دا شامل دي:	تاسو ممکن:
• د کنټرول شوي موادو پلور	له دوو کلونو څخه د تل لپاره محرومه کیدل.
• د وسلو، مهماتو او چاودیدونکو توکو پلور	د تل لپاره محرومه کیدل.
• د 500 ډالرو څخه ډیر د قاچاق مجموعه ګټي	د تل لپاره محرومه کیدل.
• د استوګنې یا هویت درغلي	د 10 کلونو لپاره محرومه کیدل.

د ورتیا بیاکتنه

له موږ څخه وپوښتئ که تاسو د دې فورمې په ډکولو کې مرستې ته اړتیا لرئ.

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

یوازې د خوږو ګټو لپاره، که تاسو نن ورځ دا فورمه ډکه نه کړئ، د خپل**نوم، پته،** او **لاسلیک** په سپارلو سره پروسه پیل کړئ. ستاسو د ورتیا بیاکتنې **فورمې ډکولو لپاره په 7 پاڼه باندې لاسلیک ته اړتیا ده.** موږ ممکن اضافي معلوماتو ته اړتیا ولرو، او ستاسو د قضیې بیاکتنې پای ته رسولو لپاره مرکه بشپړه کړو.

1. لومړی نوم - منځنی نوم لومړني حروف او وروستی نوم	د غوښتونکي یا مجاز استازي لاسلیک	2. د پیرودونکي پیژندنې شمیره (که معلومه وي)
3. د کوڅې پته چیرې چې تاسو ژوند کوئ — ښار — ایالت — زپ کوډ		1. د لومړني تلیفون شمیره ☐ ګرځنده موبایل ☐ کور ☐ پیغام
5. د لیک لیږلو پته (که مختلف وی) — ښار — ایالت — زپ کوډ		6. د دوهمې تلیفون شمیره ☐ ګرځنده موبایل ☐ کور ☐ پیغام
		7. بریښنالیک

8. زه د دې لپاره غوښتنه کوم (ټول هغه انتخاب کړئ چې پلي کیږي):
☐ نغدو پیسو ☐ مرستندویه ژوند / د لویانو کورنۍ کور
☐ خوراکي توکي ☐ په کور کې د اوږدې مودې پاملرنې خدمتونه
☐ د Medicare Savings Program (درملنې سپما پروګرام)
☐ د نرسنګ کور
☐ روغتون ☐ Healthcare / Workers with Disabilities (روغتیا پاملرنې / معلولیت لرونکي کارګران، HWD)
☐ د aged, blind, or disabled (زړو، ړندو، یا معیوبینو) لپاره د روغتیا پاملرنې پوښښ
☐ د زړو لویانو خدماتو لپاره چمتو شوي ملاتړ

9. زه یا زما په کورنۍ کې یو کس (ټول هغه انتخاب کړئ چې پلي کیږي): ☐ د کورنۍ تاوتریخوالي په حالت کې یو
☐ معلولیت لري ☐ د روغتیا ستونزو له امله کار نشي کولی
☐ حامله ده؛ نوم: _____ مقرره نیټه: _____

10. تاسو څومره تمه لرئ چې ستاسو کورنۍ به پدې میاشت کې څومره پیسې ترلاسه کړي؟ $_____

11. ستاسو کورنۍ په نغدو او بانکي حسابونو کې څومره پیسې لري؟ $_____

12. ستاسو کورنۍ د کرایې یا ګروي لپاره څومره پیسې ورکوي؟ $_____

13. ستاسو کورنۍ د کومو اسانتیاو لپاره پیسې ورکوي؟ ☐ د تودوخې / یخولو ☐ تلیفون ☐ نور: _____

14. ایا ستاسو په کورنۍ کې څوک کډوال یا د موسمي فارم کارګر شته دی؟ ☐هو ☐ نه

15. که تاسو د خوراکي توکو د مرستې غوښتنه کوئ، تاسو په کورنۍ کې د څو تنو لپاره خواړه اخلئ او چمتو کوئ؟ _____

یوازې د رسمي کارونې لپاره - کورنۍ د ګرندې خدمت لپاره وړ ده: ☐ **هو** ☐ **نه د لومړني معلوماتو نمایش:** _____ **نیټه:** _____

16. ☐ زه ژباړونکي ته اړتیا لرم. زه خبرې کوم په: _____ یا ☐ په اشارو باندې; زما خبرې دی ته وژباړئ: _____

17. د خپلې کورنۍ ټول کسان ذکر کړئ حتی که تاسو د دوی لپاره غوښتنه هم نه کوئ (د اړتیا په صورت کې اضافي پاڼې ضمیمه کړئ).

نوم (لومړی، منځنی، وروستی)	جنسیت	دا شخص ستاسو سره څه اړیکه لري؟	د زیږون نیټه	دا انتخاب کړئ که چیرې تاسو د دې کس لپاره ګټې غواړئ	د غوښتنه نه کولو لپاره اختیاري دی			
					د ټولنیز امنیت شمیره	دا انتخاب کړئ که چیرې د متحده ایالاتو تبعه وي	توکم (لاندې نمونې وګورئ)	د قبیلې نوم (د امریکایی هندیانو لپاره، د الاسکا اوسیدونکو لپاره)
		زه پخپله		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

د غوښتونکي نوم	د ټولنیز امنیت شمیره	د پیرودونکي د پیژندنې شمیره

18. زما توکمیز مخینه هسپانوی یا لاتینی ده: ☐ هو ☐ نه

د نژاد او توکمیز شالید معلومات داوطلبانه دي او د وړتیا یا ګټو مقدار باندی اغیزه نه کوي. دا معلومات د دې لپاره کارول کیږي چې د پروګرام ګټې د نسل، رنګ، یا ملي اصل په پام کې نیولو پرته ویشل کیږي. د خوړو د مرستې لپاره USDA له موږ څخه غواړي چې ستاسو لپاره ځواب ووایو که چیرې معلومات نه وي ورکړل شوي. موږ به "راپور شوی نه دی" انتخاب کړو که چیرې تاسو ځواب نه ورکوئ. **د توکم بیلګې:** سپین، تور یا افریقی امریکایی، آسیایی، اصلي هاوایی، د آرام سمندر ټاپو، امریکایی هندی، د الاسکا اصلي، یا د توکمونو هر ډول ترکیب.

I. عمومي معلومات

1. په تیرو 30 ورځو کې، ما د بل دولت، قبیلې، یا بلې سرچینې څخه نغدي پیسې یا خواړه ترلاسه کړل. ☐ هو ☐ نه
2. یو داسې کس لپاره چې زه غوښتنه کوم د Washington ایالت څخه بهر ژوند کوي: ☐ هو ☐ نه ځوک: _____
3. زه یا زما په کورنۍ کې یو کس تمویل شوی بهرنی دی: ☐ هو ☐ نه ځوک: ___
4. زه یا زما په کورنۍ کې یو کس چې عمر یې 16 یا ډیر دی (ټول هغه انتخاب کړئ چې پلي کیږي): ☐ عالي لیسه ☐ د عالي لیسې د برابرۍ برنامه ☐ کالج ☐ سوداګریز ښوونځی ځوک: _____
5. یو کس په موقتي توګه زما له کور څخه بهر دی: ☐ هو ☐ نه ځوک: _____
6. ما یا زما په کور کې یو تن د متحده ایالاتو په وسله والو ځواکونو، ملي ګارد، یا ریزرو کې خدمت کړی دی یا د یو داسې تن فرعه یا میرمن یا خاوند وم چې خدمت یې کړی وي: ☐ هو ☐ نه که هو، ځوک: _____
7. زه یا هغه ځوک چې زه یې غوښتنه کوم د قانون څخه تېښته کوونکي ترځو محکمې یا د جنایي جرم لپاره زندان ته لاړ نشو: ☐ هو ☐ نه
8. زه اوسیږم په: ☐ زما خپل کور یا اپارتمان کې ☐ ګروپي کور کې ☐ نور: _____ ☐ سهولیت (د لیست ډول): _ د ننوتلو نیټه: _____
9. زه: ☐ مجرد یم ☐ واده شوی یم ☐ طلاق شوی یم ☐ جلا شوی یم ☐ کونده یمه ☐ په ثبت شوي کورنۍ شراکت کې
10. زه یا زما په کور کې یو تن د سپتمبر 22، 1996 وروسته د مخدره توکو لپاره د خوراکي توکو د مرستې په سوداګرۍ محکوم شوی و: ☐ هو ☐ نه
11. زه یا زما په کور کې یو تن د سپتمبر د 22، 1996 څخه وروسته د 500 ډالرو څخه ډیر د خوراکي مرستو په پیرود یا پلورلو باندی محکوم شوی و: ☐ هو ☐ نه
12. زه یا زما په کور کې تن د سپتمبر د 22، 1996 څخه وروسته د وسلو، مهماتو، یا چاودیدونکو توکو لپاره د خوراکي توکو د مرستې په سوداګرۍ محکوم شوی و: ☐ هو ☐ نه
13. زه یا زما په کور کې یو کس د سپتمبر 22، 1996 وروسته له یو څخه ډیرو ایالتونو کې د خوراکي توکو د مرستې په ترلاسه کولو محکوم شوی و: ☐ هو ☐ نه
14. زه یا زما په کور کې ځوک دا دي: الف. په اعتصاب کې: ☐ هو ☐ نه ب. یو بوردر: ☐ هو ☐ نه
15. ما یا زما په کورنۍ کې یو کس د لاټرۍ یا قمار په ګټلو کې 4,750 یا ډیر ډالر ګټلي دي: ☐ هو ☐ نه

که هو، ځوک: _____ د ترلاسه کولو نیټه: _____

مقدار (د مالیاتو دمخه د ډالر مقدار): _____

II. د روغتیایی بیمې معلومات (د اساسي خواړو لپاره اړین ندي)

زه، زما میرمن یا خاوند، یا زما په کورنۍ کې یو کس:

1. یو طبي مرکز ته د ننوتلو، ګډون کولو، یا پریښودو پلان کول (لکه روغتون یا د نرسنګ کور)..... ☐ هو ☐ نه
2. له تېرو دوو میاشتو څخه د کومې یوې د نا تادیه شوې طبي بېلونو په برخه کې مرستې ته اړتیا لرئ ..... ☐ هو ☐ نه
3. روغتیا بیمه لري: ☐ هو ☐ نه (ټول هغه انتخاب کړئ چې پلي کیږي): ☐ Medicare (نه د Washington Apple Health) ☐ Tricare ☐ اوږدمهاله پاملرنې بیمه ☐ Indian Health Services (د هند روغتیایی خدمتونه) ☐ نور روغتیایی بیمه:

III. سرچینې (ثبوت ضمیمه کړئ؛ د HWD، یا اساسي خوړو لپاره اړتیا نلري)

سرچینه هر هغه څه دي چې تاسو یې لرئ یا یې اخلئ کوم چې پلورل کیدی شي، تجارت پرې کیدی شي یا په نغدو یا په پیسو باندی بدل کید شي چې د نورو لخوا ساتل کیږي. په سرچینه کې شخصي ملکیتونه لکه فرنیچر، یا جامې شاملې ندي. د سرچینو بیلګې په لاندې ډول دي:

- نغدي
- د کتنې حساب
- د سپما حساب
- د کالج بودیجه
- امانتونه
- IRA / 401k
- کورونه، ځمکه او ودانۍ
- CDs
- د پیسو د بازار حساب
- بانډونه
- د تقاعد بودیجه
- د تدفین بودیجه، مخکې تادیه شوې پلانونه
- د سوداګرۍ تجهیزات
- ځاروي
- د ژوند بیمه

د غوښتونکي نوم	د ټولنیز امنیت شمیره	د پیرودونکي د پیژندنې شمیره

III. سرچینې (ثبوت ضمیمه کړئ؛ د HWD، یا اساسي خوړو لپاره اړتیا نلري)

1. مهرباني وکړئ هغه سرچینې ذکر کړئ چې تاسو، ستاسو خاوند یا میرمن، یا هر هغه څوک چې تاسو د هغه لپاره غوښتنه کوئ په ملکیت کې دی یا یې اخلي:

سرچینه	څوک یې لرونکی دی	ځای	ارزښت
			ډالر
			ډالر
			ډالر
			ډالر
			ډالر

2. زه، زما میرمن یا خاوند، یا هغه کس چې زه یې غوښتنه کوم موټر، لارۍ، وین، کښتۍ، RVs، ټریلرونه، یا نور موټرې لرې:

کال (بیلګه، 1980)	ساخت (بیلګه، FORD)	ماډل (بیلګه، ESCORT)	دا انتخاب کړئ که چیرې په اجاره ورکړل شوی وي	دا انتخاب کړئ که چیرې موټر د طبي موخو لپاره کارول کیږي	پور شوي روپۍ
			☐	☐	ډالر
			☐	☐	ډالر

3. زه، زما خاوند/میرمن، یا هغه کس چې زه د هغه لپاره غوښتنه کوم، په تېرو پنځو کلونو کې کومه شتمني پلورلې، تبادله کړې، ډالۍ کړې یا لیږدولې ده (په دې کې امانتونه، موټرونه یا د ژوند ملکیتونه شامل دي):☐ هو ☐ نه

که هو، څه:_____ کله:_____

IV. انوټیز(هغه پانګه اچونه چې د کورنۍ د هر غړي لخوا ترسره کیږي ترڅو اوس یا په راتلونکي کې باقاعده تادیات ترلاسه کړي.)

څوک دانوټیز مالکیت لري؟	شرکت یا موسسه؟	مقدار یا ارزښت	میاشتنۍ عاید	د پیرودلو نیټه
		ډالر	ډالر	
		ډالر	ډالر	
		ډالر	ډالر	

ه تاسو یا ستاسو میړه د انوټي سره علاقه لرئ او تاسو د Washington Apple Health اوږدمهاله پاملرنې، SSI، یا CN پوښښ قبلوئ، تاسو باید د Washington ایالت د انوټي پاتې ګټه اخیستونې په توګه په نوم ړئ.

V. ترلاسه شوي عاید (ثبوت ضمیمه کړئ)

1. زه، زما میړه، یا هغه کس چې زه یې غوښتنه کوم یوه دنده درلوده چې په تیرو 30 ورځو کې پای ته رسیدلې:☐ هو ☐ نه

2. زه، زما میړه، یا هغه کس چې زه یې غوښتنه کوم د کار څخه عاید لري: ☐هو ☐ نه

که هو، مهرباني وکړئ دا برخه بشپړه کړئ:

څوک دا عاید ترلاسه کوي	ترلاسه شوي ناخالصه رقم (ډالره رقم د تخفیف دمخه)
د کار ګمارونکي نوم او د تلیفون شمیره	$_____هر یو: ☐ ساعت ☐ اونۍ
پیل نیټه	☐ دوه اونۍ ☐ دوه ځل په میاشت کې ☐ میاشت
ایا دا دنده ځانګړې ده؟ ☐هو ☐ نه	ساعتونه په اونۍ کې: _____
د میاشتنۍ ځان ګمارنې لګښت اندازه: $_____	د تادیاتو نیټه (د بیلګې په توګه 1st او 15th, یا هره جمعه):

څوک دا عاید ترلاسه کوي	ترلاسه شوي ناخالصه رقم (ډالره رقم د تخفیف دمخه)
د کار ګمارونکي نوم او د تلیفون شمیره	$_____هر یو: ☐ ساعت ☐ اونۍ
پیل نیټه	☐ دوه اونۍ ☐ دوه ځل په میاشت کې ☐ میاشت
ایا دا دنده ځانګړې ده؟ ☐ هو ☐ نه	ساعتونه په اونۍ کې: _____
د میاشتنۍ ځان ګمارنې لګښت اندازه: $_____	د تادیاتو نیټه (د بیلګې په توګه 1st او 15th, یا هره جمعه):

د غوښتونکي نوم	د ټولنيز امنيت شمیره	د پيژندنې د پيژندنې شمیره

VI. نور عاید (ثبوت ضمیمه کړئ؛ د کورنۍ د ټولو غړو لپاره راپور)

- د بیکارۍ ګټې
- د ټولنیز امنیت عاید
- د قبیلې عاید
- د لوبو کولو څخه عاید
- تعلیمي ګټې (د زده کونکي پورونه، مرستې، کار - مطالعه)
- Supplemental Security income (اضافي امنیتي عاید ،SSI)
- د ماشوم ملاتړ یا د میرمنې یا خاوند ساتنه
- د ریل پټلۍ ګټې
- د کرایې عاید
- تقاعد یا استفاء
- Veteran Administration (تجربه لرونکي اداره ،VA) یا نظامي ګټې
- Labor and Industries (کار او صنعت ،L&I)
- امانتونه
- ګټې / وندې

د نه ترلاسه شوې عاید ډول	څوک عاید ترلاسه کوي؟	ناخالص میاشتنۍ مقدار
		ډالر
		ډالر
		ډالر
		ډالر

VII. میاشتني لګښتونه

کرایه	ګروي	د ځای کرایه	د کور مالکینو بیمه	د ملکیت مالیات	نور فیسونه
ډالر	ډالر	ډالر	ډالر	ډالر	ډالر

ستاسو کورنۍ د کومو اسانتیاو لپاره د کرایې یا ګروي څخه جلا پیسې ورکوي؟

☐ تودوخه (برقی/ګازی) ☐ بریښنا(تودوخه نه وي) ☐ اوبه☐ کور/ګرځنده تلیفون☐ نلونو ☐ کثافات

یو بل شخص یا اداره، لکه د سبسایډي کور، زما سره مرسته کوي چې د دې لګښتونو ټول یا یوه برخه تادیه کړم:

☐ هو ☐ نه که هو، نو څوک: _____کوم لګښت: _____هغه مقدار چې دوی تادیه کوي: _____ ډالر

☐ ما په تیرو 12 میاشتو کې Low Income Home Energy Assistance Act (د تیټ عاید کور انرژی مرستې قانون) (LIHEAA) تادیه ترلاسه کړه.

زه، زما میرمن یا خاوند، یا زما په کورنۍ کې یو تن تادیه کوي یا داسې انګیرل کیږي چې تادیه کوی یې (ټول هغه انتخاب کړئ چې پلي کیږي):

☐ د ماشوم یا لویانو پورې ترلې پاملرنه (د ترانسپورت لګښتونو په شمول)	میاشتنۍ اندازه: $	څوک پیسې ورکوي:
☐ د معلولیت لرونکو یا 60+ عمر لرونکو کسانو لپاره طبي بیلونه (د ترانسپورت لګښتونواو د روغتیا بیمې پریمیمونو په شمول)	میاشتنۍ مقدار: $	څوک پیسې ورکوي:
☐ د ماشوم ملاتړ (ثبوت ضمیمه کړئ)	میاشتنۍ مقدار: $	څوک پیسې ورکوي:

که تاسو د پورته ذکر شویو لګښتونو څخه کوم یو نه راپور کوئ، مور به دا ستاسو د کورنۍ لخوا د بیان په توګه په پام کې ونیسو چې تاسو نه غواړئ د دې لګښت لپاره کسر ترلاسه کړئ.

VIII. مجاز استازی

یو مجاز استازی هغه کس دی چې تاسو DSHS ته ددی اجازه ورکوئ ترڅو هغوی د ستاسو ګټو په اړه ورسره خبرې وکړي. تاسو کولی شئ د یو چا نوم واخلئ، مګر اړ نه یاست.

ایا تاسو یو مجاز استازی لرئ؟ ☐ هو ☐ نه

ایا دا سړی ستاسو قانوني سرپرست دی؟ ☐ هو ☐ نه

ایا دا سړی د ځارنوالۍ واک لري؟ ☐ هو ☐ نه

که تاسو د روغتیا پاملرنې پوښښ نوي کوئ نو تاسو ممکن اړتیا ولرئ د مجاز استازي فورمه (DSHS 14-532) ډکه کړئ. **د لومړني خواړو لپاره ، مجاز استازی یوازې د تصدیق شوی مودي لپاره اعتبار لري.**

نوم	اړیکه	د تیلیفون شمیره

د لیک لیږلو پته	ښار	ایالت	زپ کوډ

د اثاثو تصدیق لپاره اجازه

یوازې د Washington Apple Health د Aged, Blind or Disabled (عمر لرونکي، رندو یا معیوب) Medicaid پروګرامونو لپاره.

زه پوهیږم هغه معلومات چې زه یې د مرستې غوښتنه کولو یا نوي کولو لپاره چمتو کوم د فدرالي او دولتي چارواکو لخوا د تایید تابع دي ترڅو معلومه کړي چې دا سم دي. زه د Washington Health Care Authority (روغتیا پاملرنې اداري ،HCA) او د Department of Social and Health Services (ټولنیزو او روغتیا خدماتو څانګې ،DSHS) ته اجازه ورکوم چې زما د وړتیا معلومولو او زما د مالي معلوماتو دقت تصدیق کولو لپاره د شتمنیو تصدیق ترسره کړي. زه پوهیږم چې HCA او DSHS کولی شي د شتمنیو د تایید پروسې د یوې برخې په توګه د هرې مالي اداري، دولتي یا فدرالي اداري، یا شخصي دیټابیس څخه په دې اړه تحقیق وکړي او اړیکه ورسره ونیسي. زه پوهیږم چې دا اختیار پای ته رسیږي کله چې زما د غوښتنلیک په اړه وروستۍ منفي پریکړه وشي، د ګټو لپاره زما وړتیا پای ته رسیږي، یا که زه دا اختیار په هر وخت کې د HCA یا DSHS د لیکلو خبرتیا په وراندې کولو سره لغوه کړم. **که زه د اجازې ورکولو څخه ډډه وکړم یا رد کړم، زه پوهیږم چې زه به د Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (عمر لرونکي، نابینا یا معیوب) Medicaid پروګرام لپاره وړ نه اوسم.**

د غوښتونکي نوم	د ټولنیز امنیت شمیره	د پیرودونکي د پیژندنې شمیره

د رایې ورکوونکو نوم لیکنه

دا ځانګه د رایې ورکوونکو د نوم لیکنې خدمتونه وړاندې کوي، په شمول د رایې ورکوونکو په اتومات ډول ثبتول. **د رایې ورکولو لپاره د نوم لیکنې غوښتنه کول یا ردول به د خدماتو یا ګټو په مقدار باندې اغیزه ونکړي کوم چې تاسو یې د دې اداري ځښه ترلاسه کولې شئ.** که تاسو د رایې ورکوونکو د نوم لیکنې فورمې په ډکولو کې مرستې ته اړتیا لرئ، موږ به ستاسو سره مرسته وکړو. د مرستې غوښتلو یا منلو پریکړه ستاسو ده. تاسو کولې شئ په شخصي توګه د رایې ورکوونکو د نوم لیکنې فورمه ډکه کړئ. که تاسو باور لرئ چې یو چا ستاسو د راجستر کولو حق کې لاسوهنه کړې یا د رایې ورکولو لپاره راجستر کول رد کړي، ستاسو د محرمیت حق په پریکړه کې چې آیا راجستر کړئ یا د رایې ورکولو لپاره راجستر کولو کې، یا ستاسو د خپل سیاسي ګوند یا بل سیاسي غوره توب غوره کولو حق، تاسو کولې شئ شکایت درج کړئ: د Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

ایا تاسو غواړئ د رایې ورکولو لپاره نوم لیکنه وکړئ یا د خپلې رایې ورکونې نوم لیکنه تازه کړئ؟ ☐ هو ☐ نه

که تاسو دواړه بکسونه انتخاب نه کړئ، موږ به دا په پام کې ونیسو چې تاسو پریکړه کړې چې پدې وخت کې د رایې ورکولو لپاره نوم لیکنه نه کوي، پرته لدې چې تاسو د رایې ورکوونکو په اتومات ډول ثبتولو لپاره وړ اوسئ، او رد یې نه کړئ.

پرته لدې چې تاسو پورته "نه" انتخاب کړئ، تاسو ممکن د رایې ورکوونکو په اتومات ډول د ثبتولو لپاره وړ اوسئ. تاسو د رایه ورکوونکو په اتومات ډول د نوم لیکنې لپاره وړ یاست که چیرې تاسو په راتلونکو ټاکنو کې لږ تر لږه 18 کلن اوسئ، تاسو د متحده ایالاتو تبعه اوسئ، او DSHS ستاسو نوم، د استوګنې ځای او بریښنالیک پته، د زیږون نیټه، د تابعیت د تصدیق معلومات لري، او ستاسو لاسلیک په دې غوښتنلیک کې د چمتو شویو معلوماتو ریښتیا تصدیق کوي.

ایا تاسو غواړئ په اتومات ډول د رایې ورکولو لپاره ثبت کړی شئ؟ ☐ هو ☐ نه

که تاسو د "هو" په نښه شوي بکس انتخاب کړی وي یا مو هیڅ یو بکس انتخاب کړی نه وي او تاسو د رایه ورکوونکو د نوم لیکنې د وړتیا اړتیاوې پوره کوئ، DSHS به ستاسو معلومات د بهرنیو چارو وزیر دفتر ته واستوي او تاسو به په اتومات ډول د رایې ورکولو لپاره ثبت کړی شئ.

اعلامیه او لاسلیکونه (د خپل غوښتنلیک بشپړولو لپاره لاندې لاسلیکو وکړئ.)

زه پوهیږم چې زه باید:

- سم معلومات ورکړم او د راپور ورکولو اړتیاوې تعقیب کړم.
- ثبوت وړاندې کړم چې زه وړ یم.
- د Washington ایالت ته د ماشوم د ملاتړ لپاره ځانګړي حقونه وټاکم کله چې زه د Temporary Assistance for Needy Families (اړمنو کورنیو لپاره لنډمهاله مرسته، TANF) ترلاسه کړم. په هرصورت، زه کولی شم د DSHS ځښه وغواړم چې د ماشوم ملاتړ تعقیب نکړي که چیرې دا زما یا زما ماشومان له خطر سره مخامخ کوي.
- د خوراکي توکو مرستو کاري اړتیاو سره همکاري وکړم.

که زه دا کارونه ونه کړم، کیدای شي زه له ګټو ځښه محروم شم یا یې بیرته تادیه کړم.

زه پوهیږم که زه په قصدي ډول غلط بیان وکړم یا د هغه څه راپور ورکولو کې پاتې راشم چې باید په اړه یې راپور ورکړم زه به په جرمي توګه محاکمه شم.

زه DSHS ته اجازه ورکوم چې د اړتیا په وخت کې د نورو اشخاصو یا ادارو سره اړیکه ونیسي ترڅو ما سره د دې ثبوت په ترلاسه کولو کې مرسته وکړي چې زه وړ یم.

د نغدو پیسو او خواړو لپاره: ما خپل حقونه او مسؤلیتونه لوستلي او یا یې راته تشریح کړي شوی دی او د مراجعینو د حقونو او مسؤلیتونو یوه کاپي مې هم ترلاسه کړي ده، 113-14 DSHS. د روغتیا پاملرنې پوښښ لپاره، ما خپل حقونه او مسؤلیتونه لوستلي یا یې تشریح کړي او د مراجعینو د حقونو او مسؤلیتونو، 003-18 HCA یوه کاپي مې ترلاسه کړي.

زه د Washington ایالت د قوانینو له مخې د دروغو د جزا له مخې تصدیق یا اعلان کوم چې هغه معلومات چې ما په دې غوښتنلیک کې ورکړي دي، په شمول د هغو غړو د تابعیت او اجنبی حالت په اړه معلومات چې د ګټو لپاره غوښتنه کوي، ریښتیا او سم دي.

که چیرې د نغدو مرستو لپاره غوښتنه کوي، په کورنۍ کې ټول لویان (یا مجاز استازي) باید لاسلیک یې کړي.

د روغتیا پاملرنې پوښښ لپاره، غوښتونکی (یا مجاز استازی باید لاسلیک کړي).

د خوراکي توکو د مرستې لپاره، دواړه غوښتونکي او مجاز استازی باید لاسلیک کړي پرته لدې چې په دوسیه کې د اوسني مجاز استازي سند شتون ولري.

د غوښتونکي لاسلیک (اړین)	نیټه	د غوښتونکي چاپ شوی نوم	بنار او ایالت لاسلیک شو
د بل بالغ غوښتونکي لاسلیک	نیټه	د نورو لویانو چاپ شوی نوم	بنار او ایالت لاسلیک شو
د مرستندویه یا استازی لاسلیک	نیټه	د نماینده چاپ شوی نوم	بنار او ایالت لاسلیک شو
د شاهد لاسلیک که چیرې د "X" پواسطه لاسلیک شوی وي	نیټه	د شاهد چاپ شوی نوم	