

Aplikasyon para sa Mga Benepisyo (Application for Benefits)

Kung nangangailangan ka ng tulong sa pagbasa o pagkompleto sa form na ito, mangyaring humingi ng tulong sa amin.

Ingatan ang pahinang ito para sa iyong mga rekord.

Paano ako mag-aplay para sa mga benepisyo?

- Upang **kompletuhin** ang iyong aplikasyon, sagutin ang pahina 3 hanggang 6. Maaari mong **simulan** ang iyong aplikasyon ngayon sa pamamagitan ng pagbibigay sa resepsiyonista ng iyong pangalan, address, at pirma o pirma ng iyong awtorisadong kinatawan sa pahina 3. Kung wala kang address, sabihin sa resepsiyonista o tawagan ang inyong lokal na opisina.
- Magkabit ng karagdagang papel kung kailangan mo ang higit na espasyo.
- Dalhin o ikoreo ang pahina 3 hanggang 6 sa inyong lokal na opisina. Ingatan ang pahina 1 at 2 para sa iyong mga rekord.
- Maaari kang makatanggap ng higit na mga benepisyo o makuha ang mga ito nang mas maaga kung simulan mo, kompletuhin, at ibigay sa amin ang iyong aplikasyon at anumang iba pang impormasyon na hinihingi namin sa lalong madaling panahon. Maaari rin naming ibahagi ang impormasyong ito sa mga opisyal ng Federal at estado.

Gaano kadali kong matanggap ang tulong sa pagkain at cash?

Kung kailangan mo kaagad ang mga benepisyo sa pagkain, sagutan ang Tanong 1 hanggang 14 sa pahina 3 at dalhin ang form na ito sa resepsiyonista.

Papasyahan namin kung kuwalipikado ka para sa tulong sa pagkain sa *loob ng 7 araw* kung makapagpakita ka ng patunay ng iyong identidad at natutugunan ang isa sa sumusunod:

- Ang iyong sambahayan ay may mas mababa sa \$150 na kabuuang kita at mababa sa \$100 na halagang cash o mga bagay na maililipat kaagad sa cash (liquid resources) sa buwang ito.
- Ang kita at mapagkukunan ng iyong sambahayan ay mas mababa kaysa iyong buwanang upa at mga utility.
- Ang iyong sambahayan ay kinabilangan ng mahirap na migrante o pana-panahong manggagawa sa sakahan.

Ibibigay ang mga benepisyo sa araw na mapasyahan naming kuwalipikado ka. Ang mga benepisyo sa pagkain ay karaniwang nagsisimula sa araw na matanggap namin ang iyong aplikasyon. Ang mga benepisyo na cash ay karaniwang magsisimula sa araw na makuha namin ang lahat ng impormasyon upang pasyahan kung kuwalipikado ka.

Mga Karapatang Pantao

Alinsunod sa batas ng Federal at ng U.S. Department of Agriculture (USDA) at patakaran ng U.S. Department of Health and Human Services (HHS), ang institusyong ito ay pinagbabawalan sa pagtangi-tangi batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, edad, o kapansanan. Sa ilalim ng Food Stamp Act at patakaran ng USDA, ang diskriminasyon ay ipinagbabawal din sa batayang panrelihiyon at paniniwalang pampolitikal. Upang magsampa ng reklamo ukol sa diskriminasyon, makipag-ugnayan sa USDA o sa HHS. Sumulat sa USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o tumawag sa (202) 720-5964 (voice at TDD). Sumulat sa HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o tumawag sa (202) 619-0403 (voice) o (202) 619-3257 (TTY). Ang USDA at HHS ay nagbibigay ng pantay na oportunidad at mga employer.

Estado sa Imigrasyon at Mga Social Security Number

Maaari kang makakuha ng tulong para sa ilang tao na kasama mong naninirahan kahit na ang ibang kasama mong naninirahan ay hindi makakakuha ng tulong dahil sa estado sa imigrasyon. Dapat sabihin mo sa amin ang estado ng sinuman na mag-aplay. May mga programang pangmedikal kami na sumasaklaw sa ilang tao na hindi makapagpatunay na nasa loob sila ng bansa sa paraang legal.

Sa ilalim ng Batas-Federal, (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), kailangan mong ibigay sa amin ang Social Security Number (SSN) ng sinuman na nakatira kasama mo na mag-aplay para sa Medicaid, TANF, o tulong sa pagkain. Maaaring kakailanganin din namin ang mga SSN ng mga magulang at asawa na naninirahan kasama mo na hindi nag-aaplay. May mga programang pangmedikal kami para sa ilang tao na walang mga SSN.

Ginagamit namin ang mga SSN upang suriin ang identidad, beripikahin ang kuwalipikasyon, iwasan ang pandaraya, at kolektahin ang mga paghahabol. Nakikipagpalitan kami ng impormasyon sa ibang mga ahensiya upang pangasiwaan ang aming mga programa at sundin ang batas. Maaari ring ibigay namin ang impormasyong ito sa mga ahensiyang nagpapatupad ng batas na nagtatangkang dakpin ang mga tumatakas na mga taong lumalabag sa batas.

Pagka-mamamayan at Identidad para sa Medicaid

Ang mga mamamayan (citizen) ng Estados Unidos ay kailangang magpatunay ng pagka-mamamayan at identidad upang makatanggap ng Medicaid. Makikipagtulungan kami sa iyo upang makakuha ng patunay. Kung mangangailangan kami ng isang dokumento na magkakagasta ka, ipapadala namin ito at bayaran ang gastos. Hindi namin kailangan ang patunay ng sinuman sa iyong sambahayan na tumatanggap ng Medicare, Social Security Disability Insurance (SSDI) batay sa kanilang sariling kapansanan o Supplemental Security Income (SSI).

Programa sa Hulugang Pagbabayad

Kung ikaw o ang iyong anak ay kuwalipikado para sa Medicaid, maaaring maging angkop ka para sa pagsasauli ng gastos sa iyong mga hulugan (premium) sa pangkalusugang insurance. Upang mag-aplay, pumunta sa <http://hrsa.dshs.wa.gov/PremiumPymt/>, o tumawag sa amin sa 1-877-562-3022, ext 15473.

Praybasiya at Tulong sa Pagkain

Ang Food and Nutrition Act ng 2009, gaya ng inamyendahan ay nagpapahintulot sa kagawaran na kolektahin ang impormasyong hinihingi namin sa aplikasyon, kabilang ang SSN ng bawat miyembro ng sambahayan. Ang pagbibigay sa hiniling na impormasyon ay boluntaryo. Gayon pa man, ang di-pagbibigay ng isang SSN o patunay ng aplikasyon para sa isang SSN na walang mabuting rason ay magbubunga ng pagkait ng mga benepisyo ng Basic Food sa bawat indibidwal na nabigong magbigay ng isang SSN. Biniberipika namin ang ilan sa impormasyong ito gamit ang mga programang nagtutugma ng impormasyon sa computer, kabilang ang Income and Eligibility Verification system (IEVS) ng pederal.

| Ginagamit namin ang impormasyong ito upang: | Maaari naming ibigay ang impormasyong ito sa: |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Pasyahan kung sino ang kuwalipikado para sa aming mga programa.• Kolektahin ang sobrang pagbabayad sa tulong sa pagkain.• Pangasiwaan ang aming mga programa.• Tiyaking sumusunod kami sa batas. | <ul style="list-style-type: none">• Mga ahensiya ng Federal at estado para sa pang-opisyal na gamit.• Mga ahensiyang Nagpapatupad ng Batas na tumutugis sa mga taong tumatakas upang iwasan ang batas.• Mga pribadong ahensiya na nangongolekta upang kolektahin ang sobrang pagbabayad sa tulong sa pagkain. |
| Babala ukol sa Parusa sa Tulong sa Pagkain | |
| Ipinapadala namin ang impormasyon tungkol sa mga taong nag-aaplay para sa Tulong sa Pagkain sa ibang mga ahensiya ng Federal upang suriin kung wasto ang impormasyon. Kung ang anumang impormasyon ay hindi wasto, ang mga taong nag-aaplay ay maaaring hindi makatanggap ng Tulong sa Pagkain. Kung ang isang tao ay nagbibigay ng impormasyon na alam nilang hindi wasto, maaari silang uusigin ng batas. Ang mga parusa para sa sadyang paglabag sa mga alituntunin sa Pagkain ay nag-iiba mula sa diskuwalipikasyon mula sa programa hanggang sa mga multa, o posibleng pagkakakulong. | |

Pagbabayad sa Estado para sa Medikal at Pangmatagalang Pangangalaga

- Batay sa batas, kung ikaw ay 55 taong gulang o higit AT tumatanggap ng Medicaid o mga serbisyo sa pangmatagalang pangangalaga, maaaring bawiin ng DSHS mula sa iyong mga ari-arian (mga kayamanan na pag-aari mo sa panahon ng iyong kamatayan) upang bayaran ang DSHS sa mga gastos sa medikal na tulong, mga serbisyong medikal, at pangmatagalang pangangalaga. Hindi kasali ang Medicare Savings Program. Maaaring babawiin ng DSHS ang mga gastos para sa mga serbisyo sa pangmatagalang pangangalaga na pinonduhan ng estado lang na natanggap sa **anumang edad**. Ito ay tinatawag na ESTATE RECOVERY. Ang mga lupain ng tribo ay maaaring hindi kasali sa pagbawi.
- Ang mga serbisyo sa Pangmatagalang Pangangalaga ay kinabibilangan ng COPES, Medicaid Personal Care, mga serbisyo ng Nursing Home, adult day health, private duty nursing, apat na DDD HCBS waiver: Basic, Basic Plus, Core, at Community Protection, at iba pang mga serbisyo na ipinagkaloob ng Home and Community Services at ng Division of Developmental Disabilities.
- Ang pagbawi sa ari-arian ay hindi mangyayari hanggang sa pagkatapos ng iyong kamatayan at sa kamatayan ng iyong naiwang asawa, kung meron man. Kung may mga dependiyenteng tagapagmana ka, ang pagbawi sa ari-arian ay maaaring iaantala dahil sa ilang mga dahilan ng kahirapan.
- Kung ikaw ay permanenteng nakatira sa loob ng isang nursing home o iba pang pangmedikal na pasilidad, maaaring magsampa ang DSHS ng lien sa iyong pag-aari upang mabayaran ang mga gastos sa pangmedikal na tulong, mga serbisyong medikal, at pangmatagalang pangangalaga na natanggap mo. Kung bumalik ka sa bahay, bibitawan ng DSHS ang lien. Hindi magsasampa ng lien ang DSHS sa iyong bahay kung:
 - ◆ Ang iyong asawa ay nakatira roon.
 - ◆ Ang iyong anak na bulag, may kapansanan, o mababa sa 21 taon gulang ay nakatira roon.
 - ◆ Ang iyong kapatid na may pantay na interes sa bahay at nakatira doon nang pinakamababa isang taon bago ka pumasok sa pasilidad.

Aplikasyon para sa Mga Benepisyo (Application for Benefits)

Tsekan ang kahong ito kung nangangailangan ka ng tulong sa pagsagot sa form na ito.

| | | | | | | |
|---|------------------|----------|--|--------------------------------------|----------|---------------------------------------|
| 1. PANGALAN | GITNANG APELYIDO | APELYIDO | PIRMA NG APLIKANTE O NG AWTORISADONG KINATAWAN (KAILANGAN) | 2. ID NUMBER NG KLIYENTE (KUNG ALAM) | | |
| 3. ADDRESS NG KALYE KUNG SAAN KA NAKATIRA | | | SIYUDAD | ESTADO | ZIP CODE | 4. NUMERO NG TELEPONO NG BAHAY/PINILI |
| 5. ADDRESS SA KOREO (KUNG IBA) | | | SIYUDAD | ESTADO | ZIP CODE | 6. IBA PANG (MGA) NUMERO NG TELEPONO |

8. Nag-aaplay ako para sa (tsekan ang lahat ng angkop):

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cash | <input type="checkbox"/> Pagkain |
| <input type="checkbox"/> Medikal | <input type="checkbox"/> Paggamot dahil sa Droga o Alak |
| <input type="checkbox"/> Tulong sa bayaring pangmedikal (mula sa huling tatlong buwan) | <input type="checkbox"/> Nursing Home |
| <input type="checkbox"/> Assisted Living Facility / Adult Family Home | <input type="checkbox"/> Medicare Savings Program |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric Indigent Inpatient (PII) | <input type="checkbox"/> Hospisyo |
| <input type="checkbox"/> Healthcare / Workers with Disabilities (HWD) | <input type="checkbox"/> Mga Serbisyo sa Pangmatagalang Pangangalaga sa Bahay |
| <input type="checkbox"/> Iba pa (pakilista): _____ | |

9. Ako o ang isang tao sa aking sambahayan (tsekan ang lahat ng angkop) ay: Nasa sitwasyon ng karahasan sa pamamahay Hindi makapagtrabaho dahil sa problema sa kalusugan Isang may kapansanan Buntis; petsa ng panganganak: _____

10. Magkano ang inaasahan mo na matanggap ng iyong sambahayan sa buwang ito? \$ _____

11. Magkano ang taglay ng iyong sambahayan na cash at sa mga bank account? \$ _____

12. Magkano ang ibinabayad ng iyong sambahayan para sa upa o mortgage? \$ _____

13. Ano-anong mga utility ang binabayaran ng iyong sambahayan? Heating/cooling Telephono Iba pa: _____

14. May tao ba sa iyong sambahayan na isang pana-panahon o migranteng manggagawa sa sakahan? Oo Wala

15. Kung nag-aaplay para sa tulong sa pagkain, ilang tao sa iyong sambahayan ang binibilhan o ipinaghahanda mo ng pagkain? _____

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

16. Kailangan ko ang interbyu sa telepono. Pakitawagan ako sa: _____

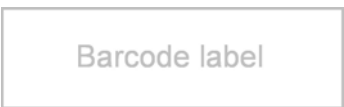
17. Kailangan ko ng isang interpreter. Nagsasalita ako ng: _____ o sumisenyas; isalin ang aking mga sulat sa: _____

18. Ilista ang lahat ng tao sa iyong sambahayan kahit na hindi ka nag-aaplay para sa kanila (magkabit ng karagdang papel, kung kailangan).

| BUONG PANGALAN (PANGALAN, GITNA, APELYIDO) | KASARIAN (Sex) L O B | PAANO NAUUGNAY ANG TAONG ITO SA IYO? | PETA SA NG KAPANGANAKAN | TSEKAN KUNG NAIS MO NG BENEPISYO PARA SA TAONG ITO | OPSIYONAL PARA SA HINDI MGA APLIKANTE | | | |
|--|----------------------|--------------------------------------|-------------------------|--|---------------------------------------|---|--|--|
| | | | | | SOCIAL SECURITY NUMBER | TSEKAN KUNG MAMAMAYAN (CITIZEN) NG U.S. | LAHI (TINGNAN ANG MGA SAMPOL SA IBABA) | PANGALAN NG TRIBO (Para sa mga Amerikanong Indiyano, Mga Katutubo ng Alaska) |
| | | Aking Sarili | | <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"/> | | |

19. Ang aking etnikong background ay Hispaniko o Latino: Oo Hindi

Boluntaryo ang impormasyon ukol sa Lahi at Etniko. Para sa Tulong sa Pagkain, ang USDA ay nangangailangan sa amin na sumagot para sa iyo kung walang impormasyon ang ibinibigay. **Mga halimbawa ng lahi:** Puti, Itim o Aprikanong Amerikano, Asyano, Katutubong Hawayano, Tagapulung Pasipiko, Amerikanong Indiyano, Katutubo ng Alaska, o anumang kombinasyon ng mga lahi.



I. Pangkalahatang Impormasyon

1. Sa nakalipas na 30 araw, tumanggap ako ng cash, pagkain, o tulong-pangmedikal mula sa ibang estado, tribo, o iba pang pinanggalingan. Oo Hindi
2. Ang isang tao na iniaaplay ko ay nakatira sa labas ng Estado ng Washington: Oo Hindi Sino: _____
3. Ako o ang isang tao sa aking sambahayan ay isang iniisponsor na dayuhan: Oo Hindi Sino: _____
4. Ako o ang isang tao sa aking sambahayan ay nasa paaralan: Oo Hindi Sino: _____
5. May isang tao na pansamantalang wala sa aking bahay: Oo Wala Sino: _____
6. Ako o ang isang tao na aking iniaaplay ay nagsilbi sa militar: Oo Hindi Sino: _____
7. May isang tao na dependiyente o asawa ng isang tao (buhay o namayapa na) na nagsilbi sa militar: Oo Hindi
8. Ako o ang isang tao na aking iniaaplay ay tumakas mula sa batas upang makaiwas sa pagpunta sa korte o kulungan dahil sa isang krimen: Oo Hindi
9. Ako ay nakatira sa aking: Sariling bahay o apartment Group Home Iba pa: _____
 Pasilidad (ilista ang uri): _____ Petsa nang pumasok: _____
10. Ako ay: Walang asawa May-asawa Diborsiyado/Diborsiyada Hiwalay Biyudo/Biyuda
 Nasa isang Rehistradong Pagsasama

II. Impormasyon ukol sa Medikal at Kalusugan (Hindi kailangan para sa Basic Food)

Ako, ang aking asawa, o ang isang tao na nasa aking sambahayan ay (tsekan ang angkop na kahon):

1. Nagpaplanong pumasok, nasa, o bago lang umalis sa isang medikal na pasilidad (gaya ng ospital o nursing home)..... Oo Hindi
2. May pangkalusugang insurance (Tsekan ang lahat ng angkop): Medicare (hindi medikal ng DSHS) Tricare
 Long-Term Care Insurance Indian Health Services Iba pang Pangkalusugang Insurance: _____

III. Mga Mapagkukunan (Hindi kailangan para sa Medikal ng mga Anak, Medikal sa Pagbubuntis, HWD, o Basic Food) Magkabit ng Patunay

Ang mapagkukunan (resource) ay anumang bagay na pag-aari mo o binibili na maaaring ibenta, ipagpalit, o ilipat sa cash o pera na hinawakan ng iba. Ang mapagkukunan ay hindi kinabibilangan ng personal na pag-aari gaya ng furniture, o pananamit. Halimbawa sa mga mapagkukunan ay:

- | | | | |
|------------------------|------------------------|---|---|
| • Cash | • Mutual funds | • Mga bahay, kabilang ang tinitirhan mo | • Life insurance |
| • Checking accounts | • Stocks | • Condominium | • Mga pondo para sa libing, prepaid plans |
| • Savings accounts | • Annuities | • Lupa | • Mga pondo para sa Pagkokolehiyo |
| • CDs | • Trusts | • Mga kontrata sa pagbebenta | • Time-share |
| • Money market account | • IRA | • Gusali | • Mga kasangkapan sa negosyo |
| • Savings bonds | • 401K | • Life estate | • Mga kasangkapan sa sakahan |
| • Bonds | • Pondo sa Pagreretiro | | • Mga hayop na inaalaagan at ipagbibili |

Pakilista ang mga mapagkukunan na pag-aari o binibili mo, ng iyong asawa o sinuman na iniaaplay mo:

| MAPAGKUKUNAN | SINO ANG NAGMAMAY-ARI | LOKASYON | HALAGA | SINO ANG NAGMAMAY-ARI | LOKASYON | HALAGA |
|--------------|-----------------------|----------|--------|-----------------------|----------|--------|
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |

2. Ako, ang aking asawa, o ang isang tao na aking iniaaplay ay may mga sasakyan, trak, van, bangka, RV, trailer, o iba pang mga de-makinang sasakyan:

| TAON (HAL., 1980) | GAWA (HAL., FORD) | MODELO (HAL., ESCORT) | TSEKAN KUNG PINAPAUPAHAN | TSEKAN KUNG GINAGAMIT ANG BEHIKULO SA MGA LAYUNING PANGMEDIKAL | HALAGANG DAPAT BAYARAN |
|-------------------|-------------------|-----------------------|--------------------------|--|------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ |

3. Ako, ang aking asawa, o ang isang tao na aking iniaaplay ay nagbenta, nagpalit, nagpamigay, o naglipat ng mapagkukunan sa nakalipas na limang taon (kabilang ang trusts, mga behikulo o life estate): Oo Hindi Kung oo, ano: _____ kailan: _____

| | | |
|-----------------------|------------------------|------------------------------------|
| PANGALAN NG APLIKANTE | SOCIAL SECURITY NUMBER | IDENTIPIKASYONG NUMERO NG KLIYENTE |
|-----------------------|------------------------|------------------------------------|

IV. Nakakabit na Patunay ng Kinitang Sahod

1. Ako, ang aking asawa, o ang isang tao na aking iniaaplay ay may trabaho na nagwakas sa nakalipas na 60 araw: Oo Wala
 2. Ako, ang aking asawa, o ang isang tao na aking iniaaplay ay may kinikita mula sa trabaho: Oo Wala Kung oo, pakikompleto ang seksiyong ito:

| | |
|---|--|
| SINO ANG KUMIKITA NG SAHOD NA ITO _____ PANGALAN AT NUMERO NG TELEPONO NG EMPLOYER _____ PETA SA NG PAGSISIMULA _____ Ito ba ay self-employment? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | KABUUANG HALAGANG NATANGGAP (HALAGA NG DOLYAR BAGO KINALTASAN PARA SA BUWIS) \$ _____ bawat: <input type="checkbox"/> Oras <input type="checkbox"/> Linggo <input type="checkbox"/> Dalawang linggo <input type="checkbox"/> Dalawang beses isang buwan <input type="checkbox"/> Buwan Mga oras bawat linggo: _____ Mga petsa ng sahod (hal., a-uno at a-kinse, o bawat Biyernes): |
| SINO ANG KUMIKITA NITO _____ PANGALAN AT NUMERO NG TELEPONO NG EMPLOYER _____ PETA SA NG PAGSISIMULA _____ Ito ba ay self-employment? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi | KABUUANG HALAGANG NATANGGAP (HALAGA SA DOLYAR BAGO KINALTASAN PARA SA BUWIS) \$ _____ bawat: <input type="checkbox"/> Oras <input type="checkbox"/> Linggo <input type="checkbox"/> Dalawang Linggo <input type="checkbox"/> Dalawang beses isang buwan <input type="checkbox"/> Buwan Oras bawat linggo: _____ Mga petsa ng sahod (hal., a-uno at a-kinse, o kada Biyernes): |

V. Iba pang Kita (Gamitin para sa lahat ng miyembro ng sambahayan) Magkabit ng Patunay

| | SINO ANG TUMATANGGAP NG KITA? | KABUUANG BUWANANG KITA | SINO ANG TUMATANGGAP NG KITA? | KABUUANG BUWANANG KITA |
|---|-------------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Mga benepisyo ng kawalang trabaho | | \$ | | \$ |
| Social Security | | \$ | | \$ |
| Supplemental Security income (SSI) | | \$ | | \$ |
| Sustento sa anak o suporta sa asawa | | \$ | | \$ |
| Pagreretiro o pensiyon | | \$ | | \$ |
| Veterans Administration (VA) o mga benepisyo ng militar | | \$ | | \$ |
| Labor & Industries (L&I) o mga benepisyo sa insurance | | \$ | | \$ |
| Trusts | | \$ | | \$ |
| Interest | | \$ | | \$ |
| Mga benepisyo sa riles (railroad) | | \$ | | \$ |
| Kita sa pagpapaupa | | \$ | | \$ |
| Iba pa: | | \$ | | \$ |
| Iba pa: | | \$ | | \$ |

VI. Annuities (Mga pamumuhunang ginawa ng sinumang miyembro ng sambahayan upang tumanggap ng regular na bayad ngayon at sa hinaharap.)

| SINO ANG NAGMAMAY-ARI NG ANNUITY? | KOMPANYA O INSTITUSYON? | HALAGA | BUWANANG KITA | PETA SA NANG BINILI |
|-----------------------------------|-------------------------|--------|---------------|---------------------|
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |

Kung ikaw, o ang iyong asawa, ay may interes sa isang annuity at tumatanggap ka ng mga benepisyo ng Medicaid Long Term Care, kailangang pangalanan mo ang Estado ng Washington bilang naiwang beneficiary ng annuity.

| VII. Buwanang Gastusin Magkabit ng Patunay | | | |
|--|------------------------------|--|--|
| UPA \$ | MORTGAGE \$ | UPA SA ESPASYO \$ | BAYAD SA CONDOMINIUM \$ |
| INSURANCE NG MAY-ARI NG BAHAY \$ | MGA BUWIS SA ARI-ARIAN \$ | MGA TASA SA MGA ARI-ARIAN \$ | IBA PANG MGA BAYAD \$ |
| Ang ibang tao o ahensiya, gaya ng sa pabahay na may subsidy, ay tumutulong sa akin sa pagbabayad sa lahat o parte ng mga gastusing ito: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, sino: _____ Anong gastusin: _____ Halagang ibinabayad nila: \$ _____ Ako, ang aking asawa, o ang isang tao sa aking sambahayan ay nagbabayad o dapat sanang magbayad sa (tsekan ang lahat ng angkop): | | | |
| <input type="checkbox"/> Pangangalaga sa Bata o Dependiyenteng Nasa Hustong Gulang (kabilang ang mga gastos sa transportasyon) | Buwanang halaga: \$ | Sino ang nagbabayad: | |
| <input type="checkbox"/> Mga bayaring medikal para sa mga taong may kapansanan o 60 taong gulang pataas (kabilang ang mga gastos sa transportasyon at mga hulugan sa pangkalusugang insurance) | Buwanang halaga: \$ | Sino ang nagbabayad: | |
| <input type="checkbox"/> Sustento sa anak | Buwanang halaga: \$ | Sino ang nagbabayad: | |
| Kung hindi mo iuulat ang alinman sa mga gastusing nakalista sa taas, ikukunsidera namin ito na pahayag ng iyong sambahayan na hindi mo nais makatanggap ng kabawasan para sa gastusing ito. | | | |
| VIII. Awtorisadong Representante | | | |
| Ang isang Awtorisadong Representante ay ang taong pinahintulutan mong kakausapin ng DSHS tungkol sa iyong mga benepisyo. Maaari kang magpangalan ng isang tao, ngunit hindi mo kailangang gawin. | | | |
| May Awtorisadong Representante ka ba? Ang tao bang ito ay ang iyong legal na tagapangalaga? Ang tao bang ito ay may Power of Attorney? | | <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala | |
| PANGALAN | KAUGNAYAN (RELASYON) | NUMERO NG TELEPONO | |
| ADDRESS NG KALYE | SIYUDAD | ESTADO | ZIP CODE |
| ADDRESS SA KOREO | SIYUDAD | ESTADO | ZIP CODE |
| Pahayag at Mga Pirma | | | |
| Kung nag-aaplay para sa cash o medikal para sa mga nasa hustong gulang, ang lahat ng nasa hustong gulang (o mga awtorisadong kinatawan), sa sambahayan ay kailangang pumirma. | | | |
| Kung nag-aaplay para sa tulong sa pagkain o medikal para sa mga anak, kailangang pumirma ang aplikante (o ang awtorisadong kinatawan). Aking naiintindihan na kailangan kong: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Magbigay ng wastong impormasyon at sumunod sa mga rekisito sa pag-ulat. Magbigay ng patunay na ako ay kuwalipikado. Ilipat ang ilang mga karapatan sa sustento sa anak at suportang pangmedikal, sa Estado ng Washington kapag tumanggap ako ng Temporary Assistance for Needy Families (TANF). Ilipat ang mga bayad ng ikatlong partido para sa pangangalagang pangmedikal sa Estado ng Washington kapag tumanggap ako ng mga benepisyo sa pangangalagang pangmedikal. Gayon pa man, maaari kong hilingin sa DSHS na huwag habulin ang sustento sa anak, suportang pangmedikal, o mga bayad ng ikatlong partido para sa pangangalagang pangmedikal kung maglalagay ito sa akin at sa aking mga anak sa peligro. Makikipagtulungan sa mga rekisito sa trabaho para sa tulong sa pagkain | | | |
| Kung hindi ko gagawin ang mga bagay na ito, maaari akong pagkaitan ng mga benepisyo o pababayaran nila ako. | | | |
| Aking naiintindihan na maaari akong uusigin ng batas kung sadya akong gumawa ng maling pahayag o mabigong iulat ang mga bagay na dapat kong iulat. | | | |
| Pinapahintulutan ko ang DSHS na kontakin ang ibang mga tao o ahensiya kapag kailangan upang makatulong sa akin na makuha ang mga patunay na ako ay kuwalipikado. | | | |
| Aking nabasa o naipaliwanag sa akin ang aking mga karapatan at responsibilidad at natanggap ang isang kopya ng Mga Karapatan at Responsibilidad ng Kliyente, DSHS 14-113. Aking pinatunayan o ipinapahayag sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa ilalim ng mga batas ng Estado ng Washington na ang impormasyong ibinigay ko sa aplikasyong ito, kabilang ang impormasyon ukol sa citizenship o pagka-mamamayan at estado ng pagiging dayuhan ng mga miyembro na nag-aaplay para sa mga benepisyo, ay totoo at wasto. | | | |
| PIRMA NG APLIKANTE | PETSA | NAKALIMBAG NA PANGALAN NG APLIKANTE | SIYUDAD AT ESTADO KUNG SAAN PINIRMAHAN |
| PIRMA NG IBANG ADULT NA APLIKANTE | PETSA | NAKALIMBAG NA PANGALAN NG ADULT NA APLIKANTE | SIYUDAD AT ESTADO KUNG SAAN PINIRMAHAN |
| PIRMA NG TUMUTULONG O REPRESENTANTE | PETSA | NAKALIMBAG NA PANGALAN NG REPRESENTANTE | SIYUDAD AT ESTADO KUNG SAAN PINIRMAHAN |
| PIRMA NG TESTIGO KUNG MINARKAHAN NG "X" | PETSA | NAKALIMBAG NA PANGALAN NG TESTIGO | |