

Заява на отримання пільг (Application for Benefits)

У разі, коли вам потрібна допомога, щоб прочитати або заповнити цю форму, будь ласка, зверніться до нас.

Зберігайте цю сторінку для своєї документації.

Яким чином я можу написати заяву на отримання пільг?

- Слід **заповнити** свою заяву, наведену на сторінках із 3 до 6. Ви можете **почати** свою заяву сьогодні, якщо надасте працівнику в приймальні ваше ім'я, прізвище, адресу, а також особисто підпишете документ на сторінці 3 або надасте право підпису своїй уповноваженій особі. Якщо у вас немає адреси, скажіть працівнику в приймальні або зателефонуйте в місцевий офіс.
- Прикладіть більше аркушів, якщо ви потребуєте більше місця.
- Віднесіть або надішліть поштою сторінки 3-6 до свого місцевого офісу. Зберігайте сторінки 1 та 2 для своєї документації.
- Ви можете отримати більше пільг або отримати їх швидше, якщо ви якомога скоріше почнете писати, заповните та надасте нам свою заяву і будь-яку іншу інформацію, що нам потрібна. Ми також можемо надіслати цю інформацію до офіційних осіб у федеральних органах та органах штату.

Як швидко я можу отримати допомогу з харчуванням та грошами готівкою?

Якщо вам уже зараз потрібна допомога з харчами, заповніть питання з 1 до 14 на сторінці 3 та віддайте цю форму працівнику в приймальні.

Ми прийемо рішення, чи ви маєте право на отримання допомоги продуктами харчування *в межах 7 днів*, якщо ви надасте нам доказ, який ідентифікує вашу особу *та* відповідатиме одному з наступного:

- Ваша сім'я у цьому місяці має загальний дохід менше 150 доларів та менше, ніж на 100 доларів ресурсів, які можна продати.
- Доходи та ресурси вашої сім'ї менше, ніж ваша місячна плата за аренду житла та комунальні послуги.
- У склад вашої сім'ї входить нужденна особа, яка мандрує, або сезонний працівник на фермі.

Видача пільг починається з дня, наступного після прийняття рішення щодо вашого права на отримання пільг.

Отримання пільг стосовно продуктів харчування зазвичай починається в той день, коли ми отримуємо вашу заяву. Отримання пільг стосовно грошей готівкою зазвичай починається в той день, коли ми отримали всю інформацію для прийняття рішення про вашу відповідність вимогам.

Громадські права

У відповідності з Федеральним законом та політикою Департаменту сільського господарства США (USDA) і Департаменту охорони здоров'я та суспільних послуг США (HHS), у цій організації заборонено дискримінацію на підставі раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку або інвалідності. Згідно Закону про харчові талони та політики USDA, заборонено дискримінацію також на підставі релігійних та політичних переконань. Для того, щоб направити скаргу на дискримінацію, зверніться до установ USDA або HHS. Напишіть за адресою: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте (202) 720-5964 (голосовий зв'язок та для осіб із порушеннями мови та слуху). Напишіть за адресою: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 або зателефонуйте (202) 619-0403 (голосовий зв'язок) чи (202) 619-3257 (для осіб із порушеннями мови та слуху). USDA та HHS надають рівні можливості та приймають на роботу всіх осіб, застосовуючи однакові для всіх вимоги.

Іміграційний стан та номери соціального забезпечення

Можливо, ви матиме змогу отримати допомогу для деяких осіб, із якими ви живете, навіть якщо ці особи не можуть отримати допомогу через свій іміграційний стан. Ви повинні повідомити нас щодо статусу будь-якої особи, яка подає заяву. У нас є медичні програми, що охоплюють допомогою деяких осіб, які не можуть довести, що вони легально знаходяться в країні.

Згідно Федерального закону (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), ви повинні надати нам номер соціального забезпечення (Social Security Number, SSN) для кожного, хто живе з вами та надає заяву на програму Медикейд (Medicaid), тимчасової допомоги нужденним сім'ям (TANF) або допомогу з продуктами харчування. Нам також потрібні номери SSN батьків та чоловіків або дружин, які живуть разом із вами, але не надають заяв. У нас є медичні програми для деяких осіб, які не мають номерів SSN.

Ми користуємося номерами SSN, що перевірити ваші особисті дані, перевірити, чи ви відповідаєте вимогам для отримання допомоги, для попередження шахрайства та збору скарг і заяв. Ми обмінюємось інформацією з іншими агенціями з метою підтримувати свої програми та дотримуватися законів. Ми можемо також надати цю інформацію до агенцій, які впроваджують дію законів та намагаються спіймати порушників правопорядку, які переховуються.

Громадянство та ідентифікація особи для програми Медикейд (Medicaid)

Громадяни США повинні довести громадянство та ідентифікувати свою особу для отримання пільг за програмою Медикейд (Medicaid). Ми допоможемо вам отримати потрібний доказ. Якщо вам потрібний документ, що коштує грошей, ми надішлемо запит на цей документ і сплатимо кошти. Нам не треба докази для будь-кого з вашої сім'ї, хто отримує пільги за програмами Медикейр (Medicare), Страховий план соціального забезпечення через інвалідність (Social Security Disability Insurance, SSDI), якщо це засновано на їх власній інвалідності або на основі програми Додаткового соціального доходу (Supplemental Security Income, SSI).

Програма виплат первинних внесків

Якщо ви або ваша дитина відповідаєте вимогам для участі в програмі Медикейд (Medicaid), можливо, ви матиме право на відшкодування сплачених внесків за своє медичне страхування. Для надання заяви відвідайте сайт у Інтернеті <http://hrsa.dshs.wa.gov/PremiumPymt/> або зателефонуйте нам за номером 1-877-562-3022, додатковий 15473.

Конфіденційність та допомога продуктами харчування

Закон про харчові талони та продукти харчування, прийнятий у 2008 р., згідно додатку, дозволяє департаменту збирати інформацію, яку ми просимо надати для написання заяви, в тому числі встановлювати SSN кожного члена сім'ї, який живе з вами. Надання потрібної інформації є добровільним. Проте, відмова надати інформацію щодо SSN або доказ подання заяви на отримання SSN без поважної причини приведе до відмови в отриманні Основних пільг стосовно харчових талонів (Basic Food benefits) для кожної особи, яка не надала свій SSN. Ми перевіряємо дещо з цієї інформації за допомогою програм, які узгоджуються з комп'ютерними даними, в тому числі дані щодо федерального доходу та системи перевірки прав на пільги (Eligibility Verification System, IEVS)..

| Ми користуємося цією інформацією для: | Ми можемо надати цю інформацію, щоб: |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Вирішити, хто має право брати участь у наших програмах.• Збирати надмірні сплати при наданні допомоги продуктами харчування.• Керувати своїми програмами.• Бути впевненими, що ми дотримуємося закону. | <ul style="list-style-type: none">• Федеральним агенціям та агенціям штату для офіційного застосування.• Агенціям, що впроваджують закони в дію, для виявлення осіб, які переховуються з метою уникнення закону.• Приватним агенціям для збору коштів для накопичення надмірних сплат за допомогою продуктами харчування. |
| Попередження про покарання при порушеннях у здійсненні допомоги продуктами харчування | |
| <p>Ми направляємо інформацію про осіб, які надають заяви для отримання допомоги продуктами харчування, до інших федеральних агенцій з метою перевірки, чи ця інформація є правильною. Якщо будь-яка інформація є неправильною, то особи, які надали заяви, можуть не отримати допомоги продуктами харчування. Якщо особа надає інформацію та знає, що ця інформація є неправильною, то цю особу можуть покарати за порушення закону. Покарання за навмисне порушення правил допомоги продуктами харчування можуть бути різними, від дискваліфікації з участі в програмі до штрафів, або можливого ув'язнення.</p> | |

Повернення штатові боргів за медичну допомогу та довготривалий догляд (LTC)

- Згідно закону, якщо вам 55 років або більше ТА ви отримуєте пільги за програмою Медикейд (Medicaid) або послуги довготривалого нагляду, відділ DSHS може забрати ваше майно (те, що ви маєте у власності на час своєї смерті) для повернення боргів відділові DSHS за кошти медичної допомоги, медичних послуг та довготривалого нагляду. Програма збереження коштів Медикейр (Medicare) є виключенням. Відділ DSHS може повернути собі кошти тільки за витрати, сплачені штатом на послуги довготривалого нагляду, отримані **в будь-якому віці**. Це зветься ПОВЕРНЕННЯ МАЙНА. Земля, що належить племені, може бути виключенням із правила щодо повернення коштів.
- Послуги довготривалого нагляду включають програми Можливі системи допомоги за місцем проживання (Community Options Entry System, COPEs), особистий нагляд Медикейд (Medicaid Personal Care), послуги домів для осіб похилого віку та інвалідів, денні медичні послуги для дорослих, чергування приватної медичної сестри, чотири форми надання пільг за планами DDD HCBS: Основна (Basic), Основна плюс (Basic Plus), Центральна (Core) та Суспільна (Community) форма пільг, а також інші послуги, що надаються Агенцією послуг на дому та за місцем проживання (Home and Community Services) і Відділенням для осіб із інвалідністю внаслідок порушення розвитку (Division of Developmental Disabilities).
- Повернення майна не відбувається до моменту вашої смерті та смерті вашого чоловіка або дружини, якщо вони є та були живими на момент вашої смерті. Якщо у вас спадкоємці, які не можуть себе забезпечити, повернення майна може бути затриманим із причин тяжкого матеріального стану ваших родичів.
- Якщо ви постійно мешкаєте в установі для осіб похилого віку та інвалідів або іншій медичній установі, відділ DSHS може направити вимогу на отримання вашої власності з метою відшкодування коштів медичної допомоги, медичних послуг та довготривалого нагляду, що ви отримували. Якщо ви повернетесь додому, відділ DSHS звільнить вас від цієї вимоги. Відділ DSHS не буде направляти вимогу на отримання вашого дома, якщо:
 - ♦ Ваша дружина або ваш чоловік живе там.
 - ♦ Ваша дитина, яка є сліпою, інвалідом або віком до 21 року живе там.
 - ♦ Ваш брат або сестра, які мають відсоток коштів дома та майна в ньому, живуть там, і вони там жили принаймні протягом одного року безпосередньо перед тим, як ви перейшли жити в установу.

Заява на пільги (Application for Benefits)

Зазначте цей квадратик, якщо ви потребуєте допомоги в заповненні цієї форми.

| | | | | | | |
|--|-------------|----------|---|---|-----------------|--|
| 1. ІМ'Я | ПО БАТЬКОВІ | ПРИЗВИЩЕ | ПІДПИС ЗАЯВНИКА АБО ВПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА (НЕОБХІДНО) | 2. ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР (ID) КЛІЄНТА (ЯКЩО ВІДОМИЙ) | | |
| 3. НАЗВА ВУЛИЦІ, ДЕ ВИ ЖИВЕТЕ | | | МІСТО | ШТАТ | ПОШТОВИЙ ІНДЕКС | 4. ДОМАШНІЙ/БАЖАННИЙ ДЛЯ КОРИСТУВАННЯ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ |
| 5. ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ) | | | МІСТО | ШТАТ | ПОШТОВИЙ ІНДЕКС | 6. ІНШИЙ(І) НОМЕР(И) ТЕЛЕФОНУ(ІВ) |

8. Я подаю заяву на (зазначте все, що відповідає):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Готівку | <input type="checkbox"/> Харчі |
| <input type="checkbox"/> Медична допомога | <input type="checkbox"/> Лікування від наркотичної або алкогольної залежності |
| <input type="checkbox"/> Допомогу для сплати чеків за медичні послуги (за останні три місяці) | |
| <input type="checkbox"/> Установу для осіб похилого віку та інвалідів | |
| <input type="checkbox"/> Установу для проживання з допомогою / сімейний дом для дорослих | |
| <input type="checkbox"/> програму збережень Медикейр (Medicare) | |
| <input type="checkbox"/> Психіатрична лікарня для нужденних осіб (PII) | <input type="checkbox"/> Хоспис |
| <input type="checkbox"/> Медична допомога / Робітники з інвалідністю (HWD) | <input type="checkbox"/> Послуги довготривалого нагляду вдома |
| <input type="checkbox"/> Інше (будь ласка, вкажіть): _____ | |

7. АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ

9. Я або хтось у моїй сім'ї (зазначте все, що відповідає): Знаходиться в ситуації домашнього насильства
 Не може працювати через проблеми зі здоров'ям Має інвалідність Є вагітною з датою пологів: _____
10. Скільки грошей ваша сім'я отримує за цей місяць, за вашим очікуванням? \$ _____
11. Скільки грошей ваша сім'я має готівкою та на банківських рахунках? \$ _____
12. Скільки грошей ваша сім'я сплачує за аренду житла або за внесок коштів на житло? \$ _____
13. За які комунальні послуги платить ваша сім'я? Опалення/кондиціонер телефон інше: _____
14. Чи є хтось у вашій сім'ї сезонним або подорожуючим працівником на фермі? Так Ні
15. Якщо ви надаєте заяву про допомогу продуктами харчування, для скількох людей у вашій сім'ї ви купуєте харчі та готуєте їжу? _____

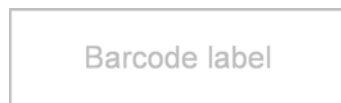
FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

16. Я потребую інтерв'ю по телефону. Будь ласка, зателефонуйте мені за номером: _____
17. Мені потрібен усний перекладач. Я розмовляю: _____ або мовою знаків; перекладіть мої листи на: _____
18. Перерахуйте кожного з вашої сім'ї, навіть якщо ви не надаєте для них заяву (прикладіть додаткові аркуші, якщо необхідно).

| ІМ'Я (ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ, ПРИЗВИЩЕ) | СТАТ Ь Ч АБО Ж | ЯКИМ ЧИНОМ ЦЯ ОСОБА ЗВ'ЯЗАНА З ВАМИ? | ДАТА НАРОДЖЕННЯ: | ЗАЗНАЧТЕ, ЧИ ВИ ХОЧЕТЕ ОТРИМУВАТИ І ПІЛЬГИ ДЛЯ ЦЬОЇ ОСОБИ | НЕОБОВ'ЯЗКОВО ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ НЕ ПОДАЮТЬ ЗАЯВУ | | | |
|------------------------------------|----------------|--------------------------------------|------------------|---|--|-------------------------------|----------------------------------|--|
| | | | | | НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ | ЗАЗНАЧТЕ, ЯКЩО ГРОМАДЯНИН США | РАСА (ПОДИВІТЬСЯ ПРИКЛАДИ НИЖЧЕ) | НАЗВА ПЛЕМЕНИ (для американських індіанців, осіб, народжених в штаті Аляска) |
| | | Особисто я | | <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. Маю етнічне походження - іспанське або латиноамериканське: Так Ні
- Надання інформації про расу та етнічне походження є добровільним. Для отримання допомоги продуктами харчування в США нам треба відповісти від вашого імені, якщо ви не надали ніякої інформації. **Приклади рас:** біла, чорна або афроамериканці, азійське походження, народжені на Гавайських островах, островах Тихого океану, американські індіанці, особи, народжені в штаті Аляска або будь-яка комбінація рас.

DSHS 14-001 UK (REV. 06/2011) Ukrainian



3. Загальна інформація

1. Протягом останніх 30 днів я отримав(ла) гроші готівкою, продукти харчування або медичну допомогу з іншого штату, племені або іншого джерела. Так Ні
2. Будь-хто, кого я включив у заяву, живе за межами штату Вашингтон: Так Ні Хто: _____
3. Я або будь-яка особа з моєї сім'ї є іноземцем, якого спонсують: Так Ні Хто: _____
4. Я або будь-яка особа з моєї сім'ї навчається в учбовому закладі: Так Ні Хто: _____
5. Будь-яка особа тимчасово відсутня та не живе в моєму домі: Так Ні Хто: _____
6. Я або будь-хто, кого я включив у заяву, був на військовій службі: Так Ні Хто: _____
7. Хтось є на утриманні або дружиною чи чоловіком (живим або померлим) будь-кого, хто був на військовій службі: Так Ні
8. Я або будь-хто, кого я включив у заяву, переховується від законодавчих органів, щоб уникнути суду або в'язниці за вчинене порушення закону: Так Ні
9. Я живу в: Мій власний будинок або квартира Груповий дім Інше: _____
 Установа (зазначте вид): _____ Дата початку проживання: _____
10. Я є: Одинокий (а) Одружений Розлучений Живу окремо від чоловіка або дружини Удовець чи удовиця
 У зареєстрованому домашньому партнерстві

II. Медична інформація та дані щодо страхування здоров'я (не потрібно для харчових талонів)

Я, мій чоловік (дружина) або хтось із моєї сім'ї (зазначте відповідний квадратик):

1. Планує перейти для проживання, живе або нещодавно повернувся з медичної установи (наприклад, лікарні або будинку для осіб похилого віку або інвалідів) Так Ні
2. Має план страхування здоров'я (зазначте все, що відповідає): Медікейр (Medicare) (не медичні виплати від DSHS)
 Трайкейр (Tricare) Страхування послуг довготривалого нагляду Послуги охорони здоров'я для американських індіців
 Інші плани страхування здоров'я: _____

III. Ресурси (не потрібно для медичних послуг охорони здоров'я дітей, медичних послуг охорони здоров'я вагітних, медичних послуг охорони здоров'я працівників-інвалідів [HWD] або для основної програми з допомоги харчуванням [Basic Food]) прикладіть доказ

Ресурс - це будь-що з вашого власного майна або те, що ви купуєте та можете продати, виставити на продаж або обміняти на готівку чи гроші, які мають інші люди. Ресурс не включає особистої власності, наприклад, меблі або одяг. Прикладами ресурсів є:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Гроші готівкою • Витратні рахунки в банку • Зберігальні рахунки в банку • Депозитні сертифікати • Депозитний рахунок грошового ринку • Зберігальні цінні папери • Цінні папери | <ul style="list-style-type: none"> • Спільні фонди • Акції • Щорічні виплати • Трасти • Індивідуальний пенсійний рахунок (IRA) • Пенсійний план, що надає роботодавець (401K) • Пенсійний фонд | <ul style="list-style-type: none"> • Дома, в тому числі той, де ви живете • Кондомініум • Земля • Контракти на продаж • Будова • Нерухоме майно, що знаходиться у власності протягом життя | <ul style="list-style-type: none"> • Страхування життя • Фонди на поховання, попередньо сплачені плани • Фонди для навчання • Короткочасне володіння нерухомим майном • Обладнання для бізнесу • Обладнання для ферми • Домашні сільськогосподарчі тварини |
|--|---|--|---|

Будь ласка, вкажіть всі ресурси ви, ваш чоловік або жінка, чи хтось з людей, включених в заяву, володіють або купують:

| РЕСУРС | ХТО ВОЛОДІЄ | МІСЦЕ ЗНАХОДЖЕННЯ | ЦІННІСТЬ | ХТО ВОЛОДІЄ | МІСЦЕ ЗНАХОДЖЕННЯ | ЦІННІСТЬ |
|--------|-------------|-------------------|----------|-------------|-------------------|----------|
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |
| | | | \$ | | | \$ |

2. Я, мій чоловік або моя жінка, чи хтось з людей, включених в заяву, володіють машини, траки, фургони, лодки, мікроавтобуси, трейлери або інші автомобілі чи моторні пристрої для переміщення:

| РІК (НАПРИКЛАД, 1980) | ВИГОТОВЛЕНО (НАПРИКЛАД, ФОРД) | МОДЕЛЬ (НАПРИКЛАД, ЕСКОРТ) | ЗАЗНАЧТЕ, ЯКЩО АРЕНДОВАНИЙ | ЗАЗНАЧТЕ, ЯКЩО ПРИСТРІЙ ДЛЯ ПЕРЕМІЩЕННЯ ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ПОТРЕБ | КІЛЬКІСТЬ У ВОЛОДІННІ |
|-----------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|--|-----------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ |

3. Я, мій чоловік або моя жінка, чи хтось з людей, включених в заяву, продали, виставили на продаж, віддали або передали ресурс протягом останніх п'яти років (в тому числі трасти, пристрої для переміщення або нерухому власність): Так Ні
 Якщо так, то що: _____ коли: _____

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

IV. Прикладений доказ заробленого доходу

1. Я, мій чоловік або моя дружина, чи хтось з людей, включених в заяву, мав роботу, яку припинив робити в межах терміну останніх 60 днів: Так Ні
2. Я, мій чоловік або моя дружина, чи хтось з людей, включених в заяву, має дохід від роботи: Так Ні Якщо так, будь ласка, заповніть цей розділ:

| | |
|---|---|
| ХТО ЗАРОБЛЯЄ ДОХІД | ЗАГАЛЬНИЙ ОТРИМАНИЙ ДОХІД (СУМА В ДОЛАРАХ ДО СПЛАТИ ПОДАТКІВ) \$ _____ кожний: <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> тиждень <input type="checkbox"/> два тижня <input type="checkbox"/> два рази на місяць <input type="checkbox"/> місяць |
| ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ, НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ | Годин за тиждень: _____ |
| ДАТА ПОЧАТКУ РОБОТИ | Дати отримання платні (наприклад, 1 ^е та 15 ^е , або кожної п'ятниці): |
| Чи це є самостійна трудова діяльність? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | |
| ХТО ЗАРОБЛЯЄ ЦЕЙ ДОХІД | ЗАГАЛЬНИЙ ОТРИМАНИЙ ДОХІД (СУМА В ДОЛАРАХ ДО СПЛАТИ ПОДАТКІВ) \$ _____ кожний: <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> тиждень <input type="checkbox"/> два тижня <input type="checkbox"/> два рази на місяць <input type="checkbox"/> місяць |
| ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ, НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ | Годин за тиждень: _____ |
| ДАТА ПОЧАТКУ РОБОТИ | Дати отримання платні (наприклад, 1 ^е та 15 ^е , або кожної п'ятниці): |
| Чи це є самостійна трудова діяльність? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | |

V. Інший дохід (скористуйтеся для всіх членів сім'ї) Прикладіть доказ

| | ХТО МАЄ ДОХІД? | ЗАГАЛЬНА СУМА ЗА МІСЯЦЬ | ХТО МАЄ ДОХІД? | ЗАГАЛЬНА СУМА ЗА МІСЯЦЬ |
|---|----------------|-------------------------|----------------|-------------------------|
| Пільги для непрацюючих осіб | | \$ | | \$ |
| Соціальне забезпечення | | \$ | | \$ |
| Додатковий соціальний дохід (SSI) | | \$ | | \$ |
| Аліменти на дітей або підтримання чоловіка чи жінки | | \$ | | \$ |
| Пенсійні виплати або пенсія | | \$ | | \$ |
| Пільги з адміністрації ветеранів (Veterans Administration, VA) або військові пільги | | \$ | | \$ |
| Пільги через важку працю або роботу в промисловості (Labor & Industries, L&I) або | | \$ | | \$ |
| Трасти | | \$ | | \$ |
| Проценти | | \$ | | \$ |
| Пільги для залізничників | | \$ | | \$ |
| Дохід від ренти | | \$ | | \$ |
| Інше: | | \$ | | \$ |
| Інше: | | \$ | | \$ |

VI. Щорічні виплати (інвестиції, зроблені кожним членом сім'ї для отримання постійних виплат в поточний час або в майбутньому).

| ХТО ВОЛОДІЄ ЩОРІЧНИМИ ВИПЛАТАМИ? | КОМПАНІЯ ЧИ ОРГАНІЗАЦІЯ? | КІЛЬКІСТЬ АБО ЦІННІСТЬ | МІСЯЧНИЙ ДОХІД | ДАТА ПРИДБАННЯ |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------|----------------|----------------|
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |

Якщо ви або ваш чоловік чи ваша дружина має проценти в щорічних виплатах та ви отримуєте пільги програми Медикейд для довготривалого нагляду, ви повинні назвати штат Вашингтон бенефіціарієм із правом очікування щорічних виплат.

| VII. Щомісячні витрати Прикладіть доказ | | | |
|--|-----------------------------|---|----------------------------|
| АРЕНДА \$ | КРЕДИТ НА НЕРУХОМІСТЬ \$ | АРЕНДА ПЛОЩІ \$ | ПЛАТА ЗА КОНДОМІНІУМ \$ |
| СТРАХУВАННЯ ВЛАСНИКА ДОМА \$ | НАЛОГИ НА ВЛАСНІСТЬ \$ | ОЦІНКИ ВЛАСНОСТІ \$ | ІНШІ ВИТРАТИ \$ |
| Інша особа або агенція, наприклад, агенція для фінансування придбання житла, допомагає мені сплачувати всі або частину цих витрат: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | | | |
| Якщо так, хто: _____ Які витрати: _____ Сума, що вони платять: \$ _____ | | | |
| Я, мій чоловік або моя дружина, чи хтось з людей, включених в заяву, сплачують або повинні платити (вказуйте все, що відповідає): | | | |
| <input type="checkbox"/> Нагляд за дитиною або дорослим, який цього потребує (в тому числі кошти на транспорт) | Щомісячна сума: \$ | Хто платить: | |
| <input type="checkbox"/> Рахунки за надання медичної допомоги особам із інвалідністю або тим, кому 60 років та більше (в тому числі витрати на транспорт та внески на страхування здоров'я) | Щомісячна сума: \$ | Хто платить: | |
| <input type="checkbox"/> Аліменти на дитину (дітей) | Щомісячна сума: \$ | Хто платить: | |
| Якщо ви не повідомите про будь-яку з вище зазначених витрат, ми вважатимемо, що члени вашої сім'ї не бажають вирахувати цю суму із загального доходу. | | | |
| VIII. Уповноважений представник | | | |
| Уповноважений представник - це та особа, якій ви дозволяєте обговорювати ваші пільги з робітниками відділу DSHS. Ви можете назвати будь-яку особу, але ми не вимагаємо цього. У вас є вповноважений представник? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | | | |
| Чи ця особа є вашим офіційним опікуном? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | | | |
| Чи має ця особа доручення, завірене нотаріусом? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | | | |
| ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ: | ВІДНОШЕННЯ | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ | |
| АДРЕСА ВУЛИЦІ | МІСТА | ШТАТУ | ПОШТОВИЙ ІНДЕКС |
| АДРЕСА ВУЛИЦІ | МІСТА | ШТАТУ | ПОШТОВИЙ ІНДЕКС |
| Заява та підписи | | | |
| Якщо направляється заява на гроші готівкою або сплату медичних послуг для дорослих, всі дорослі особи в сім'ї (або їх уповноважені представники) повинні підписати. | | | |
| Якщо направляється заява на допомогу продуктами харчування або сплату медичних послуг для дітей, заявник (або уповноважений представник) повинен підписати. | | | |
| Я розумію, що повинен: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Надати правильну інформацію та дотримуватись вимог про надання даних. • Надати доказ, що я відповідаю вимогам. • Надати певні права виплат аліментів та виплат на медичну допомогу до штату Вашингтон, коли я отримаю тимчасову допомогу для нужденних сімей (TANF). Призначити виплати третьої сторони на медичну допомогу до штату Вашингтон, коли я отримаю пільги на медичні послуги. Проте, я би хотів (ла) просити відділ DSHS не наполягати на виплаті аліментів на дитину (дітей), виплатах на медичну допомогу або виплатах третьої сторони, якщо це може загрожувати небезпекою мені або моїм дітям. • Дотримуватись вимог надання допомоги з продуктами харчування | | | |
| Якщо я не виконаю ці умови, то мені можуть відмовити в наданні пільг, або мені треба буде повернути їх вартість. | | | |
| Я розумію, що можу бути покараним згідно закону, якщо я свідомо роблю невірну заяву або не повідомляю щось таке, що я повинен написати. | | | |
| Я уповноважую відділ DSHS звернутись до інших осіб або агенцій, коли це необхідно, щоб допомогти мені отримати доказ про відповідність вимогам. | | | |
| Я прочитав або мені пояснили мої права та обов'язки, і я отримав примірник Права та обов'язки клієнта, DSHS 14-113. Я підтверджую або заявляю, що обізнаний із покаранням за невірну інформацію згідно законам штату Вашингтон, що інформація, яку я надаю в цій заяві, в тому числі дані щодо громадянства та статусу іноземця для членів сім'ї, яких включено в заяву на отримання пільг, є правдивою та вірною. | | | |
| ПІДПИС ЗАЯВНИКА | ДАТА | НАДРУКОВАНЕ ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ЗАЯВНИКА | МІСТО І ШТАТ, ДЕ ПІДПИСАНО |
| ІНШИЙ ПІДПИС ДОРОСЛОГО ЗАЯВНИКА | ДАТА | НАДРУКОВАНЕ ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ІНШОГО ДОРОСЛОГО | МІСТО І ШТАТ, ДЕ ПІДПИСАНО |
| ПІДПИС ПОМІЧНИКА АБО ПРЕДСТАВНИКА | ДАТА | НАДРУКОВАНЕ ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ПРЕДСТАВНИКА | МІСТО І ШТАТ, ДЕ ПІДПИСАНО |
| ПІДПИС СВІДКА, ЯКЩО ПІДПИСАНО "X" | ДАТА | НАДРУКОВАНЕ ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ СВІДКА | |