

የብቃት ግምገማ Eligibility Review

ቅጹን ለማንበብ ወይም ለመሙላት እዛገ ካሰፈላገዎት እባክዎን እኛ እንድናገዝዎት ይጠይቁን።
ይህንን ገጽ ለራስዎ ቀሪ ይያዙ።

እንዴት የገንዘብ ወይም የምግብ ድጋፍ ለማግኘት እንዴት አመለካታለሁ?

- እርስዎ ይህንን ማመልከቻ ለማህበረሰብ አግልጣሎት ጽ/ቤት በአካል ቀርበው በማቅረብ አሁን መጀመር ይችላሉ። ማመልከቻው ስምዎን፣ አድራሻዎን እና ፊርማዎን ወይም የህጋዊ ወኪልዎ ፊርማ ሊኖረው ይገባል። ምንም እንኳን ማመልከቻዎ እነዚህን ሰነድ ጉዳዮች ብቻ ያካተተ ቢሆንም እርስዎ ማመልከቻዎን ወዲያ ማቅረብ ይችላሉ።
- እርስዎ በተቻለ ፍጥነት ቢጀምሩ እና የእርስዎን ማመልከቻ እና እኛ የምንጠይቃቸው ሌሎች መረጃዎችን ሞልተው ቢያቀርቡ የበለጠ ጥቅም ጥቅሞችን ያገኛሉ ወይም እነዚህን ጥቅሞች ጥቅሞች በፍጥነት ያገኛሉ።
- ግምገማዎችን ለአካባቢው ጽ/ቤት መውሰድ ወይም ለ1-888-338-7410 ፋክስ ማድረግ ይችላሉ። ቦታውን ማወቅ ከፈለጉ www.dshs.wa.gov ይመልከቱ።

- የእርስዎን የግምገማ ቅጽ ወደሚከተሉት አካላት ይላኩ፡

DSHS	DSHS
CSD-Customer Service Center	Home and Community Services – Long Term Care Services
PO Box 11699	PO Box 45826
Tacoma, WA 98411-6699	Olympia, WA 98504-5826

- ይህን የግምገማ ቅጽ በአን ላይን በ www.washingtonconnection.org ላይ መሙላት ይችላሉ
- ይህ የብቃት ግምገማ ቅጽ በቅጹ ላይ የተዘረዘሩትን የሞሽንግተን አጥል የጤና ፕሮግራሞችን ሽፋን ለማደስ ብቻ ጥቅም ላይ ይውላል። ሌላ የጤና ክብካቤ ሽፋን ለማግኘት በአን ላይን www.wahealthplanfinder.org፣ በመጠቀም ወይም በስልክ ቁጥር 1-855-923-4633፣ ወይም የኤችሲኤ (HCA) የጤና ክብካቤ ሽፋን ማመልከቻ በመጠቀም ማመልከት ይችላሉ(HCA 18-001)።

እንዴት በፍጥነት የገንዘብ እና የምግብ እርዳታ ማግኘት እችላለሁ?

- አሁኑኑ የምግብ እርዳታ ማግኘት ከፈለጉ ከተራ ቁጥር 1 እስከ 14 ያሉትን ጥያቄዎች በመሙላት ቅጹን በአካባቢዎ ወዳለው ጽ/ቤት ይውሰዱ። እርስዎ ማንነትዎን የሚገልጽ ማስረጃ ካሳዩን እና የብቁነት መስፈርቶችን ካሟሉ እርስዎ የምግብ እርዳታ ለማግኘት ብቁ ወይም መስፈርቱን የሚያሟሉ መሆንዎን በ7 ቀናት ውስጥ እንወስናለን።
- እኛ ብቁ እንደሆኑ ውሳኔ ከሰጠን ቀን ማግኘት ጀምሮ ጥቅማጥቅሞቹ የሚሰጡ ይሆናሉ።
- የምግብ እርዳታው አብዛኛውን ጊዜ መሰጠት የሚጀምረው እኛ የእርስዎን ማመልከቻ በተቀበልንበት ቀን ነው።
- የጥሬ ገንዘብ እርዳታ አብዛኛውን ጊዜ እርስዎ እርዳታውን ለማግኘት ብቁ መሆንዎን ለመወሰን ሁሉንም መረጃዎች ካገኘንበት ቀን ጀምሮ ነው።
- እኛ እርስዎ ማመልከቻ ካቀረቡበት ጊዜ ጀምሮ በ30 ቀናት ውስጥ እርስዎ የምግብ እርዳታውን ማግኘት እንደሚችሉ እና እንደማይችሉ እንወስናለን።
- እርስዎ ማመልከቻዎን የሚያቀርቡት ከተቋም ከሆነ የአገልግሎቱ መጀመሪያው ቀን እርስዎ የሚለቁበት ወይም የሚወጡበት ቀን ነው።

እርስዎ ለምግብ እርዳታ እና ሌሎች ፕሮግራሞች የሚያመለክቱ ከሆኑ፡

እኛ የእርስዎን ማመልከቻ ለማየት የኤስኤንኤፒ ደንቦችን መከተል አለብን። ይህም ማመልከቻውን በተቀመጠው ጊዜ ገደብ ማየትና መወሰን፣ ተገቢውን ማስታወቂያዎች መስጠት እና ለእርስዎ ሰለ አስተዳደራዊ መብቶች ማሳወቅና መምከርን ያካትታል። እርስዎ ሌሎች የእርዳታ ፕሮግራሞች ለማግኘት ያመለክቱት ማመልከቻ ስለተከለከለ እኛ የእርስዎን የምግብ እርዳታ እንከለክልም።

የሰብአዊ መብቶች

በፌዴራል ሰብአዊ መብቶች ህግና የአሜሪካ የግብርና ሚኒስቴር (ዩኤሲዲኤ) የሰብአዊ መብቶች ደንብና ፖሊሲ መሠረት ዩኤሲዲኤ፣ የዩኤሲዲኤ ፕሮግራሞች ላይ የሚሳተፉ ወይም የሚያስተዳደሩ ኤጂኔሪዎቹ፣ ጽ/ቤቶች፣ ሠራተኞች እና ተቋማት በዩኤሲዲኤ በሚሰሩ ወይም ፈንድ በሚደረግ ማንኛውም ፕሮግራም ወይም ሥራ ላይ በዘር፣ በቆዳ ቀለም፣ በትውልድ ሀገር፣ በሐይማኖት፣ በጾታ፣ በጾታ ማንነት (ጾታዊ መገለጫን ጨምሮ)፣ በጾታዊ መስተጋብር፣ በአካል ጉዳት፣ በእድሜ፣ በጋብቻ ሁኔታ፣ በቤተሰብ/በወላጅ ሁኔታ፣ በህዝብ እርዳታ ፕሮግራም በሚገኝ ገቢ፣ በፖለቲካ አመለካከት ወይም ቀደም ሲል በነበረው የሰብአዊ ተግባር በቀል ወይም ቅጣት አድልዎ እንዳያደረጉ ተከልክለዋል። የመፍትሔ እና የቅሬታ ማቅረቢያ ጊዜ ገደቦች እንደየፕሮግራሙ ይለያያሉ።

የፕሮግራም መረጃዎችን ለማግኘት አማራጭ የመግባቢያ ዜጎችን (ለምሳሌ ብሬል፣ አድጎ የታተሙ ጽሁፎች፣ የድምፅ ቴፕ፣ የአሜሪካ የምልክት ቋንቋ፣ ወዘተ) የሚፈልጉ አካል ጉዳተኞች ጉዳዩ የሚመለከተውን ኤጂኔሪ ወይም የዩኤሲዲኤ ተጠሪ ማዕከል (202) 720-2600 (ድምጽ እና ቲቲዋይ) በመደወል ወይም የዩኤሲዲኤን በፌዴራል ስምሪት አገልግሎት በኩል በ(800) 877-8339 ደውለው ማነጋገር አለባቸው። በተጨማሪም የፕሮግራሙ መረጃዎች ከእንግሊዘኛ ውጭ በሌሎች ቋንቋዎች ማግኘት ይቻላል።

በፕሮግራም ላይ የተፈጠረውን መድልዎ የሚመለከት ቅሬታ ለማቅረብ የአሜሪካ ግብርና ሚኒስቴር የፕሮግራም መድልዎ ቅሬታ ማቅረቢያ ቅጽ ይሙሉ። AD-3027 በኢንተርኔት በቀጥታ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html ወይም በማንኛውም የአሜሪካ ግብርና ሚኒስቴር ጽ/ቤት ይገኛል ወይም ለአሜሪካ ግብርና ሚኒስቴር ደብዳቤ በመጻፍ በደብዳቤው ውስጥ በቅፁ ላይ የተጠየቁትን መረጃዎች ይሰጡ። የቅሬታ ቅጹን ኮፒ ለመጠየቅ በስልክ ቁጥር (866) 632-9992 ይደውሉ የተሞላውን ቅጹን ወይም ደብዳቤዎን ለአሜሪካ ግብርና ሚኒስቴር ይላኩ።

1. ፖስታ :- U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
2. ፋክስ:- (202) 690-7442; ወይም
3. ኢ-ሜይል:- program.intake@usda.gov

የአሜሪካ ግብርና ሚኒስቴር እኩል እድል የሚሰጥ፣ አሰሪና አበሪ ነው።

የሰደተኛ ሁኔታ እና የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር

በሰደተኛ ሁኔታቸው ምክንያት ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ ሌሎች ሰዎች እርዳታውን ማግኘት ባይችሉም ከእርስዎ ጋር ለሚኖሩ የተወሰኑ ሰዎች እርዳታውን ማግኘት ይችላሉ። እርስዎ ያመለከተውን ማንኛውንም ግለሰብ የሰደተኛ ሁኔታ ወይም የመኖሪያ ፈቃድ ሁኔታ በተመለከተ ሊነግሩን ይገባል። የአመልካች የቤተሰብ አባላት የሰደተኛነት ሁኔታ በአሜሪካ የዜግነት ጉዳዮች እና የኢሚግሬሽን አገልግሎት (የኤስሲአይኤስ - ቀደም ሲል አይኤንኤሲ ተብሎ ይጠራ የነበረ) ይረጋገጣል። በዚህ ማመልከቻ መሠረት ከየኤስሲአይኤስ የተወሰዱ መረጃዎች የእርስዎን ለአገልግሎቱ ብቁ መሆን እና የጥቅም ጥቅሞቹ መጠን ላይ ተጽእኖ ሊኖረው ይችላል። የውጪ አገር ሰዎችን የሚሸፍን የጤና ሽፋን አለን።

በፌዴራል ሕግ (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6) መሰረት የሞሽንግተን አገልግሎት የጤና ክብካቤ ሽፋን ለማግኘት የሚያመለክቱ ከእርስዎ ጋር ለሚኖሩ ማንኛውም ግለሰብ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥራቸውን መስጠት አለብዎት። ቲኤኔንኤፍ (TANF) ወይም የምግብ እርዳታ። እኛ ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ ነገር ግን ያላመለከቱ ወላጆች እና ባልና ሚስቶችን ማህበራዊ ዋስትና ቁጥሮች እንዲሰጡን እንፈልጋለን። እኛ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር ለሌላቸው የተወሰኑ ሰዎች የምንሰጣቸው የጤና ክብካቤ ሽፋን ይኖረናል።

ለሞሽንግተን አገልግሎት የጤና ክብካቤ ብቁ የሚያደርጉ የዜግነት እና የማንነት መረጃዎች

የአሜሪካ ዜጎች የሞሽንግተን የአገልግሎት ጤና አገልግሎቶችን ለማግኘት ዜጋ መሆናቸውን እና ማንነታቸውን ማረጋገጥ አለባቸው። ማስረጃውን እንዲያገኙ መርዳት እንችላለን። እኛ እርስዎን ገንዘብ የሚያስወጣ ሰነድ እንዲያቀርቡልን ከፈለግን እኛ የዚህን ማስረጃ ወጪ እንከፍላለን። በእርስዎ ቤት ውስጥ በአካል ጉዳተኝነት ወይም በተጨማሪ የዋስትና ገቢ (SSI) መሰረት የሕክምና ክብካቤ፣ የማህበራዊ ዋስትና የአካል ጉዳት መድን (SSDI) ለሚያገኙ ከእርስዎ ጋር ለሚኖር ግለሰብ ማስረጃ መጠየቅ እንፈልግም።

ለግዛቱ ለሕክምና እና ለረጅም ጊዜ ክብካቤ የወጣውን ወጪ መተካት

በሞሽንግተን ግዛት የንብረት ካሳ ህግ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) መሰረት ለተወሰኑ የህክምና እና የረዥም-ጊዜ አገልግሎት አይነቶች ግዛቱ የከፈለውን ወጪ እና 55 አመት ከሞላዎት በኋላ ያገኙትን ድጎማ ንብረት መክፈል ሊኖርበት ይችላል። በግዛቱ ብቻ የሚታገዝ አገልግሎት ካገኙ የእድሜ ገደብ የለውም። የንብረት ካሳዎች የሚጀምረው ከሞቱ በኋላ ነው፤ በህይወት ያለው ባለቤትም ከሞቱ ወይም ልጅዎ(ጆችዎ) 21 አመት ከሞላቸው (በሞቱበት ወቅት ልጁ አይነስውር/አካል ጉዳተኛ ካልሆነ በስተቀር) ክፍያው ይቆያል። በነርስ እንክብካቤ መስጫ ቤት ውስጥ የሚኖሩ ከሆነ እና ወደቤት የማይመለሱ ከሆነ ግዛቱ በማንኛውም እድሜ ንብረትም ላይ የቅድመ-ሞት እግዳ ማስወጣት ይችላል። ንብረቱን ከሸጡት ወይም ካዘዋውሩት ወይም እርስዎ ከሞቱ በኋላ በዚህ እግዳ ላይ ግዛቱ መሰብሰብ ይችላል። ወደቤት ከተመለሱ ግዛቱ እግዱን ያነሳል። ለተጨማሪ መረጃ ማለትም የንብረት ካሳ የሚመለከታቸውን አገልግሎቶች ዝርዝር ጨምሮ ምዕራፍ 182-527 WAC ይመልከቱ።

ሚስጢር እና የእርስዎ የገንዘብ እና የምግብ እርዳታ

በ2008 እ.ኤ.አ የወጣው የተሻሻለው የምግብ እና የሰነድ ምግብ ደንብ መመሪያው እኛ በማመልከቻው ላይ የጠየቅናቸው መረጃዎች እንዲሰበሰቡ ይፈቅዳል። የተጠየቀውን መረጃ የሚሰጡት በፈቃደኝነት ነው ሆኖም ያለበቁ ምክንያት መረጃ አለመስጠት መሰረታዊ የምግብ ጥቅም-ጥቅም ሊያስከለክል ይችላል። አንዳንድ መረጃዎችን የኮምፒተር በማዛመድ መርሀግብር የፌዴራል ገቢ እና የብቁነት ማረጋገጫ ስርአትን (IEVS) ጨምሮ በመጠቀም እናረጋግጣለን።

እኛ እነዚህን መረጃዎች ለ እንጠቀማለን።	እኛ እነዚህን መረጃዎች ለ እንሰጣለን።
<ul style="list-style-type: none"> ለጥራት ማሻሻያ መስመሮችን የሚያሟሉ ወይም ብቁ የሆኑ ሰዎች በተመለከተ ውሳኔ መስጠት የምግብ እርዳታ ትርፍ ክፍያዎችን መሰብሰብ ጥራት ማሻሻያንን መምራት እኛ ህግን ተከትለን እየሰራን መሆናችንን ማረጋገጥ። 	<ul style="list-style-type: none"> ለፌዴራል እና ለክልል ተቋማት ቢሮ አገልግሎት። ሕግ የጣሱ ሰዎችን የሚያፈላልጉ የሕግ አስፈጻሚ አካላት። የምግብ እርዳታ ትርፍ ክፍያዎችን የሚሰበሰቡ የግለሰብ ገንዘብ ሰብሳቢ ተቋማት።

ለማህበራዊ እና ጤና አገልግሎቶች መመሪያ ሪፖርት የተደረገ መረጃ በጤና ጥበቃ ባለሥልጣን (Health Care Authority) እና በጤና ጥቅም አክሲዮን (Health Benefit Exchange) አማካይነት ለሚተዳደረው የጤና እንክብካቤ የመድን ሽፋን ላይ በሚኖር ብቁነት ላይ ተጽዕኖ ሊያሳርፍ ይችላል።

የምግብ እርዳታ ቅጣት ማስጠንቀቂያ

የእርስዎ መረጃዎች ትክክል መሆናቸውን ከሌሎች ተቋማት እና ጣራላን። ማንኛውም መረጃ ትክክለኛ ካልሆነ ያመለከቱ ግለሰቦች የምግብ እርዳታ አያገኙም። ሆን ብሎ አስባባት ከደንቦቹ መካከል ማንኛውንም የጣሰ የቤተሰብ አባል፡

- አግባብነት ባላቸው የፌዴራልና የግዛት ወይም የክልል ህጎች መሰረት ሊከሰስ ይችላል።
- ለአንድ አመት እስከ ዘለቄታው ከኤስኤንኤፒ ሊታገድ ይችላል።
- እስከ \$250,000 ዶላር ሊቀጣ ይችላል።
- እስከ 20 ዓመት ሊታሰር ይችላል።
- በፍርድ ቤት ከታዘዘ ለተጨማሪ 18 ወራት ከ SNAP ሊታገድ ይችላል።

ፍርድ ቤት የሚከተሉት ተግባራት ላይ፡

በመሳተፍዎ ያለአግባብ ጥቅም ጥቅሞችን በመቀበል ምክንያት እርስዎን ጥፈተኛ ሆነው ካገኘዎት እርስዎ፡

- የተከለከለ እጽ በመሸጥ ለሁለት አመት እስከ ዘለቄታው ይታገዳሉ።
- የጦር መሳሪያዎች፣ ጥይት ወይም ፈንጂዎችን በመሸጥ ለዘለቄታው ይታገዳሉ።
- በአጠቃላይ ከ500 ዶላር በላይ የሆኑ ጥቅም ጥቅሞችን በማስሸሸ ለዘለቄታው ይታገዳሉ።
- የመኖሪያ ወይም የማንነት ማጭበርበር ለ10 ዓመት ይታገዳሉ።

የብቃት ግምገማ
Eligibility Review

ይህንን ቅጽ ለመሙላት እገዛ የሚፈልጉ ከሆነ እኛን ይጠይቁ

1. መጠሪያ ስም/የአባት ስም መነሻ ፊደል/የአያት ስም	የአመልካች ወይም ሕጋዊ ወኪል ፊርማ (የስፈልጋል)	2. የደንበኛ መታወቂያ ቁጥር (የሚታወቅ ከሆነ)
3. የመኖሪያ የጎዳና አድራሻ	ከተማ ግዛት ዚ.ፕ ኮድ	4. ዋና ስልክ ቁጥር <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> ቤት <input type="checkbox"/> መልዕክት
5. ደብዳቤ መላኪያ አድራሻ (ከላይ ካለው የሚለይ ከሆነ)	ከተማ ግዛት ዚ.ፕ ኮድ	6. ሁለተኛ የስልክ ቁጥር(ሮች) <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> ቤት <input type="checkbox"/> መልዕክት

8. እኔ የሚከተሉትን አገልግሎቶች ለማግኘት አመለክታለሁ (ለእርስዎ አግባብነት ያላቸውን በሙሉ ይምረጡ)

<input type="checkbox"/> ገንዘብ	<input type="checkbox"/> እገዛ የሚደረግለት መኖሪያ/የአዋቂ የቤተሰብ ቤት
<input type="checkbox"/> ምግብ	<input type="checkbox"/> በቤት የሚሰጡ የረዥም ጊዜ የእንክብካቤ አገልግሎቶች
<input type="checkbox"/> የህክምና ቁጠባ መርሀግብር	<input type="checkbox"/> የነርስ እንክብካቤ መስጫ ቤት
<input type="checkbox"/> Hospice	<input type="checkbox"/> የጤና እንክብካቤ/አካል ጉዳተኛ ሰራተኞች(HWD)
<input type="checkbox"/> የአረጋጂዎን፣ ማየት የተሳናቸው ወይም አካል ጉዳተኞች የጤና ክብካቤ ሸፋን	
<input type="checkbox"/> በዕድሜ ለገፉ ሰዎች የሚሰማማ ድጋፍ	

9. እኔ ወይም የቤተሰቤ አባል (እርስዎን የሚመለከተውን በሙሉ ይምረጡ) የቤት ውስጥ ጥቃት አጋጥሞት ያውቃል

አካል ጉዳት አለዎት በጤና ችግር ምክንያት እንዳይሰሩ የሚያገድዎት

እርጉዝ ነዎት፤ ስም: _____ የመውለጃ ጊዜ: _____

10. በዚህ ወር የእርስዎ ቤተሰብ ምን ያህል ገንዘብ ያገኛል ብለው ይጠብቃሉ? \$ _____

11. የእርስዎ ቤተሰብ በጥሬ እና በባንክ ሂሳብ ውስጥ ምን ያህል ገንዘብ አለው? \$ _____

12. የእርስዎ ቤተሰብ ለኪራይ ወይም ለቤት ባለቤት ለመሆን ምን ያህል ይከፍላል? \$ _____

13. የእርስዎ ቤተሰብ ለምን ምን መገለገያዎች ክፍያ ይፈጽማል? ለማሞቂያ/ለማቀዝቀዣ ስልክ ሌላ: _____

14. በቤተሰብ ውስጥ ካሉት አባላት በጊዜያዊነት የተቀመጠ ወይም ስደተኛ አርሶ አደር አለ? አዎ አይ

15. ለምግብ እርዳታ የምታመለክቱ ከሆነ በቤተሰብዎ ውስጥ ለምን ያህል ሰዎች ምግብ ገዝተው ያዘጋጃሉ? _____

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

16. እኔ አስተርጓሚ እፈልጋለሁ: እኔ ቋንቋ መናገር እችላለሁ: _____ ወይም እፈርማለሁ; ደብዳቤዎችን ወደሚከተሉት ቋንቋዎች መተርጎም እችላለሁ: _____

17. እርስዎ ለእነርሱ እርዳታ ለማግኘት የማያመለክቱ ቢሆንም እንኳን በቤትዎ ያሉትን በሙሉ ይዘርዝሩ (አስፈላጊ ከሆነ ተጨማሪ ወረቀት ይጠቀሙ)

ስም (የመጀመሪያ፣ የመካከለኛ ስም)	ጾታ:	ግለሰብ ከእርስዎ ጋር ምን ዓይነት ዝምድና አለው?	የትውልድ ቀን	ለእኚህ ግለሰብ የሚከፈሉ ጥቅማጥቅሞች ማግኘት የሚፈልጉ ከሆነ ምልክት ያድርጉበት	አመልካች ላልሆኑ ግለሰቦች እንደ አማራጭ የቀረቡ			
					የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር	አሜሪካዊ ከሆኑ ምልክት ያድርጉ	ዘር (ከታች ያሉትን ናሙናዎች ይመልከቱ)	የጎሳ ስም (ለአሜሪካ ኢንዱስትሪ የአላስካ ተወላጆች)
		እራሴ		<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"/>		

18. የእኔ ብሔር ስፓኒሽ ወይም ላቲን ነው: አዎ አይ

የዘርና የብሔር መረጃዎች በፍቃደኝነት ላይ የተመሰረቱ ሲሆን በእርስዎ ለአገልግሎቱ ብቁ መሆን ወይም የጥቅማ ጥቅም መጠን ላይ ተፅዕኖ አይኖራቸውም:: ይህ መረጃ የፕሮግራሙ ጥቅም ጥቅሞች በዘር፣ በቀለም ወይም በትውልድ ሀገር አድልዎ ሳይደረግ መከፋፈላቸውን ለማረጋገጥ ጥቅም ላይ ይውላል:: የምግብ እርዳታ ለማግኘት ምንም ዓይነት እርዳታ ካልተሰጠ የኤሲዲኤ ለእርስዎ ምላሽ እንድንሰጥ ያስገድደናል:: **የዘር ምላሴዎች:** ነጭ፣ ጥቁር ወይም አፍሪካ አሜሪካን፣ ኤስያ፣ የሀዋይ ተወላጆች፣ የፓስፊክ ደሴት ነዋሪ፣ አሜሪካ ኢንዲያን፣ የአላስካ ተወላጅ ወይም ሌላ ድብልቅ ዘር

የአመልካች ስም	የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር	የደንበኛ መለያ ቁጥር
-----------	-----------------	---------------

I. ጠቅላላ መረጃዎች

- ባለፉት 30 ቀናት ገንዘብ ወይም ምግብ ከሌላ ግዛት፣ ጉሳ ወይም ምንጭ ተቀብያለሁ፡- አዎ አይ
- እኔ እያመለከትኩለት ያለው ግለሰብ ከዋሽንግተን ግዛት ውጪ ይኖራል፡- አዎ አይ ማን፡ _____
- እኔም ሆነ በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ ስፖንሰር የተደረግን የውጭ ዜጎች ነን፡- አዎ አይ ማን፡ _____
- እኔም ሆነን በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ እድሜያችን 16 እና ከዚያ በላይ ነን (የሚመለከተውን በሙሉ ይምረጡ) ሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት ከሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ጋር ተመጣጣኝ የሆነ ፕሮግራም ኮከጅ የንግድ ትምህርት ቤት ማን፡ _____
- ለጊዜው አንድ ግለሰብ ከቤቴ ውጪ ይገኛል፡- አዎ አይ ማን፡ _____
- እኔ ወይም አብሮኝ የሚኖር ሰው U.S. Armed Forces, National Guard, ወይም Reserves ወይም በአሱ ስር የሚተዳደር ወይም የትዳር አጋር በመሆን አገልግሏል፡- አዎ አይ አዎ ካሉ፡ ማን፡ _____
- እኔም ሆነኩ የማመለከት ግለሰብ ለፍርድ ቤት ከመቅረብ ወይም ለተፈጸመ ወንጀል እስር ቤት ከመግባት በማለት እየሸጠን እንገኛለን፡- አዎ አይ
- እኔ የምኖረው፡- በራሴ ቤት ወይም አፓርትመንት የቡድን ቤት ሌላ፡ _____
 ተቋም (አይነቱን ይግለጹ)፡ _____ የገባበት ቀን፡ _____
- እኔ፡ ያላገባ ያገባ የፈታ የተለየ ሞተበት/ባት የተመዘገበ አጮኝነት
- እኔም ሆነን በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ ከመስከረም 22 ቀን 1996 በኋላ ለአደንዛዥ ዕዕ ስንል የምግብ እርዳታን የመነገድ ወንጀል ፈጽመናል፡- አዎ አይ
- እኔም ሆነን በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ ከመስከረም 22 ቀን 1996 በኋላ ከ500 ዶላር በላይ የምግብ እርዳታ የመግዛት ወይም የመሸጥ ወንጀል ፈጽመናል፡- አዎ አይ
- እኔም ሆነን በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ ከመስከረም 22 ቀን 1996 በኋላ ጠመንጃዎች፣ ጥይቶች ወይም ፈንጂዎች የመነገድ ወንጀል ፈጽመናል፡- አዎ አይ
- እኔም ሆነን በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ ከመስከረም 22 ቀን 1996፡ በኋላ ከአንድ በላይ ከሆኑ ግዛቶች የምግብ እርዳታ የመቀበል ወንጀል ፈጽመናል፡- አዎ አይ
- እኔም ሆነን በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ፡ ሀ. በአመጽ ላይ እንገኛለን፡ አዎ አይ ለ. ተከራይ ነን፡- አዎ አይ

II. የጤና ኢንሹራንስ መረጃዎች (መሰረታዊ ምግቦችን ለማግኘት አያስፈልግም)

- እኔ ባለቤቴ ወይም በቤቴ ውስጥ ያለ ግለሰብ፡**
- እኛ የሕክምና ተቋም (ከሆስፒታል ወይም የነርስ መንከባከቢያ ክፍል) ለመግባት አቅደናል ወይም በተቋሙ ውስጥ እንገኛለን ወይም በቅርቡ ከተቋሙ ወጥተናል አዎ አይ
 - ባለፉት 3 ወራት ያልተከፈሉ የሕክምና ክፍያዎች እንዲከፈልን እንፈልጋለን አዎ አይ
 - የጤና ኢንሹራንስ አለን፡ አዎ አይ (ተገቢነት ባላቸው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉባቸው)፡ የጤና ክብካቤ (የዋሽንግተን አፕል ጤና አገልግሎት ያልሆነ) የሶስትዮሽ የጤና ክብካቤ (Tricare) የረጅም ጊዜ የጤና ክብካቤ ዋስትና (Long-Term Care Insurance) የሕንድ የጤና አገልግሎቶች (Indian Health Services ሌላ የጤና ኢንሹራንስ፡

III. ሀብቶች (ማረጋገጫ ያያይዙ፣ ኤችደብሊውዲ ወይም መሰረታዊ ምግብ የማይፈልጉ መሆኑን የሚመለከት ማስረጃ ያያይዙ)

ሀብት ማለት እርስዎ ያለዎት ንብረት ወይም የሚሸጥ፣ የሚገበያይ ወይም ወደ ገንዘብ ለሌሎች ተሸጦ የሚቀየሩ ንብረቶችን የሚያካትት ነው፡- ሀብቱ እንደ ቤት እቃዎች ወይም ልብስ የመሳሰሉ የግል ንብረቶችን አያካትትም የሀብቱ ምሳሌዎች፡

- ጥሬ ገንዘብ
- የፔክ ሂሳብ
- የቁጠባ ሂሳብ
- የኮሌጅ ፈንድ
- የአደራ እቃ
- IRA / 401k
- ቤቶች፣ መሬቶች ወይም ህንጻዎች
- CDs
- የገንዘብ ገበያ ሂሳብ
- ቦንድ
- የጡረታ ፈንድ
- የቀብር ፈንድ፣ በቅድሚያ ክፍያ የተፈጸመባቸው እቅዶች
- የንግድ መሳሪያዎች
- ለማዳ እንስሳት
- የሕይወት ኢንሹራንስ

እባክዎን እርስዎ ፣ የእርስዎ ባለቤት ወይም እርስዎ የሚመለከትልዎት ግለሰብ ያለዎት ወይም የሚገዙት ንብረት ይዘርዝሩ

ሀብት	የማን ንብረት ነው	የሚገኝበት ቦታ	ዋጋ
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

2. እኔ፣ የእኔ ባለቤት ወይም እኔ የማመለከት ግለሰብ ያለን መኪናዎች፣ ከባድ መኪናዎች፣ መለስተኛ መኪናዎች፣ ጀልባዎች፣ አርቪኤስ፣ ተሳታፊዎች ወይም ሌሎች የሞተር ተሽከርካሪዎች፡

ዓመት (ለምሳሌ 1980)	ሰዓት (ለምሳሌ ፎርድ)	ሞዴል (ለምሳሌ ስኮርት)	ኪራይ ከሆነ ያክብቡበት	ተሽከርካሪው ለሕክምና አገልግሎት የሚውል ከሆነ ያክብቡበት	የተሽከርካሪ ዋጋ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. እኔ፣ ባለቤቴ ወይም እኔ የማመለከት ግለሰብ ባለፉት 5 አመታት (የአደራ እቃዎች፣ ተሽከርካሪዎች፣ ጥሬ ገንዘብ ወይም የእድሜ ልክ ንብረቶች) ሸጠና፣ ነግደና፣ ሰጥተናል ወይም አዘዋውረናል፡ አዎ አይ አዎ ካሉ፡ ምን፡ _____ መቼ፡ _____

የአመልካች ስም	የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር	የደንበኛ መለያ ቁጥር
-----------	-----------------	---------------

IV. በማንኛውም የቤተሰብ አባል መደበኛ ክፍያ ለማግኘት ፈሰስ የተደረጉ ኢንሸርመንቶች አሁንም ሆነ ወደፊት።)

ኢንሸርመንቱ የማን ነው?	ኩባንያ ወይስ ተቋም?	የገንዘብ መጠን ወይም ዋጋ	ወርሃዊ ገቢ	የተገዛበት ቀን
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

እርስዎ ወይም የእርስዎ ባለቤት ኢንሸርመንት ካልዎት እና እርስዎ የሞሽንግተን አገልግሎት የረጅም ጊዜ ክብካቤ፣ ኤስኤስአይ ጋር የተያያዙ ዋስትናዎች ወይም የሲኤም ሽፋን የሚቀበሉ ከሆነ የሞሽንግተን ግዛት የኢንሸርመንቱ ቀሪ ተጠቃሚ መሆኑን መጥቀስ ይገባዎታል።

V. የሚያገኙት ገቢ (ማስረጃ ያያይዙ)

1. እኔ፣ ባለቤቴም ሆነ እኔ የማመለከትለት ግለሰብ ባለፉት 30 ቀናት ውስጥ የተቋረጠ ስራ ነበረን አዎ አይ

2. እኔ፣ ባለቤቴም ሆነ እኔ የማመለከትለት ግለሰብ ከስራ ገቢ እናገኛለን አዎ አይ ምላሽዎ አዎ ከሆነ የሚከተለውን ክፍል ይሙሉ፡

ይህንን ገቢ ማን ነው የሚያገኘው? _____ የአሰሪው ስም እና ስልክ ቁጥር _____ መጀመሪያ ቀን _____ ይህ ስራ የራስዎ ስራ ነው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ ወርሃዊ የግል ስራ ወጪ መጠን: \$ _____	የሚያገኙት ያልተጣራ ገቢ (ተቀናሽ ከመደረጉ በፊት የሚገኝ የዶላር መጠን) \$ _____ በየ: <input type="checkbox"/> ሰዓት <input type="checkbox"/> ሳምንት <input type="checkbox"/> ሁለት ሳምንት <input type="checkbox"/> በወር ሁለት ጊዜ <input type="checkbox"/> በወር ሰዓት በሳምንት _____ የክፍያ ቀን (ለምሳሌ በመጀመሪያው እና በ15ኛው ቀን፣ በየሳምንቱ አርብ አርብ):
--	---

ይህንን ገቢ ማን ነው የሚያገኘው? _____ የአሰሪው ስም እና ስልክ ቁጥር _____ መጀመሪያ ቀን _____ ይህ ስራ የራስዎ ስራ ነው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ ወርሃዊ የግል ስራ ወጪ መጠን: \$ _____	የሚያገኙት ያልተጣራ ገቢ (ተቀናሽ ከመደረጉ በፊት የሚገኝ የዶላር መጠን) \$ _____ በየ: <input type="checkbox"/> ሰዓት <input type="checkbox"/> ሳምንት <input type="checkbox"/> ሁለት ሳምንት <input type="checkbox"/> በወር ሁለት ጊዜ <input type="checkbox"/> በወር ሰዓት በሳምንት _____ የክፍያ ቀን (ለምሳሌ በመጀመሪያው እና በ15ኛው ቀን፣ በየሳምንቱ አርብ አርብ):
--	---

VI. ሌላ ገቢ (ለሁሉም የቤተሰብ አባላት ሪፖርት ያቅርቡ፣ ማስረጃ ያያይዙ)

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> የስራ አጥነት ጥቅማጥቅም የማህበራዊ ዋስትና ገቢ የጎሳ ገቢ ከጨዋታ የሚገኝ ገቢ የትምህርት ጥቅማጥቅሞች (የተማሪ ብድር፣ ጥቃቅን ብድር፣ ስራ-ትምህርት) | <ul style="list-style-type: none"> ተጨማሪ የዋስትና ገቢ (SSI) የልጅ ድጋፍ ወይም ለባለቤት የሚቆረጥ ክፍያ የባቡር መንገድ ጥቅማጥቅም የኪራይ ገቢ | <ul style="list-style-type: none"> ጡረታ የጦር ሰለባዎች አስተዳደር (VA) ወይም የውትድርና ጥቅማጥቅሞች ስራተኛ እና ኢንዱስትሪ(L&I) የአደራ እቃ ወለድ/የንግድ ትርፍ ድርሻ ክፍያ |
|--|---|---|

ያልተከፈለ ገቢ አይነት	ገቢውን የሚያገኘው ማን ነው?	ያልተጣራ ወርሃዊ የገንዘብ መጠን
		\$
		\$
		\$
		\$

VII. ወርሃዊ ወጪዎች

ኪራይ	የቋሚ ክፍያ	የቦታ ኪራይ	የቤት ባለቤቶች ኢንሹራንስ	የንብረት ግብር ክፍያ	ሌሎች ክፍያዎች
\$	\$	\$	\$	\$	\$

የእርስዎ ቤተሰብ ከኪራይ ወይም ከቋሚ ንብረት ባለቤትነት ከሚገኝ ክፍያ ለመገልገያ የሚከፍለው ክፍያ አለ?
 ማሞቂያ (ኤሌክትሪክ/ ጋዝ/) ሙብራት (ለማሞቂያ ያልሆነ)፣ ውሃ የቤት/የሞባይል ስልክ የፈሳሽ ማስወገድ አገልግሎት የቆሻሻ ማስወገድ አገልግሎት

ሌላ ግለሰብ ወይም ተቋም (የቤት ድጎማ) እነዚህን ወጪዎች በሙሉም ሆነ በከፊል ለመክፈል ያግዘኛል: አዎ አይ አዎ ካሉ፣ ማን: _____ ወጪዎቹ ምንድናቸው: _____ የሚከፍሉት የገንዘብ መጠን: \$ _____
 ባለፉት 12 ወራት እኔ የዝቅተኛ ገቢ የቤት ድጋፍ ደንብ ክፍያ ተቀብያለሁ።

እኔ፣ ባለቤቴም ሆነ እኔ የማመለከትለት ግለሰብ የሚከተሉትን ክፍያዎች እንፈጽማለን ወይም መሬፀም ይጠበቅብናል (የሚመለከቱትን በሙሉ ያክብቡበት)		
<input type="checkbox"/> የልጅ ወይም የአዋቂ የቤተሰብ አባል ክብካቤ (የትራንስፖርት ወጪን ጨምሮ)	ወርሃዊ የገንዘብ መጠን: \$	የሚከፈለው ማን ነው:
<input type="checkbox"/> ለአካል ጉዳተኞች ወይም እድሜያቸው ከ60 ዓመት በላይ ለሆኑ የሕክምና ክፍያዎች (የትራንስፖርት ወጪ እና የጤና መድኃኒት ዋስትና አረቦን)	ወርሃዊ የገንዘብ መጠን: \$	የሚከፈለው ማን ነው:
<input type="checkbox"/> የልጅ ድጋፍ (ማረጋገጫ ያያይዙ)	ወርሃዊ የገንዘብ መጠን: \$	የሚከፈለው ማን ነው:

እርስዎ ከላይ ከተዘረዘሩት ውስጥ ማንኛውንም ሪፖርት ካደረጉ ለዚህ ወጪ እርስዎ ተቀናሽ መቀበል እንዳልፈለጉ እናስባለን።

VIII. ፍቃድ የተሰጠው ተወካይ

ሕጋዊ ተወካይ ማለት ዲኤስኤስኤስ ሰለ እርስዎ ጥቅም ጥቅም በተመለተ የሚያናግረው ግለሰብ ማለት ነው። እንደ ሰው መወከል ይችላሉ ነገር ግን መወከል የለብዎትም።

ሕጋዊ ወኪል አለዎት? አዎ አይ

ይህ ግለሰብ የእርስዎ ሕጋዊ ሞግዚት ነው? አዎ አይ

ግለሰቡ የውክልና ስልጣን አለው? አዎ አይ

እርስዎ የጤና ክብካቤ ሽፋንን የሚያድሱ ከሆነ የሕጋዊ ወኪል ቅጽ (DSHS 14-532) መሙላት ይጠበቅብዎታል።

ስም	ዝምድና	ስልክ ቁጥር
ፖስታ መላኪያ አድራሻ	ከተማ	ስቴት ዚፕ ኮድ

የመራጭ ምዝገባ

መምሪያው የመራጭ ምዝገባ አገልግሎቶችን በብሔራዊ መራጭ ምዝገባ ደንብ (1993) መሠረት ይሰጣል። ለምርጫ መመዘኛዎች ወይም አለመመዘኛዎች በዚህ ድርጅት በሚሰጡት አገልግሎቶች ወይም የጥቅም ጥቅም መጠን ላይ ተጽእኖ አይኖረውም። እርስዎ የመራጭ ምዝገባ ቅጽ መሙላት ሂደት ላይ አገዛ ከፈለጉ እኛ እናግዛለን። ድጋፍ የመጠየቅ ወይም የመቀበል ውሳኔ የእርስዎ ሃላፊነት ነው። የመራጭ ቅጹን ለግልጽ መሙላት ይችላሉ። እርስዎ ለምርጫ የመዘገብ ወይም የመተው መብትዎን የተጋፉ ሰው አለ ብለው ካመኑ እርስዎ ለምርጫ ለመመዘኛዎች ወይም ለመተው ወይም የሪሶርስ የፖለቲካ ፓራቲ የመምረጥ ወይም የሌላ ፖለቲካ ምርጫ ያለዎትን መብት ምስጢር የመጠበቅ ተጠየቀ ብለው ከማት ቅሬታዎን ለሚከተለው አካል ማቅረብ ይችላሉ። Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

ለመምረጥ መመዘኛዎች ወይም የምርጫ ምዝገባ መረጃዎችን ወቅታዊ ማድረግ ይፈልጋሉ? አዎ አይ

አንደኛውን ሳጥን ካላከበቡ እርስዎ ለመመረጥ አሁን መመዘኛዎች እንዳልፈለጉ ይቆጠራሉ።

ዲኤስኤስኤስ እና ፈርማዎች

የገንዘብ ድጋፍ ሁሉም በቤት ውስጥ ያሉ አዋቂዎች (ወይም ሕጋዊ ወኪሎች) መፈረም አለባቸው።
የምግብ እርዳታ ወይም የጤና ክብካቤ ሽፋን ለማግኘት አመልካች ወይም ሕጋዊ ወኪሉ መፈረም አለበት።

እኔ የሚከተሉትን ማድረግ እንዳለብኝ እንዘባለሁ፡

- ትክክለኛ መረጃ መስጠት እና የሪፖርት አቀራረብ መስፈርቶችን መከተል
- እኔ ለእርዳታው ብቁ መሆኔን የሚያሳይ ማስረጃ ማቅረብ
- እኔ ጊዜያዊ የደህ ቤተሰቦች እርዳታ በምቀበልበት ጊዜ ለዋሽንግተን ግዛት የልጆች ድጋፍ የተወሰኑ መብቶችን መመደብ ነገር ግን የልጅ ድጋፍ እኔን ወይም ልጆቼን ለጉዳት የሚዳርግ ከሆነ የልጅ ቀለብ ክፍያ ላለመክፈል ዲኤስኤስኤስ መጠየቅ እችላለሁ።
- የምግብ እርዳታ ስራ መስፈርቶችን ለማሟላት እተባበራለሁ።

እነዚህን ካልሰራሁ ጥቅምጥቅሞችን አላገኘም ወይም መልሼ እንድከፍል አደረጋለሁ።

የተሳሳተ መረጃ በተንኮል በመነሳሳት ከሰጠው ወይም ማሳወቅ የሚገባኝን ነገር ሳላሳውቅ ከቀረሁ በወንጀል የምጠየቅ መሆኔን አውቃለሁ።

ዲኤስኤስኤስ እኔ ለእርዳታው ብቁ መሆኔን የሚያሳይ ማስረጃ ለማግኘት አስፈላጊ ሲሆን ሌሎች ግለሰቦችን ወይም ተቋማትን እንዲያነጋግር አፈቅዳለሁ።

የገንዘብ እና የምግብ እርዳታን ለማግኘት የእኔን መብት እና ግዴታዎች ያነበብኩ ሲሆን የደንበኛ መብቶች እና ኃላፊነቶች ኮፒ (DSHS 14-113) ተቀብያለሁ።

: የጤና ክብካቤ ሽፋን ለማግኘት የእኔን መብት እና ግዴታዎች ያነበብኩ ሲሆን የደንበኛ መብቶች እና ኃላፊነቶች ኮፒ (HCA 18-003) አግኝቻለሁ።

የዜግነት መረጃዎችን እና የውጭ ዜግነትን የሚመለከቱ ለጥቅምጥቅሙ አመልካች አስመልክቶ የተሰጡ መረጃዎችን ጨምሮ በዚህ ማመልከቻ ውስጥ የገለጽኳቸው መረጃዎች እውነትና ትክክል መሆናቸውን እያረጋገጥኩ ሀሰት ሆነው ከተገኙ በዋሽንግተን ግዛት ሕጎች መሰረት የምቀጣ መሆኔን ተገንዝቤአለሁ።

የአመልካቹ ፊርማ	ቀን	የተወካይ ስም	የፈረመበት ከተማ እና ግዛት
የሌላ አዋቂ አመልካች ፊርማ	ቀን	የተወካይ ስም	የፈረመበት ከተማ እና ግዛት
የረዳት ወይም ተወካይ ፊርማ	ቀን	የተወካይ ስም	የፈረመበት ከተማ እና ግዛት
ከኤስኤስ ጋር የፈረሙ ከሆነ የምስክር ፊርማ	ቀን	የምስክር ስም	