

资格复审 Eligibility Review

如果您在阅读或填写本申请表格时需要帮助，可请本部协助。
请留下此页，以供您保存。

如何申请现金或食品补助福利？

- 您今天就可以亲自将复审表格送交到当地的社区服务处，以便**开始**此项手续。复审表格中必须有的您姓名、地址以及您的签名或者您的受托代表之签名。如果您没有地址，请与当地办事处联系，以便询问可从何处获得一个邮寄地址。如果您需要更多填写栏位，请另附纸页填写。即使只包含这三项，您也可以立即提出复审。
- 如果您及早开始、填妥并向我们提交申请表格以及本部请您提供的其它资料，您有可能获得更多的福利或者更快获得福利。
- 将您的复审表格送交到当地的办事处或发送传真至1-888-338-7410。在www.dshs.wa.gov网站上查看相关办事处的地点。
- 将您的复审表格邮寄到以下地址之一：

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
--	---
- 您可以在网上填写此表格，网址是www.washingtonconnection.org
- 此资格复审表格仅可用于涉及此表格中所列的Washington Apple Health计划保险福利重新续约之资格复审。对于其它的健康保险福利，您必须在网站上提出申请，网址是www.wahealthplanfinder.org；致电申请，电话号码是**1-855-923-4633**；或者使用医疗保健计划管理部门(HCA)的健康保险福利申请表格(HCA 18-001)提出申请。

最快需要多少时间可以获得食品与现金补助？

如果您亟需食品补助福利，请填写问题 1 至问题 14 栏的内容，并将此表格送交到您当地的办事处。

- 如果您可出示身份证明并符合下列条件之一，本部可在**7天之内**就您是否有资格领取食品补助做出决定。
- 在确定您符合资格后，当日即可颁发福利。
- 食品补助福利通常在我们收到您申请书的当天开始。
- 现金补助通常在我们获得全部必要情况以确定您符合资格的当天开始。
- 我们必须在您提交申请书之日起**30天**内，决定您是否符合食品补助福利的资格。
- 如果您从某机构提交申请书，开始日期是您豁免或离开的日期。

如果您正在申请食品补助福利及其他计划：

我们必须遵循 **SNAP** 规则来处理您的申请。这包括在时间限制内处理申请、发布适当的通知，以及为您提供有关行政权的建议。我们不得因为您的其他补助计划申请被拒而拒绝您的食品补助福利。

公民权利

根据联邦民权法和美国农业部(USDA)的公民权利法规和政策，禁止美国农业部及其机构、办事处和员工以及参与或美国农业部计划的机构在美国农业部开展或资助的任何计划或活动中以种族、肤色、原国籍、宗教、性别、性别认同（包括性别表达）、性倾向、身体残障、年龄、婚姻状况、家庭/父母状况、或任何公共援助计划的收入、政治信仰或针对民权活动前的打击或报复为由而存在歧视行为。（并非所有禁止情况将适用于所有计划。）补救措施和投诉提交期限因计划而异。

如果残障人士需要通过替代的通信手段获得计划信息（例如盲文、大字本、录音带、美国手语等），应与主管当局或美国农业部的目标中心联系，电话：(202) 720-2600（语音和 TTY），或者拨打 (800) 877-8339，通过联邦中继服务与美国农业部联系。此外，还可能提供英语之外的其他语言的计划信息。

如果您想要针对计划中存在的歧视行为提出投诉，请填写美国农业部计划歧视申请表 AD-3027（在线下载 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html），以及随时联系美国农业部办公室领取表格，或向美国农业部写信，并在信函中提供表格所需的所有信息。若要申请投诉表格的副本，请致电 (866) 632-9992。并通过以下方式向美国农业部提交填写完整的投诉表或信件：

1. 邮寄： U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
2. 传真： (202) 690-7442; 或
3. 电子邮件： program.intake@usda.gov

美国农业部是机会均等的提供者、雇主和贷款人。

移民身份及社会安全号码

您也许能为与您居住在一起的某些人士申领补助，即使与您居住在一起的其他人因其移民身份而不能获得补助。您必须向本部讲明所有相关申请人的移民身份。USCIS（以前称 INS）可审查家庭成员的移民身份。从 USCIS 获得的信息可能会影响资格评定和福利金额。我们可为某些外国人士提供健康保险福利。

根据联邦法律（联邦条例法典(CFR)第 42 条第 435.910 节、第 45 条第 205.52 节、第 7 条第 273.6 节），您必须向本部提交与您居住在一起且申请 Washington Apple Health 计划服务、贫困家庭临时补助(TANF)或食品补助者的社会安全号码(SSN)。 我们还需要与您居住在一起但未提出申请之家长及配偶的社会安全号码。我们为某些无社会安全号码的人士提供健康保险福利。

用于申请Washington Apple Health计划的公民身份证明及身份证明

美国公民必须提供公民身份证明及身份证明文件，才能获得Washington Apple Health计划服务。我们将协助您获得相关的证明文件。如果我们所要求的证明文件需要您付费才能获取，本处将出面接洽并支付所需的费用。对于您家中获得Medicare联邦医疗保险方案福利、因其残障而领取社会安全残障保险(SSDI)福利或领取社会安全收入津贴 (SSI)者，不需要提供证明文件。

偿还州政府支付的医疗和长期护理费用

根据华盛顿州房地产追缴法（RCW 41.05A.090、RCW 43.20B.080）的规定，您的房产可能需要偿还州政府在您的年纪超过 55 岁时为您支付的某些类型的医疗和长期服务与支持的费用。如果您获得仅由州政府出资的服务，则没有年龄限制。遗产追缴在您去世后进行；在您配偶去世后或者您的孩子年满 21 岁后付款到期，除非您的孩子在您去世时已失明/残疾。如果您居住在养老院并且不可能回家，政府可以对您的房地产提出死前留置权（不考虑年龄）。如果您销售或过户房产，或者您去世后，州政府会收回留置权。如果您返回家中居住，州政府会解除留置权。有关详细信息（包括遗产催付服务清单），请参阅 182-527 WAC 一章。

隐私权及您的现金与食品补助福利

2008 年通过的食品与营养修订法案允许本部收集我们在申请表格中要求提供的各项情况。提供所要求的情况纯属自愿。然而，若不提供相关信息而且无正当理由，则会导致我们拒绝批准基本食品补助福利。我们利用计算机核对程序（包括联邦收入与资格核实系统(IEVS)）来核实此类情况。

我们利用此类情况：	我们可将此类情况提交给：
<ul style="list-style-type: none"> • 决定谁有资格参加本部的计划。 • 征收食品补助金溢付款项。 • 管理本部的计划。 • 确保本部遵循法律。 	<ul style="list-style-type: none"> • 联邦与州府机构，供官方使用。 • 执法机构，藉以追捕逃避法律制裁之逃犯。 • 私人征款机构，藉以征收食品补助金溢付款项。
向社会和健康服务部提交的信息可能影响享受医疗健康机构和健康福利机构管理的健康护理服务的资格。	
食品补助计划处罚警告	
<p>我们将食品补助福利申请人的情况提交给其它联邦机构，藉以核实相关情况是否正确。若有任何不实情况，该申请人将不能获得食品补助。</p>	
<p>蓄意违反规定的任何成员将：</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 根据其他适用的联邦或州法律被起诉。 • 禁止享受 SNAP，时间为一年到永久。 • 罚款\$250,000。 • 面临最高 20 年的监禁。 • 根据法院指令，禁止享受 SNAP 的期限延长 18 个月。 	
<p>如果法院认定您有罪：</p>	
<p>从以下事务中牟利：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 销售管制物质..... • 销售枪支、弹药或爆炸物品..... • 非法交易金额达到\$500以上..... • 住处或身份欺诈..... 	<p>您可能：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 两年或永久性取消资格。 • 永久性取消资格。 • 永久性取消资格。 • 取消资格10年。

资格复审 Eligibility Review

如果您在填写此表格时需要帮助，请告诉我们。

1. 名字 中间名缩写 姓氏	申请人或其授权代表之签名（必填内容）	2. 个案当事人身份识别号码（若知道则请填写）						
3. 您家所在的街道名称及门牌号码 城市 州 邮政编码	4. 主要电话号码 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 留言							
5. 邮寄地址（若与住址不同，则需填写） 城市 州 邮政编码	6. 备用电话号码 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 留言							
8. 本人申请（请勾选所有适用方框）： <input type="checkbox"/> 现金补助 <input type="checkbox"/> 食品补助 <input type="checkbox"/> Medicare 联邦医疗保险方案节省计划 <input type="checkbox"/> 晚期病人收容所 <input type="checkbox"/> 为年老、失明或残障人士提供的健康保险 <input type="checkbox"/> 老年人定制支持服务 <input type="checkbox"/> 生活辅助寄宿机构/成人之家 <input type="checkbox"/> 居家长期照护服务 <input type="checkbox"/> 护养院 <input type="checkbox"/> 医疗保健服务/残障雇员医疗保健(HWD)计划		7. 电子邮件地址						
9. 我本人或我家中某一成员（请勾选所有适用选项）： <input type="checkbox"/> 遭受家庭暴力 <input type="checkbox"/> 患有残障 <input type="checkbox"/> 由于健康问题而无法工作 <input type="checkbox"/> 前怀孕；姓名：_____ 预产期：_____								
10. 根据您的预计，本月您的家庭收入将是多少？ \$ _____								
11. 您家的现金与存款金额是多少？ \$ _____								
12. 您家的房租或房屋贷款支出是多少？ \$ _____								
13. 您家的水电煤气与电话费用支出是多少？ <input type="checkbox"/> 暖气/冷气费用 <input type="checkbox"/> 电话费用 <input type="checkbox"/> 其它开支： _____								
14. 您家里是否有任何人是流动农工与农业季节工？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
15. 若申请食品补助，请问您家中有几人需要您为其购买食品和提供饭食？ _____								
FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Screener's Initials: _____ Date: _____								
16. <input type="checkbox"/> 我需要口译员服务。我讲：_____ 或者 <input type="checkbox"/> 手势语；请将寄给本人的信件翻译成： _____								
17. 请列出您家中的每一位成员，即使您不为其申请补助也需列明（请视需要加页填写）。								
姓名 (名, 中间名, 姓)	性别	此人与您的关系?	出生日期	若您想为此人申请福利待遇, 请勾选方框	非申请人可自愿填写此栏			
		我本人		<input type="checkbox"/>	社会安全号码	若是美国公民, 请勾选方框	种族 (请参阅以下范例)	部落名称 (适用于美国本土印第安人或阿拉斯加本土居民)
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				
18. 本人的族裔背景是西班牙裔或拉美裔： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 种族与族裔背景情况属于自愿提供的情况，不会影响您的资格评定或福利金额。此信息用于确保没有种族、肤色或国籍歧视的情况下分配计划福利。对于食品补助福利申请，如果您未提供任何情况，美国农业部(USDA)则要求我们代您回答。 种族类别示例： 白人、黑人或非洲裔美国人、亚裔、夏威夷本土居民、太平洋群岛居民、美国印第安人、阿拉斯加本土居民，或者任何其他混血族裔。								



申请人姓名	社会安全号码	个案当事人识别号码
-------	--------	-----------

I. 一般情况

- 在最近 30 天内, 本人曾经从其它州、部落或其它来源获得现金或食品补助。 是 否
- 本人为其申请福利者居住在华盛顿州境外: 是 否 该人是: _____
- 我本人或我家中某一成员为受资助的外籍人士: 是 否 该人是: _____
- 本人或我家中某位 16 岁或此年龄以上者目前就读(请勾选所有适用选项) 高中学历
 高中同等学历教育 大学 商贸学校 该人是: _____
- 我家中某一成员暂时迁出: 是 否 该人是: _____
- 本人或我家中某一成员曾在美国武装部队、国民警卫队或预备队服过兵役, 或者是曾在美国武装部队、国民警卫队或预备队服过兵役者之依亲子女或配偶: 是 否 如果是, 该人是 _____
- 本人或本人为其申请福利者在犯重罪后潜逃, 以图逃避法庭审判或被监禁。 是 否
- 本人居住在: 自己的住宅或出租公寓 合住家庭 其它: _____
 机构设施 (请列明类别): _____ 入住日期: _____
- 本人: 单身 已婚 已离婚 分居 孀居或鳏居 已登记的同居伴侣关系
- 在 1996 年 9 月 22 日以后, 本人或我家中某一成员因用食品补助福利来换取毒品而被定罪: 是 否
- 在 1996 年 9 月 22 日以后, 本人或我家中某一成员因购买或出售食品补助福利且金额超过 500 美元而被定罪: 是 否
- 在 1996 年 9 月 22 日以后, 本人或我家中某一成员因用食品补助福利来换取枪支、弹药或爆炸物而被定罪: 是 否
- 在 1996 年 9 月 22 日以后, 本人或我家中某一成员因在多个州领取食品补助福利而被定罪: 是 否
- 本人或我家中某一成员: a. 罢工中: 是 否 b. 寄居者 是 否

II. 健康保险情况 (基本食品补助福利申请者不需要提供此情况)

本人、本人的配偶或我家中某位成员:

- 准备入住或目前正在某个医疗服务设施接受服务, 或者最近离开某个医疗服务设施 (例如医院或护养院等) 是 否
- 需要帮助来支付过去三个月中任何一个月未付清的医疗账单 是 否
- 其它健康保险: 是 否 (请勾选所有适用选项) Medicare 联邦医疗保险方案 (而非 Washington Apple Health 计划)
 Tricare 长期照护服务保险 印第安人医疗保健服务
 其它健康保险: _____

III. 财产资源 (请随附凭证; 若申请儿童医疗福利或基本食品补助福利, 则不需提供此情况)

财产资源系指您拥有或正在购置的任何可出售、换购或转换成现金的一切财产, 或者由他人代管的资金。财产资源不包括家具或衣物之类的个人财产。下面举例说明财产资源的内涵:

- 现金
- 支票账户
- 储蓄账户
- 大学教育基金
- 信托基金
- 个人退休账户(IRA)/401k
- 房产、地产或建筑物
- CD
- Money Market 储蓄账户
- 债券
- 退休金
- 丧葬基金 (预付计划)
- 商业设备
- 家畜
- 人寿保险

请列明您本人、您的配偶或您为其提出申请人所拥有或正在购置的财产资源。

服务资源	拥有者	地点	价值
			\$
			\$
			\$
			\$

2. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者拥有汽车、卡车、货车、船只、露营车或其它车辆。

出厂年份 (例如 1980 年)	制造商 (例如 FORD)	型号 (例如 ESCORT)	若为租赁车辆, 请勾选 方框	若该车辆用于医疗服务目的, 请勾选方框	尚欠金额
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者于最近五年内曾出售、换购、赠送或转让财产资源 (包括信托基金、车辆、现金以及终生物权产业): 是 否 若是如此, 请写明是何财产资源: _____
出售、换购、赠送或转让的时间: _____

申请人姓名	社会安全号码	个案当事人识别号码
-------	--------	-----------

IV. 年金 (某一家庭成员之投资, 且该投资可使其在目前或将来定期获得付款收入。)

此年金的拥有者是何人?	公司或机构?	价值金额	每月收入金额	购置日期
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

如果您或您的配偶获取年金利息, 而且您接受 Washington Apple Health 计划长期照护服务福利、与安全收入津贴 (SSI) 相关的福利或绝对贫困补助计划(CN)保险服务, 则您必须指定华盛顿州作为年金之剩余财产受益人。

V. 工资收入 (请随附凭证)

1. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者的就业已经于最近 30 天内停止: 是 否
 2. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者有工资收入: 是 否 若是如此, 请填写此栏内容:

此工资收入者是何人	所得工资之总金额 (各项扣减前的金额, 以美元计算)
雇主姓名或名称以及电话号码	\$ _____ 每: <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周
开始日期	<input type="checkbox"/> 每两周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月一次
此工作是否属于自雇业? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	每周工作小时数: _____
每月自雇支出金额: \$ _____	发薪日 (例如, 每月第一日及第十五日, 或每个周五):
此工资收入者是何人	所得工资之总金额 (各项扣减前的金额, 以美元计算)
雇主姓名或名称以及电话号码	\$ _____ 每: <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周
开始日期	<input type="checkbox"/> 每两周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月一次
此工作是否属于自雇业? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	每周工作小时数: _____
每月自雇支出金额: \$ _____	发薪日 (例如, 每月第一日及第十五日, 或每个周五):

VI. 其它收入 (请随附凭证, 报告适用于所有家庭成员)

- 失业救济金
- 社会安全保险金
- 来自部落的收入
- 赌博收入
- 教育福利金 (学生贷款、补助金、勤工俭学)
- 安全收入津贴 (SSI)
- 儿童赡养费及配偶赡养费
- 铁路工人福利金
- 租金收入
- 退休金或养老金
- 退伍军人行政管理局 (VA) 或军人福利金
- 劳工与工商保险 (L&I)
- 信托基金
- 利息/股息

非薪资收入类别	此工资收入者是何人?	每月总金额
		\$
		\$
		\$

VII. 每月开支

房租	房屋抵押贷款	场所租金	屋主保险费	房地产税	其它费用
\$	\$	\$	\$	\$	\$

您的家庭除了房租或按揭以外还支付哪些公用设施费用?

- 取暖 (电/煤气) 电费 (不包括取暖) 水 家庭电话/手机 下水道 垃圾处理

其他人或机构 (例如补贴住房服务机构等) 协助我支付上述全部或部分费用: 是 否

若是如此, 请问是何人或机构: _____ 哪些开支: _____ 由其他人或机构支付的金额: \$ _____

我在过去 12 个月收到低收入家庭能源费用补助计划 (LIHEAP) 的付款。

本人、本人的配偶或我家中某位成员支付或应该支付下列费用（请勾选所有适用方框）：		
<input type="checkbox"/> 托儿服务或者依亲成人照看服务 （包括交通费用）	每月支付金额： \$	支付人：
<input type="checkbox"/> 残障人士或 60 岁以上者的医疗费用账单 （包括交通费用及健康保险费）	每月支付金额： \$	支付人：
<input type="checkbox"/> 儿童赡养费（请随附凭证）	每月支付金额： \$	支付人：
如果您不报告上列任何一项费用开支，我们将据此认为您的家庭已声明您不希望减除此项费用开支。		
VIII. 获授权代表		
获授权的代表系指经您允许与 DSHS 讨论您的福利事宜之人士。您可以指派某人为获授权的代表，但并不要求您必须这样做。		
您是否有一位获授权的代表？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
此人是否为您的法定监护人？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
此人是否有委托代理权？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果您申请健康保险福利重新续约，则可能需要填妥“授权代表声明书”表格(DSHS 14-532)。		
姓名	与您的关系	电话号码
邮寄地址	城市	州 邮政编码
选民登记		
本部依据 1993 年通过的全国选民登记法案之要求为选民提供登记服务。无论您申请或谢绝参加投票登记，都不会影响本机构为您提供服务或者福利金额。您在填写选民登记表格时若需要帮助，我们可协助您。是否寻求或接受帮助完全由您决定。在填写选民登记表格时，您的隐私权将受到保护。如果您认为有人干涉您行使或不行使选民登记权利，并干涉您依个人意愿而决定是否登记或申请登记投票的隐私权，或者干涉您依个人意愿而选择政党或其它政治倾向的权利，您可向以下机构提出投诉：Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)。		
是否要办理投票登记或更新选民登记？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果您不勾选任何核选框，我们将认为您已决定目前不办理选民登记手续。		
声明与签名		
若申请现金补助，则您家中的所有成人（或者授权代表）均须签名。 若申请食品补助或健康保险福利，则申请人（或者授权代表）须签名。		
本人明白，我必须：		
<ul style="list-style-type: none"> 提供正确的情况，并遵循情况报告要求。 提供证实本人符合资格的证明文件。 在本人领取贫困家庭临时辅助计划(TANF)补助期间，把我对儿童赡养费支付款的特定权利转让给华盛顿州府。然而，本人明白，如果征收儿童赡养费会使我本人或我的子女受到危害，我可以请DSHS停止征收儿童赡养费。 遵守食品补助计划有关就业的规定要求。 		
如果本人不遵守上述规定，我将得不到福利或者须偿还为我支付的款项。		
本人明白，如果我蓄意编造虚假陈述或者不报告明知本应报告的情况，则会受到刑事起诉。		
本人授权DSHS在必要情况下与其他人员或机构联系，以便代我获取证明本人符合资格的凭证。		
对于现金与食品补助，本人已经阅读或者已由他人向我说明本人的相关权利和责任，并收到一份个案当事人权利与责任书，DSHS 14-113。对于健康保险福利，本人已经阅读或者已由他人向我说明本人的相关权利和责任，并收到一份个案当事人权利与责任书，HCA 18-003。本人特此证实或声明，据我所知，我在此申请表格中所提供的情况（包括涉及申请福利之家庭成员的公民身份和外籍人士身份相关情况）属实且正确。若有不实之词，愿受华盛顿州法律规定的伪证罪处罚。		
申请人签名	日期	申请人姓名（请工整填写） 签名时所在的城市与州名称
其他成年申请人签名	日期	其他成人之姓名（请工整填写） 签名时所在的城市与州名称
协助填写者或代表签名	日期	代表之姓名（请工整填写） 签名时所在的城市与州名称
见证人之签名（若以“X”代签则须见证人签名）	日期	见证人之姓名（请工整填写）