

Evaluarea eligibilității Eligibility Review

Dacă aveți nevoie de ajutor în ceea ce privește citirea sau completarea acestui formular, solicitați-ne ajutorul. Păstrați această pagină pentru evidențele dvs.

Cum aplic pentru asistență sub formă de numerar sau alimente?

- Puteți **începe** procesul acum trimițând această evaluare la un birou de servicii comunitare. Aceasta trebuie să includă numele, adresa și semnătura dvs. sau semnătura reprezentantului dvs. autorizat. Acum puteți înregistra evaluarea dvs. chiar dacă aceasta conține doar aceste trei elemente.
- E posibil să obțineți mai multe beneficii sau să obțineți acestea mai rapid în cazul în care completați sau ne furnizați informațiile dvs. de evaluare și orice alte informații pe care le solicităm cât mai curând posibil.
- Puteți duce evaluarea la un birou local sau puteți să trimiteți aceasta prin fax la 1-888-338-7410. Consultați www.dshs.wa.gov pentru locații.
- Trimiteți evaluarea dvs. la una dintre următoarele:

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
- Puteți completa această evaluare online la www.washingtonconnection.org
- **Formularul pentru evaluarea eligibilității poate fi utilizat pentru a reînnoi acoperirea pentru programele Washington Apple Health listate pe acest formular. Pentru alt tip de acoperire de asigurare medicală, trebuie să aplicați la www.wahealthplanfinder.org, apelând 1-855-923-4633, sau utilizând HCA Application for Health Care Coverage (HCA 18-001).**

Cut de curând pot obține ajutor sub formă de numerar sau alimente?

- Dacă aveți nevoie de asistență alimentară imediată, completați Întrebările 1-14 și duceți acest formular la biroul local. Noi decidem dacă sunteți eligibili pentru asistență alimentară *în termen de 7 zile* în cazul în care prezentați dovada identității dvs. și îndepliniți regulile de eligibilitate.
- Noi furnizăm beneficiile din ziua în care decidem că sunteți eligibili.
- Asistența sub formă de alimente începe de obicei din ziua în care primim aplicația dvs.
- Asistența sub formă de numerar începe de obicei din ziua în care avem toate informațiile pentru a decide dacă sunteți eligibili.
- Trebuie să decidem dacă sunteți eligibili pentru Asistență alimentară în termen de 30 de zile de la data înregistrării aplicației.
- Dacă vă înregistrați aplicația dintr-o instituție, data inițială este data eliberării sau externării.

Dacă aplicați pentru Asistență alimentară și alte programe:

Trebuie să urmăm regulile SNAP pentru procesarea aplicației dvs. Acest lucru include procesarea aplicației conform limitelor de timp, emiterea notificărilor corespunzătoare și notificarea dvs. privind drepturile dvs. administrative. Nu vă putem refuza Asistența alimentară doar pentru că aplicația dvs. pentru alte programe de asistență a fost refuzată.

Drepturi civile

Conform legii federale privind drepturile civile și ale Departamentului de Agricultură din S.U.A.(USDA), reglementărilor și politicilor privind drepturile civile, USDA, agențiilor sale, birourilor și angajaților săi, instituțiilor participante sau care administrează programele USDA le este interzisă discriminarea pe motiv de rasă, culoare, origine etnică, religie, sex, caracteristici genetice (inclusiv exprimarea de gen), orientare sexuală, handicap, vârstă, statut marital, statut familial/parental, venituri provenite dintr-un program de asistență publică, opinii politice sau represaliile pentru exercitare anterioară a drepturilor civile, în orice program sau activitate efectuată sau finanțată de către USDA (nu toate reglementările se aplică pentru toate programele). Termenele de depunere a recursurilor și a plângerilor sunt diferite de la un program la altul.

Persoanele cu dizabilități, care au nevoie de mijloace suplimentare de comunicare pentru obținerea de informații privind programul (de exemplu Braille, fonturi mari, casete audio, limbajul american al semnelor etc.) trebuie să contacteze agenția responsabilă sau Centrul TARGET al USDA, la (202) 720-2600 (voce și telefon cu text) sau să contacteze USDA prin intermediul Federal Relay Service (Serviciului Federal de Comunicații) la (800) 877-8339. În plus, informații suplimentare pot fi puse la dispoziție în altă limbă decât engleza.

Pentru a completa o reclamație privind discriminarea, completați formularul USDA: Reclamație privind discriminarea, AD-3027, ce se găsește online la adresa http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html și în orice birou USDA sau scrieți o scrisoare adresată USDA și furnizați în scrisoare toate informațiile cerute în formular. Pentru a obține o copie a formularului de reclamație, telefonați la: (866) 632-9992. Trimiteți formularul completat sau scrisoarea la USDA, până la data de:

1. Trimiteți prin poștă la adresa: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
2. Fax: (202) 690-7442; sau
3. E-mail: program.intake@usda.gov

USDA este furnizor, angajator și creditor în domeniul egalității șanselor.

Statutul de imigrare și numerele de asigurare socială

E posibil să obțineți asistență pentru unele persoane cu care locuiți, chiar dacă alte persoane cu care locuiți nu pot din cauza statutului lor de imigrare. Trebuie să precizați statutul de imigrare al oricăror persoane care aplică. Statutul de imigrare al membrilor gospodăriei poate fi verificat de USCIS (cunoscut anterior ca INS). Informațiile primite de USCIS pot afecta eligibilitatea și sumele beneficiilor. Avem acoperire de asigurare medicală care se poate aplica pentru unele categorii de străini.

Conform Legii Federale SUA (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), trebuie să ne furnizați Numărul de asigurare socială (Social Security Number - SSN) pentru orice persoane cu care locuiți care aplică pentru Washington Apple Health, TANF, sau asistență alimentară. De asemenea, s-ar putea să avem nevoie de SSN-urile părinților și soților care locuiesc cu dvs. dar care nu aplică. Avem acoperire de asigurare medicală pentru unele persoane care nu au SSN-uri.

Cetățenie și identitate pentru Washington Apple Health

Cetățenii SUA trebuie să își dovedească cetățenia și identitatea pentru a primi Washington Apple Health. Vă putem ajuta să obțineți dovada. Dacă necesităm un document pentru care va trebui să plătiți, vom trimite în vedere obținerii acestuia și vom suporta costurile. Nu avem nevoie de dovezi pentru persoanele din gospodăria dvs. care beneficiază de Medicare, Asigurare de securitate socială pentru dizabilități (Social Security Disability Insurance - SSDI) pe baza dizabilității proprii sau pe baza Venitului social suplimentar (Supplemental Security Income - SSI).

Rambursarea către stat a sumelor aferente serviciilor medicale și de îngrijire pe termen lung

Conform legii Washington State Estate Recovery law (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080), e posibil ca masa dvs. succesorală să fie nevoită să ramburseze costurile suportate de Stat pentru anumite tipuri de servicii medicale și de îngrijire pe termen lung de care ați beneficiat după ce ați atins vârsta de 55 de ani. Nu există o limită de vârstă în cazul în care ați primit servicii finanțate exclusiv de state. Recuperarea din masa succesorală începe după decesul dvs.; plata este scadentă după decesul soțului/soției supraviețuitor/supraviețuitoare sau atunci când copilul/copiii dvs. ajung la vârsta de 21 de ani, cu excepția cazului în care copilul a fost orb/a avut o dizabilitate la momentul decesului dvs. Statul poate pune un sechestrul predeces asupra proprietății dvs. reale, la orice vârstă, în cazul în care locuiți într-o casă de îngrijire și este puțin probabil că vă veți întoarce la domiciliu. Statul poate colecta pe baza acestui sechestrul dacă vindeți sau transferați proprietatea, sau după decesul dvs. În cazul în care vă întoarceți la domiciliu, Statul elimină sechestrul. Pentru informații suplimentare, inclusiv o listă de servicii supuse la Recuperarea din masa succesorală, consultați Capitolul 182-527 WAC.

Confidențialitate și Asistența sub formă de numerar și alimente

Legislația Food and Nutrition Act din 2008, ne permite să colectăm informațiile pe care le solicităm pe aplicație. Furnizarea informațiilor solicitate este voluntară, cu toate acestea, nefurnizarea informațiilor fără a prezenta un motiv corespunzător poate rezulta în refuzarea beneficiilor alimentare de bază. Verificăm unele informații folosind programe software, inclusiv sistemul federal Income and Eligibility Verification System (IEVS).

Utilizăm aceste informații pentru a:	Putem transmite aceste informații către:
<ul style="list-style-type: none">Decide cine este eligibil(ă) pentru programele noastre.Colecta supraplăți pentru asistență alimentară.Gestiona programele noastre.Pentru a ne asigura că respectăm legea.	<ul style="list-style-type: none">Agenții federale și statale în scopuri oficiale.Agenții de aplicare a legii care caută persoane care încearcă să evite legea.Agenții de colectare private pentru colectarea de supraplăți privind asistența alimentară.
Informațiile transmise Departamentului de servicii sociale și de sănătate poate afecta eligibilitatea pentru acoperirea de asigurare de sănătate, administrată de Health Care Authority și de Health Benefit Exchange.	
Avertisment privind penalizarea în legătură cu asistența alimentară	
Verificăm cu alte agenții pentru a ne asigura că informațiile dvs. sunt corecte. Dacă vreuna dintre informații este incorectă, este posibil ca persoanele care au aplicat să nu primească Asistența alimentară.	
Orice membru care încalcă în mod intenționat oricare dintre reguli poate fi:	
<ul style="list-style-type: none">Supus urmării penale în baza oricăror legi federale și statale aplicabile.Interzis din programul SNAP pentru o perioadă de un an și până la o perioadă nelimitată.Amendat cu până la 250.000\$.Încarcerat timp de până la 20 de ani.Interzis din programul SNAP pentru 18 luni suplimentare, în caz de hotărâre a unei instanțe.	
În cazul în care o instanță a decis că sunteți vinovați de:	
Primire de beneficii în cadrul unei tranzacții care implică:	Puteți fi:
<ul style="list-style-type: none">Vânzarea unei substanțe controlate.....Vânzarea de arme de foc, muniție sau explozivi.....Traficarea de beneficii cu o valoare combinată mai mare de 500\$Fraudă de rezidență sau identitate	<ul style="list-style-type: none">Descalificați pentru o perioadă de doi ani și până la o perioadă nelimitată.Descalificați permanent.Descalificați permanent.Descalificați timp de 10 ani.

Evaluarea eligibilității

Eligibility Review

Solicitați-ne ajutorul în cazul în care aveți nevoie de ajutor la completarea acestui formular.

1. PRENUME INIȚIALA CELUI DE-AL DOILEA PRENUME NUME	SEMNĂTURA APLICANTULUI SAU A REPREZENTANTULUI AUTORIZAT (OBLIGATORIE)	2. COD CLIENT (DACĂ SE CUNOAȘTE)
3. ADRESA STRADALĂ UNDE LOCUIȚI	ORAȘ STAT COD POȘTAL	4. NUMĂR DE TELEFON PRINCIPAL <input type="checkbox"/> MOBIL <input type="checkbox"/> DOMICILIU <input type="checkbox"/> MESAJ
5. ADRESĂ POȘTALĂ (DACĂ DIFERĂ)	ORAȘ STAT COD POȘTAL	6. NUMĂR/NUMERE DE TELEFON SECUNDAR(E) <input type="checkbox"/> MOBIL <input type="checkbox"/> DOMICILIU <input type="checkbox"/> MESAJ

8. Aplic pentru (bifați toate cele care se aplică):

- Numerar Locuire asistată / Adult în locuința familiei
 Alimente Servicii de îngrijire pe termen lung la domiciliu
 Programul de economii Medicare Casă de îngrijire (Nursing Home)
 Ospiciu Îngrijire medicală/muncitori cu dizabilități (Healthcare / Workers with Disabilities)
 Acoperire de asigurare medicală pentru persoane în vârstă, oarbe sau cu dizabilități
 Asistență personalizată pentru adulți în vârstă

9. Eu sau cineva din gospodăria mea (bifați toate cele care se aplică): Sunt(em) într-o situație de violență domestică

Am/are o dizabilitate Nu pot/nu poate munci din cauza problemelor de sănătate

Sunt/este însărcinată; nume: _____ data preconizată pentru naștere: _____

10. Câți bani estimați că va obține gospodăria dvs. în această lună? \$ _____

11. Câți bani sunt sub formă de numerar și în conturile bancare ale gospodăriei dvs.? \$ _____

12. Cât plătește gospodăria dvs. pentru chirie sau ipotecă? \$ _____

13. Ce utilități plătește gospodăria dvs.? Încălzire/răcire Telefon Altele: _____

14. Există persoane din gospodăria dvs. care sunt muncitori agricoli sezonieri sau migranți? Da Nu

15. În cazul în care aplicați pentru asistență alimentară, pentru câte persoane din gospodăria dvs. cumpărați și preparați mâncare? _____

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

16. Am nevoie de un interpret. Vorbesc: _____ sau limbajul semnelor; traduceți scrisorile mele în: _____

17. Menționați toate persoanele din familie, chiar dacă nu aplicați pentru acestea (atașați foi suplimentare, dacă este necesar).

NUME (PRENUME, INIȚIALĂ PRENUME SECUNDAR, NUME)	SEX	CUM ESTE ÎNRUDITĂ CU DVS. ACEASTĂ PERSOANĂ?	DATA NAȘTERII	BIFAȚI DACĂ DORIȚI BENEFICII PENTRU ACEASTĂ PERSOANĂ	OPȚIONAL PENTRU NEAPLICANȚI			NUME TRIB (pentru indienii americani, indigeni din Alaska)
					NUMĂR DE ASIGURARE SOCIALĂ	SELECȚA ȚI DACĂ ESTE CETĂȚEA N SUA	RASĂ (CONSULTAȚI EXEMPLELE DE MAI JOS)	
		Eu însumi/însămi		<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"/>		

18. Originea mea etnică este hispanică sau latino: Da Nu

Informațiile de fundal privind rasa și etnia sunt voluntare și nu vor afecta eligibilitatea sau sumele aferente beneficiilor. Aceste informații sunt utilizate pentru a asigura faptul că beneficiile programelor sunt distribuite fără a se ține cont de rasă, culoare sau origine națională. Pentru Asistență alimentară, USDA ne solicită să răspundem în numele dvs. în cazul în care nu se furnizează informații. **Exemple de rase:** Alb, negru sau afro-american, asiatic, indigen hawaiian, locuitor din insulele din Pacific, indian american, indigen din Alaska sau orice combinație de rase.

DSHS 14-078 RO (REV. 01/2018) Romanian



NUMELE SOLICITANTULUI	NUMĂR DE ASIGURARE SOCIALĂ	NUMĂR DE IDENTIFICARE CLIENT
-----------------------	----------------------------	------------------------------

I. Informații generale

- În ultimele 30 de zile, eu am primit numerar sau alimente de la alt stat, trib sau de la o altă sursă. Da Nu
- O persoană pentru care aplic locuiește în afara Statului Washington: Da Nu Cine: _____
- Eu sau o persoană din gospodăria mea este o persoană stăină sponsorizată: Da Nu Cine: _____
- Eu sau cineva din gospodăria mea, cu vârsta de 16 ani sau mai mare este la (bifați toate cele care se aplică): Liceu un program de echivalare a liceului Facultate Școală profesională Cine: _____
- Cineva este temporar în afara gospodăriei mele: Da Nu Cine: _____
- Eu sau cineva din locuința mea a servit în Forțele armate SUA, Garda Națională, sau Rezerve sau a fost o persoană dependentă sau soțul/soția unei persoane care a servit: Da Nu Dacă da, cine: _____
- Eu sau o persoană pentru care aplic fug/fuge de lege pentru a evita trimiterea în instanță sau închisoarea pentru un delict (felony crime): Da Nu
- Eu locuiesc în: Propria mea casă sau propriul apartament Locuință de grup Altele: _____
 Unitate (precizați tipul): _____ Data intrării: _____
- Sunt: Celbatar(ă) Căsătorit(ă) Divorțat(ă) Despărțit(ă) Văduv(ă)
 Într-un parteneriat casnic înregistrat
- Eu sau cineva din locuința mea a fost condamnat pentru tranzacționarea Asistenței alimentare în schimbul unor droguri după 22 septembrie 1996: Da Nu
- Eu sau cineva din locuința mea a fost condamnat pentru comercializarea sau cumpărarea Asistenței alimentare în valoare de peste 500\$ după 22 septembrie 1996: Da Nu
- Eu sau cineva din locuința mea a fost condamnat pentru tranzacționarea Asistenței alimentare în schimbul unor droguri, muniție, sau explozivi, după 22 septembrie 1996: Da Nu
- Eu sau cineva din locuința mea a fost condamnat pentru obținerea Asistenței alimentare în mai mult de un Stat după 22 septembrie 1996: Da Nu
- Eu sau o persoană din locuința mea este: a. În cursul unei greve: Da Nu b. Un chiriaș: Da Nu

II. Informații cu privire la asigurarea de sănătate (Nu sunt necesare pentru Alimente de bază)

Eu, soțul/soția sau o persoană din gospodăria mea:

- Planifică să intre în, este în, sau a părăsit recent o unitate medicală (precum un spital sau o casă de îngrijire) Da Nu
- Are nevoie de ajutor cu facturile medicale neplătite, pentru oricare dintre ultimele trei luni..... Da Nu
- Are asigurare de sănătate: Da Nu (selectați toate care se aplică): Medicare (nu Washington Apple Health) Tricare Asigurare pentru îngrijire pe termen lung (Long-Term Care Insurance) Indian Health Services Altă asigurare medicală:

III. Resurse (atașați dovezi; nu este necesar pentru HWD, sau Alimente de bază)

O resursă este orice lucru pe care îl dețineți sau îl cumpărați și care poate fi vândut, comercializat sau convertit în numerar sau bani deținuti de alte persoane. O resursă nu include proprietatea personală cum ar fi mobilă, haine. Exemple de resurse sunt:

- Bani în numerar
- Conturi de checking
- Conturi de economii
- Fonduri pentru facultate
- Fonduri fiduciare
- IRA / 401k
- Locuințe, teren sau clădiri
- CD-uri
- Conturi pe piața monetară
- Obligațiuni
- Fond de pensie
- Fonduri de înmormântare, planuri plătite în prealabil
- Echipamente comerciale
- Efective de animale
- Asigurare de viață

Enumerați resursele pe care dvs. soțul/soția sau orice persoană pentru care aplicați le dețineți sau le cumpărați:

RESURSA	CINE O DEȚINE	LOCAȚIE	VALOARE
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

- Eu, soțul/soția sau o persoană pentru care aplic are mașini, camionete, furgonete, bărci, RV, remorci sau alte vehicule cu motor:

ANUL (DE EX. 1980)	MARCA (DE EX. FORD)	MODEL (DE EX. ESCORT)	SELECTAȚI DACĂ ESTE ÎN LEASING	SELECTAȚI DACĂ VEHICULUL ESTE UTILIZAT ÎN SCOPURI MEDICALE	SUMĂ DATORATĂ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

- Eu, soțul/soția sau cineva pentru care aplic am vândut, tranzacționat, înstrăinat sau transferat o resursă în ultimii cinci ani (inclusiv fonduri fiduciare, vehicule, bani în numerar sau proprietăți imobiliare): Da Nu Dacă da, ce: _____ când: _____

NUMELE SOLICITANTULUI	NUMĂR DE ASIGURARE SOCIALĂ	NUMĂR DE IDENTIFICARE CLIENT
-----------------------	----------------------------	------------------------------

IV. Anuități (Investiții realizate de orice membru al gospodăriei pentru a primi plăți periodice acum sau în viitor.)

CINE DEȚINE ANUITATEA?	COMPANIA SAU INSTITUȚIA?	SUMĂ SAU VALOARE	VENIT LUNAR	DATA ACHIZIȚIEI
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Dacă dvs. sau soțul/soția dvs. participați într-o anuitate și acceptați acoperire Washington Apple Health Long Term Care, acoperire aferentă SSI sau CN, trebuie să numiți Statul Washington ca fiind un beneficiar restant al anuității.

V. Venit câștigat (dovadă atașată)

1. Eu, soția mea, sau cineva pentru care aplic a avut un loc de muncă care a încetat în ultimele 30 de zile: Da Nu
2. Eu, soțul/soția sau o persoană pentru care aplic am/are un venit din activitate profesională: Da Nu Dacă răspunsul este da, completați această secțiune:

CINE CĂȘTIGĂ ACEST VENIT	SUMĂ BRUTĂ PRIMITĂ (SUMĂ ÎN DOLARI ÎNAINTE DE DEDUCERI)
NUMELE ANGAJATORULUI ȘI NUMĂRUL DE TELEFON	\$ _____ în fiecare: <input type="checkbox"/> Oră <input type="checkbox"/> Săptămână
DATA DE ÎNCEPUT	<input type="checkbox"/> Două săptămâni <input type="checkbox"/> De două ori pe lună <input type="checkbox"/> Lună
Acest loc de muncă este de tipul persoană fizică autorizată? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Ore pe săptămână: _____
Sumă cheltuieli lunare persoană fizică autorizată: \$ _____	Date de plată (de ex. 1 și 15 sau în fiecare vineri):

CINE CĂȘTIGĂ ACEST VENIT	SUMĂ BRUTĂ PRIMITĂ (SUMĂ ÎN DOLARI ÎNAINTE DE DEDUCERI)
NUMELE ANGAJATORULUI ȘI NUMĂRUL DE TELEFON	\$ _____ în fiecare: <input type="checkbox"/> Oră <input type="checkbox"/> Săptămână
DATA DE ÎNCEPUT	<input type="checkbox"/> Două săptămâni <input type="checkbox"/> De două ori pe lună <input type="checkbox"/> Lună
Acest loc de muncă este de tipul persoană fizică autorizată? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Ore pe săptămână: _____
Sumă cheltuieli lunare persoană fizică autorizată: \$ _____	Date de plată (de ex. 1 și 15 sau în fiecare vineri):

III. Alte venituri (atașați dovada, raportați pentru toți membrii gospodăriei)

- Beneficii de șomaj
- Venit de asigurare socială suplimentar (SSI)
- Pensie sau fonduri de pensie
- Venitul din asigurare socială (Social Security)
- Pensie alimentară pentru copii sau întreținerea soțului/soției
- Administrația Veteranilor (VA) sau beneficii militare
- Venit tribal
- Beneficii de la căile ferate
- Labor and Industries (L&I)
- Venituri din jocuri de noroc
- Venit din chirii
- Fonduri fiduciare
- Beneficii pentru educație (împrumuturi pentru studenți, sume nerambursabile, plăți work-study)
- Dobânzi/dividende

TIP DE VENIT NECĂȘTIGAT	CINE PRIMEȘTE VENITUL	SUMA LUNARĂ BRUTĂ
		\$
		\$
		\$
		\$

VII. Cheltuieli lunare

CHIRIE	IPOTECĂ	CHIRIE PENTRU SPAȚII	ASIGURARE PROPRIETAR LOCUINȚĂ	TAXE PE PROPRIETATE	ALTE ONORARII
\$	\$	\$	\$	\$	\$

Ce utilități plătește gospodăria dvs. în mod separat față de chirie și ipotecă?

- Căldură (electrică/gaz) Electricitate (nu căldură) Apă Telefon fix/Telefon mobil Canalizare Guno

O altă persoană sau agenție, de tipul locuințelor sociale, mă ajută să plătesc integral sau o parte din aceste cheltuieli:

Da Nu Dacă da, cine: _____ Ce cheltuială: _____ Suma plătită: \$ _____

Am primit o plată Low Income Home Energy Assistance Act (LIHEAA) în ultimele 12 luni.

Eu, soțul/soția sau o persoană din gospodăria mea trebuie să plătim (bifați toate cele care se aplică):			
<input type="checkbox"/> Îngrijirea unui copil sau a unui adult în întreținere (inclusiv costuri de transport)	Suma lunară: \$	Cine plătește:	
<input type="checkbox"/> Facturi medicale pentru persoane cu dizabilități sau cu vârsta de peste 60 de ani (inclusiv costuri de transport și prime de asigurare de sănătate)	Suma lunară: \$	Cine plătește:	
<input type="checkbox"/> Pensie alimentară (atașați dovada)	Suma lunară: \$	Cine plătește:	
Dacă nu raportați niciuna dintre cheltuielile menționate mai sus, vom considera aceasta a fost o declarație din partea gospodăriei dvs. privind faptul că nu doriți să primiți o deducere pentru această cheltuială.			
VIII. Reprezentant autorizat			
Un Reprezentant autorizat este o persoană cu care dvs. lăsați DSHS să comunice în legătură cu beneficiile dvs. Puteți numi o persoană, dar nu sunteți obligați să faceți acest lucru.			
Aveți un Reprezentant autorizat?		<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
Această persoană este tutorele dvs. legal?		<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
Această persoană deține o împuternicire?		<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
E posibil să fie necesar să completați formularul pentru Reprezentant autorizat (DSHS 14-532) în cazul în care vă reînnoiți acoperirea de asigurare de sănătate.			
NUME	RELAȚIE	NUMĂR DE TELEFON	
ADRESĂ POȘTALĂ	CITY	STATUL	CODUL POȘTAL
Înregistrarea alegătorilor			
Departamentul oferă servicii de înregistrare a alegătorilor conform cerințelor legii naționale de înregistrare a alegătorilor din 1993. Depunerea unei cereri de înregistrare sau refuzul înregistrării nu va afecta serviciile sau nivelul beneficiilor pe care le puteți primi din partea acestei agenții. Dacă doriți ajutor la completarea formularului de înregistrare a alegătorilor, vă vom oferi ajutor. Decizia de a solicita sau accepta ajutor vă aparține. Puteți completa formularul de înregistrare a alegătorilor în privat. Dacă credeți că cineva a influențat dreptul dumneavoastră de a vă înregistra sau de a refuza înregistrarea în vederea votului, dreptul dumneavoastră la confidențialitate în privința deciziei dacă vă înregistrați sau depuneți cerere pentru a vă înregistra pentru alegeri sau dreptul dumneavoastră de a alege propriul partid politic sau o altă preferință politică, puteți depune o reclamație la: Washington State Elections Office, PO Box 40229, Olympia WA 98504-0229 (1-800-448-4881). Doriți să vă înregistrați pentru a vota sau să vă actualizați înregistrarea ca alegător? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Dacă nu bifați niciuna dintre cele două casete, se va considera că ați decis în prezent să nu vă înregistrați ca alegător.			
Declarație și semnături			
Pentru numerar, toți adulții (sau reprezentanții autorizați) din gospodărie trebuie să semneze.			
Pentru asistență alimentară sau acoperire de asigurare de sănătate, solicitantul (sau persoana autorizată) trebuie să semneze.			
Înțeleg că trebuie să:			
<ul style="list-style-type: none"> Furnizez informații corecte și să urmez cerințele de raportare. Furnizez dovada faptului că sunt eligibil(ă). Aloc anumite drepturi pentru pensie alimentară către Statul Washington atunci când primesc Asistență temporară pentru familii în dificultate (Temporary Assistance for Needy Families - TANF). Cu toate acestea, pot solicita ca DSHS să nu solicite plăți de pensie alimentară dacă acest lucru ar pune în pericol pe mine sau pe copiii mei. Cooperez cu cerințele de lucru pentru asistență alimentară. 			
Dacă nu fac aceste lucruri, e posibil să mi se refuze beneficii sau să fiu nevoit(ă) să rambursez acestea.			
Înțeleg faptul că pot fi urmărit(ă) penal în cazul în care fac în mod intenționat declarații false sau nu raportez ceva ce ar trebui să raportez.			
Autorizez DSHS să contacteze alte persoane sau agenții atunci când este necesar pentru a mă ajuta să obțin dovada eligibilității mele.			
Pentru numerar și alimente, am citit sau mi s-au explicat drepturile și responsabilitățile mele și am primit o copie a Drepturilor și responsabilităților clientului, DSHS 14-113. Pentru acoperire de asigurare medicală, am citit sau mi s-au explicat drepturile și responsabilitățile mele și am primit o copie a Drepturilor și responsabilităților clientului, HCA 18-003, Declar, având cunoștință de pedepsele prevăzute de lege pentru sperjur în conformitate cu legile Statului Washington, că informațiile pe care le-am furnizat în această aplicație, inclusiv informațiile privind cetățenia și statutul de străin al membrilor care aplică pentru beneficii sunt adevărate și corecte.			
SEMNĂTURA SOLICITANTULUI	DATA	NUMELE SOLICITANTULUI ÎN CLAR	ORAȘUL ȘI STATUL ÎN CARE S-A SEMNAT
SEMNĂTURA ALTUI SOLICITANT ADULT	DATA	NUMELE SOLICITANTULUI SAU NUMELE CELUIALT ADULT ÎN CLAR	ORAȘUL ȘI STATUL ÎN CARE S-A SEMNAT
SEMNĂTURA ASISTENTULUI SAU REPREZENTANTULUI	DATA	NUMELE ÎN CLAR AL REPREZENTANTULUI	ORAȘUL ȘI STATUL ÎN CARE S-A SEMNAT
SEMNĂTURA MARTORULUI ÎN CAZUL ÎN CARE SE SEMNEAZĂ CU UN „X”	DATA	NUMELE ÎN CLAR AL MARTORULUI	