

Pagsusuri ng Pagiging Karapat-dapat Eligibility Review

Kung kailangan mo ng tulong sa pagbabasa o pagkumpleto ng form na ito, mangyaring hilingin ang aming tulong.

Itago ang pahinang ito para sa iyong mga tala.

Paano ako mag-aplay para sa cash o tulong na pagkain?

- Maari mong **simulan** ang proseso ngayon sa pamamagitan ng pagsumite sa pagsusuri na ito sa isang tanggapan ng mga serbisyo sa komunidad. Kailangang kasama ang iyong pangalan, address, at lagda o ang lagda ng iyong awtorisadong kinatawan. Maari mong i-file ang iyong pagsusuri ngayon kahit na ang tatlong aytem na ito lamang ang nilalaman.
- Maari kang kumuha ng higit na mga benepisyo o kunin ang mga ito sa lalong madaling panahon kung kumpletuhin mo at ibigay sa amin ang iyong pagsusuri at anumang impormasyon na aming hinihiling hangga't makakaya mo.
- Maari mong dalhin ang iyong pagsusuri sa isang lokal na tanggapan o i-fax sa 1-888-338-7410. Tingnan ang www.dshs.wa.gov para sa mga lokasyon.
- Ipadala ang iyong pagsusuri sa isa sa mga sumusunod:

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
- Maari mong punan ang pagsusuri na ito online sa www.washingtonconnection.org
- **Magagamit lamang ang Pagsusuri sa Pagiging Karapat-dapat na ito upang baguhin ang saklaw para sa mga programa ng Washington Apple Health na nakatala sa form na ito. Para sa ibang saklaw ng pangangalaga sa kalusugan maari kang mag-aplay alinman sa online sa www.wahealthplanfinder.org, sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-923-4633, o sa pamamagitan ng paggamit sa Aplikasyon ng HCA para sa Saklaw ng Pangangalaga sa Kalusugan (HCA 18-001).**

Gaano kabilis ang aking pagtanggap ng tulong na pagkain at cash?

- Kung agaran mong kailangan ng tulong sa pagkain, punan ang mga Tanong na 1 hanggang 14 at dalhin ang form na ito sa iyong lokal na tanggapan. Magpapasya kami kung karapat-dapat ka para sa tulong na pagkain sa loob ng 7 araw kung magpapakita ka ng patunay ng iyong pagkakakilanlan at tugunan ang mga patakaran ng pagiging karapat-dapat.
- Ibibigay namin ang mga benepisyo sa susunod na araw pagkatapos naming pagpasyahan na ikaw ay karapat-dapat.
- Karaniwang nagsisimula ang tulong na pagkain sa araw na matanggap namin ang iyong aplikasyon.
- Nagsisimula ang cash na tulong sa araw na mapasakamay namin ang lahat ng impormasyon upang magpasya na karapat-dapat ka.
- Dapat naming pagpasyahan kung ikaw ay karapat-dapat para sa Tulong na Pagkain sa loob ng 30 araw ng iyong pagsumite ng iyong aplikasyon.
- Kung isinusumite mo ang iyong aplikasyon mula sa isang institusyon, ang petsa ng iyong pagpapalabas o pagbibigay ang petsa ng pagsisimula.

Kung nag-aaplay ka para sa Tulong na Pagkain at ibang mga programa:

Dapat naming sundan ang mga patakarang SNAP para sa pagproseso ng iyong aplikasyon. Kabilang dito ang pagproseso ng aplikasyon sa loob ng mga takda ng oras, pagbibigay ng tamang mga abiso, at pinapayuhan ka sa iyong mga karapatang administratibo. Hindi namin matatanggihan ang iyong Tulong na Pagkain dahil lamang tinanggihan ang iyong aplikasyon para sa ibang tulong.

Mga Karapatang Sibil

Alinsunod sa batas ng Pederal na karapatang sibil at mga tuntunin at patakaran sa mga karapatang sibil ng U.S. Department of Agriculture (USDA), ang mga Ahensiya nito, tanggapan, at empleyado, at mga institusyon na nakikilahok sa o nangangasiwa sa mga programa ng USDA ay pinagbabawalan mula sa pagtatangi batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, relihiyon, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian (kabilang ang pagpapahayag ng kasarian), sekswal na oryentasyon, kapansanan, edad, katayuan sa pag-aasawa, katayuan sa pamilya / bilang magulang, kita na nakuha mula sa pampublikong tulong na programa, mga paniniwala sa pulitika, o paghihiganti para sa naunang aktibidad ng karapatang sibil, sa anumang programa o aktibidad na isinagawa o pinondohan ng USDA (hindi nalalapat sa lahat ng mga programa ang lahat ng mga batayan). Iba-iba ayon sa programa ang mga takda ng mga remedyo at pagpa-file ng reklamo.

Ang mga taong may kapansanan na nangangailangan ng alternatibong paraan ng komunikasyon para sa impormasyon ng programa (hal. Braille, malalaking pag-print, audiotape, American Sign Language, atbp.) ay dapat makipag-ugnayan sa responsableng Ahensiya o TARGET Center ng USDA sa (202) 720-2600 (boses at TTY) o kontakin ang USDA sa pamamagitan ng Federal Relay Service sa (800) 877-8339. Bukod pa rito, maaaring magamit sa mga wikang maliban sa Ingles ang impormasyon ng programa.

Upang mag-file ng reklamo sa diskriminasyon sa programa, kumpletuhin ang Form ng Reklamo sa Diskriminasyon ng Programa ng USDA, AD-3027, matatagpuan online sa http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html at sa anumang tanggapan ng USDA o magpadala ng sulat na naka-address sa USDA at isaad sa sulat ang lahat ng impormasyon na hinihiling sa form. Upang humiling ng isang kopya ng form ng reklamo, tumawag sa (866) 632-9992. Isumite ang iyong nakumpletong form o sulat sa USDA sa pamamagitan ng:

1. Sulat: 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; o
3. Email: program.intake@usda.gov

Ang USDA ay isang pantay na pagkakataon na tagapagkaloob, tagapag-empleyo, at tagapagpahiram.

Katayuan sa Imigrasyon at mga Numero ng Social Security

Maari kang makakuha ng tulong para sa iyong ilang kasambahay kahit hindi sa iba dahil sa kanilang katayuan sa imigrasyon. Dapat mong sabihin sa amin ang katayuan sa imigrasyon ng sinumang naga-aplay. Maaring patunayan ng USCIS (dating kilala bilang INS) ang katayuan sa imigrasyon ng mga miyembro ng sambahayan. Maaring makaapekto sa pagiging karapat-dapat at halaga ng benepisyo ang natanggap na impormasyon mula sa USCIS. Mayroon kaming mga saklaw sa pangangalaga ng kalusugan na maaring sumaklaw sa ilang mga dayuhan.

Sa Ilaim ng Pederal na Batas (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), dapat mong ibigay sa amin ang Numero ng Social Security (SSN) para sa sinumang kasama mo sa bahay para sa Washington Apple Health. TANF, o tulong na pagkain. Maari din naming kailangan ang mga SSN ng mga magulang at asawa ng mga kasama mo sa bahay na hindi nag-aplay. Mayroon kaming saklaw sa pangangalaga ng kalusugan para sa ilang tao na walang mga SSN.

Pagkamamamayan at Pagkakakilanlan para sa Washington Apple Health

Dapat patunayan ng mga mamamayan ng U.S. ang kanilang pagkamamamayan at pagkakakilanlan upang makatanggap ng Washington Apple Health. Matutulungan ka naming kunin ang patunay. Kung kailangan namin ang isang dokumento na dapat mong bayaran, ipapadala namin at babayaran. Hindi namin kailangan ang patunay para sa sinuman sa iyong sambahayan na tumatanggap ng Medicare, Seguro sa Kapansanan ng Social Security (SSDI) batay sa sarili nilang kapansanan o Supplemental Security Income (SSI).

Pagbabayad sa Estado para sa Medikal at Pangmatagalang Pangangalaga

Sa ilalim ng batas ng Washington State Estate Recovery (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080), maaring kailangan ng iyong estado na bayaran ang gastos ng Estado para sa tiyak na mga uri ng medikal at mga serbisyong pangmatagalan at suporta na tinanggap mo matapos kang magka-edad ng 55. Walang limit sa edad kung tumatanggap ka ng mga serbisyong pinundohan ng estado-lamang. Magsisimula ang Pagbawi ng Estado matapos ang iyong pagkamatay; nakatakda ang pagbabayad matapos ang pagkamatay ng iyong inulilang asawa, o kapag nagka-edad ng 21 ang iyong (mga) anak, maliban kung bulag/may kapansanan ang anak sa panahon ng iyong pagkamatay. Maaring mag-file ang Estado ng pre-death na prenda sa iyong ari-arian, sa anumang edad, kung nakatira ka sa isang bahay ng pag-aalaga at malamang na hindi ka na makabalik sa iyong tahanan. Maaring kumuha ang Estado sa prenda na ito kapag ibenta o ilipat mo ang ari-arian, o pagkatapos ng iyong pagkamatay. Aalisin ng Estado ang prenda kapag bumalik ka sa iyong tahanan. Para sa karagdagang impormasyon, kabilang ang listahan ng mga serbisyo sa ilalim ng Pagbawi ng Estado, tingnan ang Chapter 182-527 WAC.

Pagkapribado at ang Iyong Tulong na Cash at Pagkain

Ang Food and Nutrition Act ng 2008, kokolektahin namin ang impormasyon na aming hiniling sa aplikasyon. Boluntaryo ang pagbibigay sa hiniling na impormasyon, samakatuwid, maaring magresulta sa pagtangi ng mga benepisyo na Pangunahing Pagkain ang pagkabisigong magbigay ng impormasyon na walang magandang dahilan. Patunayan namin ang ilang impormasyon sa mga programa ng paghahambing sa kompyuter (computer matching programs), kabilang ang pederal na Sistema sa Pagpapatunay ng Kita at Pagiging Karapat-dapat (Income and Eligibility Verification System, IEVS).

Gagamitin namin ang impormasyon na ito kay:	Maari naming ibigay ang impormasyon na ito kay:
<ul style="list-style-type: none"> • Pagpasyahan kung sino ang karapat-dapat sa aming mga programa. • Magkolekta ng mga sobrang bayad ng tulong na pagkain. • Pamahalaan ang aming mga programa. • Siguraduhin na sumusunod kami sa batas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mga ahensiyang pederal at estado para sa opisyal na paggamit. • Mga ahensiya ng Pagpapatupad sa Batas na humahabol sa mga tao na tumatakas para iwasan ang batas. • Mga pribado na ahensiya sa pagkokolekta na maniningil sa mga sobrang bayad ng tulong na pagkain.

Maaaring makaapekto sa pagiging karapat-dapat para sa saklaw na pangangalaga ng kalusugan na pinamamahalaan sa pamamagitan ng Health Care Authority at ang Health Benefit Exchange ang impormasyong iniulat sa Department of Social and Health Services.

Babala sa Multa ng Tulong na Pagkain

Ite-tsek namin sa ibang mga ahensiya na tama ang iyong impormasyon. Kung hindi tama ang anumang impormasyon, maaaring hindi makakuha ng Tulong na Pagkain ang mga taong nag-aplay.

Ang sinumang miyembro na tahasang sumalungat sa anumang mga alituntunin ay maaring:

- Madamanda sa ilalim ng ibang nalalapat na mga batas Pederal at Estado.
- Pagbawalan mula sa SNAP ng isang taon hanggang sa permanente.
- Mamulta hanggang \$250,000.
- Mabilanggo hanggang 20 taon.
- Pagbawalan mula sa SNAP ng karagdagang 18 buwan kung iutos ng hukuman.

Kapag napatunayan ng hukuman na nagkasala ka sa:

Pagtanggap ng mga benepisyo sa transaksyong kinasasangkutan ng: Maari kang:

- Ang pagbebenta ng kontroladong substansya..... Madiskualipika mula sa dalawang taon hanggang permanente.
- Ang pagbebenta ng mga baril, bala o eksplosibo..... Permanenteng diskualipikado.
- Pangangalakal ng mga benepisyo ng higit sa \$500 pinagsama..... Permanenteng diskualipikado.
- Pandaraya sa panirahan o pagkakakilanlan Diskualipikado ng 10 taon.

Pagsusuri ng Pagiging Karapat-dapat Eligibility Review

Hilingin sa amin kung kailangan mo ng tulong sa pagpuno ng form na ito.

1. PANGALAN PANGGITNANG INISYAL APILYEDO	LAGDA NG APLIKANTE O AWTORISADONG KINATAWAN (KAILANGAN)	2. NUMERO NG ID NG KLIYENTE (KUNG NALALAMAN)
3. ADDRESS NG KALYE	LUNGSOD	ESTADO ZIP CODE
4. PANGUNAHING NUMERO NG TELEPONO	<input type="checkbox"/> CELL <input type="checkbox"/> TAHANAN <input type="checkbox"/> MENSAHE	
5. ADDRESS SA KOREO (KUNG IBA)	LUNGSOD	ESTADO ZIP CODE
6. PANGALAWANG NUMERO NG (MGA) TELEPONO		<input type="checkbox"/> SELPON <input type="checkbox"/> TAHANAN <input type="checkbox"/> MENSAHE
8. Nag-aaplay ako para sa (lagyan ng tsek ang lahat ng nalalapat):		7. EMAIL ADDRESS
<input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Tinutulungang Pamumuhay / Tahanan ng Matandang Pamilya <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Mga Serbisyo ng Pangmatagalang Pangangalaga sa Tahanan <input type="checkbox"/> Programa ng Medicare <input type="checkbox"/> Tahanan ng pangangalaga <input type="checkbox"/> Hospisyo <input type="checkbox"/> Pangangalagang Pangkalusugan / Mga may Kapansananang Manggagawa (HWD) <input type="checkbox"/> Saklaw ng Pangangalaga sa kalusugan ng matanda, bulag, o may kapansanan <input type="checkbox"/> Mga Serbisyo ng Pasadyang Suporta para sa mas Matatanda (Tailored Supports for Older Adults Services)		
9. Ako o sinuman sa akig sambahayan (lagyan ng tsek lahat ng nalalapat): <input type="checkbox"/> Nasa sitwasyon ng karahasan sa tahanan <input type="checkbox"/> May kapansanan <input type="checkbox"/> Hindi makapagtrabho dahil sa mga problema sa kalusugan <input type="checkbox"/> Buntis; pangalan: _____petsa ng panganganak: _____		
10. Magkano ang pera na inaasahan mong makukuha ng iyong pamilya sa buwan na ito? \$ _____		
11. Magkano ang pera na cash at nasa bank accounts ng iyong sambahayan? \$ _____		
12. Magkano ang binabayaran ng iyong sambahayan sa renta o sangla? \$ _____		
13. Anu-ano ang mga yutilidad na binabayaran ng iyong sambahayan? <input type="checkbox"/> Pagpapainit/Pagpapalamig <input type="checkbox"/> Telepono <input type="checkbox"/> Iba: _____		
14. Mayroon bang panapanahon o dayuhang magsasaka sa iyong sambahayan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
15. Kung naga-aplay para sa tulong na pagkain, ilang mga tao sa iyong sambahayan ang iyong binibilhan at hinahainan ng pagkain? _____		

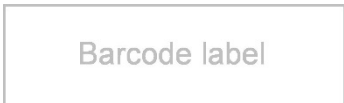
FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

16. Kailangan ko ng tagapagsalin. Nagsasalita ako ng: _____ o lagdaan; isalin ang mga sulat sa: _____

17. Ilista ang lahat sa iyong sambahayan kahit na hindi ka naga-aplay para sa kanila (maglakip ng karagdang pahina, kung kinakailangan).

PANGALAN (PANGALAN, GITNA, APILYEDO)	KASARIAN	PAANO NAUUGNAY ANG TAO NA ITO SA IYO	PETA SA NG KAPANGAN AKAN	LAGYAN NG TSEK KUNG GUSTO MO NG MGA BENEPISYO PARA SA TAO NA ITO	OPSYONAL PARA SA MGA HINDI APLIKANTE			
					NUMERO NG SOCIAL SECURITY	LAGYAN NG TSEK KUNG MAMAMA YANG U.S.	LAHI (TINGNAN ANG MGA SAMPOL SA IBABA)	PANGALAN NG TRIBO (Para sa mga Amerikanong Indiyano, Mga Katutubong Alaska)
		Sarili ko		<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. Ang aking etnikong kasaysayan ay Hispanic o Latino: Oo Hindi
 Boluntaryo at hindi makakaapekto ng pagiging karapat-dapat o mga halaga ng benepisyo ang Lahi at kasaysayang Etniko. Ginagamit ang impormasyong ito upang masiguro ang pagbabahagi ng mga benepisyo ng programa nang walang pagsasaalang-alang sa lahi, kulay o bansang pinagmulan. Para sa Tulong na Pagkain kailangan kami ng USDA na tumugon para sa iyo kung walang ibinigay na impormasyon. **Mga halimbawa ng lahi:** Puti, Itim o Amerikanong Aprikano, Asyano, Katutubong Hawayano, Taga-Isla Pasipiko, Amerikanong Indiyano, Katutubong Alaska, o anumang kumbinasyon ng mga lahi.



PANGALAN NG APLIKANTE	NUMERO NG SOCIAL SECURITY	NUMERO NG PAGKAKAKILANLAN SA KLIYENTE			
I. Pangkalahatang Impormasyon					
1. Sa nakaraang 30 araw, nakatanggap ako ng cash o pagkain mula sa ibang estado, tribo, o ibang pinagmulan. <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi 2. Nakatira sa labas ng Estado ng Washington ang ini-aaplay ko: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Sino: _____ 3. Ako o isa sa aking sambahayan ay iniisponsorang dayuhan: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Sino: _____ 4. Ako o isa sa aking sambahayan na may edad 16 o mas matanda ay nasa (lagyan ng tsek lahat ng nalalapat): <input type="checkbox"/> Mataas na Paaralan <input type="checkbox"/> isang Programa na Katumbas ng Mataas na Paaralan <input type="checkbox"/> Kolehiyo <input type="checkbox"/> Paaralang Trade Sino: _____ 5. May temporaryong wala sa aking tahanan: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Sino: _____ 6. Ako o isa sa aking sambahayan ay naglingkod sa Sandatahang Lakas, Pambansang Guwardiya, o mga Reserba sa U.S. o naging malaya o asawa ng isang nakapaglingkod: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, sino: _____ 7. Ako o isa na ini-aaplay ko ay nagtatago sa batas upang maiwasan ang pagpunta sa hukuman o pagkabilanggo dahil sa mabigat na kasalanan o krimen: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi 8. Ako ay nakatira sa: <input type="checkbox"/> Aking sariling bahay o apartment <input type="checkbox"/> Grupo na Tahanan <input type="checkbox"/> Iba: _____ <input type="checkbox"/> Pasilidad (ilista ang uri): _____ Petsa ng Pagpasok: _____ 9. Ako ay: <input type="checkbox"/> Walang Asawa <input type="checkbox"/> May Asawa <input type="checkbox"/> Diborsyado <input type="checkbox"/> Hiwalay <input type="checkbox"/> Balo <input type="checkbox"/> Nasa Rehistradong Pagsasama sa Tahanan 10. Ako o sinuman sa aking tahanan ay nahatulan sa pangangalakal ng Tulong na Pagkain para sa mga gamot pagkatapos ng Setyembre 22, 1996: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi 11. Ako o sinuman sa aking tahanan ay nahatulan sa pagbili o pagbebenta ng Tulong na Pagkain sa mahigit \$500 pagkatapos ng Setyembre 22, 1996: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi 12. Ako o sinuman sa aking tahanan ay nahatulan sa pangangalakal ng Tulong na Pagkain para sa mga gamot pagkatapos ng Setyembre 22, 1996: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi 13. Ako o sinuman sa aking tahanan ay nahatulan sa pagkuha ng Tulong na Pagkain mula sa mahigit na isang estado pagkatapos ng Setyembre 22, 1996: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi 14. Ako o isa sa aking tahanan ay: isang. Naka-strike: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi b. Isang boarder: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi					
II. Impormasyon ng Seguro sa Kalusugan (Hindi kinakailangan sa Pangunahing Pagkain)					
Ako, ang aking asawa, o sinuman sa aking sambahayan:					
1. Nakaplanong pumasok, kasalukuyang nasa loob, o kamakailan lang lumabas sa medikal na pasilidad (gaya ng ospital o tahanan ng pangangalaga) <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi 2. Nangangailangan ng tulong sa hindi nabayarang mga medical bills para sa anuman sa nakaraang tatlong buwan <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi 3. May seguro ng kalusugan: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi (lagyan ng tsek ang lahat ng nalalapat): <input type="checkbox"/> Medicare (hindi Washington Apple Health) <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Seguro sa pangmatagalang Pangangalaga <input type="checkbox"/> Mga Serbisyo sa kalusugang Indiyano <input type="checkbox"/> Ibang Seguro ng Kalusugan:					
III. Pinagkukunan (Ilakip ang Patunay; hindi kailangan para sa HWD, o Pangunahing Pagkain)					
Ang pinagkukunan ay anumang pag-aari mo o binibili na maaring ibenta, kinalakal, o ginawang cash o pera na nasa iba. Hindi kabilang sa pinagkukunan ang personal na ari-arian tulad ng kasangkapan o damit. Mga halimbawa ng mga mapagkukunan ay: <ul style="list-style-type: none"> • Cash • Mga trust • Mga CD • Mga pondo ng pagpapalibing, prepaid na mga plano • Mga checking account • IRA / 401k • Mga Money Market na account • Kagamitan sa negosyo • Mga savings account • Mga tahanan, Lupa o Gusali • Mga bono • Alagang hayop • Mga pondo sa kolehiyo • Pondo sa pagreretiro • Seguro ng buhay Mangyaring itala ang mga pinagkukunan na pag-aari o bibilhin mo, ang iyong asawa, o sinuman na iyong iniaaplay:					
PINAGKUKUNAN	SINO ANG MAY-ARI	LOKASYON			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
2. Ako, ang aking asawa, o sinuman na aking iniaaplay ay may mga sasakyan, trak, van, bilog, RV, trailer, o iba pang mga de motor na behikulo:					
TAON (HAL., 1980)	MAKE (HAL., FORD)	MODEL (HAL., ESCORT)	LAGYAN NG TSEK KUNG INUUPAHAN	LAGYAN NG TSEK KUNG GINAGAMIT ANG SASAKYAN PARA SA MGA MEDIKAL NA LAYUNIN	HALAGA NG PAGKAKAUTANG
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. Ako, ang aking asawa, o isa na aking iniaaplay ay nagbenta, nangalakal, namigay, o naglipat ng isang pinagkukunan sa lumipas na limang taon (kabilang ang mga trust, sasakyan, cash o mga ari-arian ng buhay): <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, ano: _____ kapag: _____					

PANGALAN NG APLIKANTE	NUMERO NG SOCIAL SECURITY	NUMERO NG PAGKAKAKILANLAN SA KLIYENTE
-----------------------	---------------------------	---------------------------------------

IV. Mga annuity (Mga pamumuhunan ng sinumang miyembro ng sambahayan para tumanggap ng regular na bayad ngayon o sa hinaharap.)

SINO ANG NAGMAMAY-ARI NG ANNUITY?	KUMpanyA O INSTITUSYON	DAMI O HALAGA	BUWANANG KITA	PETSA NG PAGBILI
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Kung ikaw, o ang iyong asawa, ay may interes sa isang annuity at tinatanggap mo ang Pangmatagalang Pangangalaga ng Washington Apple Health, May Kaugnayan sa SSI o CNI na saklaw, dapat mong ipangalan ang Estado ng Washington bilang natitirang benepisyaryo ng annuity.

V. Naipon na Kita (Ilakip ang Patunay)

- Ako, ang aking asawa, o isa na ini-aaplay ko ay may trabaho na natapos sa nakalipas na 30 araw: Oo Hindi
- Ako, ang aking asawa, o isa na ini-aaplay ko ay may kita mula sa trabaho: Oo Wala Kung oo, mangyaring kumpletuhin ang seksyon na ito:

SINO ANG NAKAIPON NG KITA NA ITO <hr/> PANGALAN NG EMPLOYER AT NUMERO NG TELEPONO <hr/> PETSA NG PAGSISIMULA <hr/> Self-employment ba ang trabaho na ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Buwanang halaga ng gastos sa self-employment: \$_____	KABUOANG HALAGA NG NATANGGAP (HALAGA NG DOLYAR BAGO ANG MGA KALTAS) \$_____bawat: <input type="checkbox"/> Oras <input type="checkbox"/> Linggo <input type="checkbox"/> Dalawang linggo <input type="checkbox"/> Dalawang beses kada buwan <input type="checkbox"/> Buwan Oras bawat linggo: _____ Petsa ng suweldo (hal., 1 st at 15 th , o bawat Biyernes):
--	---

SINO ANG NAKAIPON NG KITA NA ITO <hr/> PANGALAN NG EMPLOYER AT NUMERO NG TELEPONO <hr/> PETSA NG PAGSISIMULA <hr/> Self-employment ba ang trabaho na ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Buwanang halaga ng gastos sa self-employment: \$_____	KABUOANG HALAGA NG NATANGGAP (HALAGA NG DOLYAR BAGO ANG MGA BAWAS) \$_____bawat: <input type="checkbox"/> Oras <input type="checkbox"/> Linggo <input type="checkbox"/> Dalawang linggo <input type="checkbox"/> Dalawang beses kada buwan <input type="checkbox"/> Buwan Oras bawat linggo: _____ Petsa ng suweldo (hal., 1 st at 15 th , o bawat Biyernes):
--	--

VI. Ibang Kita (Ilakip ang Katunayan, Mag-ulat para sa Lahat ng mga Miyembro ng Pamilya)

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Mga benepisyo ng kawalan ng trabaho Kita sa Social Security Kita sa Tribo Kita sa paglalaro Mga edukasyonal na benepisyo (mga pagkkautang ng mag-aaral, grant, work - study) | <ul style="list-style-type: none"> Supplemental Security Income (SSI) Suporta sa Bata o maintenance sa asawa Mga benepisyo sa railroad Kita sa rental | <ul style="list-style-type: none"> Pagreretiro o pensyon Veteran Administration (VA) o mga pang-militar na benepisyo Trabaho at Industriya (L&I) Mga trust Mga interest / Dividendo |
|--|---|--|

KLASE NG HINDI NAIPON NA KITA	SINO ANG KUKUHA NG KITA?	KABUOANG BUWANANG HALAGA
		\$
		\$
		\$

VII. Buwanang Gastos

RENTA \$	SANGLA \$	RENTA NG ESPASYO \$	SEGURO NG MGA MAY-ARI NG BAHAY \$	BUWIS NG ARI-ARIAN \$	IBANG MGA BAYARIN \$
-------------	--------------	------------------------	--------------------------------------	--------------------------	-------------------------

Anong mga yutilidad ang binabayaran ng iyong sambahayan maliban sa renta o sangla?
 Pampainit (Electric/Gas) Electric (Hindi pampainit) Tubig Tahanan/Selpon Alkantariya Basura

Ang ibang tao o ahensiya, tulad ng tulong sa pananalapi na bahay, ay tumutulong sa akin na bayaran ang lahat o bahagi ng mga gastos na ito: Oo Hindi Kung oo, sino: _____ Anong mga gastos: _____

Halaga ng kanilang binabayaran: \$ _____

Nakatanggap ako ng isang Low Income Home Energy Assistance Act (LIHEAA) na pagbabayad sa nakalipas na 12 buwan.

Ako, ang aking asawa, o isa sa aking sambahayan ay nagbabayad o dapat magbayad (lagyan ng tsek ang lahat ng nalalapat):			
<input type="checkbox"/> Pangangalaga sa Umaasa na Bata o Matanda (kabilang ang mga gastos sa transportasyon)	Buwanang halaga: \$	Sino ang magbabayad:	
<input type="checkbox"/> Mga medikal na bayarin para sa mga taong may kapansanan o edad 60 + (kabilang ang mga gastos sa transportasyon at mga premyum ng seguro sa kalusugan)	Buwanang halaga: \$	Sino ang magbabayad:	
<input type="checkbox"/> Suporta sa bata (ilakip ang katibayan)	Buwanang halaga: \$	Sino ang magbabayad:	
Kung hindi mo iulat ang alinman sa mga nakalistang gastusin sa itaas, isasaalang-alang namin ito bilang isang pahayag ng iyong sambahayan na ayaw mong makatanggap ng pagbawas para sa gastos na ito.			
VIII. Awtorisadong Kinatawan			
Ang Awtorisadong Kinatawan ay isang taong pinapayagan ninyong makipag-usap sa DSHS tungkol sa inyong mga benepisyo. Maaari mong pangalanan ang isang tao, ngunit hindi mo kailangan.			
Mayroon ka bang awtorisadong kinatawan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Legal na tagapag-alaga mo ba ang tao na ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Mayroon bang Power of Attorney ang tao na ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
Maaaring kailangan mong kumpletuhin ang form ng Awtorisadong Kinatawan (DSHS 14-532) kung binabago mo ang iyong saklaw sa pangangalagang pangkalusugan.			
PANGALAN	KAUGNAYAN	NUMERO NG TELEPONO	
ADDRESS NG KOREO	LUNGSOD	ESTADO	ZIP CODE
Pagpaparehistro ng Botante			
Nag-aalok ang Departamento ng mga serbisyo sa pagpaparehistro ng botante bilang kinakailangan ng National Voter Registration Act ng 1993. Hindi makakaapekto sa mga serbisyo ang pag-aplay upang magparehistro o pagtanggap upang magparehistro para bumoto o halaga ng mga benepisyong na maaaring ibigay sa iyo ng ahensyang ito. Kung gusto mo ng tulong sa pagsagot sa form ng pagpaparehistro ng botante, tutulungan ka namin. Nasa iyo ang desisyon kung humingi o tumanggap ng tulong. Maaari mong punan ang form ng pagpaparehistro ng botante nang pribado. Kung naniniwala ka na may isang taong nakikialam sa iyong karapatang magparehistro upang bumoto o tumanggap magparehistro upang bumoto, ang iyong karapatan sa pagkapribado sa pagpasya kung magparehistro o mag-aplay sa pagpaparehistro upang makaboto, o sa iyong karapatan na piliin ang iyong sariling partidong politikal o iba pang politikal na kagustuhan, maaari kang maghain ng reklamo sa: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881). Nais mo bang magparehistro upang bumoto o mag-update ng iyong pagpaparehistro ng botante? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung hindi mo lagyan ng tsek ang alinman sa kahon, ikaw ay ituturing na nagpasya na hindi magparehistro upang bumoto sa pagkakataon na ito.			
Pahayag at Mga Lagda			
Para sa cash, dapat lumagda ang lahat ng mga may sapat na gulang (o awtorisadong kinatawan) sa sambahayan. Para sa tulong na pagkain o saklaw ng pangangalagang pangkalusugan, dapat lumagda ang aplikante (o awtorisadong kinatawan). Naiintindihan ko na dapat akong: <ul style="list-style-type: none"> • Magbigay ng tamang impormasyon at sumunod sa kinakailangan ng pag-uulat. • Magbigay ng patunay na ako ay karapat-dapat. • Magtalaga ng ilang mga karapatan sa suporta sa bata sa Estado ng Washington kapag nakatanggap ako ng Temporary Assistance for Needy Families (TANF). Gayunpaman, maaari kong hilingin sa DSHS na huwag ipagpatuloy ang suporta sa bata kung ito ay magiging panganib sa akin o sa aking mga anak. • Makipagtulungan sa mga kinakailangan sa pagtatrabaho sa tulong na pagkain. Kung hindi ko gawin ang mga bagay na ito, maaari akong tanggihan ng mga benepisyong o kailangang bayaran ang mga ito. Naiintindihan ko na maaari akong isakdal ng krimen kung sadya akong gumawa ng maling pahayag o hindi na mag-ulat ng isang bagay na dapat kong iulat. Inaawtorisa ko ang DSHS na makipag-ugnay sa ibang mga tao o mga ahensya kung kinakailangan upang matulungan akong magkaroon ng patunay na ako ay karapat-dapat. Para sa cash at pagkain, nabasa ko o ipinaliwanag sa akin ang aking mga karapatan at responsibilidad at nakatanggap ng kopya ng Mga Karapatan at Pananagutan ng Kliyente, DSHS 14-113. Para sa saklaw ng pangangalagang pangkalusugan, nabasa ko o ipinaliwanag sa akin ang aking mga karapatan at responsibilidad at nakatanggap ng kopya ng Mga Karapatan at Pananagutan ng Kliyente, HCA 18-003, pinapatunayan ko o ipinahayag sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa ilalim ng batas ng Estado ng Washington na ang impormasyong ibinigay ko sa aplikasyon na ito, kabilang ang impormasyon tungkol sa pagkamamamayan at istado ng pagiging dayuhan ng mga miyembro na nag-aaplay para sa mga benepisyong, ay totoo at tama.			
LAGDA NG APLIKANTE	PETSA	NAKAPRINTANG PANGALAN NG APLIKANTE	LUNGSOD AT ESTADO KUNG SAAN NILAGDAAN
LAGDA NG IBANG APLIKANTE NA MATANDA	PETSA	NAKAPRINTANG PANGALAN NG IBANG MATANDA	LUNGSOD AT ESTADO KUNG SAAN NILAGDAAN
KATULONG O LAGDA NG KINATAWAN	PETSA	NAKAPRINTANG PANGALAN NG KINATAWAN	LUNGSOD AT ESTADO KUNG SAAN NILAGDAAN
LAGDA NG TESTIGO KUNG NILAGDAAN NA MAY "X"	PETSA	NAKAPRINTANG PANGALAN NG TESTIGO	