

การตรวจสอบการมีสิทธิ์ Eligibility Review

หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการอ่านหรือกรอกแบบฟอร์มนี้โปรดขอความช่วยเหลือจากเรา
เก็บหน้าไว้เพื่อเป็นหลักฐานของคุณ

ฉันจะสมัครขอความช่วยเหลือเป็นเงินหรืออาหารได้อย่างไร

- คุณสามารถเริ่มขั้นตอนได้เดี๋ยวนี้อย่างรวดเร็วโดยส่งการตรวจสอบนี้ได้ที่สำนักงานบริการชุมชน ต้องระบุชื่อ ที่อยู่ และลายเซ็นของคุณหรือลายเซ็นของตัวแทนผู้มีอำนาจของคุณ คุณสามารถยื่นการตรวจสอบได้แม้จะมีเพียงสามอย่างนี้เท่านั้น
- คุณอาจได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมหรือได้รับเร็วขึ้นหากคุณกรอกข้อมูลครบถ้วนและให้การตรวจสอบของคุณกับเราและข้อมูลอื่น ๆ ที่เราขอโดยเร็วที่สุด
- คุณสามารถนำการตรวจสอบของคุณไปที่สำนักงานท้องถิ่นหรือแฟกซ์ไปที่หมายเลข 1-888-338-7410 ดุตาแห่งที่ตั้งที่ www.dshs.wa.gov
- ส่งการตรวจสอบของคุณไปที่ตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งต่อไปนี้:

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
- คุณสามารถกรอกการตรวจสอบนี้ออนไลน์ได้ที่ www.washingtonconnection.org
- แบบฟอร์มตรวจสอบคุณสมบัตินี้สามารถใช้เพื่อต่ออายุการคุ้มครองสำหรับโปรแกรม **Washington Apple Health** ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ สำหรับความคุ้มครองด้านสุขภาพอื่น ๆ คุณต้องสมัครทางออนไลน์ที่ www.wahealthplanfinder.org โดยโทรที่หมายเลข 1-855-923-4633 หรือโดยการสมัคร HCA สำหรับการคุ้มครองสุขภาพ (HCA 18-001)

ฉันจะรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับอาหารและเงินได้เร็วเพียงใด

- หากคุณต้องการความช่วยเหลือด้านอาหารทันที กรอกคำถามที่ 1 ถึง 14 และนำแบบฟอร์มนี้ไปที่สำนักงานในพื้นที่ของคุณ เราตัดสินใจว่าคุณมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือด้านอาหารหรือไม่ ภายใน 7 วัน หากคุณแสดงหลักฐานแสดงตัวตนของคุณและเป็นไปตามกฎเกณฑ์
- เราออกสิทธิประโยชน์ภายในหนึ่งวันหลังจากที่เราตัดสินใจว่าคุณมีสิทธิ์
- ความช่วยเหลือด้านอาหารมักจะเริ่มในวันที่เราได้รับใบสมัครของคุณ
- ความช่วยเหลือด้านเงินมักจะเริ่มต้นในวันที่เรามีข้อมูลทั้งหมดในการตัดสินใจว่าคุณมีสิทธิ์หรือไม่
- เราต้องตัดสินใจว่าคุณมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือด้านอาหารหรือไม่ภายใน 30 วันนับจากวันที่คุณส่งใบสมัคร
- หากคุณส่งใบสมัครจากสถาบัน วันที่เริ่มต้นคือวันที่คุณได้รับการปล่อยตัวหรือปลดประจำการ

หากคุณสมัครรับความช่วยเหลือด้านอาหารและโปรแกรมอื่น ๆ:

เราจะต้องปฏิบัติตามกฎของ SNAP เพื่อดำเนินการกับใบสมัครของคุณ ซึ่งรวมถึงการประมวลผลการสมัครภายในเวลาที่กำหนด การออกประกาศที่เหมาะสม และการแนะนำคุณเกี่ยวกับสิทธิ์ในการดูแลของคุณ

เราไม่สามารถปฏิเสธความช่วยเหลือด้านอาหารของคุณได้เพียงเพราะการสมัครของคุณสำหรับโปรแกรมความช่วยเหลืออื่น ๆ ได้รับการปฏิเสธ

สิทธิพลเมือง

ตามกฎหมายว่าด้วยสิทธิพลเมืองของรัฐบาลกลางและกฎระเบียบและนโยบายด้านสิทธิพลเมืองของกระทรวงเกษตรสหรัฐฯ (USDA) ห้ามมิให้ USDA หน่วยงาน สำนักงาน และพนักงาน และสถาบันที่เข้าร่วมหรือบริหารโปรแกรมของ USDA นั้นเลือกปฏิบัติตามเชื้อชาติสีผิว ชาติกำเนิด ศาสนา เพศ อัตลักษณ์ทางเพศ (รวมถึงการแสดงออกทางเพศ) รสนิยมทางเพศ ความทุพพลภาพ อายุ สถานภาพการสมรส ครอบครัว/ผู้ปกครอง รายได้ที่ได้รับจากโครงการความช่วยเหลือสาธารณะ ความเชื่อทางการเมือง หรือการตอบโต้ หรือการแก้แค้นสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสิทธิพลเมืองก่อนหน้า

ในโปรแกรมหรือกิจกรรมใด ๆ ที่ดำเนินการหรือได้รับเงินสนับสนุนจาก USDA (ไม่ใช่ทุกฐานที่ใช้กับโปรแกรมทั้งหมด)

กำหนดเวลาสุดท้ายสำหรับการยื่นเรื่องขอแก้ไขและร้องเรียนจะแตกต่างกันไปในแต่ละโปรแกรม

บุคคลที่มีความทุพพลภาพซึ่งต้องการวิธีการสื่อสารทางเลือกเกี่ยวกับข้อมูลโปรแกรม (เช่น อักษรเบรลล์ สิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ แถบบันทึกเสียง ภาษามืออเมริกัน ฯลฯ) ควรติดต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือศูนย์ TARGET ของ USDA ที่ (202) 720-2600 (เสียงและ TTY) หรือติดต่อ USDA ผ่าน Federal Relay Service ที่ (800) 877-8339

นอกจากนี้อาจมีข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ

กรอกแบบฟอร์มการร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติในโครงการ USDA โดยยื่นเรื่องการร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ AD-3027 ดูออนไลน์ได้ที่ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html และที่สำนักงานใดๆ ของ USDA หรือเขียนจดหมายส่งถึง USDA และให้ข้อมูลทั้งหมดที่ร้องขอในแบบฟอร์มจดหมาย ขอสำเนาแบบฟอร์มการร้องเรียน โดยโทรหมายเลข (866) 632-9992 ส่งแบบฟอร์มหรือจดหมายของคุณไปที่ USDA ทาง:

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

USDA เป็นผู้ให้โอกาส ผู้ว่าจ้าง และผู้ให้กู้ โดยมีความเท่าเทียม

สถานะการเข้าเมืองและหมายเลขประกันสังคม

คุณอาจขอความช่วยเหลือสำหรับบางคนที่คุณอาศัยอยู่ด้วยแม้ว่าผู้อื่น ๆ ที่คุณอาศัยอยู่จะไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเนื่องจากสถานะการเข้าเมืองของพวกเขา คุณต้องแจ้งให้เราทราบถึงสถานะการเข้าเมืองของผู้ที่สมัคร USCIS (เดิมคือ INS) อาจมีการตรวจสอบสถานะการเข้าเมืองของสมาชิกในครัวเรือน ข้อมูลที่ได้รับจาก USCIS อาจมีผลต่อจำนวนสิทธิและสิทธิประโยชน์ เรามีประกันสุขภาพที่อาจคุ้มครองคนต่างด้าวบางราย ภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลาง (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), คุณต้องให้หมายเลขประกันสังคม (SSN) ของทุกคนที่คุณอาศัยอยู่ด้วยที่สมัคร Washington Apple Health TANF หรือความช่วยเหลือด้านอาหาร เราอาจต้องการหมายเลขประกันสังคมของผู้ปกครองและคู่สมรสที่อาศัยอยู่กับคุณ แต่ไม่ได้สมัคร เรามีความคุ้มครองสุขภาพสำหรับบางคนที่ไม่มีความหมายเลขประกันสังคม

ความเป็นพลเมืองและการแสดงตัวตนของ Washington Apple Health

พลเมืองของสหรัฐอเมริกาจะต้องพิสูจน์สัญชาติและตัวตนเพื่อรับ Washington Apple Health เราสามารถช่วยให้คุณได้หลักฐาน หากเราต้องการเอกสารที่จะทำให้คุณต้องเสียเงิน เราสงให้และจ่ายให้คุณ เราไม่ต้องการหลักฐานของทุกคนในครัวเรือนของคุณที่ได้รับ Medicare ประกันสังคมสำหรับผู้พพลภาพ (SSDI) ตามความพิการหรือรายได้เสริมด้านความปลอดภัย (SSI)

การจ่ายเงินคืนแก่รัฐเพื่อการดูแลทางการแพทย์และการดูแลระยะยาว

ภายใต้กฎหมายการเรียกคืนอสังหาริมทรัพย์ของรัฐวอชิงตัน (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) อสังหาริมทรัพย์ของคุณ อาจต้องชดใช้ค่าใช้จ่ายที่รัฐได้จ่ายให้เพื่อบริการและความช่วยเหลือทางการแพทย์และระยะยาวบางรายการที่คุณได้รับหลังอายุครบ 55 ปี ไม่จำกัดอายุหากคุณได้รับบริการจากรัฐเท่านั้น การเรียกคืนอสังหาริมทรัพย์เริ่มหลังจากที่คุณเสียชีวิต การจ่ายเงินจะเกิดขึ้นหลังจากการตายของคุณหรือเมื่อลูกของคุณมีอายุครบ 21 ปีเว้นแต่ว่าเด็กตามบิด/ทพพพลภาพในเวลาที่เสียชีวิต รัฐสามารถยื่นสิทธิในการครอบครองทรัพย์สินก่อนเสียชีวิตในอสังหาริมทรัพย์ของคุณไม่ว่าอายุเท่าใดก็ตามหากคุณอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราและไม่น่าจะกลับบ้านได้ รัฐสามารถเก็บสะสมสิทธิในการครอบครองทรัพย์สินนี้ได้หากคุณชายหรือโอนทรัพย์สิน หรือหลังจากคุณเสียชีวิต หากคุณกลับบ้านรัฐจะเอาสิทธิในการครอบครองทรัพย์สินออก ดูข้อมูลเพิ่มเติมรวมถึงรายการบริการ ภายใต้การเรียกคืนอสังหาริมทรัพย์ที่ 182-527 WAC

ความเป็นส่วนตัวและความช่วยเหลือด้านเงินและอาหารของคุณ

พระราชบัญญัติอาหารและโภชนาการปี ค.ศ.2008 ช่วยให้เรารวบรวมข้อมูลที่เราขอในใบสมัคร การให้ข้อมูลตามที่ร้องขอนั้นเป็นความสมัครใจ อย่างไรก็ตามการไม่ให้ข้อมูลโดยไม่มีเหตุผลที่ดีอาจส่งผลให้มีการปฏิบัติสิทธิประโยชน์ด้านอาหารขั้นพื้นฐาน เราตรวจสอบข้อมูลบางอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์จับคู่ รวมถึงระบบการตรวจสอบรายได้และสิทธิของรัฐบาลกลาง (IEVS)

<p>เราใช้ข้อมูลนี้เพื่อ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตัดสินว่าใครมีสิทธิในโปรแกรมของเรา • รวบรวมความช่วยเหลือด้านอาหารที่ใช้จ่ายมากเกินไป • จัดการโปรแกรมของเรา • ตรวจสอบให้แน่ใจว่าเราปฏิบัติตามกฎ 	<p>เราอาจให้ข้อมูลนี้แก่:</p> <ul style="list-style-type: none"> • หน่วยงานรัฐบาลกลางและรัฐสำหรับการใช้งานอย่างเป็นทางการ • หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายที่ติดตามผู้ที่กำลังหลบหนีเพื่อหลีกเลี่ยงกฎหมาย • หน่วยงานจัดเก็บส่วนตัวเพื่อรวบรวมเงินช่วยเหลือค่าอาหารที่ใช้จ่ายมากเกินไป
<p>ข้อมูลที่รายงานไปยังแผนกบริการสังคมและสุขภาพอาจส่งผลต่อการมีสิทธิได้รับความคุ้มครองสุขภาพที่บริหารจัดการโดยหน่วยงานด้านการดูแลสุขภาพและการแลกเปลี่ยนสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ</p>	
<p>คำเตือนบทลงโทษเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือด้านอาหาร</p>	
<p>เราตรวจสอบกับหน่วยงานอื่น ๆ ว่าข้อมูลของคุณถูกต้อง หากข้อมูลใด ๆ ไม่ถูกต้อง ผู้ที่สมัครอาจไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านอาหาร</p>	
<p>สมาชิกที่ฝ่าฝืนกฎใด ๆ โดยมีวัตถุประสงค์สามารถ:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • อยู่ภายใต้การดำเนินคดีตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและรัฐอื่น ๆ ที่บังคับใช้ • ถูกระงับจาก SNAP เป็นเวลาหนึ่งปีจนถึงตลอดไป • ปรับไม่เกิน 250,000 ดอลลาร์ • จำคุกนานถึง 20 ปี • ถูกระงับจาก SNAP เป็นเวลา 18 เดือนตามศาลสั่ง 	
<p>หากศาลตัดสินว่าคุณมีความผิด:</p>	
<p>การรับผลประโยชน์ในการทำธุรกรรมที่เกี่ยวข้อง:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ารขายสารควบคุม..... • การขายอาวุธปืน เครื่องกระสุนปืน หรือวัตถุระเบิด..... • การทำการค้าสิทธิประโยชน์มูลค่ารวมกัน 500 ดอลลาร์ • ฉ้อโกงเกี่ยวกับถิ่นที่อยู่หรือการแสดงตัวตน 	<p>คุณอาจจะ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • โดนตัดสิทธิจากสองปีถึงตลอดไป • โดนตัดสิทธิตลอดไป • โดนตัดสิทธิตลอดไป • โดนตัดสิทธิเป็นเวลา 10 ปี

การตรวจสอบการมีสิทธิ Eligibility Review

ขอความช่วยเหลือจากเราหากคุณต้องการความช่วยเหลือในการกรอกแบบฟอร์มนี้

1. ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล	ลายเซ็นของผู้สมัครหรือตัวแทนผู้มีอำนาจ (จำเป็น)	2. หมายเลข ID ลูกคำ (IF KNOWN)
3. ที่อยู่ที่คุณอาศัยอยู่	เมือง	รัฐ
5. ที่อยู่ในการจัดส่งไปรษณีย์ (กรณีที่แตกต่างกัน)	เมือง	รัฐ
8. ฉันสมัคร (เลือกทั้งหมดที่ใช้):		4. PRIMARY หมายเลขโทรศัพท์
<input type="checkbox"/> เงิน <input type="checkbox"/> บ้านพักพิง / บ้านสำหรับผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> บริการดูแลระยะยาวในบ้าน <input type="checkbox"/> โครงการเงินออม Medicare <input type="checkbox"/> บ้านพักคนชรา <input type="checkbox"/> การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย <input type="checkbox"/> การดูแลสุขภาพ / คนงานที่มีความทุพพลภาพ (HWD) <input type="checkbox"/> คุ่มครองสุขภาพสำหรับคนชรา คนตาบอด หรือคนพิการ <input type="checkbox"/> บริการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ		<input type="checkbox"/> โทรศัพท์มือถือ <input type="checkbox"/> โทรศัพท์บ้าน <input type="checkbox"/> ข้อความ
9. ฉันหรือใครบางคนในครัวเรือนของฉัน (เลือกทั้งหมดที่ใช้): <input type="checkbox"/> อยู่ในสถานการณ์การใช้ความรุนแรงในครอบครัว		6. หมายเลขโทรศัพท์รอง
<input type="checkbox"/> มีความทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพ		<input type="checkbox"/> โทรศัพท์มือถือ <input type="checkbox"/> โทรศัพท์บ้าน
<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ ชื่อ: _____ วันครบกำหนด: _____		<input type="checkbox"/> ข้อความ
10. คุณคาดว่าเดือนนี้ครัวเรือนของคุณจะได้รับเงินเท่าไร \$ _____		7. อีเมลที่อยู่
11. ครัวเรือนของคุณมีเงินสดและเงินในบัญชีธนาคารเท่าไร? \$ _____		
12. ครัวเรือนของคุณจ่ายค่าเช่าหรือค่าจ้างเองเท่าไร \$ _____		
13. ครัวเรือนของคุณจ่ายค่าสาธารณูปโภคอะไรบ้าง <input type="checkbox"/> ทำความร้อน/ทำความเย็น <input type="checkbox"/> ค่าโทรศัพท์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ: _____		
14. มีใครในครัวเรือนของคุณที่เป็นคนงานในฟาร์มเฉพาะฤดูกาลหรือเป็นแรงงานต่างด้าว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
15. หากคุณสมัครขอความช่วยเหลือด้านอาหาร มีกี่คนในครอบครัวของคุณที่คุณต้องซื้อและเตรียมอาหารให้ _____		

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

16. ฉันต้องการล่าม ฉันกล่าวว่า: _____ หรือ ลงชื่อ แปลจดหมายของฉันเป็น: _____

17. ระบุชื่อทุกคนในครัวเรือนของคุณแม้ว่าคุณจะไม่ได้สมัครให้พวกเขา (แนบเอกสารเพิ่มเติมหากจำเป็น)

ชื่อ (ชื่อแรก ชื่อกลาง นามสกุล)	เพศ	บุคคลนี้เกี่ยวข้องกับคุณอย่างไร	วันเดือนปีเกิด	เลือกหากคุณต้องการสิทธิประโยชน์สำหรับบุคคลนี้	ทางเลือกสำหรับผู้ที่ไม่ใช่ผู้สมัคร			
					หมายเลขประกันสังคม	เลือกหากเป็นพลเมืองสหรัฐฯ	เชื้อชาติ (ดูตัวอย่างด้านล่าง)	ชื่อชนเผ่า (สำหรับชาวอเมริกันอินเดียนชาวอลาสกา)
		ตัวเอง		<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. ฉันมีเชื้อชาติสเปนหรือละตินอเมริกา: ใช่ ไม่ใช่

ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อชาติและชาติพันธุ์เป็นความสมัครใจและจะไม่ส่งผลกระทบต่อจำนวนสิทธิ์หรือสิทธิประโยชน์ ข้อมูลนี้ใช้เพื่อรับรองสิทธิประโยชน์ของโปรแกรมที่เผยแพร่โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ สีผิว หรือที่มาของชาติ สำหรับความช่วยเหลือด้านอาหาร USDA กำหนดให้เราต้องตอบคำถามของคุณหากไม่มีข้อมูลให้ไว้ ตัวอย่างเชื้อชาติ: ผิวขาว ผิวดำ หรือแอฟริกันอเมริกัน เอเชีย ฮาวายพื้นเมือง หมู่เกาะแปซิฟิก อเมริกันอินเดียน อลาสกาพื้นเมือง หรือรวมเชื้อชาติใด ๆ



ชื่อของผู้สมัคร	หมายเลขประกันสังคม	หมายเลขประจำตัวลูกค้า
-----------------	--------------------	-----------------------

1. ข้อมูลทั่วไป

- ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ฉันได้รับเงินหรืออาหารจากรัฐ เผ่า หรือแหล่งอื่น ใช่ ไม่ใช่
- ผู้ที่ฉันสมัครให้อาศัยอยู่นอกรัฐวอชิงตัน: ใช่ ไม่ใช่ ผู้ที่: _____
- ฉันหรือบางคนในครัวเรือนของฉันเป็นคนต่างด้าวที่ได้รับความช่วยเหลือ: ใช่ ไม่ใช่ ผู้ที่: _____
- ฉันหรือบางคนในครัวเรือนของฉันที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไปกำลังเรียน (เลือกทั้งหมดที่ใช่): มัธยมศึกษา
 โปรแกรมเทียบเท่าโรงเรียนมัธยมศึกษา วิทยาลัย โรงเรียนการค้า ผู้ที่: _____
- มีผู้ที่ออกจากบ้านของฉันชั่วคราว: ใช่ ไม่ใช่ ผู้ที่: _____
- ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันรับใช้ในกองทัพสหรัฐฯ ปกป้องชาติ หรือกองหนุน
หรือเป็นผู้อยู่ในอุปการะหรือเป็นคู่สมรสของบุคคลที่รับใช้: ใช่ ไม่ใช่ หากใช่ ใคร: _____
- ฉันหรือบางคนของฉันกำลังสมัครให้หลบหนีจากกฎหมายเพื่อหลีกเลี่ยงการขึ้นศาลหรือจำคุกเพราะเป็นอาชญากรรมที่รุนแรง:
 ใช่ ไม่ใช่
- ฉันอาศัยอยู่ใน: บ้านหรืออพาร์ทเมนต์ของตนเอง บ้านที่อาศัยหลายคน อื่นๆ: _____
 สิ่งอำนวยความสะดวก (รายการเป็นประเภท): _____ วันที่ไปนอน: _____
- ฉัน: โสด แต่งงาน หย่าร้าง แยกกันอยู่ เป็นม่าย
 ในห้างหุ้นส่วนภายในประเทศที่จดทะเบียน
- ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันได้รับการตัดสินว่ามีการซื้อขายความช่วยเหลือด้านอาหารสำหรับยาหลังจากวันที่ 22 กันยายน ค.ศ.1996: ใช่ ไม่ใช่
- ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันได้รับการตัดสินว่ามีการซื้อหรือขายความช่วยเหลือด้านอาหารมากกว่า 500 ดอลลาร์หลังจากวันที่ 22 กันยายน 1996: ใช่ ไม่ใช่
- ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันได้รับการตัดสินว่ามีการซื้อขยาปิ่น กระสุนปืน หรือระเบิดหลัง
กันยายน 22,1996: ใช่ ไม่ใช่
- ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันได้รับการตัดสินว่าได้รับความช่วยเหลือด้านอาหารมากกว่าหนึ่งรัฐหลังจาก
กันยายน 22,1996: ใช่ ไม่ใช่
- ฉันหรือบางคนในบ้านของฉัน: a. เมื่อหยุดงาน: ใช่ ไม่ใช่ b. นักเรียนประจำ: ใช่ ไม่ใช่

II. ข้อมูลประกันสุขภาพ (ไม่จำเป็นสำหรับอาหารพื้นฐาน)

ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือใครบางคนในบ้านของฉัน:

- วางแผนที่จะเข้าอยู่เข้าหรือออกจากสถานพยาบาลเมื่อเร็ว ๆ นี้ (เช่น โรงพยาบาลหรือบ้านพักคนชรา)... ใช่ ไม่ใช่
- ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาลที่ค้างชำระในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่
- มีประกันสุขภาพ: ใช่ ไม่ใช่ (เลือกทั้งหมดที่ใช่): Medicare (ไม่ใช่ Washington Apple Health)
 Tricare การประกันการดูแลระยะยาว บริการสุขภาพของอินเดีย
 ประกันสุขภาพอื่นๆ:

III. ทรัพย์สิน (แนบหลักฐาน ไม่จำเป็นสำหรับ HWD หรืออาหารพื้นฐาน)

ทรัพย์สินคือสิ่งที่คุณเป็นเจ้าของหรือกำลังซื้อซึ่งสามารถขาย แลกเปลี่ยน หรือแปลงเป็นเงิน หรือเงินที่ถือโดยผู้อื่น
ทรัพย์สินไม่รวมถึงทรัพย์สินส่วนตัว เช่น เฟอร์นิเจอร์ หรือเสื้อผ้า ตัวอย่างทรัพย์สิน ได้แก่:

- เงินสด
- บัญชีเพื่อใช้
- บัญชีสะสมทรัพย์
- กองทุนวิทยาลัย
- ทรัสต์
- IRA / 401k
- บ้าน ที่ดิน หรืออาคาร
- CD
- บัญชีตลาดเงิน
- พันธบัตร
- กองทุนเพื่อการเกษียณอายุ
- กองทุนฝังศพ, แผนการเติมเงิน
- อุปกรณ์ทางการแพทย์
- ปศุสัตว์
- ประกันชีวิต

กรุณาแสดงรายการทรัพย์สินที่คุณ คู่สมรสของคุณ หรือผู้ที่คุณสมัครให้ เป็นเจ้าของหรือกำลังซื้อ:

ทรัพย์สิน	เจ้าของ	ตำแหน่งที่ตั้ง	มูลค่า
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

2. ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือผู้ที่ฉันสมัครให้ มีรถยนต์ รถบรรทุก รถตู้ เรือ RV รถพ่วง หรือยานยนต์อื่น ๆ:

ปี (E.G., 1980)	ยี่ห้อ (เช่น FORD)	รุ่น (เช่น ESCORT)	เลือกหากเช่า	เลือกหากใช้รถเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์	จำนวนเงินที่ค้างชำระ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือผู้ที่ฉันสมัครให้ ขาย แลกเปลี่ยน มอบ หรือโอนทรัพย์สินในช่วงห้าปีที่ผ่านมา (รวมถึงทรัสต์ ยานพาหนะ เงิน หรือสิ่งฮาร์มทรัพย์): ใช่ ไม่ใช่ หากใช่ ระบุ: _____ เมื่อไร: _____

ชื่อของผู้สมัคร		หมายเลขประกันสังคม		หมายเลขประจำตัวลูกค้า	
IV. ค่างวด (การลงทุนโดยสมาชิกในครัวเรือนเพื่อรับการชำระเงินปกติ ในขณะนี้หรือในอนาคต)					
ใครเป็นเจ้าของค่างวด	บริษัทหรือสถาบัน	จำนวนหรือมูลค่า	รายได้รายเดือน	วันที่ซื้อ	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		
<p>หากคุณหรือคู่สมรสของคุณมีความสนใจในเงินค่างวด และคุณยอมรับการดูแลระยะยาวของ Apple Health, SSI ที่เกี่ยวข้อง หรือการคุ้มครองของ CN คุณต้องระบุชื่อ รัฐ วอชิงตันว่าเป็นผู้รับผิดชอบค่างวดที่เหลืออยู่</p>					
5. รายได้ที่ได้รับ (แบบหลักฐาน)					
<p>1. ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือผู้ที่ฉันสมัครให้ทำงานที่สิ้นสุดใน 30 วันที่ผ่านมา: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>2. ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือผู้ที่ฉันสมัครให้มีรายได้จากงาน: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ หากใช่ กรุณากรอกข้อมูลส่วนนี้ให้ครบ:</p>					
ใครได้รับรายได้นี้		รับจำนวนเงินรวม (จำนวนเงินดอลลาร์ก่อนการหักภาษี)			
ชื่อผู้ว่าจ้างและหมายเลขโทรศัพท์		\$ _____ ราย: <input type="checkbox"/> ชั่วโมง <input type="checkbox"/> สัปดาห์			
วันที่เริ่มต้น:		<input type="checkbox"/> สองสัปดาห์ <input type="checkbox"/> สองครั้งต่อเดือน <input type="checkbox"/> เดือน			
เป็นการจ้างงานตนเองหรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		ชั่วโมงต่อสัปดาห์: _____			
จำนวนค่าใช้จ่ายสำหรับการจ้างงานตนเองรายเดือน: \$ _____		วันที่จ่าย (เช่น วันที่, 1 st และวันที่ 15 th , หรือทุกวันศุกร์):			
ใครได้รับรายได้นี้		รับจำนวนเงินรวม (จำนวนเงินดอลลาร์ก่อนการหักภาษี)			
ชื่อผู้ว่าจ้างและหมายเลขโทรศัพท์		\$ _____ ราย: <input type="checkbox"/> ชั่วโมง <input type="checkbox"/> สัปดาห์			
วันที่เริ่มต้น:		<input type="checkbox"/> สองสัปดาห์ <input type="checkbox"/> สองครั้งต่อเดือน <input type="checkbox"/> เดือน			
เป็นการจ้างงานตนเองหรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		ชั่วโมงต่อสัปดาห์: _____			
จำนวนค่าใช้จ่ายสำหรับการจ้างงานตนเองรายเดือน: \$ _____		วันที่จ่าย (เช่น วันที่, 1 st และวันที่ 15 th , หรือทุกวันศุกร์):			
VI. รายได้อื่น (แบบหลักฐาน รายงานสำหรับสมาชิกในครัวเรือนทุกคน)					
<ul style="list-style-type: none"> เงินชดเชยการว่างงาน รายได้จากประกันสังคม รายได้ของเผ่า รายได้จากการเล่นเกม สิทธิประโยชน์ทางการศึกษา (เงินกู้สำหรับนักเรียน เงินช่วยเหลือ งาน - การศึกษา) 		<ul style="list-style-type: none"> รายได้เสริมด้านความปลอดภัย (SSI) การเลี้ยงดูบุตรหรือการเลี้ยงดูคู่สมรส สิทธิประโยชน์จากระบบทางรถไฟ รายได้จากค่าเช่า 		<ul style="list-style-type: none"> เกษียณอายุหรือเงินบำนาญ การบริหารทหารผ่านศึก (VA) หรือสิทธิประโยชน์ทางทหาร แรงงานและอุตสาหกรรม (L&I) ทรัสต์ กำไร / เงินปันผล 	
ประเภทรายได้ที่ไม่ได้รับ		ใครได้รับรายได้		รายได้รวมต่อเดือน	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
VII. ค่าใช้จ่ายต่อเดือน					
ค่าเช่า	จ่านอง	เช่าพื้นที่	ประกันภัยสำหรับเจ้าของบ้าน	ภาษีทรัพย์สิน	ค่าธรรมเนียมอื่นๆ
\$	\$	\$	\$	\$	\$
ครัวเรือนของคุณจ่ายค่าสาธารณูปโภคใดแยกจากค่าเช่าหรือการจ่านอง					
<input type="checkbox"/> ความร้อน (ไฟฟ้า/แก๊ส) <input type="checkbox"/> ไฟฟ้า (ไม่ใช่ความร้อน) <input type="checkbox"/> น้ำ <input type="checkbox"/> บ้าน/โทรศัพท์มือถือ <input type="checkbox"/> ท่อระบายน้ำ <input type="checkbox"/> ขยะ					
บุคคลหรือหน่วยงานอื่น เช่น ที่อยู่อาศัยที่ได้รับเงินอุดหนุน ช่วยฉันจ่ายเงินทั้งหมดหรือบางส่วนของค่าใช้จ่ายเหล่านี้: <input type="checkbox"/> ใช่					
<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ หากใช่ ใคร: _____ ค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง: _____ จำนวนที่ต้องจ่าย: \$ _____					
<input type="checkbox"/> ฉันได้รับการชำระเงินตามพระราชบัญญัติความช่วยเหลือด้านพลังงานสำหรับบ้านที่มีรายได้ต่ำ (LIHEAP) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา					

ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือคนในครอบครัวของฉันจ่ายหรือควรจ่าย (เลือกทั้งหมดที่ใช้):		
<input type="checkbox"/> การดูแลเด็กหรือผู้ใหญ่ที่อยู่ในความรับผิดชอบ (รวมถึงค่าขนส่ง)	จำนวนต่อเดือน: \$	ผู้จ่าย:
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้พิการหรือผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (รวมถึงค่าขนส่งและเบี้ยประกันสุขภาพ)	จำนวนต่อเดือน: \$	ผู้จ่าย:
<input type="checkbox"/> การช่วยเหลือเด็ก (แบบหลักฐาน)	จำนวนต่อเดือน: \$	ผู้จ่าย:
หากคุณไม่ได้รายงานค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่ระบุไว้ข้างต้น เราเชื่อว่าเป็นค่าใช้จ่ายของครัวเรือนของคุณซึ่งคุณไม่ต้องการได้รับการหักลดสำหรับค่าใช้จ่ายนี้		
8. ตัวแทนผู้มีอำนาจ		
ตัวแทนผู้มีอำนาจคือผู้ที่คุณอนุญาตให้ DSHS พูดคุยเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคุณ คุณสามารถระบุชื่อบางคน แต่ไม่จำเป็นต้องมีตัวแทนผู้มีอำนาจหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
บุคคลนี้เป็นผู้คุ้มครองตามกฎหมายของคุณหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
บุคคลนี้มีหนังสือมอบอำนาจหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
คุณอาจต้องกรอกแบบฟอร์มตัวแทนผู้มีอำนาจ (DSHS 14-532) หากคุณต่ออายุการประกันสุขภาพ		
ชื่อ	ความสัมพันธ์	หมายเลขโทรศัพท์
ที่อยู่ในการจัดส่งไปรษณีย์	เมือง	รัฐ
		รหัสไปรษณีย์
การลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง		
สำนักงานมีบริการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งตามที่กำหนดโดยรัฐบัญญัติเรื่องการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งแห่งชาติ ค.ศ.1993 การขอลงทะเบียนหรือการปฏิเสธลงทะเบียนเพื่อการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งจะไม่ส่งผลกระทบต่อบริการต่างๆ หรือจำนวนเงินสิทธิประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากหน่วยงานนี้ หากท่านอยากจะได้รับความช่วยเหลือในการกรอกแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง		
เราสามารถช่วยท่านได้ การตัดสินใจอยากได้หรือยอมรับความช่วยเหลือหรือไม่ขึ้นอยู่กับท่าน ท่านสามารถกรอกแบบฟอร์มการลงทะเบียนได้เป็นการส่วนตัว หากคุณเชื่อว่าบางคนแทรกแซงสิทธิของคุณในการลงทะเบียนหรือ ปฏิเสธที่จะลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนสิทธิในความเป็นส่วนตัวของคุณในการตัดสินใจลงทะเบียนหรือสมัครเพื่อลงทะเบียนเพื่อออกเสียงลงคะแนนหรือสิทธิในการเลือกพรรคการเมืองของคุณหรือการตั้งค่าทางการเมืองอื่น ๆ คุณอาจยื่นคำร้องต่อ: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).		
ท่านต้องการลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงเลือกตั้งหรือปรับปรุงข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
หากคุณไม่ทำเครื่องหมายในช่องใดช่องหนึ่ง จะถือว่าคุณไม่ลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนในเวลานี้		
การประกาศและลายเซ็น		
สำหรับเงินสด ผู้ใหญ่ทุกคน (หรือตัวแทนผู้มีอำนาจ) ในครัวเรือนจะต้องลงชื่อ		
สำหรับความช่วยเหลือด้านอาหารหรือความคุ้มครองด้านสุขภาพ ผู้สมัคร (หรือตัวแทนผู้มีอำนาจ) จะต้องลงชื่อ		
ฉันเข้าใจว่าฉันต้อง:		
<ul style="list-style-type: none"> ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและปฏิบัติตามข้อกำหนดในการรายงาน แสดงหลักฐานว่าฉันมีสิทธิ์ กำหนดสิทธิบางประการในการให้ความช่วยเหลือเด็กให้แก่รัฐของขงฉันเมื่อฉันได้รับความช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวยากจน (TANF) อย่างไรก็ตามฉันสามารถขอให้ DSHS ไม่ให้ความช่วยเหลือเด็กได้หากจะเป็นอันตรายต่อฉันหรือบุตรหลานของฉัน ร่วมมือตามข้อกำหนดเกี่ยวกับงานช่วยเหลือด้านอาหาร 		
หากฉันไม่ทำสิ่งเหล่านี้ ฉันอาจถูกปฏิเสธไม่ให้ได้รับสิทธิประโยชน์หรือต้องจ่ายเงินคืน		
ฉันเข้าใจว่าฉันอาจถูกดำเนินคดีทางอาญาหากฉันตั้งใจกระทำความผิดหรือไม่รายงานสิ่งที่ฉันควรรายงาน		
ฉันอนุญาตให้ DSHS ติดต่อบุคคลหรือหน่วยงานอื่นหากจำเป็นเพื่อช่วยให้ฉันพิสูจน์ว่าฉันมีสิทธิ์		
สำหรับเงินสดและอาหาร ฉันได้อ่านหรือได้รับการอธิบายเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบของฉัน		
และได้รับสำเนาของสิทธิและความรับผิดชอบของลูกคำ DSHS 14-113 สำหรับการดูแลสุขภาพ		
ฉันได้อ่านหรือได้รับการอธิบายเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบของฉัน และได้รับสำเนาสิทธิและความรับผิดชอบของลูกคำ HCA 18-003		
ฉันรับรองหรือประกาศภายใต้บทลงโทษของการเบิกความเท็จภายใต้กฎหมายของรัฐว่าข้อมูลของฉันให้ไว้ในใบสมัครนี้รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นพลเมืองและสถานะของคนต่างด้าวของสมาชิกที่สมัครเพื่อรับสิทธิประโยชน์นั้นเป็นความจริงและถูกต้อง		
ลายมือชื่อของผู้สมัคร	วันที่	ชื่อตัวบรรจงของผู้สมัคร
เมืองและรัฐที่ลงลายมือชื่อ		
ลายมือชื่อของผู้สมัครที่เป็นผู้ใหญ่คนอื่น	วันที่	ชื่อตัวบรรจงของผู้ใหญ่คนอื่น
เมืองและรัฐที่ลงลายมือชื่อ		
ลายมือชื่อของผู้ช่วยเหลือหรือตัวแทน	วันที่	ชื่อตัวบรรจงของตัวแทน
เมืองและรัฐที่ลงลายมือชื่อ		
ลายมือชื่อของพยานหากลงลายมือชื่อด้วย "X"	วันที่	ชื่อตัวบรรจงของพยาน