Перегляд відповідності критеріям

Eligibility Review

Якщо вам потрібна допомога, щоб прочитати або заповнити цю форму, будь ласка, зверніться до нас. Зберігайте цю сторінку для своєї документації.

Яким чином я можу написати заяву на отримання допомоги готівкою або продуктової допомоги?

- Ви можете зараз **розпочати** процес шляхом подання цього перегляду в офіс із надання послуг суспільству. Він має містити ваше ім'я, прізвище, адресу та підпис або підпис вашого уповноваженого представника. Ви можете подати свій перегляд прямо зараз, навіть якщо він містить тільки ці три елементи.
- Ви можете отримати більше пільг або отримати їх швидше, якщо ви якомога скоріше заповните та надасте нам свій перегляд і будь-яку іншу інформацію, яку ми запитували.
- Ви можете надати ваш перегляд до місцевого офісу або надіслати факсом за номером 1-888-338-7410. Дивіться сторінку www.dshs.wa.gov для пошуку адрес.
- Відправте ваш перегляд одним із наступних способів:

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

- Ви можете заповнити цей перегляд в режимі онлайн за посиланням www.washingtonconnection.org
- **Ця форма перегляду права на послуги може бути використана тільки для оновлення страхового покриття лікування за програмами медичного страхування Washington Apple Health, перерахованими в даній формі. Для отримання іншого страхового покриття лікування ви можете подати заявку за посиланням www.wahealthplanfinder.org, зателефонувавши за номером 1-855-923-4633 або використовуючи заяву HCA для страхового покриття лікування (HCA 18-001).**

Як швидко я можу отримати допомогу з харчуванням та грошима готівкою?

- Якщо вам уже зараз потрібна допомога з харчуванням, заповніть питання з 1 до 14 та віддайте цю форму в місцевий офіс. Ми приймемо рішення, чи ви маєте право на отримання допомоги продуктами харчування *протягом 7 днів*, якщо ви надасте нам доказ, який ідентифікує вашу особу *та* відповідатиме правилам відповідності.
- Ми здійснимо видачу пільг наступного дня після прийняття рішення щодо вашого права на отримання пільг.
- Отримання допомоги продуктами харчування зазвичай починається в той день, коли ми отримаємо вашу заяву.
- Отримання допомоги готівкою зазвичай починається в той день, коли ми отримали всю інформацію для прийняття рішення про вашу відповідність вимогам.
- Ми повинні вирішити, чи маєте ви право на отримання продуктової допомоги протягом 30 днів з дати подання вами заяви.
- Якщо ви подаєте заявку з установи, датою початку є дата вашого звільнення або виписки.

Якщо ви подаєте заявку на отримання продуктової допомоги та на участь в інших програмах:
Ми повинні дотримуватись правил програми SNAP для обробки Вашої заявки. Це включає в себе обробку заявки в певні терміни, видачу належних повідомлень, а також консультування вас щодо ваших адміністративних прав. Ми не можемо відмовити вам у наданні продовольчої допомоги через відхилення вашої заявки іншими програмами допомоги.

Громадські права

Відповідно до Федерального закону про цивільні права, а також до цивільно-правових норм і політики Департаменту Сільського господарства США (USDA), Департаменту сільського господарства США, його відомствам, установам і співробітникам, а також установам, що беруть участь в програмах USDA або керують ними, забороняється дискримінація за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, релігії, статі, статевої ідентичності (включаючи гендерне самовираження), сексуальної орієнтації, інвалідності, віку, сімейного стану, сімейного/батьківського статусу, доходів, що забезпечуються в рамках програми громадської допомоги, політичних поглядів, в зв'язку з репресіями або заходами, прийнятими у відповідь на дії в рамках захисту цивільних прав, а також у зв'язку з участю в будь-яких програмах або заходах, організованих або фінансованих USDA (не всі положення відносяться до всіх програм). Терміни за зверненнями про захист прав і прийому скарг залежать від програми.

Особи з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних засобів зв'язку для отримання інформації про програму (наприклад , шрифт Брайля, великий шрифт, аудіокасета, американська мова жестів і т.д.), мають звернутися в відповідальне відомство або центр TARGET Center USDA за телефоном (202) 720-2600 (голосовий зв'язок і телетайп) або зв'язатися з USDA через федеральну службу комутованих повідомлень за телефоном (800) 877-8339. Додатково, інформація про програму може бути доступна іншими мовами, крім англійської.

Для реєстрації скарги з дискримінації щодо участі у програмі, заповніть форму скарги на дискримінацію під час звернення до програми USDA,
AD-3027, її можна знайти в режимі онлайн за посиланням http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html та в будь-якому офісі USDA або напишіть листа, адресованого USDA і надайте в листі всю інформацію, запитану в формі. Щоб відправити запит на отримання копії бланка скарги, зателефонуйте за номером (866) 632-9992. Надішліть заповнену форму або лист до USDA одним з наступних способів.

1. На поштову адресу: U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Ave, SW
   Washington, D.C. 20250-9410;
2. По факсу: (202) 690-7442; або
3. На електронну пошту: program.intake@usda.gov

Міністерство сільського господарства США надає рівні можливості, приймає на роботу всіх осіб та надає кредити, застосовуючи однакові для всіх вимоги.

Імміграційний стан та номери соціального забезпечення

Можливо, ви можете отримати допомогу для деяких осіб, із якими ви живете, навіть якщо ці особи не можуть отримати допомогу через свій імміграційний статус. Ви повинні повідомити нас щодо імміграційного статусу будь-якої особи, яка подає заяву. Імміграційний статус членів сім'ї може бути перевірений службою USCIS (раніше відома як INS). Інформація, отримана від USCIS, може вплинути на право отримання послуг та суму пільг. У нас є програма медичного страхування, яке може покривати витрати декількох іноземних громадян.

Згідно Федерального закону (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), ви повинні надати нам номер соціального забезпечення (SSN) для кожного, хто живе з вами та надає заяву на програму отримання медичного страхування Washington Apple Health. Тимчасової допомоги нужденним сім'ям (TANF) або допомогу з продуктами харчування. Нам також потрібні номери SSN батьків та чоловіка або дружини , які живуть разом із вами, але не надають заяв. У нас є медичні страхування для деяких осіб, які не мають номерів SSN.

Громадянство та національна ідентичність для програми Washington Apple Health

Громадяни США повинні довести громадянство та національну ідентичність для отримання медичного страхування за програмою Washington Apple Health. Ми можемо допомогти вам отримати доказ. Якщо нам буде потрібний документ, що коштує грошей, ми надішлемо запит на цей документ і сплатимо кошти. Нам не потрібні підтвердження для будь-кого з вашої сім'ї, хто отримує пільги за програмами Медикейр (Medicare), Страховий план соціального забезпечення через інвалідність (SSDI), якщо це засновано на їх власній інвалідності або на основі програми Додаткового соціального доходу (SSI).

Повернення штатові боргів за медичну допомогу та довготривалий догляд

Відповідно до закону штату Вашингтон про відшкодування коштів за рахунок майна (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080), вам, можливо, доведеться за рахунок майнаповернути штатові витрати, сплачені за деякі види медичної допомоги і довгострокових послуг, які ви отримали після досягнення 55-річного віку. Не існує обмежень за віком, якщо ви отримали тільки фінансовані штатом послуги. Відшкодування коштів за рахунок майна починається після смерті; оплата проводиться після смерті другого з подружжя, або коли ваша дитина (діти) досягне (досягнуть) віку 21 року, якщо дитина не була сліпою/інвалідом на час вашої смерті. Штат також може висунути право застави на Вашу нерухомість до Вашої смерті, в будь-якому віці, якщо ви живете в будинку для літніх людей і навряд чи повернетесь додому. Штат може зібрати заставу, якщо ви продаєте або передаєте майно або після вашої смерті. Якщо ви повернетесь додому, штат звільнить вас від цієї вимоги. Додаткову інформацію, включаючи перелік послуг, що підлягають відшкодуванню за рахунок нерухомості, можна знайти в розділі 182-527 WAC.

Конфіденційність та допомога готівкою та продуктами харчування

Закон про продовольство та харчування 2008 року дозволяє нам збирати інформацію, яку ми просимо надати для написання заяви. Надання інформації, яка запитується, є добровільним, однак відмова надати інформацію без поважної причини може призвести до відмови в наданні допомоги з основними продуктами харчування (програма Basic Food). Ми перевіряємо деяку інформацію за допомогою програм, які узгоджуються з комп'ютерними даними, включаючи федеральну систему підтвердження розміру доходів і права на допомогу (Income and Eligibility Verification System, IEVS).

Ми користуємося цією інформацією для:	**Ми можемо надати цю інформацію, щоб:**
• Вирішити, хто має право брати участь у наших програмах. • Збирати надмірні сплати при наданні допомоги продуктами харчування. • Керувати своїми програмами. • Бути впевненими, що ми дотримуємося закону.	• Федеральним агенціям та агенціям штату для офіційного застосування. • Агенціям, що впроваджують закони в дію, для виявлення осіб, які переховуються з метою уникнення закону. • Приватним агенціям для збору коштів для накопичення надмірних сплат за допомогу продуктами харчування.

Інформація, яку ви надасте до Департаменту соціального забезпечення та охорони здоров'я (Department of Social and Health Services), може вплинути на право користування страховим покриттям, що керується Управлінням охорони здоров'я (Health Care Authority) та системою Health Benefit Exchange.

Попередження про покарання при порушеннях у отриманні допомоги продуктами харчування

Ми перевіряємо через інші відомства правильність наданої вами інформації. Якщо будь-яка інформація є неправильною, то особи, які надали заяви, можуть не отримати допомогу продуктами харчування.

На будь-якого учасника програми, який навмисне порушив якесь правило, можуть бути накладені санкції.

- Залучення до відповідальності відповідно до чинного федерального законодавства і законів штату.
- Виключення з участі в програмі SNAP на термін від одного року до постійної заборони на участь.
- Грошовий штраф на суму до 250 000 доларів.
- Тюремне ув'язнення на термін до 20 років.
- Виключення з програми SNAP протягом додаткових 18 місяців за рішенням суду.

Якщо суд визнає вас винним у отриманні прибутку в результаті дій, пов'язаних з	**Ви можете бути**
• Продажем контрольованої речовини	Виключені на термін від двох років до постійної заборони.
• Продажем вогнепальної зброї, патронів або вибухових речовин	Виключені назавжди.
• Незаконним обігом пільг на загальну суму понад 500 доларів	Виключені назавжди.
• Шахрайством з місцем проживання або персональними даними	Виключені на 10 років.

Washington State Department of Social & Health Services

Перегляд відповідності критеріям

Eligibility Review

Будь ласка, зверніться до нас, якщо ви потребуєте допомоги в заповненні цієї форми.

1. ІМ'Я ПО БАТЬКОВІ ПРІЗВИЩЕ	ПІДПИС ЗАЯВНИКА АБО УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА (ОБОВ'ЯЗКОВО)	2. ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР (ID) КЛІЄНТА (ЯКЩО ВІДОМИЙ)
3. НАЗВА ВУЛИЦІ, ДЕ ВИ ЖИВЕТЕ МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС		4. ДОМАШНІЙ / БАЖАНИЙ ДЛЯ КОРИСТУВАННЯ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
5. ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ) МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС		6. ІНШИЙ(І) НОМЕР(И) ТЕЛЕФОНУ(ІВ)
		7. АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ

8. Я подаю заяву на (зазначте все, що відповідає):
- ☐ Готівку
- ☐ Харчі
- ☐ Страхове покриття лікування для людей похилого віку, незрячих або інвалідів
- ☐ Послуги хоспису
- ☐ Послуги будинку-інтернату для осіб похилого віку
- ☐ Ощадну програму Medicare
- ☐ Догляд з проживанням / Сімейний будинок для дорослих
- ☐ Медичне обслуговування для працівників з інвалідністю (HWD)
- ☐ Послуги довготривалого догляду на дому

9. Я або хто-небудь з членів моєї сім'ї (зазначте все, що відповідає): ☐ Піддається побутовому насильству
- ☐ Має інвалідність ☐ Не може працювати через проблеми зі здоров'ям
- ☐ Вагітна; вкажіть ім'я та прізвище: _____ дата пологів: _____

10. Скільки грошей ваша сім'я отримає за цей місяць, за вашим очікуванням? $_____
11. Скільки грошей ваша сім'я має готівкою та на банківських рахунках? $_____
12. Скільки грошей ваша сім'я сплачує за оренду житла або за внесок коштів на житло? $_____
13. За які комунальні послуги платить ваша сім'я? ☐ Опалення/кондиціонер ☐ телефон ☐ інше: _____
14. Чи є хтось у вашій сім'ї сезонним або подорожуючим працівником на фермі? ☐ Так ☐ Ні
15. Якщо ви надаєте заяву про допомогу продуктами харчування, для скількох людей у вашій сім'ї ви купуєте харчі та готуєте їжу? _____

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

16. ☐ Мені потрібен усний перекладач. Я розмовляю: ____ або ☐ мовою знаків; перекладіть мої листи на: ____

17. Перерахуйте кожного з вашої сім'ї, навіть якщо ви не надаєте для них заяву (прикладіть додаткові аркуші, якщо необхідно).

ІМ'Я (ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я, ПО-БАТЬКОВІ)	СТАТЬ	ЯК З ВАМИ СПОРІДНЕНА ЦЯ ОСОБА?	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ЗАЗНАЧТЕ, ЧИ ВИ ХОЧЕТЕ ОТРИМУВАТИ ПІЛЬГИ ДЛЯ ЦІЄЇ ОСОБИ	НЕОБОВ'ЯЗКОВО ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ НЕ ПОДАЮТЬ ЗАЯВУ			
					НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	ЗАЗНАЧТЕ, ЧИ ВИ Є ГРОМАДЯНИНОМ США	РАСА (ПОДИВІТЬСЯ ПРИКЛАДИ НИЖЧЕ)	НАЗВА ПЛЕМЕНІ (для американських індіанців, осіб, народжених в штаті Аляска)
		Особисто я		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

18. Моє етнічне походження іспанське або латиноамериканське: ☐ Так ☐ Ні

Надання інформації про расу та етнічне походження є добровільним і не вплине на право отримання послуг або розмір пільг. Ця інформація використовується для забезпечення пільг за програмою, які розподіляються незалежно від раси, кольору шкіри або національного походження. Для отримання допомоги продуктами харчування в США нам треба відповісти від вашого імені, якщо ви не надали ніякої інформації. **Приклади рас:** Біла, чорна чи афроамериканець, монголоїдна, корінний гаваєць, представник корінного населення тихоокеанських островів, американський індіанець, корінний аляскінець чи будь-яка комбінація рас.

Barcode label

14078

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ЗАЯВНИКА	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА

I. Загальна інформація

1. Протягом останніх 30 днів я отримав(ла) гроші готівкою або продукти харчування з іншого штату, племені або іншого джерела. ☐ Так ☐ Ні
2. Хтось з тих, кого я включив у заяву, живе за межами штату Вашингтон: ☐ Так ☐ Ні Хто: _____
3. Я або будь-яка особа з моєї сім'ї є іноземцем, якого спонсорують: ☐ Так ☐ Ні Хто: _____
4. Я або будь-хто з членів моєї сім'ї віком 16 років або старше відвідує (зазначте все, що відповідає): ☐ середню школу ☐ освітню установу за програмою освіти, еквівалентною середній освіті ☐ коледж ☐ професійне училище Хто: _____
5. Будь-яка особа тимчасово відсутня та не живе в моєму домі: ☐ Так ☐ Ні Хто: _____
6. Я або один з членів моєї сім'ї служив у Збройних силах США, Національній гвардії чи у резерві, або був утриманцем або чоловіком/дружиною особи що служила: ☐ Так ☐ Ні Якщо так, хто: _____
7. Я або будь-хто, кого я включив у заяву, переховується від законодавчих органів, щоб уникнути суду або в'язниці за вчинене порушення закону: ☐ Так ☐ Ні
8. Я проживаю в: ☐ Своєму власному будинку або квартирі ☐ Гуртожитку ☐ Інше: _____
   ☐ Установа (зазначте вид): _____ Дата початку проживання: _____
9. Я: ☐ Неодружений/незаміжня ☐ Одружений/заміжня ☐ Розлучений(-а) ☐ Живу окремо від чоловіка або дружини ☐ Вдівець чи вдова ☐ Перебуваю в офіційно зареєстрованих відносинах співжиття
10. Я або хтось із моєї сім'ї звинувачувалися в обміні отриманих за програмою продовольчої допомоги харчів на наркотики після 22 вересня 1996 року: ☐ Так ☐ Ні
11. Я або хтось із моєї сім'ї звинувачувалися в купівлі або продажі продуктів, що надаються в рамках продовольчої програми, за суму понад 500 доларів після 22 вересня 1996 року: ☐ Так ☐ Ні
12. Я або хтось із моєї сім'ї звинувачувалися у використанні програми продовольчої допомоги з метою закупівлі зброї, військового спорядження або вибухових речовин після 22 вересня 1996 року: ☐ Так ☐ Ні
13. Я або хтось із моєї сім'ї звинувачувалися в участі в програмі продовольчої допомоги в більш ніж одному штаті після 22 вересня 1996 року: ☐ Так ☐ Ні
14. Я чи хтось із моєї сім'ї: а. Страйкує: ☐ Так ☐ Ні б. Є квартирантом: ☐ Так ☐ Ні

II. Інформація про медичне страхування (не потрібна для допомоги за програмою Basic Food)

Я, моя дружина або чоловік, або хтось з моїх родичів:

1. Планує перейти для проживання, живе або нещодавно повернувся з медичної установи (наприклад, лікарні або будинку для осіб похилого віку або інвалідів)..... ☐ Так ☐ Ні
2. Потребує допомоги в оплаті рахунків за медичне обслуговування за останні три місяці:..... ☐ Так ☐ Ні
3. Має медичну страховку: ☐ Так ☐ Ні (відмітити все, що підходить) ☐ Medicare (не по програмі Washington Apple Health) ☐ Tricare ☐ Програма довгострокового догляду ☐ Система медичного обслуговування осіб індіанського походження ☐ Інша програма медичного страхування:

III. Ресурси (прикладіть документальні підтвердження, не потрібно при подачі заяви на отримання допомоги за програмами HWD і Basic Food)

Ресурс - це будь-що з вашого власного майна або те, що ви купуєте та можете продати, виставити на продаж або обміняти на готівку чи гроші, які мають інші люди. Ресурс не включає особистої власності, наприклад, меблі або одяг. Прикладами ресурсів є:

- Гроші готівкою
- Витратні рахунки в банку
- Зберігальні рахунки в банку
- Фонди для навчання
- Трасти
- IRA / 401k
- Будинки, ділянки землі, інша нерухомість
- Депозитні сертифікати
- Депозитні рахунки грошового ринку
- Цінні папери
- Пенсійний фонд
- Фонди на поховання, попередньо сплачені плани
- Обладнання для бізнесу
- Домашні сільськогосподарські тварини
- Поліси страхування життя

Будь ласка, вкажіть всі ресурси, якими в ви, ваш чоловік або жінка, чи хтось з людей, включених в заяву, володієте або купуєте:

РЕСУРС	ХТО ВОЛОДІЄ	МІСЦЕ ЗНАХОДЖЕННЯ	ЦІННІСТЬ
			$
			$
			$
			$

2. Я, мій чоловік або моя дружина, чи хтось з людей, включених в заяву, володіють чимось з наступного: машини, траки, фургони, човни, мікроавтобуси, трейлери або інші автомобілі чи моторні пристрої для переміщення:

РІК (наприклад, 1980)	МАРКА (НАПРИКЛАД, ФОРД)	МОДЕЛЬ (НАПРИКЛАД, ЕСКОРТ)	ЗАЗНАЧТЕ, ЯКЩО АРЕНДОВАНИЙ	ЗАЗНАЧТЕ, ЯКЩО ПРИСТРІЙ ДЛЯ ПЕРЕМІЩЕННЯ ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ПОТРЕБ	КІЛЬКІСТЬ У ВОЛОДІННІ
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. Я, мій чоловік/дружина чи будь-хто з тих, на кого я заповнюю заяву, продавав, обмінював або передавав ресурс за останні п'ять років (включаючи довірчі фонди, транспортні засоби, готівку чи житлові маєтки)? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, що саме:_____коли: _____

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ЗАЯВНИКА	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА

IV. Щорічні виплати (інвестиції, зроблені кожним членом сім'ї для отримання постійних виплат в поточний час або в майбутньому).

ХТО ВОЛОДІЄ ЩОРІЧНИМИ ВИПЛАТАМИ?	КОМПАНІЯ ЧИ ОРГАНІЗАЦІЯ?	КІЛЬКІСТЬ АБО ЦІННІСТЬ	МІСЯЧНИЙ ДОХІД	ДАТА ПРИДБАННЯ
		$	$	
		$	$	
		$	$	

Якщо ви або ваш чоловік чи ваша дружина отримуєте будь-які щорічні виплати та при цьому отримуєте довгостроковий догляд в рамках програми Washington Apple Health або страхування за програмою SSI або CN, ви повинні назвати штат Вашингтон бенефіціарієм із правом отримання щорічних виплат.

V. Зароблений дохід (прикладений доказ)

1. Я, мій чоловік або моя дружина, чи хтось з людей, включених в заяву, мав роботу, з якої пішов у останні 30 днів: ☐ Так ☐ Ні
2. Я, мій чоловік/дружина чи будь-хто з тих, на кого я складаю заяву, мають доходи від роботи: ☐ Так ☐ Ні
   Якщо так, будь ласка, заповніть цей розділ:

ХТО ЗАРОБЛЯЄ ЦЕЙ ДОХІД _____ ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ, НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ _____ ДАТА ПОЧАТКУ РОБОТИ _____ Чи це є самостійна трудова діяльність? ☐ Так ☐ Ні Щомісячна сума витрат на ведення підприємницької діяльності самозайнятою особою: $_____	ЗАГАЛЬНА СУМА ОТРИМАНИХ КОШТІВ (СУМА В ДОЛАРАХ ДО ВІДРАХУВАНЬ) $_____кожну: ☐ годину ☐ тиждень ☐ два тижні ☐ два рази на місяць ☐ місяць Годин за тиждень: _____ Дати надходження платні (напр. 1 та 15 числа чи щоп'ятниці):
ХТО ЗАРОБЛЯЄ ЦЕЙ ДОХІД _____ ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ, НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ _____ ДАТА ПОЧАТКУ РОБОТИ _____ Чи це є самостійна трудова діяльність? ☐ Так ☐ Ні Щомісячна сума витрат на ведення підприємницької діяльності самозайнятою особою: $_____	ЗАГАЛЬНА СУМА ОТРИМАНИХ КОШТІВ (СУМА В ДОЛАРАХ ДО ВІДРАХУВАНЬ) $_____кожну: ☐ годину ☐ тиждень ☐ два тижня ☐ два рази на місяць ☐ місяць Годин за тиждень: _____ Дати надходження платні (напр. 1 та 15 числа чи щоп'ятниці):

VI. Інший дохід (прикладіть доказ, вкажіть дані для всіх членів сім'ї)

- Пільги для непрацюючих осіб
- Соціальне забезпечення
- Племінні надходження
- Прибутки від ігор
- Освітні пільги (студентські кредити, гранти, робота-і-навчання)
- Додатковий соціальний дохід (SSI)
- Аліменти на дітей або підтримання чоловіка чи жінки
- Пільги для залізничників
- Дохід від ренти
- Пенсійні виплати або пенсія
- Надходження від Управління зі справ ветеранів чи військослужбовців
- Робота та промисловість (L&I)
- Трасти
- Проценти/дивіденди

НЕТРУДОВИЙ ПРИБУТОК	ХТО МАЄ ДОХІД?	ЗАГАЛЬНА СУМА ЗА МІСЯЦЬ
		$
		$
		$
		$

VII. Інформація щодо щомісячних витрат

АРЕНДА	КРЕДИТ НА НЕРУХОМІСТЬ	АРЕНДА ПЛОЩІ	СТРАХУВАННЯ ВЛАСНИКА ДОМА	ПОДАТКИ НА ВЛАСНІСТЬ	ІНШІ ВИТРАТИ
$	$	$	$	$	$

За які комунальні послуги платить ваша сім'я, крім орендної або іпотечної плати? ☐ Опалення (електричне/газове) ☐ Електрика (крім опалення) ☐ Вода ☐ Домашній/мобільний телефон ☐ Каналізація ☐ Вивезення сміття

Інша особа або агентство, наприклад, те, що надало субсидію на будівництво житла, допомагає мені частково чи повністю компенсувати такі витрати: ☐ Так ☐ Ні Якщо так, хто: _____Які витрати: _____
Сума, яку вони сплачують: $ _____

☐ Протягом останніх 12 місяців я отримував(-ла) допомогу відповідно до Закону про сприяння в оплаті енергоносіїв малозабезпеченим особам (LIHEAA).

Я, мій чоловік або моя дружина, чи хтось з людей, включених в заяву, сплачують або повинні платити (зазначте все, що відповідає):

☐ Піклування про дитину чи дорослого на утриманні (включаючи транспортні витрати)	Щомісячна сума: $	Хто платить:
☐ Рахунки за надання медичної допомоги особам із інвалідністю або тим, кому 60 років та більше (включаючи транспортні витрати і внески по медичному страхуванню)	Щомісячна сума: $	Хто платить:
☐ Аліменти на утримання дітей (Додайте докази)	Щомісячна сума: $	Хто платить:

Якщо ви не повідомите про будь-яку з вище зазначених витрат, ми вважатимемо, що члени вашої сім'ї не бажають вирахувати цю суму із загального доходу.

VIII. Уповноважений представник

Уповноважений представник - це та особа, якій ви дозволяєте обговорювати ваші пільги з робітниками відділу DSHS. Ви можете назвати будь-яку особу, але ми не вимагаємо цього.

У вас є уповноважений представник? ☐ Так ☐ Ні
Чи ця особа є вашим офіційним опікуном? ☐ Так ☐ Ні
Чи має ця особа доручення, завірене нотаріусом? ☐ Так ☐ Ні

Вам може знадобитися заповнити форму «Призначення уповноваженого представника» (Authorized Representative form, DSHS 14-532), якщо ви поновлюєте ваше медичне страхування.

ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я	ВІДНОШЕННЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

АДРЕСА ВУЛИЦІ	МІСТА	ШТАТУ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

Реєстрація осіб, які мають право голосу

Департамент пропонує послуги з реєстрації осіб, які мають право голосу, відповідно до вимог національного акту реєстрації осіб, які мають право голосу, 1993 року. **Якщо ви подасте заявку на реєстрацію або відмову від реєстрації на участь у голосуванні, це не вплине на послуги або розмір пільг, які вам може надати ця агенція.** Якщо ви хочете отримати допомогу при заповненні форми для реєстрації осіб, які мають право голосу, ми допоможемо вам. Реєстрація осіб, які мають право голосу Ви можете заповнити форму реєстрації особи, яка голосує, приватно. Якщо ви вважаєте, що хтось втручається у ваше право на реєстрацію, або відмову від реєстрації для голосування, ваше право на приватність у прийнятті рішення щодо реєстрації або поданні заявки на реєстрацію для голосування, або ваше право на вибір вашої власної політичної партії чи інші політичні уподобання, ви можете заповнити скаргу за адресою: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

Чи бажаєте ви зареєструватися для голосування або поновити вашу реєстрацію для голосування? ☐ Так ☐ Ні

Якщо ви не відзначили жодного пункту, буде вважатися, що ви вирішили цього разу не реєструватися для голосування.

Заява та підписи

Якщо направляється заява на грошову допомогу готівкою, всі дорослі особи (або уповноважений представник) в сім'ї повинні поставити свої підписи. Якщо направляється заява на продовольчу допомогу та медичне страхування підпис повинен поставити заявник (або уповноважений представник).

Я розумію, що повинен:

- надати правильну інформацію та дотримуватись вимог про надання даних.
- надати доказ, що я відповідаю вимогам.
- передати штату Вашингтон певні права виплат аліментів, якщо я отримаю тимчасову допомогу для нужденних сімей (TANF). Однак, я можу просити відділ DSHS не наполягати на виплаті аліментів на дитину (дітей), якщо це може загрожувати небезпекою мені або моїй (м) дитині (дітям).
- дотримуватися вимог надання допомоги з продуктами харчування.

Якщо я не виконаю ці умови, то мені можуть відмовити в наданні пільг, або мені треба буде повернути їх вартість.
Я розумію, що можу бути покараним згідно закону, якщо я свідомо роблю невірну заяву або не повідомляю щось таке, про що я повинен написати.
Я уповноважую відділ DSHS звернутись за необхідності до інших осіб або агенцій, щоб допомогти мені отримати доказ про відповідність вимогам.
Для заяв щодо отримання грошової допомоги готівкою або продовольчої допомоги: я прочитав або мені пояснили мої права та обов'язки, і я отримав примірник документа «Права та обов'язки клієнта, DSHS 14-113». Для заяв щодо отримання медичного страхування: я прочитав або мені пояснили мої права та обов'язки, і я отримав примірник документа «Права та обов'язки клієнта, HCA 18-003», **Я підтверджую або проголошую, під присягою відповідно до законів штату Вашингтон, що інформація, яку я надав(-ла) у даній заявці, включаючи інформацію стосовно громадянства та імміграційного статусу членів, що подають заявку на переваги, є правдивою, вірною та повною відповідно до моїх знань.**

ПІДПИС ЗАЯВНИКА	ДАТА	НАДРУКОВАНЕ ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ЗАЯВНИКА МІСТО І ШТАТ, ДЕ ПІДПИСАНО
ІНШИЙ ПІДПИС ДОРОСЛОГО ЗАЯВНИКА	ДАТА	НАДРУКОВАНЕ ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ІНШОГО ДОРОСЛОГО МІСТО І ШТАТ, ДЕ ПІДПИСАНО
ПІДПИС ПОМІЧНИКА АБО ПРЕДСТАВНИКА	ДАТА	НАДРУКОВАНЕ ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ПРЕДСТАВНИКА МІСТО І ШТАТ, ДЕ ПІДПИСАНО
ПІДПИС СВІДКА, ЯКЩО ПІДПИСАНО «X»	ДАТА	НАДРУКОВАНЕ ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ СВІДКА