

老年公民服务申请书

Senior Citizens Services Application

我们十分高兴您愿意参加老年公民服务计划，并希望能为您提供服务。

我们需要以下情况，以便确定您是否符合资格获得免费服务或费用优惠的服务。符合以下条件者有资格提出申请：

1. 年满60岁，未就业或每周工作时间不超过20小时
2. 年龄为65岁或以上。

第 1 步	姓氏	名字	中间名	年龄	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	出生日期（月/日/年）	
	邮件地址（街道名称与门牌号码，公寓号码）			城市	州	邮政编码	电话号码（包括区域号码）
	种族/族裔：自愿填写（请勾选一项）						
	<input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人/非洲裔美国人 <input type="checkbox"/> 美国印第安人或阿拉斯加本土居民 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 拉丁裔/非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷本土居民或其他太平洋群岛居民 <input type="checkbox"/> 双重或多重族裔混血：						
若年满 60 岁，但尚未超过 65 岁，则请回答以下问题							
<input type="checkbox"/> 目前未就业 <input type="checkbox"/> 目前就业： <input type="checkbox"/> 每周工作时间为 20 小时或以下 <input type="checkbox"/> 每周工作时间超过 20 小时							
第 2 步	家中居住者人数及家庭资产（请勿包含居民住宅、汽车或人寿保险的退保金值）						
	请勾选一项						
			是	否			
	<input type="checkbox"/> 一(1)口人	\$10,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 两(2)口人	\$15,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 三(3)口人	\$16,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 四(4)口人	\$17,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 五(5)口人	\$18,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
家庭月收入总额为：\$ _____							
若您的家庭收入为/或低于州收入中值的 40%，并且在以上对应您家庭规模的资产项下选择了“是”，您可能有资格以低于正常收费标准的费率获得服务。							
由辅导员 / 服务提供者填写							
将要求您为每一项服务支付相当于服务费用 _____% 的费用。							
第 3 步	社会福利服务部声明						
	您所提供的情况将用于确定您是否符合资格获得依据老年公民服务法案由服务提供者提供的服务。这些情况也可用于汇编统计资料，并在其它方面协助本计划的实施管理。将依据华盛顿州法律对个人情况加以严格保密。社会福利服务部可能会在今后与您联络，以便复审您的资格条件。						
	申请人之内容理解声明						
	本人已阅读并理解上述内容；并郑重声明：据我所知，本人提供的以上情况属实且完整。						
申请人签名			日期		代申请人签名		
负责审阅申请书的辅导员 / 服务提供者							
已审阅此申请书，以确定其内容是否准确。							
DSHS / 服务提供者获授权之代表			日期		代申请人签名		

申请老年公民服务计划者拥有特定权利，并有权要求他人尊重这些权利。您还必须履行特定责任义务，以便您符合资格并继续获得服务。

您的权利 – 您有如下权利：

1. 申请获得由老年公民服务计划提供的任何协助或服务。
2. 受到礼貌和公平的对待；并且不会由于种族、肤色、信仰、性别、性取向、宗教、政治信仰、残障、原国籍、年龄、退伍军人身份或军人身份而受到歧视。
3. 在您提出申请后及时获得处理决定（10天之内）。
4. 要求仅可将您所提供的情况用于必要的计划实施管理，且不得出于任何其它目的而披露或使用这些情况。
5. 请求耆英服务地区办事处举行非正式听证。如果您不满意非正式听证的裁定结果，则可以请本部根据华盛顿州行政法规WAC第388-02章之规定举行一次行政听证会。

您的责任义务 – 您需承担以下责任义务：

在您的申请书以及用于确定您资格条件的所有其它表格中提供正确且完整的情况。

向其它来源申请您可能有资格获得的任何服务，并使用这些服务。

若您更改姓名、地址，或者您境况的变化（例如收入、经济来源或家庭组成等），而且此类变化可能会影响您的资格条件或您应支付的服务费用金额，则应向服务提供者报告这些变化。