

درخواست Cash or Food Assistance (مساعدت نقدی یا غذایی)

اگر برای مطالعه یا تکمیل این فرم نیاز به کمک دارید، لطفاً از ما کمک بگیرید.
این صفحه را برای سوابق خود نگه دارید.



چگونه برای مساعدت نقدی یا غذایی اقدام کنم؟

- شما می توانید فرآیند را با ارسال این درخواست به شکل حضوری در یکی از دفاتر خدمات اجتماعی **آغاز کنید**. این درخواست باید شامل نام، آدرس، و امضاء یا امضای نماینده قانونی شما باشد. شما می توانید درخواست خود را حتی با داشتن تنها سه فقره از این موارد، بلافاصله ثبت کنید.
- شما می توانید از مزایای بیشتری بهره مند شوید و سریعتر آن ها را دریافت کنید تنها اگر فرآیند را آغاز، تکمیل و درخواست خود و سایر اطلاعات مورد نیاز ما را در اسرع وقت ارائه دهید.
- شما می توانید درخواست خود را به یک دفتر محلی ببرید. برای آگاهی از موقعیت های مکانی دفاتر به www.dshs.wa.gov مراجعه کنید.
- درخواست خود را به 1-888-338-7410 فکس کنید
- درخواست خود را به این آدرس پست کنید:
DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- همچنین می توانید به صورت آنلاین از طریق www.washingtonconnection.org اقدام کنید.
- برای پوشش بیمه بهداشت و درمان، شما یا باید به صورت آنلاین از طریق www.wahealthplanfinder.org اقدام کنید، یا با شماره **1-855-923-4633** تماس بگیرید، یا با استفاده از **HCA Application for Health Care Coverage (HCA 18-001)** درخواست HCA برای پوشش بیمه بهداشت و درمان اقدام کنید.

پس از چه مدت می توانم مساعدت نقدی یا غذایی را دریافت کنم؟

- اگر بلافاصله به مساعدت غذایی نیاز دارید، سوالات 1 تا 14 را پر کنید و این فرم را به دفتر محلی خود ببرید.
- ما ظرف مدت 7 روز تصمیم می گیریم آیا شما واجد شرایط مساعدت غذایی هستید، به شرطی که مدارک اثبات هویت خود را ارائه دهید و یکی از موارد زیر برای شما صدق کند:
 - در این ماه خانوار شما کمتر از \$150 درآمد ناخالص و کمتر از \$100 منابع نقدینگی خواهد داشت.
 - درآمد و منابع خانوار شما کمتر از اجاره و پول آب و برق و تلفن و گاز زندگی ماهانه تان است.
 - خانوار شما شامل یک مهاجر بی بضاعت یا کارگر فصلی مزرعه است.
- مزایای یک روز پس از اینکه ما تصمیم گرفتیم واجد شرایط هستید، ارسال خواهد شد. ما موظفیم طی 30 روز از زمانی که درخواست خود را ارسال کردید، در مورد اینکه آیا شما واجد شرایط مساعدت غذایی هستید یا خیر، تصمیم گیری کنیم. مساعدت غذایی معمولاً از روزی که ما درخواست شما را دریافت کنیم، آغاز می گردد. اگر درخواست خود را از طریق یک مؤسسه ارسال می کنید، تاریخ شروع همان تاریخ آزادی یا مرخص شدن است. مساعدت نقدی معمولاً از روزی که ما تمامی اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم گیری در مورد واجد شرایط بودن شما را در اختیار داشته باشیم، آغاز می گردد.

حقوق مدنی

بر اساس قوانین حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاست های حقوق مدنی (USDA, U.S. Department of Agriculture) USDA، نهاد ها، دفاتر، کارمندان، و مؤسسات مشارکت کننده ی آن در مدیریت برنامه های USDA از هرگونه تبعیض مبتنی بر نژاد، رنگ پوست، ملیت، مذهب، جنسیت، هویت جنسیتی (بیان جنسیت)، گرایش جنسی، معلولیت، سن، وضعیت تأهل، وضعیت خانوادگی/سرپرستی، درآمد به واسطه برنامه های کمک های مردمی، عقاید سیاسی، یا تلافی یا انتقام جویانه بخاطر فعالیت های مدنی پیشین، در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA هدایت یا پشتیبانی مالی می شود، منع شده اند (تمام این مینا ها در همه برنامه ها اعمال نمی شود). ضرب العجل های زمانی ارسال دادخواهی و طرح شکایات، بسته به برنامه متفاوت است.

افراد دارای معلولیت که برای دسترسی به اطلاعات برنامه به وسایل ارتباطی جایگزین احتیاج دارند (مانند، خط بریل، چاپ بزرگ، صوت، زبان اشاره آمریکایی و غیره). باید با نهاد مربوطه مسئول یا مرکز TARGET در USDA با شماره تلفن 720-2600 (202) (صوتی یا TTY) یا با USDA از طریق Federal Relay Service به شماره 877-8339 (800) تماس حاصل نمایند. هم چنین، اطلاعات برنامه ممکن است به زبان هایی غیر از زبان انگلیسی نیز در دسترس باشد.

جهت طرح شکایت مبنی بر تبعیض در برنامه، فرم USDA Program Discrimination Complaint، AD-3027، را تکمیل کنید، این فرم بصورت آنلاین در http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html یا در هر یک از دفاتر USDA قابل دسترسی است؛ یا می توانید به نشانی USDA نامه ای بنویسید و تمام اطلاعات درخواستی در فرم را ارائه دهید. برای درخواست یک نسخه کپی از این فرم شکایت، با 9992-632 (866) تماس بگیرید. فرم یا نامه تکمیل شده خود را از طریق زیر به USDA ارسال کنید:

- نشانی پستی: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- فکس: (202) 690-7442؛ یا
- ایمیل: program.intake@usda.gov

USDA ارائه کننده، کارفرما و قرض دهنده ی فرصت های برابر است.

وضعیت مهاجرت و شماره های تأمین اجتماعی

شما ممکن است بتوانید برای بعضی از افرادی که با آن ها زندگی می کنید، مساعدت دریافت کنید؛ حتی اگر افراد دیگری که با شما زندگی می کنند به علت وضعیت مهاجرت خود قادر به این کار نباشند. شما باید به ما وضعیت مهاجرت افراد متقاضی را اعلام کنید. وضعیت اشخاص خارجی متقاضی که جزء اعضای خانوار هستند ممکن است منوط به تأیید USCIS (که قبلاً با عنوان INS شناخته میشد) با ارسال اطلاعات از فرم درخواست به USCIS، باشد. اطلاعات دریافتی از USCIS، که مبنی بر این ارسال می باشد، می تواند بر واجد شرایط بودن و مقدار مزایا اثرگذار باشد.

طبق قوانین فدرال (273.6 CFR 7, §205.52 CFR 45)، شما باید شماره تأمین اجتماعی (SSN) هر فردی را که شما با او زندگی می کنید و او متقاضی TANF، یا مساعدت غذایی می باشد، در اختیار ما بگذارید. ما ممکن است هم چنین به SSN های والدین و همسری که با شما زندگی می کنند، اما متقاضی نیستند، نیاز داشته باشیم.

اگر متقاضی دریافت مساعدت غذایی یا دیگر برنامه ها هستید

ما موظفیم از قوانین SNAP برای رسیدگی به درخواست شما پیروی کنیم. این امر شامل رسیدگی به درخواست در محدوده زمانی موردنظر، ارسال اطلاعاتی مناسب، و راهنمایی شما در مورد حقوق اداری خود می باشد. ما نمی توانیم درخواست مساعدت غذایی شما را به علت رد شدن درخواستتان در برنامه های مساعدتی دیگر، رد کنیم.

حریم خصوصی و مساعدت نقدی و غذایی شما

Food and Nutrition Act در 2008، و طبق اصلاحیه آن، به این دپارتمان اجازه جمع آوری اطلاعاتی که برای فرم درخواست نیاز داریم، شامل SSN هر یک از اعضای خانوار را می دهد. ما از SSN ها برای بررسی هویت، تأیید صلاحیت، پیشگیری از کلاه برداری و جمع آوری دعاوی استفاده می کنیم. ما جهت مدیریت برنامه خود و پیروی از قوانین، این اطلاعات را با دیگر نهاد ها رد و بدل می کنیم. ارائه این اطلاعات درخواستی داوطلبانه است. اگرچه، عدم ارائه یک SSN یا مدارک اثبات درخواست برای یک SSN بدون ذکر دلیل مناسب منجر به رد درخواست مساعدت Basic Food (غذاهای اساسی) برای هر فردی که SSN را ارائه نکند، می گردد، ما برخی اطلاعات را با برنامه های تطبیقی رایانه ای مانند سامانه درآمد و تأیید صلاحیت فدرال (IEVS)، تأیید می کنیم.

اطلاعات گزارش شده به Department of Social and Health Services می تواند بر تأیید صلاحیت برای پوشش بیمه مراقبت های بهداشتی که توسط Health Care Authority and the Health Benefit Exchange انجام می شود، اثرگذار باشد.

| ما از این اطلاعات استفاده می کنیم تا: | ما ممکن است این اطلاعات را در اختیار نهادهای ذیل بگذاریم: |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> تصمیم گیری کنیم چه کسی واجد شرایط برای برنامه های ما میباشد. پرداخت های مازاد را گردآوری کنیم. برنامه خود را مدیریت کنیم. از پیروی قوانین اطمینان حاصل کنیم. | <ul style="list-style-type: none"> نهاد های فدرال و ایالتی جهت استفاده رسمی. نهاد های مجری قانون که بدنبال افراد قانون گریز هستند. نهاد های جمع آوری داده خصوصی جهت گردآوری پرداخت های مازاد مساعدت غذایی. |
| اخطار مجازات مساعدت غذایی | |
| <p>ما به وسیله نهاد های دیگر بررسی می کنیم که اطلاعات شما صحیح است. اگر هرگونه اطلاعاتی نادرست باشد، افراد متقاضی ممکن است مساعدت غذایی دریافت نکنند.</p> <p>هر عضوی که عامدانه از هر کدام از قوانین تخطی کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> طبق قوانین فدرال و ایالتی، تحت پیگرد قانونی قرار می گیرد. برای یک سال یا بطور دائم از SNAP منع می شود. تا \$250,000 جریمه می شود. می تواند به مدت 20 سال زندانی شود. در صورت حکم دادگاه، 18 ماه دیگر از SNAP منع می شود. <p>اگر دادگاه شما را گناهکار تشخیص دهد به موجب:</p> <p>دریافت مزایا در نقل و انتقالی که شامل: باشد. شما ممکن است:</p> <ul style="list-style-type: none"> فروش یک ماده مخدر تحت کنترل رد صلاحیت به مدت دو سال یا به طور دائم. فروش سلاح گرم، مهمات، یا مواد منفجره رد صلاحیت دائم. خرید و فروش غیر قانونی مزایای دریافتی روی هم رفته به مبلغ بیش از \$500 رد صلاحیت دائم. فریب اقامتی یا هویتی رد صلاحیت به مدت 10 سال. | |

درخواست Cash and Food Assistance (مساعدت نقدی و غذایی)

اگر در پر کردن این فرم نیاز به کمک دارید، از ما کمک بگیرید.

| 1. نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی | امضاء متقاضی یا نماینده قانونی (ضروری) | 2. شماره شناسایی متقاضی (اگر می دانید) | | | | | | |
|---|--|---|------------|--|---------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| 3. نشانی خیابانی که در آن زندگی می کنید | شهر ایالت کد پستی | 4. شماره تلفن اصلی <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> پیام | | | | | | |
| 5. نشانی پستی (در صورت تفاوت) | شهر ایالت کد پستی | 6. شماره تلفن (های) ثانویه <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> پیام | | | | | | |
| 8. من درخواست می کنم برای (همه موارد منطبق را تیک بزنید): <input type="checkbox"/> پول نقد <input type="checkbox"/> غذا <input type="checkbox"/> مراقبت کودک | | 7. آدرس ایمیل | | | | | | |
| 9. اینجانب یا فردی در خانوار من (همه موارد منطبق را تیک بزنید): <input type="checkbox"/> در معرض خشونت خانگی قرار دارد <input type="checkbox"/> دچار معلولیت است <input type="checkbox"/> به علت مشکلات سلامتی قادر به کار نیست <input type="checkbox"/> حامله است؛ نام: _____ زمان تقریبی زایمان: _____ 10. پیش بینی می کنید خانوار شما در این ماه چه میزان درآمد داشته باشد؟ \$ _____ 11. خانوار شما چه میزان پول نقدی و در حساب های بانکی دارد؟ \$ _____ 12. خانوار شما چه میزان برای اجاره یا بازپرداخت وام مسکن پرداخت می کند؟ \$ _____ 13. خانوار شما برای چه خدماتی هزینه پرداخت می کند؟ <input type="checkbox"/> گرمایش/سرمایش <input type="checkbox"/> تلفن <input type="checkbox"/> دیگر: _____ 14. آیا فردی در خانوار شما کارگر فصلی یا مهاجر مزرعه است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر 15. در صورت درخواست مساعدت غذایی، شما برای چند نفر در خانوار خود غذا می خرید و آماده می کنید؟ _____ 16. در صورت درخواست مراقبت کودک، در چه مواردی نیاز به مساعدت دارید (همه موارد منطبق را تیک بزنید)؟ <input type="checkbox"/> کار <input type="checkbox"/> مدرسه <input type="checkbox"/> FirstWork <input type="checkbox"/> Basic Food Employment and Training (BFET) (آموزش و به کارگیری غذای اصلی) | | | | | | | | |
| فقط برای استفاده ی دفتر - خانوار واجد شرایط برای خدمات سریع: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نخستین حروف نام و نام خانوادگی غربالگر: _____ تاریخ: _____ | | | | | | | | |
| 17. اینجانب نیاز به مترجم دارم. من به این زبان صحبت می کنم: _____ یا <input type="checkbox"/> زبان اشاره؛ نامه های من را ترجمه کنید به: _____ | | | | | | | | |
| 18. تمام افراد خانوار خود را حتی اگر متقاضی درخواست برای آن ها نیستید، فهرست کنید (در صورت لزوم، برگه اضافی ضمیمه کنید). | | | | | | | | |
| نام (کوچک میانی، خانوادگی) | جنسیت | این شخص چه نسبتی با شما دارد؟ | تاریخ تولد | در صورت درخواست مزایا برای این شخص تیک بزنید | شماره تأمین اجتماعی | اگر شهروند آمریکا هستید، تیک بزنید | نژاد (به مثال های زیر مراجعه کنید) | نام قوم (برای آمریکایی هندی ها، بومیان آلاسکا) |
| | | خودم هستم | | <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"/> | | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| 19. پیشینه قومی من هیسپانیک یا لاتین است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | | | | | | | | |
| ارائه اطلاعات پیشینه نژاد و قومیت اختیاری بوده و بر صلاحیت یا میزان مزایا تأثیر نخواهد گذاشت. از این اطلاعات به منظور اطمینان از توزیع مزایای برنامه بدون توجه به نژاد، رنگ پوست، یا ملیت استفاده می شود. برای مساعدت غذایی، USDA الزام می کند چنانچه اطلاعاتی ارائه نشده، ما از طرف شما پاسخ دهیم. مثال نژاد: سفید پوست، سیاه پوست یا آمریکایی آفریقایی تبار، آسیایی، بومی هاوایی، مردم جزایر پاسیفیک، آمریکایی هندی، بومی آلاسکا، یا هر ترکیب دیگری از نژادها. | | | | | | | | |

DSHS 14-001 FA (REV. 01/2018) Farsi



I. اطلاعات کلی

1. در 30 روز گذشته، اینجانب از ایالت، قبیله ایالتی، یا منابع دیگر پول یا غذا دریافت کردم. بله خیر
2. شخصی که برای او متقاضی درخواست هستم خارج از ایالت Washington زندگی می کند: بله خیر چه کسی: _____
3. اینجانب یا شخصی در خانوار من، یک خارجی تحت حمایت مالی است: بله خیر چه کسی: _____
4. اینجانب یا شخصی در خانوار من 16 سال یا بیشتر دارد که در (همه موارد منطبق را تیک بزنید): دبیرستان طرح معادل سازی دبیرستان کالج مدرسه فنی حرفه ای چه کسی: _____
5. شخصی موقتاً خارج از منزل من می باشد: بله خیر چه کسی: _____
6. اینجانب یا شخصی در منزل من در U.S. Armed Forces, National Guard, یا Reserves خدمت کرده یا وابسته به شخصی یا همسر فردی بوده که خدمت کرده است: بله خیر اگر بله، چه کسی: _____
7. اینجانب یا شخصی که برای او متقاضی درخواست هستم در حال فرار از قانون برای اجتناب از دادگاه یا زندان رفتن به علت ارتکاب جرمی جنایی است: بله خیر
8. اینجانب زندگی می کنم در: خانه یا آپارتمان خود خانه گروهی دیگر: _____ تاریخ ورود: _____
9. اینجانب: مجرد متأهل مطلقه جدا شده (بدون طلاق) بیوه در یک همخانگی ثبت شده
10. اینجانب یا شخصی در منزل من متهم به تبادل مساعدت غذایی برای مواد مخدر پس از تاریخ 22 سپتامبر 1996 است: بله خیر
11. اینجانب یا شخصی در منزل من متهم به خرید و فروش بیش از \$500 مساعدت غذایی پس از تاریخ 22 سپتامبر، 1996 است: بله خیر
12. اینجانب یا شخصی در منزل من متهم به تبادل مساعدت غذایی با اسلحه، مهمات یا مواد منفجره پس از تاریخ سپتامبر 22، 1996 است: بله خیر
13. اینجانب یا شخصی در منزل من متهم به دریافت مساعدت غذایی در بیش از یک ایالت پس از تاریخ 22 سپتامبر، 1996 است: بله خیر
14. اینجانب یا شخصی در منزل من: a. در اعتصاب است: بله خیر b. یک مستأجر در خانه کس دیگر است: بله خیر

II. دارایی ها (مدارک اثبات ضمیمه شود؛ تنها برای مساعدت نقدی)

دارایی هر چیزی است که شما در اختیار دارید یا در حال خرید هستید که می توان آن را فروخت، مبادله کرد، یا تبدیل به پول نقد یا پولی کرد که توسط دیگران قابل نگهداری است. دارایی شامل اموال شخصی مانند میلمان، یا البسه نمی شود. مثال هایی از دارایی عبارتند از:

- پول نقد
- ودیعه ها
- حساب های جاری
- IRA / 401k
- گواهی های سپرده
- حساب سپرده بازار سرمایه
- حساب های پس انداز
- خانه ها، زمین یا ساختمان
- اوراق قرضه
- کمک هزینه کالج
- ها
- صندوق بازنشستگی
- دام
- بیمه عمر
- وجوه احتیاطی تدفین، طرح های پیش پرداخت
- تجهیزات تجاری

لطفاً دارایی های تحت مالکیت یا در حال خرید را، برای خود، همسر خود، یا هر شخصی که برای او متقاضی درخواست هستید، فهرست کنید:

| ارزش | مکان | مالک | دارایی |
|------|------|------|--------|
| \$ | | | |
| \$ | | | |
| \$ | | | |
| \$ | | | |

2. اینجانب، همسر من، یا شخصی که برای او متقاضی درخواست هستم، صاحب ماشین، کامیون، وانت، قایق، وسیله تفریحی، تریلر یا سایر وسایل نقلیه موتوری می باشد:

| سال (مثلاً 1980) | سازنده (مثلاً فورد) | مدل (مثلاً اسکورت) | در صورت اجاره تیک بزنید | اگر وسیله نقلیه برای موارد پزشکی استفاده می شود، تیک بزنید | مقدار بدهی |
|------------------|---------------------|--------------------|--------------------------|--|------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ |

3. اینجانب، همسر من، یا شخصی که برای او متقاضی درخواست هستم، در دو سال گذشته یک دارایی را فروخته، مبادله کرده، بخشیده، یا واگذار گردانیده (از جمله ودیعه ها، وسیله نقلیه یا حقوق عمری): بله خیر اگر بله، چه چیزی: _____ چه زمانی: _____

III. حقوق یا مقرری های سالیانه (سرمایه گذاری های انجام شده توسط هر یک از اعضای خانوار در ازای دریافت پرداخت هایی منظم در زمان حال یا آینده.)

| مقرری سالیانه متعلق به چه کسی می باشد؟ | شرکت یا مؤسسه؟ | مقدار یا ارزش | درآمد ماهیانه | تاریخ خرید |
|--|----------------|---------------|---------------|------------|
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |

| | | |
|------------|---------------------|----------------------|
| نام متقاضی | شماره تأمین اجتماعی | شماره شناسایی متقاضی |
|------------|---------------------|----------------------|

VI. درآمد کسب شده (مدارک اثبات ضمیمه شود)

- اینجانب، همسر من، یا شخصی که برای او متقاضی درخواست هستم، شغلی داشت که طی 30 روز گذشته به پایان رسید: بله خیر
- اینجانب، همسر من، یا شخصی که برای او متقاضی درخواست هستم، از محل کار درآمد دارد: بله خیر
اگر بله، لطفاً این قسمت را تکمیل کنید:

| | |
|--|---|
| چه کسی این درآمد را کسب می کند | مبلغ دریافتی ناخالص (به دلار قبل از اعمال کسری ها) \$ _____ هر: _____ ساعت <input type="checkbox"/> هفته _____ دو هفته <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماه ساعت در هفته: _____ تاریخ دریافت حقوق (برای مثال 1 ^م و 15 ^م ، یا هر جمعه): _____ |
| نام و شماره تلفن کارفرما | |
| تاریخ شروع | |
| آیا این شغل به صورت خویش فرما است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | میزان هزینه ماهیانه خویش فرما: \$ _____ |

| | |
|--|---|
| چه کسی این درآمد را کسب می کند | مبلغ دریافتی ناخالص (به دلار قبل از اعمال کسری ها) \$ _____ هر: _____ ساعت <input type="checkbox"/> هفته _____ دو هفته <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماه ساعت در هفته: _____ تاریخ دریافت حقوق (برای مثال 1 ^م و 15 ^م ، یا هر جمعه): _____ |
| نام و شماره تلفن کارفرما | |
| تاریخ شروع | |
| آیا این شغل به صورت خویش فرما است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | میزان هزینه ماهیانه خویش فرما: \$ _____ |

V. درآمد های دیگر (مدارک اثبات ضمیمه شود؛ برای تمام افراد خانوار گزارش شود)

- مزایای بیکاری
- درآمد تأمین اجتماعی
- درآمد طایفه ای
- درآمد از طریق بازی کردن
- مزایای آموزشی (وام های دانشجویی، کمک هزینه ها، کار - درس)
- درآمد اضافی تأمین اجتماعی (SSI)
- حمایت کودک یا نفقه ی همسر
- مزایای کارکنان راه آهن
- درآمد اجاره
- بازنشستگی یا مستمری
- اداره کهنه سربازان (VA) یا مزایای نظامی
- کار و صنایع (L&I)
- ودیه ها
- سود / سود سهام

| نوع درآمد غیرمرتبط به شغل | چه کسی این درآمد را میگیرد؟ | مبلغ ناخالص ماهانه |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------|
| | | \$ _____ |
| | | \$ _____ |
| | | \$ _____ |
| | | \$ _____ |
| | | \$ _____ |

IV. هزینه های ماهانه

| | | | | | |
|----------|----------|-----------|----------------|-----------------|----------------|
| اجاره | رهن | اجاره فضا | بیمه مالک خانه | مالیات بر اموال | هزینه های دیگر |
| \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |

خانوار شما چه برای چه تسهیلات دیگری به غیر از اجاره و رهن هزینه می کند؟

- گرمایش (الکتریکی/گازی) برق (نه برای گرمایش) آب تلفن/تلفن همراه فاضلاب زباله

شخص یا نهاد دیگری، مانند مسکن یارانه ای، به من در پرداخت بخشی یا همه این هزینه ها کمک می کند: بله خیر اگر بله، چه کسی: _____ چه هزینه هایی: _____ مبلغی که پرداخت می کنند: \$ _____

من در 12 ماه گذشته از Low Income Home Energy Assistance Act (LIHEAA) (مصوبه مساعدت انرژی مسکن طبقه کم درآمد) مبلغی دریافت کرده ام.

اینجانب، همسر من، یا شخصی در خانوار من برای این موارد هزینه می کند یا قرار است هزینه کند (تمام موارد منطبق را تیک بزنید):

| | | |
|--|-----------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> مراقبت کودک یا مراقبت مربوط به بزرگسالان (به همراه هزینه های حمل و نقل) | مبلغ ماهانه: \$ _____ | چه کسی پرداخت می کند: _____ |
| <input type="checkbox"/> صورت حساب های پزشکی برای افراد معلول یا بالای 60 سال (به همراه هزینه های حمل و نقل و حق بیمه سلامت) | مبلغ ماهانه: \$ _____ | چه کسی پرداخت می کند: _____ |
| <input type="checkbox"/> حمایت کودک (مدارک اثبات ضمیمه شود) | مبلغ ماهانه: \$ _____ | چه کسی پرداخت می کند: _____ |

چنانچه هر یک از هزینه های فوق را گزارش نکنید، ما آن را به عنوان اظهاریه ای از طرف خانوار شما در نظر خواهیم گرفت مبنی بر اینکه شما مایل به دریافت کسری برای این هزینه نیستید.

| | | |
|---|---------------------|--|
| نام متقاضی | شماره تأمین اجتماعی | شماره شناسایی متقاضی |
| IIV. نماینده قانونی | | |
| <p>نماینده قانونی فردی است که شما به DSHS اجازه مذاکره با او را در رابطه با مزایای خود می دهید. شما می توانید شخصی را به این منظور معرفی کنید، اما ملزوم به این کار نیستید. آیا شما یک نماینده قانونی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا این شخص سرپرست قانونی (قیم) شما است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>شاید نیاز باشد فرم Authorized Representative (نماینده قانونی) را تکمیل کنید (DSHS 14-532).</p> | | |
| نام | نسبت | شماره تلفن |
| نشانی پستی | شهر | ایالت کد پستی |
| ثبت نام رای دهنده | | |
| <p>این اداره، خدمات ثبت نام رای دهنده را مطابق فرمان National Voter Registration Act 1993 ارائه می دهد. درخواست ثبت نام یا عدم ثبت نام برای رای دهی، بر خدمات یا میزان مزایای دریافتی که ممکن است از این نهاد دریافت کنید، اثر گذار خواهد بود. اگر برای پر کردن فرم ثبت نام رای دهنده به کمک نیاز دارید، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم درخواست یا پذیرش کمک با شما است. شما می توانید فرم ثبت نام رای دهنده را به صورت خصوصی پر کنید. اگر بر این باور هستید که فردی در حق شما برای ثبت نام یا عدم ثبت نام رای دهی، حق شما برای حفظ حریم شخصی در تصمیم گیری برای ثبت نام یا در درخواست ثبت نام برای رای دهی، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی یا ترجیحات سیاسی دیگر مداخله کرده است، شما می توانید شکایتی را در این زمینه تنظیم کنید: Washington State Elections Office, PO Box 40223, Olympia, WA 98504-0229, (1-800-448-4881).</p> <p>آیا تمایل دارید برای رای دهی یا بروز رسانی ثبت نام رای دهی خود اقدام کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>چنانچه هر یک از جعبه ها را تیک نزنید، این طور برداشت می شود که شما تصمیم گرفته اید در این زمان برای رای دهی ثبت نام نکنید.</p> | | |
| اظهارات و امضاها | | |
| <p>اگر برای مساعدت نقدی درخواست می کنید، تمامی بزرگسالان در خانوار شما (یا نمایندگان قانونی آن ها) باید امضا کنند. اگر درخواست مساعدت غذایی می کنید، درخواست کننده (یا نماینده قانونی وی) باید امضا کند.</p> <p>اینجانب متعهد می شوم که باید:</p> <ul style="list-style-type: none"> اطلاعات صحیحی ارائه دهم و از الزامات گزارش دهی پیروی نمایم. مدارک اثبات واجد شرایط بودن خود را ارائه دهم. در هنگام دریافت Temporary Assistance for Needy Families (TANF) حقوق مشخصی را به منظور طرح حمایت کودک، به ایالت Washington اختصاص دهم. با این حال، در صورت به خطر انداختن من یا فرزندانم، می توانم از DSHS درخواست کنم خواهان ادامه طرح حمایت کودک نیاشد. همکاری با شرایط کاری مساعدت غذایی. <p>در صورت عدم انجام این موارد، ممکن است مزایا از من سلب شود یا مجبور به بازپرداخت آن ها شوم.</p> <p>اینجانب می دانم که ممکن است تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم چنانچه عامدانه اظهارات نادرستی ارائه دهم یا موردی را که باید گزارش دهم، گزارش نکنم. اینجانب به DSHS اجازه می دهم تا در صورت لزوم با افراد یا نهاد های دیگر در ارتباط باشد تا به در اثبات واجد شرایط بودن بنده به من کمک کنند.</p> <p>اینجانب حقوق و مسئولیت های خود را مطالعه کرده یا به من توضیح داده شده و یک نسخه کپی از Client Rights and Responsibilities (حقوق و مسئولیت های مشتری)، DSHS 14-113 را دریافت کرده ام. اینجانب شهادت می دهم یا اظهار می نمایم با علم بر مجازات گواهی دروغ تحت قوانین ایالت Washington، اطلاعاتی که در این درخواست ارائه کرده ام، شامل اطلاعات مربوط به شهروندی و وضعیت اعضای خارجی درخواست کننده مزایا، صحیح و درست می باشد.</p> | | |
| امضای متقاضی | تاریخ | نام چاپی متقاضی امضا |
| امضای دیگر متقاضیان بزرگسال | تاریخ | نام چاپی دیگر متقاضیان بزرگسال امضا |
| امضای راهنما یا نماینده قانونی | تاریخ | نام چاپی نماینده قانونی امضا |
| امضای شاهد، در صورت امضا با "X" مشخص شود | تاریخ | نام چاپی شاهد |