

## درخواست برای کمک نقدی یا غذایی (Application for Cash or Food Assistance)

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

### چگونه برای دریافت کمک نقدی یا کمک غذایی درخواست بدهم؟

- شما می‌توانید این پروسه را همین اکنون با تسلیم دادن این بررسی در یک دفتر خدمات اجتماعی آغاز کنید. این باید شامل نام، آدرس و امضای شما یا امضای نماینده مجاز شما باشد. شما می‌توانید بررسی خود را همین اکنون ثبت کنید، حتی اگر فقط شامل همین سه مورد باشد.
- اگر شما فرم را با پاسخ دادن به سوالات، امضای صفحه ششم و سپردن بررسی خود و هرگونه معلومات دیگری که از شما درخواست می‌کنیم هرچه زودتر تکمیل کنید، ممکن است امتیازات بیشتری دریافت کنید یا آنها را زودتر به دست آورید.
- می‌توانید درخواست خود را به یک دفتر محلی ببرید. به آدرس [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) مراجعه کنید تا مکان‌ها را ببینید.
- درخواست خود را به 1-888-338-7410 فکس کنید.
- درخواست خود را به آدرس ذیل پست کنید:

DSHS  
CSD-Customer Service Center  
PO Box 11699  
Tacoma, WA 98411-6699

همچنان می‌توانید به صورت آنلاین در [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org) درخواست دهید

- برای پوشش مراقبت‌های صحی، باید به صورت آنلاین در [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org)، یا با تماس گرفتن به شماره 1-855-923-4633، یا با استفاده از فرم درخواست پوشش مراقبت‌های صحی (Health Care Authority) HCA، اداره صحت و تداوی (HCA 18-001).

### چه قدر سریع می‌توانم کمک نقدی و غذایی دریافت کنم؟

- اگر فوراً به کمک غذایی نیاز دارید، سوالات 1 تا 14 را تکمیل کنید و این فرم را به دفتر محلی خود ببرید.
- اگر هویت خود را ثابت کنید و واجد یک شرط ذیل باشید، ما ظرف 7 روز تصمیم می‌گیریم که آیا شما واجد شرایط دریافت کمک غذایی هستید یا خیر.
- خانواده شما در این ماه کمتر از \$150 دالر عاید ناخالص و کمتر از \$100 دالر منابع نقدی دارد.
- عاید و منابع خانواده شما کمتر از کرایه ماهانه و مصارف خدمات عمومی (آب، برق، گاز و غیره) شما است.
- خانواده شما شامل یک کارگر مهاجر یا فصلی بسیار نیازمند می‌باشد.
- امتیازات را روز بعد از تصمیم‌گیری بر اساس واجد شرایط بودن شما صادر می‌شود. ما باید ظرف 30 روز از تاریخی که درخواست خود را ارائه می‌دهید، تصمیم بگیریم که آیا شما واجد شرایط دریافت کمک غذایی هستید یا خیر. کمک غذایی معمولاً از روزی که درخواست شما را دریافت می‌کنیم آغاز می‌شود. اگر درخواست خود را از یک مؤسسه ارائه می‌کنید، تاریخ شروع همان روز آزاد شدن یا ترخیص شما است. کمک نقدی معمولاً از روزی که تمام معلومات لازم برای تصمیم‌گیری درباره واجد شرایط بودن شما را داشته باشیم، آغاز می‌شود.

### حقوق مدنی و عدم تبعیض

حقوق مدنی و عدم تبعیض مطابق با قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و پالیسی‌های حقوق مدنی

USDA (United States Department of Agriculture)، وزارت زراعت ایالات متحده آمریکا)، USDA، ادارات، دفاتر، کارمندان و مؤسساتی که در برنامه‌های USDA شرکت دارند یا آنها را مدیریت می‌کنند، از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، دین، جنسیت، معلولیت، سن، وضعیت تاهل، وضعیت خانوادگی/والدینی، عاید حاصل از برنامه‌های کمک عمومی، عقاید سیاسی، یا تلافی یا انتقام به دلیل فعالیت‌های پیشین حقوق مدنی، در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA اجرا یا تأمین مالی می‌شود، منع شده‌اند (تمام موارد برای همه برنامه‌ها صدق نمی‌کند). راه‌های حل اختلاف و مهلت‌های ثبت شکایت بسته به برنامه یا رویداد متفاوت است.

افرادی که دارای معلولیت هستند و برای دریافت معلومات برنامه به روش‌های جایگزین ارتباطی نیاز دارند (مانند بریل، چاپ درشت، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی و غیره) باید با اداره ایالتی یا محلی که برنامه را مدیریت می‌کند تماس بگیرند یا از طریق خدمات ارتباطات از راه دور USDA به شماره 711 (صوتی و TTY) تماس بگیرند. علاوه بر این، معلومات برنامه ممکن است به زبان‌های دیگری غیر از انگلیسی نیز در دسترس باشد.

برای ثبت شکایت تبعیض در برنامه، فرم شکایت تبعیض برنامه فرم شکایت از تبعیض برنامه وزارت کشاورزی ایالات متحده آمریکا (USDA Program Discrimination Complaint Form) **AD-3027** را که به صورت آنلاین در چگونه یک شکایت از تبعیض در برنامه ثبت کنیم و در هر دفتر USDA موجود است، تکمیل کنید یا نامه‌ای به USDA بنویسید و در آن تمام معلومات خواسته شده در فرم را ارائه دهید. برای درخواست یک نسخه از فرم شکایت، با شماره 632-9992 (866) تماس بگیرید. فرم یا نامه تکمیل شده خود را به USDA ارسال کنید از طریق:

1. پست: USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314

2. ایمیل: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

این مؤسسه یک ارائه دهنده فرصت‌های برابر است.

## وضعیت مهاجرت و شماره های تأمین اجتماعی

ممکن است برای برخی از افرادی که با آنها زندگی می کنید کمک دریافت کنید، حتی اگر دیگر افرادی که با آنها زندگی می کنید به دلیل وضعیت مهاجرت خود نتوانند کمک بگیرند. شما باید وضعیت مهاجرت هر فردی که درخواست می دهد را به ما اطلاع دهید. وضعیت خارجی اعضای خانوار متقاضی ممکن است از طریق ارسال معلومات از درخواست به (U.S. Citizenship and Immigration Services) USCIS، اداره مهاجرت و تابعیت ایالات متحده (که قبلاً به نام (Immigration and Naturalization Service) INS خدمات مهاجرت و تابعیت) شناخته میشد) مورد بررسی قرار گیرد. معلوماتی که بر اساس این ارسال از USCIS دریافت میشود، میتواند بر واجد شرایط بودن و مقدار مزایا تأثیر بگذارد.

بر اساس قانون فدرال (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6)، شما باید شماره امنیت اجتماعی (Social Security Number, SSN) را برای هر کسی که با شما زندگی میکند و برای (Temporary Assistance for Needy Families) TANF، کمک موقت به خانوادههای نیازمند) یا کمک غذایی درخواست میدهد، به ما بدهید. ممکن است ما همچنین به SSNها والدین و همسرانی که با شما زندگی می کنند اما درخواست نمی دهند، نیاز داشته باشیم.

### اگر برای کمک غذایی و سایر برنامه ها درخواست می دهید:

ما باید قوانین (Supplemental Nutrition Assistance Program) SNAP، برنامه کمکی تغذیه ای تکمیلی) را برای پردازش درخواست شما رعایت کنیم. این شامل پردازش درخواست در چارچوب زمان های تعیین شده، صدور اطلاعیه های مناسب، و اطلاع رسانی درباره حقوق اداری شما می شود. ما نمی توانیم کمک غذایی شما را تنها به این دلیل که درخواست شما برای سایر برنامه های کمک رد شده است، رد کنیم.

### حريم خصوصی و کمک نقدی و غذایی شما

قانون غذا و تغذیه سال 2008 (با تعدیلات بعدی) به اداره اجازه میدهد معلوماتی را که در درخواست میخواهیم، از جمله SSN هر عضو خانواده، جمعآوری کند. ما از شماره های SSN را برای بررسی هویت، تأیید واجد شرایط بودن، جلوگیری از تقلب و جمعآوری مطالبات استفاده میکنیم. ما برای مدیریت برنامهها و پیروی از قانون، با سایر ادارها تبادل معلومات میکنیم. ارائه معلومات درخواستی داوطلبانه است. با این حال، اگر بدون دلیل موجه شماره SSN یا مدرک درخواست برای شماره SSN را ارائه نکنید، کمک Basic Food برای هر فردی که شماره SSN را ارائه نکند رد خواهد شد. ما برخی معلومات را با برنامه های مطابقت کمپیوتری، از جمله سیستم فدرال بررسی عاید و واجد شرایط بودن (Income and Eligibility Verification System, IEVS) تأیید می کنیم.

معلومات گزارش شده به وزارت خدمات اجتماعی و صحت (Department of Social and Health Services) ممکن است بر واجد شرایط بودن برای پوشش مراقبت های صحتی که توسط اداره صحت و تداوی (Health Care Authority) و سیستم تبادل امتیازات صحتی (Health Benefit Exchange) مدیریت می شود، تأثیر بگذارد.

ما از این معلومات برای موارد زیر استفاده می کنیم:	ممکن است این معلومات را به موارد زیر ارائه دهیم:
<ul style="list-style-type: none"> <li>تعیین اینکه چه کسی واجد شرایط برنامه های ما است.</li> <li>جمعآوری پرداختهای اضافی (Overpayments).</li> <li>مدیریت برنامه های ما.</li> <li>اطمینان حاصل کنیم که قوانین رعایت می شوند.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ادارات فدرال و ایالتی برای استفاده رسمی.</li> <li>ادارات اجرای قانون که به دنبال افرادی هستند که برای فرار از قانون از محل می گریزند.</li> <li>نمایندگی های خصوصی جمع آوری برای وصول مبالغ اضافی کمک غذایی.</li> </ul>

### هشدار جریمه برای کمک غذایی

ما با سایر ادارات بررسی می کنیم که معلومات شما صحیح باشد. اگر هر معلوماتی نادرست باشد، افرادی که درخواست می دهند ممکن است کمک غذایی دریافت نکنند.

هر عضوی که عمداً هر یک از قوانین را نقض کند، می تواند:

- مشمول پیگرد قانونی طبق سایر قوانین فدرال و ایالتی مربوطه شود.
- برای مدت یک سال تا به طور دایم از برنامه SNAP محروم شود.
- جریمه تا \$250,000.
- حبس تا 20 سال.

در صورتی که توسط محکمه حکم صادر شود، برای 18 ماه اضافی از برنامه SNAP محروم شود.

اگر محکمه شما را گناهکار بداند در موارد زیر:

دریافت امتیازات در یک معامله شامل: ممکن است شما:

- فروش مواد کنترل شده.....از دو سال تا به طور دایم محروم شوید.
- فروش اسلحه گرم، مهمات یا مواد منفجره.....به طور دایم محروم می شوید.
- قاچاق امتیازات بیش از \$500 به صورت مجموع.....به طور دایم محروم می شوید.
- تقلب در محل سکونت یا هویت.....برای 10 سال محروم می شوید.

# درخواست برای کمک نقدی یا غذایی

اگر برای پر کردن این فرم به کمک نیاز دارید، از ما سوال کنید.



تنها برای امتیازات غذایی، اگر امروز قادر به تکمیل این فرم نیستید، پروسه را با ارائه نام، آدرس و امضای خود آغاز کنید. شما هنوز باید درخواست را قبل از تأیید مزایا تکمیل نمایید.  
برای تکمیل درخواست، امضای صفحه ششم الزامی است.

1. نام اول حرف اول نام میانی نام خانوادگی	امضای متقاضی یا نماینده مجاز	2. شماره هویت متقاضی (در صورت داشتن)
3. آدرس کوچه محل سکونت شما	شهر	ایالت
4. شماره تلفون اصلی	کود پستی	4. شماره تلفون اصلی <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> پیام
5. آدرس پستی (در صورت متفاوت بودن)	شهر	ایالت
6. شماره (های) تلفون دیگر	کود پستی	6. شماره (های) تلفون دیگر <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> پیام
7. آدرس ایمیل	8. من برای موارد زیر درخواست می دهم (تمام موارد مربوط را علامت بزنید): <input type="checkbox"/> نقدی <input type="checkbox"/> غذایی <input type="checkbox"/> مراقبت از طفل	

9. من یا کسی در خانواده ام (همه موارد قابل تطبیق را نشانی کنید):  
 در وضعیت خشونت خانگی هستیم  
 معلولیت داریم  
 به دلیل مشکلات صحتی نمیتوانیم کار کنیم  
 باردار هستیم؛ نام: \_\_\_\_\_ تاریخ زایمان: \_\_\_\_\_

10. شما توقع دارید خانواده شما این ماه چقدر عاید داشته باشد؟  
 چقدر پول نقد و موجودی در حساب های بانکی دارد؟ \$ \_\_\_\_\_  
 11. خانواده شما \_\_\_\_\_ \$  
 چقدر پول نقد و موجودی در حساب های بانکی دارد؟ \$ \_\_\_\_\_  
 12. خانواده شما چقدر پول برای اجاره یا وام مسکن پرداخت می کند؟  
 13. خانواده شما هزینه کدام خدمات عمومی را پرداخت می کند؟  
 14.  بله  خیر  سایر: \_\_\_\_\_  
 15. اگر برای کمک غذایی درخواست می دهید، برای چند نفر در خانواده خود غذا می خرید و آماده می کنید؟  
 16. اگر برای مراقبت از طفل درخواست می دهید، برای کدام فعالیت به مراقبت نیاز دارید (همه موارد قابل تطبیق را علامت بزنید):  
 کار  مکتب/تحصیل  WorkFirst  اشتغال و آموزش مواد غذایی اولیه  
**(Basic Food Employment and Training, BFET)**

**فقط برای استفاده اداری (FOR OFFICE USE ONLY) - خانواده واجد شرایط خدمات فوری است:  بله  خیر حروف اختصاری بررسی کننده: تاریخ: \_\_\_\_\_**

17. من به ترجمان نیاز دارم. من به این زبان صحبت می کنم: \_\_\_\_\_ یا  زبان اشاره؛ لطفاً نامه هابم را به این زبان ترجمه کنید: \_\_\_\_\_

18. همه افراد خانواده خود را فهرست کنید، حتی اگر برای آنها درخواست نمی دهید (در صورت نیاز، ورق اضافی ضمیمه کنید).

اختیاری برای افرادی که درخواست نمی دهند				اگر برای این شخص می خواهید کمک دریافت کنید، علامت بزنید	تاریخ تولد	این شخص چه نسبتی با شما دارد؟	جنسیت	نام (نام کوچک، نام میانی، نام خانوادگی)
نام قبیله (برای سرخ پوستان آمریکا و بومیان آلاسکا)	نژاد (نمونه هارا در زیر ببینید)	اگر شهروند ایالات متحده است، علامت بزنید	شماره تأمین اجتماعی					
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		خودم		
		<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. پس زمینه قومی من هیسپانیک یا لاتین است:  بله  خیر

ارائه معلومات نژاد و پس زمینه قومی اختیاری است و بر واجد شرایط بودن یا میزان امتیازات تأثیری نخواهد داشت. این معلومات برای اطمینان از توزیع امتیازات برنامه بدون توجه به نژاد، رنگ یا ملیت استفاده می شود. برای کمک غذایی، USDA از ما می خواهد که اگر هیچ معلوماتی ارائه نشود، به جای شما پاسخ دهیم. اگر شما پاسخی ارائه ندهید، ما "گزارش نشده" را انتخاب می کنیم. **نمونه های نژاد:** سفیدپوست، سیاه پوست یا افریقایی-آمریکایی، آسیایی، هاوایی بومی، جزایر بحر آرام، سرخ پوست آمریکا، بومی آلاسکا، یا هر ترکیبی از نژادها.





**IV. V. عاید کسب شده (سند را ضمیمه کنید)**

1. من، همسر، یا شخصی که برای او درخواست می کنم، در 30 روز گذشته شغلی داشته که پایان یافته است:  بلی  نخیر
2. من، همسر، یا شخصی که برای او درخواست می کنم، عایدی از کار دارد:  بلی  نخیر  
اگر بلی، لطفاً این بخش را تکمیل کنید:

این عاید را چه کسی کسب می کند؟ نام و شماره تلفون کارفرما تاریخ شروع آیا این شغل خوداشتغالی است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر مقدار هزینه ماهانه خوداشتغالی: \$ _____	مقدار ناخالص دریافتی (مقدار به دالر قبل از کسورات) \$ _____ هر: <input type="checkbox"/> ساعت <input type="checkbox"/> هفته <input type="checkbox"/> دو هفته <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماه ساعات در هفته: _____ تاریخ های پرداخت (مثلاً 1 و 15 هر ماه، یا هر جمعه): _____
این عاید را چه کسی کسب می کند؟ نام و شماره تلفون کارفرما تاریخ شروع آیا این شغل خوداشتغالی است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر مقدار هزینه ماهانه خوداشتغالی: \$ _____	مقدار ناخالص دریافتی (مقدار به دالر قبل از کسورات) \$ _____ هر: <input type="checkbox"/> ساعت <input type="checkbox"/> هفته <input type="checkbox"/> دو هفته <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماه ساعات در هفته: _____ تاریخ های پرداخت (مثلاً 1 و 15 هر ماه، یا هر جمعه): _____

**V. عواید دیگر (سند را ضمیمه کنید؛ برای همه اعضای خانواده گزارش دهید)**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• عاید تکمیلی تأمین اجتماعی</li> <li>• (SSI, Supplemental Security Income)</li> <li>• حمایت از کودک یا نفقه همسر</li> <li>• امتیازات راه آهن</li> <li>• درآمد کرایه</li> <li>• تقاعد یا حقوق تقاعدی</li> <li>• اداره امور نظامیان متقاعد (VA, Veteran Administration)</li> <li>• یا نظامی</li> <li>• کار و صنایع (L&amp;I, Labor and Industries)</li> <li>• صندوق های امانت</li> <li>• سود / تقسیم سود سهام</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• امتیازات بیکاری</li> <li>• عاید تأمین اجتماعی</li> <li>• عاید قبیله ای</li> <li>• عاید از بازی ها</li> <li>• امتیازات تحصیلی (قرض های متعلمی، کمک های مالی، کار - تحصیل)</li> </ul> |
|---|--|

مقدار ناخالص ماهانه	چه کسی این عاید را دریافت می کند؟	نوع عاید کسب نشده
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		

**VI. هزینه های ماهانه**

کرایه	قرضه مسکن/رهن	کرایه فضا	بیمه مالک خانه	مالیات بر املاک	هزینه های دیگر
\$	\$	\$	\$	\$	\$

کدام خدمات رفاهی را خانواده شما جدا از کرایه یا گرو پرداخت می کند؟  
 گرمایش (برق/گاز)  برق (غیر از گرمایش)  آب  تلفون خانه/موبایل  فاضلاب  زباله

شخص یا سازمان دیگری، مانند مسکن یارانه ای، به من کمک می کند تا تمام یا بخشی از این هزینه ها را پرداخت کنم:  
 بلی  نخیر اگر بلی، چه کسی: \_\_\_\_\_ کدام هزینه: \_\_\_\_\_ مقداری که پرداخت می کنند: \$ \_\_\_\_\_

من در 12 ماه گذشته پرداختی از قانون کمک انرژی خانگی برای خانواده های کم درآمد (Low Income Home Energy Assistance Act) LIHEAA، قانون کمک انرژی خانگی برای افراد با درآمد کم دریافت کرده ام.  
 من، همسر، یا کسی در خانواده ام پرداخت می کنیم یا باید پرداخت کنیم (تمام موارد مربوطه را علامت بزنید):

مراقبت از کودک یا بزرگسال وابسته (شامل هزینه های ترانسپورت)	مقدار ماهانه: \$ _____	چه کسی پرداخت می کند:
صورتحساب های طبی برای افراد دارای معلولیت یا بالای 60 سال (شامل هزینه های ترانسپورت و حق بیمه صحتی)	مقدار ماهانه: \$ _____	چه کسی پرداخت می کند:
حمایت از کودک (سند را ضمیمه کنید)	مقدار ماهانه: \$ _____	چه کسی پرداخت می کند:

اگر هیچ یک از هزینه های فهرست شده بالا را گزارش ندهید، ما این را به عنوان اظهاری از طرف خانواده شما در نظر خواهیم گرفت که نمی خواهید برای این هزینه کسری دریافت کنید.

نام متقاضی	شماره تأمین اجتماعی	شماره هويت متقاضی
<b>VII. نماینده مجاز</b>		
<p>نماینده مجاز کسی است که شما به (Department of Social and Health Services) DSHS، وزارت خدمات اجتماعی و صحتی) اجازه می دهید درباره امتیازات شما با او صحبت کند. شما می توانید کسی را معرفی کنید، اما مجبور نیستید.</p> <p>آیا شما نماینده مجاز دارید؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا این شخص سرپرست قانونی شما است؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>ممکن است نیاز باشد فورم نماینده مجاز (DSHS 14-532) را پر کنید اگر در حال تجدید پوشش مراقبت های صحتی خود هستید.</p>		
نام	نسبت	شماره تیلیفون
آدرس پستی	شهر	ایالت کد پستی
<b>ثبت نام رأی دهنده</b>		
<p>این اداره خدمات ثبت نام رأی دهنده، از جمله ثبت نام خودکار رأی دهنده، را ارائه می دهد. درخواست برای ثبت نام رأی دهنده یا خودداری از ثبت نام برای رأی دادن، بر خدمات یا میزان امتیازاتی که ممکن است از این اداره دریافت کنید تأثیری نخواهد داشت. اگر در پر کردن فورم ثبت نام رأی دهنده به کمک نیاز داشته باشید، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم برای درخواست یا پذیرفتن کمک به عهده خود شما است. شما می توانید فورم ثبت نام رأی دهنده را به صورت خصوصی پر کنید. اگر شما باور دارید که کسی در حق شما برای ثبت نام یا خودداری از ثبت نام برای رأی دادن، حق شما برای حفظ حریم خصوصی در تصمیم گیری درباره ثبت نام یا درخواست ثبت نام رأی دهنده، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی یا ترجیح سیاسی دیگر دخالت کرده است، می توانید شکایت خود را به این آدرس ارائه کنید: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p>آیا می خواهید برای رأی دادن ثبت نام کنید یا ثبت نام رأی دهنده خود را به روزرسانی کنید؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اگر هیچ یک از گزینه ها را علامت نزنید، ما این را به عنوان تصمیم شما برای عدم ثبت نام جهت رأی دادن در حال حاضر در نظر خواهیم گرفت، مگر این که واجد شرایط ثبت نام خودکار رأی دهنده باشید و آن را رد نکرده باشید.</p> <p>مگر این که در بالا گزینه "خیر" را علامت زده باشید، ممکن است واجد شرایط ثبت نام خودکار رأی دهنده باشید. شما واجد شرایط ثبت نام خودکار رأی دهنده هستید اگر تا زمان انتخابات بعدی حداقل 18 ساله باشید، شهروند ایالات متحده امریکا باشید، و DSHS نام شما، آدرس محل سکونت و آدرس پستی، تاریخ تولد، معلومات تأیید شهروندی، و امضای شما را که صحت معلومات ارائه شده در این درخواست را تأیید می کند، در اختیار داشته باشد.</p> <p>آیا می خواهید به صورت خودکار برای رأی دهی ثبت نام شوید؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اگر گزینه "بله" را علامت زده اید، با هیچ یک از گزینه ها را علامت نزنید و واجد شرایط ثبت نام خودکار رأی دهنده هستید، DSHS معلومات شما را به دفتر وزیر امور خارجه (Office of the Secretary of State) ارسال خواهد کرد و شما به صورت خودکار برای رأی دهی ثبت نام خواهید شد.</p>		
<b>اظهارنامه و امضاها (برای تکمیل بررسی واجد شرایط بودن خود، در زیر امضا کنید.)</b>		
<p>من درک می کنم که باید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>معلومات درست ارائه دهید و الزامات گزارش دهی را رعایت کنید.</li> <li>سند واجد شرایط بودن خود را ارائه دهم.</li> <li>اختصاص برخی حقوق مربوط به حمایت از کودک به ایالت Washington زمانی که کمک موقت به خانواده های نیازمند (TANF) دریافت می کنم. با این حال، می توانم از DSHS بخواهم که حمایت از کودک را دنبال نکند اگر این امر به من یا فرزندم خطر برساند.</li> <li>با الزامات کاری مربوط به کمک غذایی همکاری کنم.</li> </ul> <p>اگر این کارها را انجام ندهم، ممکن است از دریافت کمک ها محروم شوم یا مجبور به بازپرداخت آنها شوم.</p> <p>من درک می کنم که اگر عمداً معلومات نادرست ارائه دهم یا چیزی را که باید گزارش کنم گزارش نکنم، ممکن است تحت پیگرد قانونی قرار گیرم. من به DSHS اجازه می دهم در صورت لزوم با افراد یا سازمان های دیگر تماس بگیرد تا به من در تهیه سند واجد شرایط بودن کمک کند.</p> <p>برای کمک های نقدی و غذا: من حقوق و مسئولیت های خود را مطالعه کرده ام یا برایم توضیح داده شده و یک نسخه از حقوق و مسئولیت های متقاضی، DSHS 14-113 دریافت کرده ام. من با علم به مجازات شهادت دروغ تحت قوانین ایالت Washington تصدیق یا اعلام می کنم که معلوماتی که در این درخواست ارائه کرده ام، از جمله معلومات مربوط به شهروندی و وضعیت مهاجرتی اعضای که برای دریافت کمک ها درخواست می دهند، صحیح و درست است.</p> <p>برای کمک نقدی، تمام بزرگسالان (با نمایندگان مجاز) در خانواده باید امضا کنند.</p> <p>برای کمک غذایی، هم متقاضی و هم نماینده مجاز باید امضا کنند مگر اینکه سند نماینده مجاز فعلی در پرونده موجود باشد.</p>		
امضای متقاضی (الزامی)	تاریخ	نام متقاضی به حروف چاپی
شهر و ایالتی که امضا شده		
امضای متقاضی سایر بزرگسالان	تاریخ	نام متقاضی سایر بزرگسالان به حروف چاپی
شهر و ایالتی که امضا شده		
امضای کمک کننده یا نماینده	تاریخ	نام نماینده به حروف چاپی
شهر و ایالتی که امضا شده		
امضای شاهد در صورت امضا با "X"	تاریخ	نام شاهد به حروف چاپی
شهر و ایالتی که امضا شده		