

## የብቃት ግምገማ Eligibility Review

**ቅጹን ለማንበብ ወይም ለመሙላት እዛን ካሰፈላገዎት እባክዎን እኛ እንድናግዝዎት ይጠይቁን።  
ይህንን ገጽ ለራስዎ ቀሪ ይያዙ።**

### እንዴት የገንዘብ ወይም የምግብ ድጋፍ ለማግኘት እንዴት አመለካከታለሁ?

- እርስዎ ይህንን ማመልከቻ ለማህበረሰብ አግልጣሎት ጽ/ቤት በአካል ቀርበው በማቅረብ አሁን **መጀመር** ይችላሉ። ማመልከቻው ስምዎን፣ አድራሻዎን እና ፊርማዎን ወይም የህጋዊ ወኪልዎ ፊርማ ሊኖረው ይገባል። ምንም እንኳን ማመልከቻዎ እነዚህን ሰነድ ጉዳዮች ብቻ ያካተተ ቢሆንም እርስዎ ማመልከቻዎን ወዲያ ማቅረብ ይችላሉ።
- እርስዎ በተቻለ ፍጥነት ቢጀምሩ እና የእርስዎን ማመልከቻ እና እኛ የምንጠይቃቸው ሌሎች መረጃዎችን ሞልተው ቢያቀርቡ የበለጠ ጥቅም ጥቅሞችን ያገኛሉ ወይም እነዚህን ጥቅሞች ጥቅሞች በፍጥነት ያገኛሉ።
- ግምገማዎችን ለአካባቢው ጽ/ቤት መውሰድ ወይም ለ1-888-338-7410 ፋክስ ማድረግ ይችላሉ። ቦታውን ማወቅ ከፈለጉ [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) ይመልከቱ።
- የእርስዎን የግምገማ ቅጽ ወደሚከተሉት አካላት ይላኩ፡
 

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
- ይህን የግምገማ ቅጽ በአን ላይን በ [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org) ላይ መሙላት ይችላሉ
- ይህ የብቃት ግምገማ ቅጽ በቅጹ ላይ የተዘረዘሩትን የሞሽንግተን አጥፊ የጤና ፕሮግራሞችን ሽፋን ለማደስ ብቻ ጥቅም ላይ ይውላል። ሌላ የጤና ክብካቤ ሽፋን ለማግኘት በአን ላይን [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org)፣ በመጠቀም ወይም በስልክ ቁጥር 1-855-923-4633፣ ወይም የኤችሲኤ (HCA) የጤና ክብካቤ ሽፋን ማመልከቻ በመጠቀም ማመልከት ይችላሉ(HCA 18-001)።

### እንዴት በፍጥነት የገንዘብ እና የምግብ እርዳታ ማግኘት እችላለሁ?

- አሁኑኑ የምግብ እርዳታ ማግኘት ከፈለጉ ከተራ ቁጥር 1 እስከ 14 ያሉትን ጥያቄዎች በመሙላት ቅጹን በአካባቢዎ ወዳለው ጽ/ቤት ይውሰዱ። እርስዎ ማንነትዎን የሚገልጽ ማስረጃ ካሳዩን እና የብቃት መስፈርቶችን ካሟሉ እርስዎ የምግብ እርዳታ ለማግኘት ብቁ ወይም መስፈርቱን የሚያሟሉ መሆንዎን በ7 ቀናት ውስጥ እንወስናለን።
- እኛ ብቁ እንደሆኑ ውሳኔ ከሰጠን ቀን ማግኘት ጀምሮ ጥቅማጥቅሞቹ የሚሰጡ ይሆናሉ።
- የምግብ እርዳታው አብዛኛውን ጊዜ መሰጠት የሚጀምረው እኛ የእርስዎን ማመልከቻ በተቀበልንበት ቀን ነው።
- የጥሬ ገንዘብ እርዳታ አብዛኛውን ጊዜ እርስዎ እርዳታውን ለማግኘት ብቁ መሆንዎን ለመወሰን ሁሉንም መረጃዎች ካገኘንበት ቀን ጀምሮ ነው።
- እኛ እርስዎ ማመልከቻ ካቀረቡበት ጊዜ ጀምሮ በ30 ቀናት ውስጥ እርስዎ የምግብ እርዳታውን ማግኘት እንደሚችሉ እና እንደማይችሉ እንወስናለን።
- እርስዎ ማመልከቻዎን የሚያቀርቡት ከተቋም ከሆነ የአገልግሎቱ መጀመሪያው ቀን እርስዎ የሚላቁበት ወይም የሚወጡበት ቀን ነው።

### እርስዎ ለምግብ እርዳታ እና ሌሎች ፕሮግራሞች የሚያመለክቱ ከሆኑ፡

እኛ የእርስዎን ማመልከቻ ለማየት የኤስኤንኤፒ ደንቦችን መከተል አለብን። ይህም ማመልከቻውን በተቀመጠው ጊዜ ገደብ ማየትና መወሰን፣ ተገቢውን ማስታወቂያዎች መስጠት እና ለእርስዎ ሰለ አስተዳደራዊ መብቶች ማሳወቅና መምከርን ያካትታል። እርስዎ ሌሎች የእርዳታ ፕሮግራሞች ለማግኘት ያመለክቱት ማመልከቻ ስለተከለከለ እኛ የእርስዎን የምግብ እርዳታ እንከለክልም።

### የሰብአዊ መብቶች

በፌዴራል ሰብአዊ መብቶች ህግና የአሜሪካ የግብርና ሚኒስቴር (ዩሲ.ዲ.ኤ) የሰብአዊ መብቶች ደንብና ፖሊሲ መሠረት ዩሲ.ዲ.ኤ፣ የዩሲ.ዲ.ኤ ፕሮግራሞች ላይ የሚሳተፉ ወይም የሚያስተዳደሩ ኤጂኔሪዎቹ፣ ጽ/ቤቶች፣ ሠራተኞች እና ተቋማት በዩሲ.ዲ.ኤ በሚሰሩ ወይም ፈንድ በሚደረግ ማንኛውም ፕሮግራም ወይም ሥራ ላይ በዘር፣ በቆዳ ቀለም፣ በትውልድ ሀገር፣ በሐይማኖት፣ በጾታ፣ በጾታ ማንነት (ጾታዊ መገለጫን ጨምሮ)፣ በጾታዊ መስተጋብር፣ በአካል ጉዳት፣ በእድሜ፣ በጋብቻ ሁኔታ፣ በቤተሰብ/በወላጅ ሁኔታ፣ በህዝብ እርዳታ ፕሮግራም በሚገኝ ገቢ፣ በፖለቲካ አመለካከት ወይም ቀደም ሲል በነበረው የሰብአዊ ተግባር በቀል ወይም ቅጣት አድልዎ እንዳያደረጉ ተከልክለዋል። የመፍትሔ እና የቅሬታ ማቅረቢያ ጊዜ ገደቦች እንደየፕሮግራሙ ይለያያሉ።

የፕሮግራም መረጃዎችን ለማግኘት አማራጭ የመግባቢያ ዜጎችን (ለምሳሌ ብሬል፣ አድጎ የታተሙ ጽሁፎች፣ የድምፅ ቴፕ፣ የአሜሪካ የምልከት ቋንቋ፣ ወዘተ) የሚፈልጉ አካል ጉዳተኞች ጉዳዩ የሚመለከተውን ኤጂኔሪ ወይም የዩሲ.ዲ.ኤ ተጠሪ ማዕከል (202) 720-2600 (ድምጽ እና ቲቲዋይ) በመደወል ወይም ዩሲ.ዲ.ኤን በፌዴራል ስምሪት አገልግሎት በኩል በ(800) 877-8339 ደውለው ማነጋገር አለባቸው። በተጨማሪም የፕሮግራሙ መረጃዎች ከእንግሊዘኛ ውጭ በሌሎች ቋንቋዎች ማግኘት ይቻላል።

በፕሮግራም ላይ የተፈጠረውን መድልዎ የሚመለከት ቅሬታ ለማቅረብ የአሜሪካ ግብርና ሚኒስቴር የፕሮግራም መድልዎ ቅሬታ ማቅረቢያ ቅጽ ይሙሉ። AD-3027 በኢንተርኔት በቀጥታ [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) ወይም በማንኛውም የአሜሪካ ግብርና ሚኒስቴር ጽ/ቤት ይገኛል ወይም ለአሜሪካ ግብርና ሚኒስቴር ደብዳቤ በመጻፍ በደብዳቤው ውስጥ በቅጹ ላይ የተጠየቁትን መረጃዎች ይሰጡ። የቅሬታ ቅጹን ኮፒ ለመጠየቅ በስልክ ቁጥር (866) 632-9992 ደደውሉ የተሞላውን ቅጹን ወይም ደብዳቤዎን ለአሜሪካ ግብርና ሚኒስቴር ይላኩ።

1. ፖስታ :- U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Ave, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
2. ፋክስ:- (202) 690-7442; ወይም
3. ኢ-ሜይል:- [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

የአሜሪካ ግብርና ሚኒስቴር እኩል እድል የሚሰጥ፣ አሰሪና አበሪ ነው።

**የስደተኛ ሁኔታ እና የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር**

በስደተኛ ሁኔታቸው ምክንያት ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ ሌሎች ሰዎች እርዳታውን ማግኘት ባይችሉም ከእርስዎ ጋር ለሚኖሩ የተወሰኑ ሰዎች እርዳታውን ማግኘት ይችላሉ። እርስዎ ያመለከተውን ማንኛውንም ግለሰብ የስደተኛ ሁኔታ ወይም የመኖሪያ ፈቃድ ሁኔታ በተመለከተ ሊነግሩን ይገባል። የአመልካች የቤተሰብ አባላት የስደተኝነት ሁኔታ በአሜሪካ የዜግነት ጉዳዮች እና የኢሚግሬሽን አገልግሎት (የኤስሲአይኤስ - ቀደም ሲል አይኤንኤሲ ተብሎ ይጠራ የነበረ) ይረጋገጣል። በዚህ ማመልከቻ መሠረት ከየኤስሲአይኤስ የተወሰዱ መረጃዎች የእርስዎን ለአገልግሎቱ ብቁ መሆን እና የጥቅም ጥቅሞቹ መጠን ላይ ተጽእኖ ሊኖረው ይችላል። የውጪ አገር ሰዎችን የሚሸፍን የጤና ሽፋን አለን።

በፌዴራል ሕግ (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6) መሰረት የሞሽንግተን አገልግሎት የጤና ክብካቤ ሽፋን ለማግኘት የሚያመለክቱ ከእርስዎ ጋር ለሚኖሩ ማንኛውም ግለሰብ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥራቸውን መስጠት አለብዎት። ቲኤኤንኤፍ (TANF) ወይም የምግብ እርዳታ። እኛ ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ ነገር ግን ያላመለከቱ ወላጆች እና ባልና ሚስቶችን ማህበራዊ ዋስትና ቁጥሮች እንዲሰጡን እንፈልጋለን። እኛ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር ለሌላቸው የተወሰኑ ሰዎች የምንሰጣቸው የጤና ክብካቤ ሽፋን ይኖረናል።

**ለሞሽንግተን አገልግሎት የጤና ክብካቤ ብቁ የሚያደርጉ የዜግነት እና የማንነት መረጃዎች**

የአሜሪካ ዜጎች የሞሽንግተን የአገልግሎት ጤና አገልግሎቶችን ለማግኘት ዜጋ መሆናቸውን እና ማንነታቸውን ማረጋገጥ አለባቸው። ማስረጃውን እንዲያገኙ መርዳት እንችላለን። እኛ እርስዎን ገንዘብ የሚያስወጣ ሰነድ እንዲያቀርቡልን ከፈለግን እኛ የዚህን ማስረጃ ወጪ እንከፍላለን። በእርስዎ ቤት ውስጥ በአካል ጉዳተኝነት ወይም በተጨማሪ የዋስትና ገቢ (SSI) መሰረት የሕክምና ክብካቤ፣ የማህበራዊ ዋስትና የአካል ጉዳት መድን (SSDI) ለሚያገኙ ከእርስዎ ጋር ለሚኖር ግለሰብ ማስረጃ መጠየቅ እንፈልግም።

**ለግዛቱ ለሕክምና እና ለረጅም ጊዜ ክብካቤ የወጣውን ወጪ መተካት**

በሞሽንግተን ግዛት የንብረት ካሳ ህግ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) መሰረት ለተወሰኑ የህክምና እና የረዥም-ጊዜ አገልግሎት አይነቶች ግዛቱ የከፈለውን ወጪ እና 55 አመት ከሞላዎት በኋላ ያገኙትን ድጎማ ንብረት መክፈል ሊኖርበት ይችላል። በግዛቱ ብቻ የሚታገዝ አገልግሎት ካገኙ የእድሜ ገደብ የለውም። የንብረት ካሳዎች የሚጀምረው ከሞቱ በኋላ ነው፤ በህይወት ያለው ባለቤትም ከሞቱ ወይም ልጅዎ(ጆችዎ) 21 አመት ከሞላቸው (በሞቱበት ወቅት ልጅ አይነስውር/አካል ጉዳተኛ ካልሆነ በስተቀር) ክፍያው ይቆያል። በነርስ እንክብካቤ መስጫ ቤት ውስጥ የሚኖሩ ከሆነ እና ወደቤት የማይመለሱ ከሆነ ግዛቱ በማንኛውም እድሜ ንብረት ላይ የቅድመ-ሞት እግዳ ማስወጣት ይችላል። ንብረቱን ከሸጡት ወይም ካዘዋውሩት ወይም እርስዎ ከሞቱ በኋላ በዚህ እግዳ ላይ ግዛቱ መሰብሰብ ይችላል። ወደቤት ከተመለሱ ግዛቱ እግዱን ያነሳል። ለተጨማሪ መረጃ ማለትም የንብረት ካሳ የሚመለከታቸውን አገልግሎቶች ዝርዝር ጨምሮ ምዕራፍ 182-527 WAC ይመልከቱ።

**ሚስጢር እና የእርስዎ የገንዘብ እና የምግብ እርዳታ**

በ2008 እ.ኤ.አ የወጣው የተሻሻለው የምግብ እና የስነ ምግብ ደንብ መመሪያው እኛ በማመልከቻው ላይ የጠየቅናቸው መረጃዎች እንዲሰበሰቡ ይፈቅዳል። የተጠየቀውን መረጃ የሚሰጡት በፈቃደኝነት ነው ሆኖም ያለበቁ ምክንያት መረጃ አለመስጠት መሰረታዊ የምግብ ጥቅም-ጥቅም ሊያስከለክል ይችላል። አንዳንድ መረጃዎችን የኮምፒተር በማዛመድ መርሀግብር የፌዴራል ገቢ እና የብቁነት ማረጋገጫ ስርአትን (IEVS) ጨምሮ በመጠቀም እናረጋግጣለን።

እኛ እነዚህን መረጃዎች ለ እንጠቀማለን።	እኛ እነዚህን መረጃዎች ለ እንሰጣለን።
<ul style="list-style-type: none"> <li>ለጥራት ማሻሻያ መስመሮችን የሚያሟሉ ወይም ብቁ የሆኑ ሰዎች በተመለከተ ውሳኔ መስጠት</li> <li>የምግብ እርዳታ ትርፍ ክፍያዎችን መሰብሰብ</li> <li>ጥራት ማሻሻያንን መምራት</li> <li>እኛ ህግን ተከትለን እየሰራን መሆናችንን ማረጋገጥ።</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ለፌዴራል እና ለክልል ተቋማት ቢሮ አገልግሎት።</li> <li>ሕግ የጣሱ ሰዎችን የሚያፈላልጉ የሕግ አስፈጻሚ አካላት።</li> <li>የምግብ እርዳታ ትርፍ ክፍያዎችን የሚሰበሰቡ የግለሰብ ገንዘብ ሰብሳቢ ተቋማት።</li> </ul>

**ለማህበራዊ እና ጤና አገልግሎቶች መመሪያ ሪፖርት የተደረገ መረጃ በጤና ጥበቃ ባለሥልጣን (Health Care Authority) እና በጤና ጥቅም አክሲዮን (Health Benefit Exchange) አማካይነት ለሚተዳደረው የጤና እንክብካቤ የመድን ሽፋን ላይ በሚኖር ብቁነት ላይ ተጽዕኖ ሊያሳርፍ ይችላል።**

**የምግብ እርዳታ ቅጣት ማስጠንቀቂያ**

የእርስዎ መረጃዎች ትክክል መሆናቸውን ከሌሎች ተቋማት እና ጣራላን። ማንኛውም መረጃ ትክክለኛ ካልሆነ ያመለከቱ ግለሰቦች የምግብ እርዳታ አያገኙም። ሆን ብሎ አስባባይ ከደንቦቹ መካከል ማንኛውንም የጣሰ የቤተሰብ አባል፡

- አግባብነት ባለቸው የፌዴራልና የግዛት ወይም የክልል ህጎች መሰረት ሊከሰስ ይችላል።
- ለአንድ አመት እስከ ዘለቄታው ከኤስኤንኤፒ ሊታገድ ይችላል።
- እስከ \$250,000 ዶላር ሊቀጣ ይችላል።
- እስከ 20 ዓመት ሊታሰር ይችላል።
- በፍርድ ቤት ከታዘዘ ለተጨማሪ 18 ወራት ከ SNAP ሊታገድ ይችላል።

**ፍርድ ቤት የሚከተሉት ተግባራት ላይ፡**

**በመሳተፍዎ ያለአግባብ ጥቅም ጥቅሞችን በመቀበል ምክንያት እርስዎን ጥፈተኛ ሆነው ካገኘዎት**      **እርስዎ፡**

- የተከለከለ እጽ በመሸጥ ..... ለሁለት አመት እስከ ዘለቄታው ይታገዳሉ።
- የጦር መሳሪያዎች፣ ጥይት ወይም ፈንጂዎችን በመሸጥ ..... ለዘለቄታው ይታገዳሉ።
- በአጠቃላይ ከ500 ዶላር በላይ የሆኑ ጥቅም ጥቅሞችን በማስሸሸ ..... ለዘለቄታው ይታገዳሉ።
- የመኖሪያ ወይም የማንነት ማጭበርበር ..... ለ10 ዓመት ይታገዳሉ።

**የብቃት ግምገማ**  
**Eligibility Review**

**ይህንን ቅጽ ለመሙላት እገዛ የሚፈልጉ ከሆነ እኛን ይጠይቁ**

1. መጠሪያ ስምዎ/አባት ስም መነሻ ፊደል/የአያት ስም	የአመልካች ወይም ሕጋዊ ወኪል ፊርማ (የሰፈራጋል)	2. የደንበኛ መታወቂያ ቁጥር (የሚታወቅ ከሆነ)
3. የመኖሪያ የጎዳና አድራሻ	ከተማ ግዛት ዚ.ፕ ኮድ	4. ዋና ስልክ ቁጥር <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> ቤት <input type="checkbox"/> መልዕክት
5. ደብዳቤ መላኪያ አድራሻ (ከላይ ካለው የሚለይ ከሆነ)	ከተማ ግዛት ዚ.ፕ ኮድ	6. ሁለተኛ የስልክ ቁጥር(ሮች) <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> ቤት <input type="checkbox"/> መልዕክት

8. እኔ የሚከተሉትን አገልግሎቶች ለማግኘት አመለክታለሁ (ለእርስዎ አግባብነት ያላቸውን በሙሉ ይምረጡ)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ገንዘብ  | <input type="checkbox"/> እገዛ የሚደረግለት መኖሪያ/የአዋቂ የቤተሰብ ቤት   |
| <input type="checkbox"/> ምግብ   | <input type="checkbox"/> በቤት የሚሰጡ የረዥም ጊዜ የእንክብካቤ አገልግሎቶች |
| <input type="checkbox"/> የህክምና ቁጠባ መርሀግብር                                | <input type="checkbox"/> የነርስ እንክብካቤ መስጫ ቤት               |
| <input type="checkbox"/> Hospice   | <input type="checkbox"/> የጤና እንክብካቤ/አካል ጉዳተኛ ሰራተኞች(HWD)   |
| <input type="checkbox"/> የአረጋጋይያን፣ ማየት የተሳናቸው ወይም አካል ጉዳተኞች የጤና ክብካቤ ሽፋን |   |
| <input type="checkbox"/> በዕድሜ ለገፉ ሰዎች የሚሰማማ ድጋፍ                          |   |

9. እኔ ወይም የቤተሰቤ አባል (እርስዎን የሚመለከተውን በሙሉ ይምረጡ)  የቤት ውስጥ ጥቃት አጋጥሞት ያውቃል

- አካል ጉዳት አለዎት  በጤና ችግር ምክንያት እንዳይሰሩ የሚያግድዎት
- እርጉዝ ነዎት፤ ስም: \_\_\_\_\_ የመውለጃ ጊዜ: \_\_\_\_\_

10. በዚህ ወር የእርስዎ ቤተሰብ ምን ያህል ገንዘብ ያገኛል ብለው ይጠብቃሉ? \$ \_\_\_\_\_

11. የእርስዎ ቤተሰብ በጥሬ እና በባንክ ሂሳብ ውስጥ ምን ያህል ገንዘብ አለው? \$ \_\_\_\_\_

12. የእርስዎ ቤተሰብ ለኪራይ ወይም ለቤት ባለቤት ለመሆን ምን ያህል ይከፍላል? \$ \_\_\_\_\_

13. የእርስዎ ቤተሰብ ለምን ምን መገለገያዎች ክፍያ ይፈጽማል?  ለማግኘት/ለማቀዝቀዣ  ስልክ  ሌላ: \_\_\_\_\_

14. በቤተሰብ ውስጥ ካሉት አባላት በጊዜያዊነት የተቀመጠ ወይም ስደተኛ አርሶ አደር አለ?  አዎ  አይ

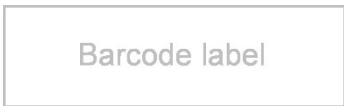
15. ለምግብ እርዳታ የምታመለክቱ ከሆነ በቤተሰብዎ ውስጥ ለምን ያህል ሰዎች ምግብ ገዝተው ያዘጋጃሉ?

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

16.  እኔ አስተርጓሚ እፈልጋለሁ: እኔ ቋንቋ መናገር እችላለሁ: \_\_\_\_\_ ወይም  እፈርማለሁ; ደብዳቤዎችን ወደሚከተሉት ቋንቋዎች መተርጎም እችላለሁ: \_\_\_\_\_

17. እርስዎ ለእነርሱ እርዳታ ለማግኘት የማያመለክቱ ቢሆንም እንኳን በቤትዎ ያሉትን በሙሉ ይዘርዝሩ (አስፈላጊ ከሆነ ተጨማሪ ወረቀት ይጠቀሙ)

ስም (የመጀመሪያ፣ የመጨረሻ ስም)	ጾታ:	ግለሰብ ከእርስዎ ጋር ምን ዓይነት ዝምድና አለው?	የትውልድ ቀን	ለእኚህ ግለሰብ የሚከፈሉ ጥቅማጥቅሞች ማግኘት የሚፈልጉ ከሆነ ምልክት ያድርጉበት	አመልካች ላልሆኑ ግለሰቦች እንደ አማራጭ የቀረቡ			
					የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር	አሜሪካዊ ከሆኑ ምልክት ያድርጉ	ዘር (ከታች ያሉትን ናመናዎች ይመልከቱ)	የጎዳ ስም (ለአሜሪካ ኢንዱስትሪ የአላሰካ ተወላጆች)
		እራሴ		<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"/>		



የአመልካች ስም	የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር	የደንበኛ መለያ ቁጥር
-----------	-----------------	---------------

18. የእኔ ብሔር ስፓኒሽ ወይም ላቲን ነው፡  አዎ  አይ  
 የዘርና የብሔር መረጃዎች በፍቃደኝነት ላይ የተመሰረቱ ሲሆን በእርስዎ ለአገልግሎት ብቁ መሆን ወይም የጥቅማ ጥቅም መጠን ላይ ተፅዕኖ አይኖራቸውም፡፡ ይህ መረጃ የፕሮግራሙ ጥቅማ ጥቅሞች በዘር፣ በቀለም ወይም በትውልድ ሀገር አድልዎ ሳይደረግ መከፋፈላቸውን ለማረጋገጥ ጥቅም ላይ ይውላል፡፡ የምግብ እርዳታ ለማግኘት ምንም አይነት እርዳታ ካልተሰጠ የኤስዲኤ ለእርስዎ ምላሽ እንድንሰጥ ያስገድደናል፡፡ **የዘር ምሳሌዎች፡** ነጭ፣ ጥቁር ወይም አፍሪካ አሜሪካን፣ ኤስያ፣ የሀዋይ ተወላጆች፣ የፓስፊክ ደሴት ነዋሪ፣ አሜሪካ ኢንዲያን፣ የአላስካ ተወላጅ ወይም ሌላ ድብልቅ ዘር

**I. ጠቅላላ መረጃዎች**

- ባለፉት 30 ቀናት ገንዘብ ወይም ምግብ ከሌላ ግዛት፣ ገብ ወይም ምንጭ ተቀብያለሁ፡  አዎ  አይ
- እኔ እያመለከትኩለት ያለው ግለሰብ ከዋሽንግተን ግዛት ውጪ ይኖራል፡  አዎ  አይ ማን፡ \_\_\_\_\_
- እኔም ሆነ በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ ስፖንሰር የተደረገን የውጭ ዜጎች ነን፡  አዎ  አይ ማን፡ \_\_\_\_\_
- እኔም ሆነን በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ እድሜያችን 16 እና ከዚያ በላይ ነን (የሚመለከተውን በሙሉ ይምረጡ)  ሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት  ከሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ጋር ተመጣጣኝ የሆነ ፕሮግራም  ከኬጅ  የንግድ ትምህርት ቤት ማን፡ \_\_\_\_\_
- ለጊዜው አንድ ግለሰብ ከቤቴ ውጪ ይገኛል፡  አዎ  አይ ማን፡ \_\_\_\_\_
- እኔ ወይም አብሮኝ የሚኖር ሰው U.S. Armed Forces, National Guard, ወይም Reserves ወይም በአሱ ስር የሚተዳደር ወይም የትዳር አጋር በመሆን አገልግሏል፡  አዎ  አይ አዎ ካለ፡ ማን፡ \_\_\_\_\_
- እኔም ሆነኩ የማመለከት ግለሰብ ለፍርድ ቤት ከመቅረብ ወይም ለተፈፀመ ወንጀል እስር ቤት ከመግባት በማለት እየሸሸን እንገኛለን፡  አዎ  አይ
- እኔ የምኖረው፡  በራሴ ቤት ወይም አፓርትመንት  የቡድን ቤት  ሌላ፡ \_\_\_\_\_  
 ተቋም (አይነቱን ይግለጹ)፡ \_\_\_\_\_ የገባበት ቀን፡ \_\_\_\_\_
- እኔ፡  ያላገባ  ያገባ  የፈታ  የተለየ  ሞተበት/ባት  የተመዘገበ እጮኝነት
- እኔም ሆነን በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ ከመስከረም 22 ቀን 1996 በኋላ ለአደንዛዥ ዕፅ ስንል የምግብ እርዳታን የመነገድ ወንጀል ፈጽመናል፡፡  አዎ  አይ
- እኔም ሆነን በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ ከመስከረም 22 ቀን 1996 በኋላ ከ500 ዶላር በላይ የምግብ እርዳታ የመግዛት ወይም የመሸጥ ወንጀል ፈጽመናል፡፡  አዎ  አይ
- እኔም ሆነን በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ ከመስከረም 22 ቀን 1996 በኋላ ጠመንጃዎች፣ ጥይቶች ወይም ፈንጂዎች የመነገድ ወንጀል ፈጽመናል፡፡  አዎ  አይ
- እኔም ሆነን በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ ከመስከረም 22 ቀን 1996፣ በኋላ ከአንድ በላይ ከሆኑ ግዛቶች የምግብ እርዳታ የመቀበል ወንጀል ፈጽመናል፡፡  አዎ  አይ
- እኔም ሆነን በቤቴ ውስጥ የሚኖር ግለሰብ፡ ሀ. በአመጽ ላይ እንገኛለን፡  አዎ  አይ ለ. ተከራይ ነን፡  አዎ  አይ
- እኔ ወይ በቤቴ ውስጥ የሚኖር ሰው በሎቶሪ ወይ ቁጥር \$3,750 ወይ ከዛ በላይ አሸንፈናል አዎ  አይ ወይም  አዎ ከሆነ ማን ነው፡ \_\_\_\_\_ የተቀበሉበት ቀን፡ \_\_\_\_\_  
 መጠን (ግብር ከመቆረጡ በፊት)፡ \_\_\_\_\_

**II. የጤና ኢንሹራንስ መረጃዎች (መሰረታዊ ምግቦችን ለማግኘት አያስፈልግም)**

- እኔ ባለቤቴ ወይም በቤቴ ውስጥ ያለ ግለሰብ፡**
- እኛ የሕክምና ተቋም (ከሆስፒታል ወይም የነርስ መንከባከቢያ ክፍል) ለመግባት አቅደናል ወይም በተቋሙ ውስጥ እንገኛለን ወይም በቅርቡ ከተቋሙ ወጥተናል .....  አዎ  አይ
  - ባለፉት 3 ወራት ያልተከፈሉ የሕክምና ክፍያዎች እንዲከፈልን እንፈልጋለን .....  አዎ  አይ
  - የጤና ኢንሹራንስ አለን፡  አዎ  አይ (ተገቢነት ባላቸው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉባቸው)፡  የጤና ክብካቤ (የዋሽንግተን አፕል ጤና አገልግሎት ያልሆነ)  የሶስትዮሽ የጤና ክብካቤ (Tricare)  የረጅም ጊዜ የጤና ክብካቤ ዋስትና (Long-Term Care Insurance)  የሕንድ የጤና አገልግሎቶች (Indian Health Services)  ሌላ የጤና ኢንሹራንስ፡

**III. ሀብቶች (ማረጋገጫ ያያይዙ፣ ኤችደብሊውዲ ወይም መሰረታዊ ምግብ የማይፈልጉ መሆኑን የሚመለከት ማስረጃ ያይዙ)**

- ሀብት ማለት እርስዎ ያለዎት ንብረት ወይም የሚሸጥ፣ የሚገበያይ ወይም ወደ ገንዘብ ለሌሎች ተሸጦ የሚቀየሩ ንብረቶችን የሚያካትት ነው፡፡ ሀብቱ እንደ ቤት እቃዎች ወይም ልብስ የመሳሰሉ የግል ንብረቶችን አያካትትም የሀብቱ ምሳሌዎች፡
- ጥሬ ገንዘብ
  - የፔክ ሂሳብ
  - የቁጠባ ሂሳብ
  - የኮሌጅ ፈንድ
  - የአደራ እቃ
  - IRA / 401k
  - ቤቶች፣ መሬቶች ወይም ህንጻዎች
  - CDs
  - የገንዘብ ገበያ ሂሳብ
  - ቦንድ
  - የጡረታ ፈንድ
  - የቀብር ፈንድ፣ በቅድሚያ ክፍያ የተፈፀመባቸው እቅዶች
  - የንግድ መሳሪያዎች
  - ለማዳ እንስሳት
  - የሕይወት ኢንሹራንስ

የአመልካች ስም	የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር	የደንበኛ መለያ ቁጥር			
<b>III. ገቢ (ማረጋገጫ ያያይዙ፡ ለ HWD ወይ መሰረታዊ ምግብ አያስፈልግም (የቀጠለ)</b>					
እባክዎን እርስዎ ፣ የእርስዎ ባለቤት ወይም እርስዎ የሚያመለክትልዎት ግለሰብ ያለዎት ወይም የሚገዙት ንብረት ይዘርዝሩ					
ሀብት	የማን ንብረት ነው	የሚገኝበት ቦታ			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
2. እኔ፣ የእኔ ባለቤት ወይም እኔ የማመለክትለት ግለሰብ ያለን መኪናዎች፣ ከባድ መኪናዎች፣ መለስተኛ መኪናዎች፣ ጀልባዎች፣ አርቪኤስ፣ ተሳታፊዎች ወይም ሌሎች የሞተር ተሽከርካሪዎች፡					
ዓመት (ለምሳሌ 1980)	ስራ (ለምሳሌ ፎርድ)	ምዴል (ለምሳሌ ስኮርት)	ኪራይ ከሆነ ያክብቡት	ተሽከርካሪው ለሕክምና አገልግሎት የሚውል ከሆነ ያክብቡት	የተሽከርካሪ ዋጋ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. እኔ፣ ባለቤቱ ወይም እኔ የማመለክትለት ግለሰብ ባለፉት 5 አመታት (የአደራ እቃዎች፣ ተሽከርካሪዎች፣ ጥሬ ገንዘብ ወይም የኢድሜ ልክ ንብረቶች) ሽጠናል፣ ነግደናል፣ ሰጥተናል ወይም አዘዋውረናል፡ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ አዎ ካሉ፣ ምን፡ _____ መቼ፡ _____					
<b>IV. በማንኛውም የቤተሰብ አባል መደበኛ ክፍያ ለማግኘት ፈሰሰ የተደረጉ ኢንሽሪመንቶች አሁንም ሆነ ወደፊት።)</b>					
ኢንሽሪመንቱ የማን ነው?	ኩባንያ ወይስ ተቋም?	የገንዘብ መጠን ወይም ዋጋ	ወርሃዊ ገቢ	የተገዛበት ቀን	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		
እርስዎ ወይም የእርስዎ ባለቤት ኢንሽሪመንት ካልዎት እና እርስዎ የሞሽንግተን አጥል የጤና የረጅም ጊዜ ክብካቤ፣ ኤስኤስአይ ጋር የተያያዙ ዋስትናዎች ወይም የሲኤም ሽፋን የሚቀበሉ ከሆነ የሞሽንግተን ግዛት የኢንሽሪመንቱ ቀሪ ተጠቃሚ መሆኑን መጥቀስ ይገባዎታል።					
<b>V. የሚያገኙት ገቢ (ማስረጃ ያያይዙ)</b>					
1. እኔ፣ ባለቤቴም ሆነ እኔ የማመለክትለት ግለሰብ ባለፉት 30 ቀናት ውስጥ የተቋረጠ ስራ ነበረን <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ					
2. እኔ፣ ባለቤቴም ሆነ እኔ የማመለክትለት ግለሰብ ከስራ ገቢ እናገኛለን <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ ምላሽዎ አዎ ከሆነ የሚከተለውን ክፍል ይሙሉ፡					
ይህንን ገቢ ማን ነው የሚያገኘው			የሚያገኙት ያልተጣራ ገቢ (ተቀናሽ ከመደረጉ በፊት የሚገኝ የዶላር መጠን)		
የአሰሪው ስም እና ስልክ ቁጥር			\$ _____ በየ: <input type="checkbox"/> ሰዓት <input type="checkbox"/> ሳምንት		
መጀመሪያ ቀን			<input type="checkbox"/> ሁለት ሳምንት <input type="checkbox"/> በወር ሁለት ጊዜ <input type="checkbox"/> በወር		
ይህ ስራ የራስዎ ስራ ነው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ			ሰዓት በሳምንት _____		
ወርሃዊ የግል ስራ ወጪ መጠን: \$ _____			የክፍያ ቀን (ለምሳሌ በመጀመሪያው እና በ15ኛው ቀን፣ በየሳምንቱ አርብ አርብ):		
ይህንን ገቢ ማን ነው የሚያገኘው			የሚያገኙት ያልተጣራ ገቢ (ተቀናሽ ከመደረጉ በፊት የሚገኝ የዶላር መጠን)		
የአሰሪው ስም እና ስልክ ቁጥር			\$ _____ በየ: <input type="checkbox"/> ሰዓት <input type="checkbox"/> ሳምንት		
መጀመሪያ ቀን			<input type="checkbox"/> ሁለት ሳምንት <input type="checkbox"/> በወር ሁለት ጊዜ <input type="checkbox"/> በወር		
ይህ ስራ የራስዎ ስራ ነው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ			ሰዓት በሳምንት _____		
ወርሃዊ የግል ስራ ወጪ መጠን: \$ _____			የክፍያ ቀን (ለምሳሌ በመጀመሪያው እና በ15ኛው ቀን፣ በየሳምንቱ አርብ አርብ):		

የአመልካች ስም	የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር	የደንበኛ መለያ ቁጥር			
<b>VI. ሌላ ገቢ (ለሁሉም የቤተሰብ አባላት ሪፖርት ያቅርቡ፣ ማስረጃ ያያይዙ)</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>የሥራ አጥነት ጥቅማጥቅም</li> <li>የማህበራዊ ዋስትና ገቢ</li> <li>የገብ ገቢ</li> <li>ከጨዋታ የሚገኝ ገቢ</li> <li>የትምህርት ጥቅማጥቅሞች (የተማሪ ብድር፣ ጥቃቅን ብድር፣ ስራ-ትምህርት)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ተጨማሪ የዋስትና ገቢ (SSI)</li> <li>የልጅ ድጋፍ ወይም ለባለቤት የሚቆረጥ ክፍያ</li> <li>የባቡር መንገድ ጥቅማጥቅም</li> <li>የኪራይ ገቢ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ጡረታ</li> <li>የጦር ሰለባዎች አስተዳደር (VA) ወይም የውትድርና ጥቅማጥቅሞች</li> <li>ሰራተኛ እና ኢንዱስትሪ (L&amp;I)</li> <li>የአደራ እቃ</li> <li>ወለድ/የገባድ ትርፍ ድርሻ ክፍያ</li> </ul>			
የልተከፈለ ገቢ አይነት	ገቢውን የሚያገኘው ማን ነው?	የልተጣራ ወርሃዊ የገንዘብ መጠን			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
<b>VII. ወርሃዊ ወጪዎች</b>					
ኪራይ \$	የቋሚ ክፍያ \$	የቦታ ኪራይ \$	የቤት ባለቤቶች ኢንሹራንስ \$	የንብረት ግብር ክፍያ \$	ሌሎች ክፍያዎች \$
የእርስዎ ቤተሰብ ከኪራይ ወይም ከቋሚ ንብረት ባለቤትነት ከሚገኝ ክፍያ ለመገልገያ የሚከፍለው ክፍያ አለ?					
<input type="checkbox"/> ማሞቂያ (ኤሌክትሪክ/ ጋዝ/) <input type="checkbox"/> መብራት (ለማሞቂያ ያልሆነ)፣ <input type="checkbox"/> ውሃ <input type="checkbox"/> የቤት/የሞባይል ስልክ <input type="checkbox"/> የፈሳሽ ማስወገድ አገልግሎት <input type="checkbox"/> የቆሻሻ ማስወገድ አገልግሎት					
ሌላ ግለሰብ ወይም ተቋም (የቤት ድገት) እነዚህን ወጪዎች በሙሉም ሆነ በከፊል ለመክፈል ያግዘኛል፡ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ አዎ ካሉ፣ ማን፡					
ወጪዎቹ ምንድናቸው፡ _____ የሚከፍሉት የገንዘብ መጠን፡ \$ _____					
<input type="checkbox"/> ባለፉት 12 ወራት እኔ የዘቅተኛ ገቢ የቤት ድጋፍ ደንብ ክፍያ ተቀብያለሁ፡፡					
እኔ፣ ባለቤቴም ሆነ እኔ የማመለከት ግለሰብ የሚከተሉትን ክፍያዎች እንፈጽማለን ወይም መፈፀም ይጠበቅብናል (የሚመለከቱትን በሙሉ ያክብቡበት)					
<input type="checkbox"/> የልጅ ወይም የአዋቂ የቤተሰብ አባል ክብካቤ (የትራንስፖርት ወጪን ጨምሮ)	ወርሃዊ የገንዘብ መጠን፡ \$		የሚከፈለው ማን ነው፡		
<input type="checkbox"/> ለአካል ጉዳተኞች ወይም እድሜያቸው ከ60 ዓመት በላይ ለሆኑ የሕክምና ክፍያዎች (የትራንስፖርት ወጪ እና የጤና መድን ዋስትና አረቦን)	ወርሃዊ የገንዘብ መጠን፡ \$		የሚከፈለው ማን ነው፡		
<input type="checkbox"/> የልጅ ድጋፍ (ማረጋገጫ ያያይዙ)	ወርሃዊ የገንዘብ መጠን፡ \$		የሚከፈለው ማን ነው፡		
እርስዎ ከላይ ከተዘረዘሩት ውስጥ ማናቸውንም ሪፖርት ካላደረጉ ለዚህ ወጪ እርስዎ ተቀናሽ መቀበል እንዳልፈለጉ እናስባለን፡፡					
<b>VIII. ፍቃድ የተሰጠው ተወካይ</b>					
ሕጋዊ ተወካይ ማለት ዲኤስኤስኤስ ሰለ እርስዎ ጥቅማጥቅም በተመለተ የሚያናገረው ግለሰብ ማለት ነው፡፡ አንድ ሰው መወከል ይችላሉ ነገር ግን መወከል የለብዎትም፡፡					
ሕጋዊ ወኪል አለዎት? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ					
ይህ ግለሰብ የእርስዎ ሕጋዊ ሞግዚት ነው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ					
ግለሰቡ የውክልና ስልጣን አለው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ					
እርስዎ የጤና ክብካቤ ሽፋንዎን የሚያድሱ ከሆነ የሕጋዊ ወኪል ቅጽ (DSHS 14-532) መሙላት ይጠበቅብዎታል፡፡					
ስም	ዝምድና	ስልክ ቁጥር			
ፖስታ መላኪያ አድራሻ	ከተማ	ስቴት	ዚፕ ኮድ		
<b>የሃብት ማረጋገጫ ፈቃድ</b>					
<b>የሞሽን ግተን Apple Health ዕድሜያቸው የገፉ፣ ዓይነት ስውር ወይ አካል ጉዳት ሜዲኬይቲቭ ብቻ</b>					
ለድጋፍ ለማደስ ወይ ለመጠየቅ ያስገባሁት መረጃ ትክክለኛነት ለማረጋገጥ የሰጡትና ፌደራል ኤጀንሲዎች ያጣራሉ፡፡ የፋይናንስ መረጃ ትክክለኛነት ለማረጋገጥና የሞሽን ግተን ስቴት የጤና ባለስልጣን (HCA) የማህበራዊ ጤና አገልግሎት ክፍል (DSHS) የሃብት ማጣራት እንዲያካሂዱ ፈቃድ እሰጣለሁ፡፡ እንደ አንድ የሚያረጋግጥ አካል HCA እንዲሁም DSHS የሰጡት፣ ፌደራልና የግል ኤጀንሲዎችን መረጃ እንደሚመለከቱ እረዳለሁ፡፡ ይህ ፈቃድ የሚጠናቀቀው በማመልከቻዎ ላይ ውሳኔ ከተሰጠ፣ የጥቅም ብቁነት ሲጠናቀቅ DSHS እንዲሁም HCA የማቆረጥ ፅሁፍ ሲደርሳቸው ነው፡፡ <b>ፈቃድ ካልሰጡኝ ለሞሽን ግተን Apple Health ዕድሜያቸው የገፉ፣ ዓይነት ስውር ወይ አካል ጉዳት ሜዲኬይቲቭ ብቻ እንደማልሆን እረዳለሁ፡፡</b>					

የአመልካች ስም	የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር	የደንበኛ መለያ ቁጥር	
<b>የመራጭ ምዝገባ</b>			
<p>መምሪያው የመራጭ ምዝገባ አገልግሎቶችን ይሰጣል። ለምርጫ መመዘገብ ወይም አለመመዘገብ በዚህ ድርጅት በሚሰጡት አገልግሎቶች ወይም የጥቅማ ጥቅም መጠን ላይ ተጽእኖ አይኖረውም። እርስዎ የመራጭ ምዝገባ ቅጽ መሙላት ሂደት ላይ እገዛ ከፈለጉ እኛ እናግዝዎታለን። ድጋፍ የመጠየቅ ወይም የመቀበል ውሳኔ የእርስዎ ሃላፊነት ነው። የመራጭ ቅጹን ለግልጽ መሙላት ይችላሉ። እርስዎ ለምርጫ የመዘገብ ወይም የመተው መብትዎን የተጋፋ ሰው አለ ብለው ካመኑ እርስዎ ለምርጫ ለመመዘገብ ወይም ለመተው ወይም የራስዎን የፖለቲካ ፓሪቲ የመምረጥ ወይም የሌላ ፖለቲካ ምርጫ ያለዎትን መብት ምስጢር የመጠበቅ ተጥሰዋል ብለው ከማኑ ቅሬታዎን ለሚከተለው አካል ማቅረብ ይችላሉ። Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p><b>ለመምረጥ መመዘገብ ወይም የምርጫ ምዝገባ መረጃዎችን ወቅታዊ ማድረግ ይፈልጋሉ?</b> <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ</p> <p><b>አንደኛውን ሳጥን ካላከበሩ እርስዎ ለመመረጥ አሁን መመዘገብ እንዳልፈለጉ ይቆጠራሉ።</b> ብቁ ካልሆኑ፣ ካልሰረዙና አውቶማቲክ ድምፅ ካልሆነ በስተቀር በማንኛውም ሳጥን ላይ ምልክት ካላደረጉ በአሁኑ ጊዜ ድምፅ መስጠት እንዳልፈለጉ ታሳቢ ይደረጋል።</p> <p>ከላይ «አይደለም» ካላሉ በስተቀር ለአውቶማቲክ ድምፅ ሰጪነት ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ። በቀጣይ መረጣ ዕድሜዎ 18 የሚሞላ ከሆነ፣ የአሜሪካ ዜጋ ከሆኑና አብ DSHS ስምት ካለ፣ የመኖርያ ቦታ አድራሻ ፖስታ ካሉት፣ ልደት ቀን፣ የዜግነት ማረጋገጫ፣ በዚህ ማመልከቻ የሚሰጡት መረጃ ትክክል ከሆነ ለአውቶማቲክ ድምፅ ሰጪነት ምዝገባ ብቁ ይሆናሉ።</p> <p><b>ድምፅ ለመስጠት አውቶማቲካል መመዘገብ ይፈልጋሉ አዎ</b> <input type="checkbox"/> አልፈልግም <input type="checkbox"/></p> <p><b>«አዎ» እሚለው ሳጥን ላይ ምልክት ካደረጉ ወይ በማንኛውም ሳጥን ላይ ምልክት ካላደረጉ ድምፅ ለመስጠት ብቁ የሚሆኑት መለኪያውን ካሟሉና DSHS ወደ ደህንነት መረጃ ሰልክ አውቶማቲካል የተመዘገቡ ድምፅ ሰጪ ይሆናሉ።</b></p>			
<b>ዲክላራሽን እና ፊርማዎች</b>			
<p><b>የገንዘብ ድጋፍ ሁሉም በቤት ውስጥ ያሉ አዋቂዎች (ወይም ሕጋዊ ወኪሎች) መፈረም አለባቸው።</b>  <b>የምግብ እርዳታ ወይም የጤና ክብካቤ ሽፋን ለማግኘት አመልካች ወይም ሕጋዊ ወኪሉ መፈረም አለበት።</b></p> <p>እኔ የሚከተሉትን ማድረግ እንዳለብኝ እገነዘባለሁ፡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ትክክለኛ መረጃ መስጠት እና የሪፖርት አቀራረብ መስፈርቶችን መከተል</li> <li>• እኔ ለእርዳታው ብቁ መሆኔን የሚያሳይ ማስረጃ ማቅረብ</li> <li>• እኔ ጊዜያዊ የደህ በተሰጠች እርዳታ በምቀበልበት ጊዜ ለዋሽንግተን ግዛት የልጆች ድጋፍ የተወሰኑ መብቶችን መመደብ ነገር ግን የልጅ ድጋፍ እኔን ወይም ልጆቼን ለጉዳት የሚዳርግ ከሆነ የልጅ ቀለብ ክፍያ ላለመክፈል ዲኤስኤችኤስ መጠየቅ አችላለሁ።</li> <li>• የምግብ እርዳታ ስራ መስፈርቶችን ለማሟላት አተባበራለሁ።</li> </ul> <p>እነዚህን ካልሰራሁ ጥቅማጥቅሞችን አላገኘም ወይም መልሼ እንድከፍል እደረጋለሁ።</p> <p>የተሳሳተ መረጃ በተንኮል በመነሳሳት ከሰጠው ወይም ማሳወቅ የሚገባኝን ነገር ሳላሳውቅ ከቀረሁ በውንጀል የምጠየቅ መሆኔን አውቃለሁ።</p> <p>ዲኤስኤችኤስ እኔ ለእርዳታው ብቁ መሆኔን የሚያሳይ ማስረጃ ለማግኘት አስፈላጊ ሲሆን ሌሎች ግለሰቦችን ወይም ተቋማትን እንዲያነጋግር እፈቅዳለሁ።</p> <p>የገንዘብ እና የምግብ እርዳታን ለማግኘት የእኔን መብት እና ግዴታዎች ያነበብኩ ሲሆን የደንበኛ መብቶች እና ኃላፊነቶች ኮፒ (DSHS 14-113) ተቀብያለሁ።</p> <p>: የጤና ክብካቤ ሽፋን ለማግኘት የእኔን መብት እና ግዴታዎች ያነበብኩ ሲሆን የደንበኛ መብቶች እና ኃላፊነቶች ኮፒ (HCA 18-003) አግኝቻለሁ።</p> <p><b>የዜግነት መረጃዎችን እና የውጭ ዜግነትን የሚመለከቱ ለጥቅማጥቅሙ አመልካች አስመልክቶ የተሰጡ መረጃዎችን ጨምሮ በዚህ ማመልከቻ ውስጥ የገለጽኳቸው መረጃዎች እውነትና ትክክል መሆናቸውን እያረጋገጥኩ ሀሰት ሆነው ከተገኙ በዋሽንግተን ግዛት ሕጎች መሰረት የምቀጣ መሆኔን ተገንዝቤአለሁ።</b></p>			
የአመልካቹ ፊርማ	ቀን	የተወካይ ስም	የፈረመበት ከተማ እና ግዛት
የሌላ አዋቂ አመልካች ፊርማ	ቀን	የተወካይ ስም	የፈረመበት ከተማ እና ግዛት
የረዳት ወይም ተወካይ ፊርማ	ቀን	የተወካይ ስም	የፈረመበት ከተማ እና ግዛት
ከኤክስፖርት የፈረመው ከሆነ የምስክር ፊርማ	ቀን	የምስክር ስም	