

የብቁነት ግምገማ

ይህንን ቅጽ ለማንበብ ወይም ለመሙላት እገዛ ከረለጉ እባክዎን ለእርዳታ ይጠይቁን።
ይህንን ገጽ ለማስረጃ ወይም ለመዝገቦችዎ ያቆዩት።

ለገንዘብ ወይም ለምግብ እርዳታ እንዴት ማመልከት እችላለሁ?

- ይህንን ግምገማ በcommunity services office (ማህበረሰብ አገልግሎት ቢሮ) በማስገባት ሂደቱን አሁን **መጀመር** ይችላሉ። የእርስዎ ስም፣ አድራሻ እና ፊርማ ወይም የተፈቀደለት ተወካይ ፊርማ ሊኖረው ይገባል። እነዚህን ሰነድ እቃዎች ብቻ ቢይዝም ግምገማዎን አሁን ማስገባት ይችላሉ።
- ጥያቄዎቹን በመመለስ፣ በገጽ ሰባት ላይ በመፈረም እና ግምገማዎን እና የምንጠይቀውን ማንኛውንም መረጃ በተቻለ ፍጥነት በመስጠት ቅጹን ካጠናቀቁ ተጨማሪ ጥቅማጥቅሞችን ሊያገኙ ይችላሉ ወይም በፍጥነት ሊያገኙ ይችላሉ።
- ግምገማዎን ወደ አካባቢያዊ ቢሮ ወይም በፋክስ ወደ 1-888-338-7410 መውሰድ ይችላሉ። ቦታዎችን ለማግኘት www.dshs.wa.govን ይመልከቱ።
- ግምገማዎን ከሚከተሉት ወደ አንዱ ይላኩ፡-

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

- ይህንን ግምገማ በመስመር ላይ በ www.washingtonconnection.org መሙላት ይችላሉ።
- **ይህ የብቁነት ግምገማ ቅጽ በዚህ ቅጽ ላይ ለተዘረዘሩት የWashington Apple Health ፕሮግራሞች ሽፋንን ለማደስ ብቻ ጥቅም ላይ ሊውል ይችላል። ለሌላ ለጤና እንክብካቤ ሽፋን በ www.wahealthplanfinder.org ላይ በመስመር ላይ፣ በ 1-855-923-4633 በመደወል ወይም የHCA ማመልከቻ ለጤና አጠባበቅ ሽፋን (HCA 18-001) በመጠቀም ማመልከት አለብዎት።**

በምግብ እና በጥሬ ገንዘብ ምን ያህል እርዳታ ማግኘት እችላለሁ?

- የምግብ እርዳታ ወዲያውኑ ከረለጉ፣ ከጥያቄ 1 እስከ 14 ምልተው ይህን ቅጽ በአቅራቢያዎ ወደሚገኘው ቢሮ ይውሰዱ። የማንነትዎን ማረጋገጫ ካሳዩ እና የብቁነት ህጎችን ካሟሉ *17 ቀናት ውስጥ* ለምግብ እርዳታ ብቁ መሆንዎን እንወስናለን።
- ብቁ መሆንዎን ከወሰንን በኋላ ጥቅማ ጥቅሞችን እንሰጣለን።
- አብዛኛውን ጊዜ የምግብ እርዳታ ማመልከቻዎን በተቀበልንበት ቀን ይጀምራል።
- አብዛኛውን ጊዜ የገንዘብ እርዳታ የሚጀመረው እርስዎ ብቁ መሆንዎን ለመወሰን ሁሉንም መረጃ በያዝንበት ቀን ነው።
- ማመልከቻዎን ካስገቡበት ቀን ጀምሮ ባሉት 30 ቀናት ውስጥ ለምግብ እርዳታ ብቁ መሆንዎን መወሰን አለብዎት።
- ማመልከቻዎን ከአንድ ተቋም እያስገቡ ከሆነ፣ የመጀመሪያው ቀን የወጡበት ወይም የተለቀቁበት ቀን ላይ ነው የሚሆነው።

ለምግብ እርዳታ እና ለሌሎች ፕሮግራሞች የሚያመለክቱ ከሆኑ፡-

ማመልከቻዎን ለማስኬድ የSNAP ደንቦችን መከተል አለብዎት። ይህም በጊዜ ገደቦች ውስጥ ማመልከቻውን ማካሄድን፣ ትክክለኛ ማሳሰቢያዎችን መስጠት እና ስለ አስተዳደራዊ መብቶችዎ ምክር መስጠትን በውስጡ ያካትታል። ለሌላ የእርዳታ ፕሮግራሞች ማመልከቻዎ ውድቅ ስለተደረገ ብቻ የእርስዎን የምግብ እርዳታ ልንክድ አንችልም።

የሲቪል መብቶች እና አድልዎ የሌለበት

በፌዴራል የሲቪል መብቶች ህግ እና በU.S. Department of Agriculture (በአሜሪካ የግብርና መምሪያ፣ USDA) የሲቪል መብቶች ደንቦች እና ፖሊሲዎች መሰረት፣ ይህ ተቋም በዘር፣ በቀለም፣ በብሔር ማንነት፣ በጾታ (የጾታ ማንነት እና ጾታዊ ዝንባሌን ጨምሮ)፣ የሃይማኖት እምነት፣ የአካል ጉዳት፣ ዕድሜ፣ የፖለቲካ እምነት፣ ወይም ቀደም ሲል ለነበሩ የሲቪል መብቶች እንቅስቃሴ በቀል ወይም የበቀል እርምጃ መድልዎ የተከለከለ ነው።

የፕሮግራሙ መረጃዎች ከእንግሊዝኛ ውጪ በሌሎች ቋንቋዎች ሊቀርብ ይችላል። የፕሮግራሙ መረጃን ለማግኘት አማራጭ የመገናኛ ዘዴ የሚያስፈልጋቸው አካል ጉዳተኛ የሆኑ ሰዎች (ለምሳሌ፡- ብረታዎች፣ ትልቅ ህጉዎች፣ አዲሱ ቴፕ፣ የአሜሪካ የምልክት ቋንቋ)፣ ለጥቅማጥቅሞች ያመለክቱበትን ኤጀንሲ (ማዘት ወይም አካባቢ) ማነጋገር አለባቸው። መስማት የተሳናቸው፣ የመስማት ችግር ያለባቸው ወይም የንግግር እክል ያለባቸው ግለሰቦች በፌዴራል ሪሌይ አገልግሎት አማካኝነት USDAን በ (800) 877-8339 ማነጋገር ይችላሉ።

የፕሮግራሙ አድሎአዊ ቅሬታ ለማቅረብ ቅሬታ አቅራቢው በ AD-3027 ፣ USDA ፕሮግራም የአድልዎ ቅሬታ ቅጽ መሙላት አለበት ይህም በመስመር ላይ በ፡- <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>፣ ከማንኛውም የUSDA ቢሮ በመደወል(833) 620-1071 ወይም ለUSDA ደብዳቤ በመጻፍ። ስለ ሲቪል መብቶች ጥሰት ምንነት እና ቀን ለAssistant Secretary for Civil Rights (ሲቪል መብቶች ረዳት ጸሐፊ፣ ASCR) ለማሳወቅ፣ ደብዳቤው የአቤቱታ አቅራቢውን ስም፣ አድራሻ፣ ስልክ ቁጥር እና ስለተፈጸመው አድሎአዊ ድርጊት የጽሁፍ መግለጫ በበቂ ሁኔታ መያዝ አለበት።

የተሞላው AD-3027 ቅጽ ወይም ደብዳቤ ወደ ሚከተለው አድራሻ መግባት አለበት፡-

1. **ኢሜል፡-** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; ወይም
2. **ፋክስ፡-** (833) 256-1665 ወይም (202) 690-7442; ወይም
3. **ኢሜል፡-** FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

ይህ ተቋም የእኩል እድሎች ሰጪ ነው።

የኢሚግሬሽን ሁኔታ እና Social Security Numbers (የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር)

እርስዎ የሚኖሩት ሌሎች በስደተኛ ሁኔታቸው ምክንያት ባይችሉም እንኳ አብረዎቸው ለሚኖሩ አንዳንድ ሰዎች እርዳታ ሊያገኙ ይችላሉ። የሚመለከተውን የማንኛውም ሰው የስደት ሁኔታን ሊነግሩን ይገባል። የቤተሰብ አባላት የኢሚግሬሽን ሁኔታ በUSCIS (ቀደም ሲል INS በሙሉ የሚታወቀው) ሊረጋገጡ ይችላሉ። ከUSCIS የተቀበለው መረጃ ብቁነትን እና የጥቅም መጠን ላይ ተጽዕኖ ሊያሳድር ይችላል። አንዳንድ የውጭ ዜጎችን ሊሸፍን የሚችል የጤና እንክብካቤ ሽፋን አለን።

በፌደራል ህግ (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6) ለWashington Apple Health፣ TANF ወይም የምግብ እርዳታ ለሚያመለክት ማንኛውም ሰው የSocial Security Number(ማህበራዊ ዋስትና ቁጥር፣ SSN) ሊሰጡን ይገባል። እንዲሁም ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ ግን የማያመለክቱ ወላጆች እና የትዳር ጓደኞች SSN ልንፈልግ እንችላለን። SSN ለሌላቸው አንዳንድ ሰዎች የጤና እንክብካቤ ሽፋን አለን።

ዜግነት እና ማንነት ለWashington Apple Health

የአሜሪካ ዜጎች የWashington Apple Health ለመቀበል ዜግነታቸውን እና ማንነታቸውን ማረጋገጥ አለባቸው። ማስረጃውን ለማግኘት ልንረዳዎ እንችላለን። ገንዘብ የሚጠይቅ ሰነድ ከፈለግን እንላክና ወጪውን እንከፍላለን። በራሳቸው የአካል ጉዳት ወይም Supplemental Security Income(ተጨማሪ የዋስትና ገቢ፣ SSI) መሰረት የMedicare፣ የSocial Security Disability Insurance(ማህበራዊ ዋስትና የአካል ጉዳት መድን፣ SSDI) ለሚቀበል በእርስዎ ቤተሰብ ውስጥ ላለ ማንኛውም ሰው ማረጋገጫ አንፈልግም።

የህክምና እና የረጅም ጊዜ እንክብካቤን ለመንግሥት መክፈል

በWashington ስቴት እስቴት መልሶ ማግኛ ህግ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) መሠረት፣ 55 ዓመት ከሞሉ በኋላ ስቴት ለተወሰኑ የህክምና እና የረጅም ጊዜ አገልግሎቶች እና ድጋፎች ግዛቱ የከፈለውን ወጪ መመለስ ሊያስፈልገው ይችላል። በመንግሥት ብቻ የሚደገፉ አገልግሎቶችን ከተቀበሉ የዕድሜ ገደብ የለም። የንብረት ማገገም የሚጀምረው ከሞቱ በኋላ ነው፤ ክፍያ የሚከፈለው በህይወት ያለው የትዳር ጓደኛዎ ከሞተ በኋላ ወይም ልጅዎ (ልጆችዎ) 21 አመት ሲሞላቸው ነው። እርስዎ በሚሞቱበት ጊዜ ህጻኑ ዓይነ ስውር/አካል ጉዳተኛ ካልሆነ በስተቀር። በአረጋውያን መንከባከቢያ ውስጥ የሚኖሩ እና ወደ ቤትዎ የመመለስ ዕድሎች ካልሆኑ ስቴት በማንኛውም ዕድሜ ላይ በሪል ንብረታችሁ ላይ የቅድመ-ሞት ዋስ ሊያዝ ይችላል። ንብረቱን ከሸጡ ወይም ካስተላለፉ ወይም ከሞቱ በኋላ ግዛቱ ይህንን ሊሰበስብ ይችላል። ወደ ቤትዎ ከተመለሱ ስቴት መያዣውን ያስወግዳል። ለበለጠ መረጃ፣ በንብረት ማገገሚያ የሚገዙ የአገልግሎቶች ዝርዝርን ጨምሮ፣ ምዕራፍ 182-527 WACን ይመልከቱ።

የግል መረጃ(ግላዊነት) እና የእርስዎ የገንዘብ እና የምግብ እርዳታ

የ2008 Food and Nutrition Act(የምግብ እና የተመጣጠነ ምግብ ህግ)፣ በማመልከቻው ላይ የምንጠይቀውን መረጃ እንድንሰበስብ ያስችላል። የተጠየቀውን መረጃ ማቅረብ በፈቃደኝነት የሚከናወን ቢሆንም በቂ ምክንያት ሳይኖር መረጃ አለማቅረብ መሰረታዊ የምግብ ጥቅማጥቅሞችን መከላከል ያስከትላል። የፌዴራል Income and Eligibility Verification System(ገቢ እና ብቁነት ማረጋገጫ ሥርዓት፣ IEVS) ጨምሮ አንዳንድ መረጃዎችን በኮምፒተር ማመሳሰል ፕሮግራሞች እናረጋግጣለን።

የሚከተሉትን ለማድረግ ይህንን መረጃ እንጠቀማለን፡-	ለሚከተሉት ጉዳይዎች ይህንን መረጃ ምናልባት ልንሰጥ እንችላለን፡-
<ul style="list-style-type: none"> • ማን ለፕሮግራሞቻችን ብቁ እንደሆነ ለመወሰን። • ለምግብ እርዳታ ተጨማሪ ክፍያዎችን ይሰብስቡ። • ፕሮግራሞቻችንን ለማስተዳደር። • ህጉን መከተላችንን ለማረጋገጥ። 	<ul style="list-style-type: none"> • የፌዴራል እና የክልል ኤጀንሲዎች እውቅና ላለው አጠቃቀም። • ህግ አስከባሪ ኤጀንሲዎች ህግን ለማስወገድ የሚሰደዱ ሰዎችን ይከታተላሉ። • የግል አሰባሰቢ ኤጀንሲዎች የምግብ እርዳታ ትርፍ ክፍያ ለመሰብሰብ።

ለDepartment of Social and Health Services(ማህበራዊ እና ጤና አገልግሎቶች ዲፓርትመንት) ሪፖርት የተደረገው መረጃ በHealth Care Authority(ጤና እንክብካቤ ባለስልጣን) እና በጤና ጥቅማ ጥቅሞች ልውውጥ ለሚተዳደረው የጤና እንክብካቤ ሽፋን ብቁነት ላይ ጉዳት ሊያመጣ ይችላል።

የምግብ ድጋፍ የቅጣት ማስጠንቀቂያ

መረጃዎ ትክክል መሆኑን ከሌሎች ኤጀንሲዎች ጋር እናረጋግጣለን። የትኛውም መረጃ የተሳሳተ ከሆነ፣ ያመለክቱት ሰዎች የFood Assistance(ምግብ እርዳታ) ላያገኙ ይችላሉ።

ሆን ብሎ ማናቸውንም ደንቦች የሚጥስ ማንኛውም አባል እንደሚከተለው ሊሆኑ ይችላሉ፡-

- በሌሎች የፌዴራል እና የክልል ሕጎች መሠረት ክስ ሊቀርብበት ይችላል።
- ከ SNAP ለአንድ አመት እስከመጨረሻው ድረስ ሊታገድ ይችላል።
- እስከ \$250,000 ድረስ ሊቀጡ ይችላሉ።
- እስከ 20 ዓመታት ድረስ ሊታሰሩ ይችላሉ።
- ፍርድ ቤቱ በንጽህና ካዘዘ ለተጨማሪ 18 ወራት ከSNAP ሊከለከል ወይም ሊታገድ ይችላል።

ፍርድ ቤቱ በሚከተለው ጥፋተኛ ሆነው ካገኝዎት፡-

በግብይት ውስጥ ጥቅማ ጥቅሞችን በማግኘት ጥፋተኛ ሆነው ካገኝዎት፡-	እንደሚከተለው ሊሆኑ ይችላሉ፡-
• ቁጥጥር የሚደረግበት ንጥረ ነገር ሽያጭ ከሁለት ዓመት ወደ.....ዘላቂነት ውድቅ ይሆናል።
• የጦር መሳሪያዎች፣ ጥይቶች ወይም ፈንጂዎች ሽያጭእስከመጨረሻው ውድቅ ይሆናል።
• ከ500 ዶላር በላይ የሆነ ህገወጥ የሰዎች ማዘዋወር ጥቅማጥቅሞችእስከመጨረሻው ውድቅ ሆነዋል።
• የመኖሪያ ፈቃድ ወይም የማንነት ማጠቃለያለ10 ዓመታት ውድቅ ተደርጓል።

የብቁነት ግምገማ

ይህንን ቅጽ ለመሙላት እርዳታ ከፈለጉ ይጠይቁን።

ለምግብ ጥቅሞች ብቻ፣ ይህን ቅጽ ዛሬ መሙላት ካልቻሉ፣ **ስምዎን፣ አድራሻዎን እና ፈርማዎን** በማስገባት ሂደቱን ይጀምሩ። የብቁነት ማረጋገጫ ቅጹን ለመሙላት በገጽ 7 ላይ ፈርማ ያስፈልጋል። ተጨማሪ መረጃ ልንፈልግ እንችላለን፣ እና የጉዳይ ግምገማዎን ለመጨረስ ቃለ መጠይቁን ለማጠናቀቅ።

1. የመጀመሪያ ስም የመጀመሪያ ፊደል መካከለኛ ስም የአያት ስም	የአመልካች ወይም የተፈቀደለት ተወካይ ፈርማ	2. የደንበኛ መለያ ቁጥር(የሚታወቅ ከሆነ)
3. የሚኖሩበት አድራሻ የጎዳና ስም	ከተማ ክልል ዚፕ ኮድ	4. ዋና ስልክ ቁጥር <input type="checkbox"/> ተንቀሳቃሽ <input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> መልክት
5. የተለየ ከሆነ የመልዕክት አድራሻ	ከተማ ክልል የዚፕ ኮድ	6. ሁለተኛ የስልክ ቁጥር(ዎች) <input type="checkbox"/> ተንቀሳቃሽ <input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> መልክት

8. እኔ እያመለከትኩኝ ያለውት(የሚሆኑትን ሁሉ ይምረጡ):-

በጥሬ ገንዘብ የታገዘ ኑሮ/የአዋቂ ቤተሰብ ቤት

ምግብ በቤት ውስጥ የረጅም ጊዜ እንክብካቤ አገልግሎቶች

Medicare Savings Program (የሜዲኬከር የቁጠባ ፕሮግራም) የነርሲንግ ቤት

ሆስፒታል Healthcare / Workers with Disabilities(የጤና እንክብካቤ/ የአካል ጉዳተኛ ሠራተኞች፣ HWD)

የጤና እንክብካቤ ሽፋን Aged, blind or disabled(አረጋውያን፣ ዓይነ ስውራን ወይም የአካል ጉዳተኞች)

ለሽማግሌዎች አገልግሎት ብጁ ድጋፎች

9. እኔ ወይም በቤተሰቤ ውስጥ ያለ ሰው (የሚመለከተውን ሁሉ አረጋግጥ):- በቤት ውስጥ ብጥብጥ ውስጥ ነን

አካል ጉዳተኛ ነዎት በጤና ችግሮች ምክንያት መሥራት አይቻልም

እርጉዝ ነዎት፤ ስም:- _____ የመጨረሻ ቀን:- _____

10. በዚህ ወር ቤተሰብዎ ምን ያህል ገንዘብ ያገኛሉ ብለው ይጠብቃሉ? \$ _____

11. ቤተሰብዎ በጥሬ ገንዘብ እና በባንክ ሂሳቦች ውስጥ ምን ያህል ገንዘብ አላችው? \$ _____

12. የእርስዎ ቤተሰብ ለቤት ኪራይ ወይም ለቤት ማስያዣ ምን ያህል ይከፍላል? \$ _____

13. ቤተሰብዎ የሚከፍሉት ለየትኞቹ መገልገያዎች ነው? ማሞቅ/ማቀዝቀዝ ስልክ ሌላ:- _____

14. በቤተሰብዎ ውስጥ ወቅታዊ ወይም ስደተኛ የሆነ ገበሬ(የእርሻ ሰራተኛ) አለ? አዎ አይ

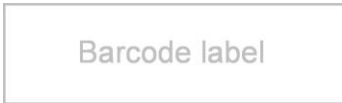
15. ለምግብ እርዳታ የሚያመለክቱ ከሆነ፣ በእርስዎ ቤተሰብ ውስጥ ስንት ሰዎች ምግብ ገዝተው ያዘጋጃሉ? _____

ለቢሮ ሥራ ብቻ ጥቅም ላይ የሚውል - ለተፋጠነ አገልግሎት ብቁ የሚሆን ቤተሰብ:- አዎ አይ(የአጣሪዎች መጀመሪያዎች:- _____ ቀን:- _____)

16. አስተርጓሚ እፈልጋለሁ። እኔ የምናገረው:- _____ ወይም ምልክት፣ ደብዳቤዎቼን ወይም ተርጉሞች:- _____

17. እያመለከቱለት ባይሆንም እንኳ በቤተሰብዎ ውስጥ ያሉትን ሁሉንም ሰዎች ይዘርዝሩ (አስፈላጊ ከሆነ ተጨማሪ ሉሆችን በዚህ ላይ ያያይዙ)።

ስም (የመጀመሪያ፣ የአባት፣ የአያት)	ጾታ	ይህ ሰው እንዴት ነው ከእርስዎ ጋር የሚዛመደው?	የትውልድ ቀን	ለዚህ ሰው ጥቅማጥቅሞች ን ከፈለጉ ምልክት ያድርጉበት	ለማያመለክቱ ሰዎች ግዴታ አይደለም			
					SOCIAL SECURITY NUMBER (የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር)	የአሜሪካ ዜጋ ከሆኑ ይህንን ምልክት ያድርጉበት	ዘር (ከዚህ በታች ያሉትን ኖሎኖዎች የመልክቱ)	የጎሳ ስም (ለአሜሪካዊ ሕንድ፣ የአላስካ ተወላጅ)
		እኔ 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"/>		



የአመልካች ስም	SOCIAL SECURITY NUMBER (የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር)	የደንበኛ መለያ ቁጥር
-----------	---	---------------

18. የእኔ የዘር አስተዳደግ ሂስታሪክ ወይም ላቲኖ ነው፡- አዎ አይ

የዘር እና የጎሳ ዳራ(የጀርባ ታሪክ) መረጃ በፈቃደኝነት ላይ የተመሰረተ ነው እና የብቁነት እና የጥቅማጥቅሞችን መጠን አይጎዳውም። ፕሮግራም ጥቅማጥቅሞች ዘር፣ ቀለም ወይም ብሄራዊ ማንነት ሳይላይ መሰራጨቱን ለማረጋገጥ፣ ይህ መረጃ ጥቅም ላይ ይውላል። ምንም ዓይነት መረጃ ካልተሰጠ፣ ለምግብ እርዳታ USDA መልስ እንድንሰጥህ ይፈልጋል። መልስ ያልሰጡ ከሆነ" ያልተዘገበ" የሚለውን እንመርጣለን። **የዘር ምሳሌዎች**፡- ነጭ፣ ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ፣ እስያዊ፣ የሃዋይ ተወላጅ፣ የፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ፣ አሜሪካን እንዲያን፣ የአለስካ ተወላጅ ወይም ማንኛውም የዘር ጥምረትዎች ሊሆኑ ይችላሉ።

I. አጠቃላይ መረጃ

1. ባለፉት 30 ቀናት ውስጥ፣ ከሌላ ግዛት፣ ጎሳ ወይም ሌላ ምንጭ ገንዘብ ወይም ምግብ ተቀብያለሁ ወይም አግኝቼአለው፡- አዎ አይ
2. የማመለከተው አንድ ሰው ከWashington ግዛት ውጭ ነው የሚኖረው፡- አዎ አይ ማን ነው፡- _____
3. እኔ ወይም በቤተሰቤ ውስጥ ያለ ሰው ስፖንሰር የተደረገ የውጭ ዜጋ ነው ወይም ነኝ፡- አዎ አይ ማን፡- _____
4. እኔ ወይም በቤተሰቤ ውስጥ እድሜው 16 ወይም ከዚያ በላይ የሆነ ሰው (የሚመለከተውን ሁሉ ምልክት ያድርጉበት)፡- ሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት
 የሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት እኩልነት ፕሮግራም ኮሌጅ የንግድ ትምህርት ቤትምሳሌ ነው፡- _____
5. ለጊዜው የሆነ ሰው ከቤቴ ውጭ ነው የሚኖረው፡- አዎ አይ ማን፡- _____
6. እኔ ወይም በቤቴ ውስጥ ያለ አንድ ሰው በዩናይትድ እስቴትስ(አሜሪካ) ጦር ኃይሎች፣ ብሄራዊ ጥበቃ ወይም ተጠባባቂዎች ውስጥ አገልግያለሁ ወይም ያገለገለ ሰው ጥገኛ ወይም የትዳር ጓደኛ ነበርን፡- አዎ አይ አዎ ከሆነ፣ ማን፡- _____
7. እኔ ወይም አንድ የማመለከት ሰው ለከባድ ወንጀል ፍርድ ቤት ወይም እስር ቤት ላለመግባት ከህግ እየሸሸ ነው፡- አዎ አይ
8. እኔ የምኖረው በ፡- በራሴ ቤት ወይም አፓርትሜንት የቡድን ቤት ሌላ ነው፡- _____
 ተቋም(አይነታቸውን ይዘርዝሩ)፡- _____ ቀኑ ገብቷል፡- _____
9. እኔ፡- ያላገባ ያገባ የተፋታ የተለያየ የሞተበት
 የተመዘገበ የአገር ውስጥ አጋርነት
10. እኔ ወይም በቤቴ ውስጥ የሚኖር አንድ ሰው ከመስከረም 22, 1996 በኋላ የምግብ እርዳታን በመድሃኒት ሽጦ በመለወጥ ተከሰናል፡- አዎ አይ
11. እኔ ወይም በቤቴ ውስጥ የሚኖር አንድ ሰው ከመስከረም 22, 1996 በኋላ የምግብ እርዳታን ከ500 ዶላር በላይ በመግዛት ወይም በመሸጥ ተከሰን ነበር፡- አዎ አይ
12. እኔ ወይም ቤቴ ውስጥ ያለ አንድ ሰው ከመስከረም 22, 1996 በኋላ የምግብ እርዳታን በጠመንጃ፣ ጥይቶች ወይም ፈንጂ በመሸጥ ተከሰን ነበር፡- አዎ አይ
13. እኔ ወይም ቤቴ ውስጥ ያለ አንድ ሰው የምግብ እርዳታን ከአንድ በላይ ግዛት በማግኘታችን ተከሰናል ከመስከረም 22፣ 1996 በኋላ አዎ አይ
14. እኔ ወይም በቤቴ ውስጥ ያለ ሰው፡- አድማ ላይ ነን፡- አዎ አይ ለ. ከውጭ ሃገር የመጣን ነን፡- አዎ አይ
15. እኔ ወይም በቤተሰቤ ውስጥ ያለ አንድ ሰው በሎተሪ ወይም በቁማር አሸናፊዎች \$4,500 ወይም ከዚያ በላይ አሸናፊናል፡- አዎ አይ
አዎ ከሆነ፣ ማን፡- _____ የተቀበለው ቀን፡- _____
መጠን (ከታክስ በፊት የዶላር መጠን)፡- _____

II. የጤና መድን መረጃ (ለመሠረታዊ ምግብ አያስፈልግም)

- እኔ፣ ባለቤቴ ወይም በቤተሰቤ ውስጥ ያለ ሰው፡-**
1. ወደ አንድ የህክምና ተቋም(ለምሳሌ ወደ ሆስፒታል ወይም ወደ አረጋውያን መንከባከቢያ ቤት) ለመግባት ማቀድ፣ በሆስፒታል ውስጥ መሆን ወይም በቅርቡ ከሆስፒታል መውጣት..... አዎ አይ
 2. ለሌሎች ሰነድ ያልተከፈሉ የሕክምና ሂሳቦች እርዳታ ይፈልጋሉ..... አዎ አይ
 3. የጤና መድን አለዎት፡- አዎ አይ (የሚመለከተውን ሁሉ ምልክት ያድርጉ)፡ Medicare (Washington Apple Health አይደለም)
 ትሪኬር የረጅም ጊዜ እንክብካቤ አገልግሎት Indian Health Services(የህንድ ጤና አገልግሎቶች)
 ሌሎች የጤና መድን፡-

III. ግብዓቶች (ማስረጃ ያያይዙ፤ ለHWD፣ ወይም ለመሠረታዊ ምግብ አያስፈልግም)

- ሪሶርስ ወይም ሃብት ማለት እርስዎ ያለዎት ወይም የሚገዙት ማንኛውም ነገር ሊሸጥ፣ ሊሸመት ወይም ወደ ጥሬ ገንዘብ ወይም በሌሎች ተይዞ ሊለወጥ የሚችል ነገር ማለት ነው። ሪሶርስ እንደ የቤት ዕቃ ወይም ልብስ ያሉ የግል ንብረቶችን አያካትትም። የሪሶርስ(ሃብት) ምሳሌዎች፡-
- ገንዘብ
 - የቼኪንግ አካዎንት
 - የቁጠባ አካዎንት
 - የኮሌጅ ፈንድ
 - አደራዎች
 - IRA / 401k
 - የቤት፣ የመሬት፣ ወይም የሕንጻዎች
 - CD ዎች
 - የገንዘብ ገብያ አካዎንት
 - ቦንዶች
 - የጡረታ ፈንድ
 - የቀብር ፈንድ፣ የቅድመ ክፍያ እቅድዎች
 - የንግድ መሳርያዎች
 - የእንስሳት እርባታ
 - የሕይወት እንሹራንስ

የአመልካች ስም	SOCIAL SECURITY NUMBER (የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር)	የደንበኛ መለያ ቁጥር
-----------	---	---------------

III. ግብዓቶች (ማስረጃ ያያይዙ፤ ለHWD፣ ወይም ለመሠረታዊ ምግብ አያስፈልግም) (የቀጠለ)

1. እባክትን እርስዎ፣ ባለቤትዎ፣ ወይም እርስዎ የሚያመለክቱትን ወይም የሚገዙትን ማንኛውም ሰው ይዘርዝሩ፡-

ሪሲደንት(ሃብቶች)፡-	ማን ነው ባለቤቱ	ቦታ	እሴት
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

2. እኔ፣ ባለቤቴ ወይም የማመልከቻውን የማስገባለት ሰው መኪና፣ ትራክ፣ ሻኖች፣ ጀልባዎች፣ አርቪዎች፣ ተሰባዎች ወይም ሌሎች የሞተር ተሽከርካሪዎች አሉት ወይም አሉኝ፡፡

ዓመት (ለምሳሌ፡ 1980)	ያድርጉ(ለምሳሌ፡ FORD)	ሞዴል(ለምሳሌ፡ ኤስኮርት)	ለዝውስጥ ከሆነ ምልክት ያድርጉበት	ተሽከርካሪው ለሜዲካል ምክንያት ጥቅም ላይ ውሎ ከሆነ ምልክት ያድርጉበት	የተበደረው መጠን
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. እኔ፣ ባለቤቴ ወይም የማመልከት ሰው ባለፉት አምስት ወሳኝ ዓመታት ውስጥ ሽጠና፣ ነግደናል፣ ሰጥተናል ወይም አስተላልፈናል (ታማኞች፣ ተሽከርካሪዎች ወይም የህይወት ይዘታዎችን ጨምሮ)፡- አዎ አይ

አዎ ከሆነ፣ ምን፡- _____ መቼ፡- _____

IV. ዓመታዊ ክፍያ(አሁንም ሆነ ወደፊት መደበኛ ክፍያዎችን ለመቀበል በማንኛውም የቤተሰብ አባል የተደረገ መዋዕለ ንዋይ።)

የዓመታዊ ክፍያው የማን ነው?	ድርጅት ወይስ ተቋም?	መጠን ወይም ዋጋ	ወራሃዊ ገቢ	የተገዛበት ቀን
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

እርስዎ ወይም ባለቤትዎ የጡረታ አበል ፍላጎት ካሉት እና የWashington Apple Health የረጅም ጊዜ እንክብካቤን፣ SSI ተዛማጅ ወይም የሲኤን ሽፋንን ከተቀበሉ፣ የWashington ግዛትን እንደ ቀሪ የጡረታ አበል ተጠቃሚ መሰየም አለብዎት፡፡

V. የተገኘው ገቢ (ማረጋገጫውን ያብሩ)

1. እኔ፣ ባለቤቴ ወይም የማመልከት ሰው ባለፉት 30 ቀናት ውስጥ ያለቀ ሥራ ነበረኝ ወይም ነበራት፡- አዎ አይ

2. እኔ፣ ባለቤቴ፣ ወይም የማመልከት ሰው ከስራ ገቢ አለን፡- አዎ አይ

አዎ ከሆነ፣ እባክዎን ይህንን ክፍል ይሙሉ፡-

<p>ይህንን ገቢ የሚያገኘው ማን ነው?</p> <p>የሰራተኛው ስም እና ስልክ ቁጥር</p> <p>የመጀመሪያ ቀን</p> <p>ይህ ሥራ የራስ ሥራ ቅጥር ነው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ</p> <p>ወርሃዊ የራስ ስራ ወጪ መጠን፡- \$ _____</p>	<p>የተወሰደው ጠቅላላ መጠን(ከመቀነሱ በፊት የዶላር መጠን)</p> <p>\$ _____ በየ: <input type="checkbox"/> ሰዓቱ <input type="checkbox"/> ሳምንቱ</p> <p><input type="checkbox"/> በየሁለት ሳምንቱ <input type="checkbox"/> በወር ሁለት ጊዜ <input type="checkbox"/> ወር</p> <p>በሳምንት ውስጥ ያሉ ሰዓታት፡- _____</p> <p>የክፍያ ቀናት (ለምሳሌ., 1ኛ እና 15ኛ፣ ወይም ሁሉ አርብ)፡-</p>
<p>ይህንን ገቢ የሚያገኘው ማን ነው?</p> <p>የሰራተኛው ስም እና ስልክ ቁጥር</p> <p>የመጀመሪያ ቀን</p> <p>ይህ ሥራ የራስ ሥራ ቅጥር ነው? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ</p> <p>ወርሃዊ የራስ ስራ ወጪ መጠን፡- \$ _____</p>	<p>የተወሰደው ጠቅላላ መጠን(ከመቀነሱ በፊት የዶላር መጠን)</p> <p>\$ _____ በየ: <input type="checkbox"/> ሰዓቱ <input type="checkbox"/> ሳምንቱ</p> <p><input type="checkbox"/> በየሁለት ሳምንቱ <input type="checkbox"/> በወር ሁለት ጊዜ <input type="checkbox"/> ወር</p> <p>በሳምንት ውስጥ ያሉ ሰዓታት፡- _____</p> <p>የክፍያ ቀናት (ለምሳሌ., 1ኛ እና 15ኛ፣ ወይም ሁሉ አርብ)፡-</p>

የአመልካች ስም	SOCIAL SECURITY NUMBER (የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር)	የደንበኛ መለያ ቁጥር
-----------	---	---------------

VI. ሌላ ገቢ (ለሁሉም የቤተሰብ አባላት የማረጋገጫ ሪፖርት ያያይዙ)

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • የስራ አጥነት ጥቅማጥቅሞች • የማህበራዊ ዋስትና ገቢ • የጎሳ ገቢ • የጨዋታ ገቢ • የትምህርት ጥቅማጥቅሞች (የተማሪ ብድር፣ ግራንት፣ የሥራ -ትምህርት) | <ul style="list-style-type: none"> • Supplemental Security income (ተጨማሪ የደህንነት ገቢ፣ SSI) • የልጅ ድጋፍ ወይም የትዳር ጓደኛ ጥገና • የባቡር ሐዲድ ጥቅሞች • የኪራይ ገቢ | <ul style="list-style-type: none"> • ጡረታ ወይም ፔንሽን • Veteran Administration(የአርበኞች አስተዳደር፣ VA) ወይም ወታደራዊ ጥቅሞች • Labor and Industries(ሰራተኛ እና ኢንዱስትሪዎች፣ L&I) • አደራዎች • ወለድ / ክፍፍሎች |
|--|--|---|

ያልተገኙ የገቢ አይነቶች	ገቢውን የሚያገኘው ማን ነው?	ጠቅላላ የወርሃዊ መጠን
		\$
		\$
		\$
		\$

VII. ወርሃዊ ወጪዎች

ኪራይ \$	ሞርጌጅ \$	የቦታ ኪራይ \$	የቤት ባለቤቶች እስንሹራንስ \$	የንብረት ግብርዎች \$	ሌሎች ክፍያዎች \$
-----------	------------	---------------	-------------------------	-------------------	-----------------

ከኪራይ ወይም ከሞርጌጅ በተለየ መልኩ ቤተሰብዎ የሚከፍሉት ለየትኞቹ መገልገያዎች ነው?
 ለሙቀት(ኤሌክትሪክ/ ጋዝ) ኤሌክትሪክ(ሙቀት የለውም) ወሃ የቤት ስልክ/ ተንቀሳቃሽ ስልክ ለፍላጎት ማስወገጃ የቆሻሻ መጣያ

ሌላ ሰው ወይም ኤጀንሲ፣ እንደ ድጎማ የሚደረግ መኖሪያ፣ እነዚህን ወጪዎች በሙሉ ወይም በከፊል እንደከፍላል ይረዳኛል፡-
 አዎ አይ አዎ ከሆነ፣ ማን፡- _____ ምን ወጪ፡- _____ የሚከፍሉት መጠን፡- \$ _____

ባለፉት 12 ወራት Low Income Home Energy Assistance Act (ዝቅተኛ ገቢ የቤት ኢነርጂ እርዳታ ህግ፣ LIHEAA) ክፍያ ተቀብያለሁ፡፡
 እኔ፣ ባለቤቴ፣ ወይም በቤተሰቤ ውስጥ ያለ ሰው እከፍላለሁ ወይም መክፈል አለብኝ (የሚመለከተውን ሁሉ ምልክት አድርግባት)፡-

የልጅ ወይም የአዎቂዎች ጥገና እንክብካቤ(የመጓጓዣ ወጪዎችን ጨምሮ) ወርሃዊ መጠን፡-\$ _____ ማን ነው የሚከፍለው፡-

የአካል ጉዳተኞች ወይም ዕድሜያቸው 60+ ለሆኑ ሰዎች የሕክምና ክፍያዎች (የትራንስፖርት ወጪዎችን እና የጤና መድን ክፍያዎችን ጨምሮ) ወርሃዊ መጠን፡-\$ _____ ማን ነው የሚከፍለው፡-

የልጅ ድጋፍ(ማረጋገጫ ያያይዙ) ወርሃዊ መጠን፡-\$ _____ ማን ነው የሚከፍለው፡-

ከላይ ከተዘረዘሩት ወጪዎች ውስጥ የትኛውንም ሪፖርት ካላደረጉ፣ ለዚህ ወጪ ተቀናሽ መቀበል እንደማትፈልጉ ይህንን እንደ ቤተሰብዎ መግለጫ እንቆጥረዋለን፡፡

VIII. እውቅና ያለው ተወካይ

ስልጣን ያለው ተወካይ DSHS ስለ ጥቅማጥቅሞች እንዲናገር የረቀቁለት ወይም እውቅና የሰጡት ሰው ነው፡፡ የአንድ ሰው ስም መጥራት ይችላሉ፡
 ነገር ግን ማድረግ አይጠበቅብዎትም እውቅና ያለው(ፍቃድ ያገኘ) ተወካይ አልዎት? አዎ አይ
 ይህ ሰው የእርስዎ ህጋዊ ሞግዚት ነው? አዎ አይ
 ይህ ሰው የውክልና ስልጣን አለው? አዎ አይ

የጤና እንክብካቤ ሽፋንዎን እያደሱ ከሆነ የተፈቀደውን የውክልና ቅጽ (DSHS 14-532) መሙላት ሊኖርብዎ ይችላል፡፡ **ለመሠረታዊ ምግብ፣ የተፈቀደለት ተወካይ የሚሰራው ለማረጋገጫ ጊዜ ብቻ ነው፡፡**

ስም	ግንኙነት	ስልክ ቁጥር
----	-------	---------

የመልዕክት አድራሻ	ከተማ	ግዛት	ዚፕ ኮድ
-------------	-----	-----	-------

የንብረት ማረጋገጫ ፍቃድ

ለWashington Apple Health፣ Aged, Blind or Disabled(አረጋውያን፣ ዓይነ ስውራን ወይም የአካል ጉዳተኞች) Medicaid ፕሮግራሞች ብቻ፡፡

እርዳታ ለማግኘት ለማመልከት ወይም ለማደስ የማቀርበው መረጃ ትክክል መሆኑን ለማወቅ በፌደራል እና በክልል ባለስልጣናት ለረጋገጥ እንደሚችል ተረድቻለሁ፡፡ የWashington ስቴት Health Care Authority (የጤና ክብካቤ ባለስልጣን፣ HCA) እና Department of Social and Health Services(የማህበራዊ እና የጤና አገልግሎቶች መምሪያ፣ DSHS) የንብረት ማረጋገጫ እንዲያካሂዱ እና የእኔን የፋይናንሺያል መረጃ ትክክለኛነት ለማረጋገጥ ፈቀድኩ፡፡ HCA እና DSHS እንደ የንብረት ማረጋገጫ ሂደት ማንኛውንም የፋይናንስ ተቋም፣ የግዛት ወይም የፌዴራል ኤጀንሲ ወይም የግል ዳታቤዝ መርምረው ሊያገኙ እንደሚችሉ ተረድቻለሁ፡፡ ይህ ፈቃድ የሚያበቃው በማመልከቻዬ ላይ የመጨረሻ ተቃራኒ ውሳኔ ሲሰጥ፣ ለጥቅማጥቅሞች ብቁነቴ ሲያበቃ ወይም ይህንን ፈቃድ በማንኛውም ጊዜ ለHCA ወይም DSHS በጽሁፍ ማስታወቂያ ከሸርኩ ነው፡፡ **ፍቃድ መስጠትን መሻር ወይም እምቢ ካለኝ ለማንኛውም የWashington Apple Health፣ Aged, Blind or Disabled(አረጋውያን፣ ዓይነ ስውራን ወይም የአካል ጉዳተኞች) Medicaid ፕሮግራም ብቁ እንደማልሆን ተረድቻለሁ፡፡**

የአመልካች ስም	SOCIAL SECURITY NUMBER (የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር)	የደንበኛ መለያ ቁጥር
-----------	---	---------------

የመራጫ ምዝገባ

Department offers voter registration services (መምረያው አውቶማቲክ የመራጫ ምዝገባ አገልግሎቶችን ይሰጣል) የመራጫ ምዝገባን ጨምሮ። **ለመመዘገብ ማመልከት ወይም ለመምረጥ አለመመዘገብ ከዚህ ኤጀንሲ ሊያገኙ የሚችሉትን አገልግሎቶች ወይም የጥቅማ ጥቅሞች መጠን አይገዳውም ወይም ተጽኖ አያሳድርበትም።** የመራጫ ምዝገባ ቅጹን በመሙላት እርዳታ ከፈለጋችሁ እንረዳዎታለን። እርዳታ ለመጠየቅ ወይም ለመቀበል ውሳኔው የእርስዎ ነው። የመራጫ ምዝገባ ቅጹን በድብቅ መሙላት ይችላሉ። አንድ ሰው የመመዘገብ ወይም የመምረጥ መብትን የመቃወም መብት ላይ ጣልቃ ገብቷል ብለው ካመኑ፣ ለመመዘገብ ወይም ለመምረጥ ለመመዘገብ የመወሰን መብትዎ የግላዊነት መብትዎ ወይም የራስዎን የፖለቲካ ፓርቲ ወይም ሌላ የፖለቲካ ምርጫ የመምረጥ መብትዎ፣ Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

የመራጫ ምዝገባዎን ለማሻሻል ወይም ለመምረጥ መመዘገብ ይፈልጋሉ? አዎ አይ

በሁለቱም ሣጥኖች ላይ ምልክት ካላደረጉ፣ በዚህ ጊዜ ድምጽ ለመስጠት ላለመመዘገብ እንደወሰኑ እንቅጥራለን ለአዎቶማቲክ የመራጫ ምዝገባ ብቁ ካልሆኑ እና ካልተቀበሉ በስተቀር።

ከላይ "አይ" ብለው ካልመረጡ በስተቀር፣ ለአዎቶማቲክ የመራጫ ምዝገባ ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ። የዩናይትድ ስቴትስ አፍ አሜሪካ ዜጋ ከሆንክ/ሽ በሚቀጥለው ምርጫ ቢያንስ 18 አመት የምትሆን (ሆኗ) ከሆነ እንዲሁም DSHS የእርስዎ ስም፣ የመኖሪያ እና የፖስታ አድራሻ፣ የትውልድ ቀን፣ የዜግነት መረጃ ማረጋገጫ እና ፊርማዎ በዚህ ማመልከቻ ላይ የቀረበውን መረጃ እውነትነት የሚያረጋግጥ ከሆነ ለአዎቶማቲክ የመራጫ ምዝገባ ብቁ ይሆናሉ።

ለመምረጥ በራስ ሰር መመዘገብ ይፈልጋሉ? አዎ አይ

በሳጥኑ ውስጥ “አዎ” በሚለው ላይ ምልክት ካደረጉ ወይም በሁለቱም ሣጥኖች ላይ ምልክት ካላደረጉ እና በአውቶማቲክ የመራጫ ምዝገባ የብቃት መስፈርቶችን ካሟሉ፣ DSHS የእርስዎን መረጃ ወደ ውጭ ጉዳይ ሚኒስቴር ጽህፈት ቤት ይልካል እና ድምጽ ለመስጠት በአውቶማቲክ ይመዘገባሉ።

መግለጫ እና ፊርማዎች (የእርስዎን የብቃት ግምገማ ለማጠናቀቅ ከዚህ በታች ይመዘገቡ።)

- እኔ የሚከተሉትን ማድረግ እንዳለብኝ ተረድቻለሁ፡-
- ትክክለኛውን መረጃ ይስጡ እናም የሪፖርት ማቅረቢያ መስፈርቶችን መከተል።
 - ብቁ መሆኔን የሚያሳይ ማስረጃ ማቅረብ።
 - Temporary Assistance for Needy Families (ጊዜያዊ እርዳታ ለችግረኛ ቤተሰቦች፣ TANF) በምቀበልበት ጊዜ ለልጅ ድጋፍ የተወሰኑ መብቶችን ለWashington ግዛት መመደብ። ነገር ግን፣ እኔን ወይም ልጆቼን አደጋ ላይ የሚጥል ከሆነ DSHS የልጅ ድጋፍን እንዳይከታተል መጠየቅ እችላለሁ።
 - ከምግብ ዕርዳታ የሥራ መስፈርቶች ጋር መተባበር።

እነዚህን ነገሮች ካላደረጉ፣ ጥቅማጥቅሞች ሊከለከሉ ይችላሉ ወይም መልሼ መክፈል ሊጠበቅብኝ ይችላል።

ሆን ብዬ የውሸት መግለጫ ከሰጠሁ ወይም አንድን ነገር ሪፖርት ካላደረግኩ ሪፖርት ማድረግ አለብኝ፣ በወንጀል ሊከሰሱ እንደምችል ተረድቻለሁ።

ብቁ መሆኔን የሚያረጋግጥ ማስረጃ እንዳገኝ ለመርዳት፣ አስፈላጊ ሆኖ ሲገኝ DSHS ሌሎች ሰዎችን ወይም ኤጀንሲዎችን እንዲያገግጥ ፈቅጃለሁ።

ለጥሬ ገንዘብ እና ለምግብ፡- መብቶችን እና ኃላፊነቶችን አንብቤ ወይም አስረድቼያለሁ እና የደንበኛ መብቶች እንዲሁም ኃላፊነቶች DSHS 14-113 ቅጂ ተቀብያለሁ። ለጤና አጠባበቅ ሽፋን፣ መብቶችን እና ኃላፊነቶችን አንብቤ ወይም ገለጽኩኝ እና የደንበኛ መብቶች እና ኃላፊነቶች HCA 18-003 ቅጂ ተቀብያለሁ።

በዚህ ማመልከቻ ላይ የሰጠሁትን መረጃ በWashington ግዛት ህግ መሰረት በሃሳት ምስክርነት ቅጣት፣ ለጥቅማጥቅሞች የሚያመለክቱ አባላትን ዜግነት እና የውጭ ዜጋ ሁኔታን የሚመለከት መረጃ እውነት እና ትክክል እንደሆነ አረጋግጣለሁ ወይም አውጃለሁ።

ለጥሬ ገንዘብ፣ በቤተሰብ ውስጥ ያሉ ሁሉም አዋቂዎች (ወይም ስልጣን ያላቸው ተወካዮች) መፈረም አለባቸው።

ለጤና እንክብካቤ ሽፋን፣ አመልካቹ (ወይም ስልጣን ያለው ተወካይ መፈረም አለባቸው)።

ለምግብ ድጋፍ አመልካቹም ሆነ የተፈቀደለት ተወካይ በፋይል ውስጥ ወቅታዊ የሆነ የተፈቀደለት ተወካይ ሰነድ ከሌለ በስተቀር መፈረም አለባቸው።

የአመልካች ፊርማ(ይፈለጋል)	ቀን	የአመልካቹ የታተመ ስም	የፈረመው ከተማ እና ግዛት
የሌላ አዋቂ አመልካች ፊርማ	ቀን	የታተመ የሌሎች አዋቂዎች ስም	የፈረመው ከተማ እና ግዛት
የአጋዥ ወይም ተወካይ ፊርማ	ቀን	የታተመ የተወካይ ስም እና ፊርማ	የፈረመው ከተማ እና ግዛት
በ"X" ከተፈረመ የምስክርኛ ፊርማ	ቀን	የተተመ የምስክር ስም፡-	