

مراجعة الاستحقاق Eligibility Review

إذا احتجت إلى مساعدة في قراءة أو إكمال هذا النموذج، يرجى طلب المساعدة منا.
احتفظ بهذه الورقة لسجلاتك.

كيف يمكنني التقدم بطلب معونة نقدية أو غذائية؟

- يمكنك بدء العملية الآن بتقديم هذه المراجعة إلى مكتب الخدمة الاجتماعية. ويجب أن تحتوي على اسمك وعنوانك وتوقيعك أو توقيع ممثلك المصرح له. يمكنك تقديم مراجعتك الآن حتى لو كانت تحتوي على هذه البنود الثلاثة فقط.
- يمكنك الحصول على مزيد من الفوائد أو الحصول عليها قريباً عند إكمال مراجعتك وتقديمها إلينا وأي معلومات نطلبها في أقرب وقت ممكن لك.
- يمكنك أخذ مراجعتك إلى أحد المكاتب المحلية أو إرسالها بالفاكس إلى: 1-888-338-7410 يمكنك زيارة www.dshs.wa.gov لمعرفة الأماكن.
- أرسل مراجعتك بالبريد إلى أي من العناوين التالية:

DSHS
Home and Community Services – Long Term Care Services
PO Box 45826
Olympia, WA 98504-5826

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

- يمكنك تعبئة هذه المراجعة عبر الإنترنت بزيارة www.washingtonconnection.org
- لا يجوز استخدام استمارة مراجعة الاستحقاق هذه إلا لتجديد تغطية برامج أبل الصحية بواشنطن المدرجة بهذه الاستمارة. وبالنسبة للتغطيات الصحية الأخرى، عليك التقدم عبر الإنترنت بزيارة www.wahealthplanfinder.org، أو بالاتصال بـ 1-588-923-4633 أو باستخدام نموذج الرعاية الصحية (HCA) للحصول على تغطية الرعاية الصحية (HCA 18-001).

بعد كم من الوقت يمكنني تلقي المعونة الغذائية والنقدية؟

- إذا كنت بحاجة إلى معونة غذائية فورية، املاً الأسئلة من 1 إلى 14 وقدم هذه الاستمارة إلى مكتب المحلي. وسوف نقرر ما إذا كنت مستحقاً للمعونة الغذائية في خلال 7 أيام إذا قدمت ما يثبت شخصيتك وتوافرت فيك قواعد الاستحقاق، وسوف نصدر الإعانات في اليوم التالي لليوم الذي نقرر فيه استحقاقك.
- وتبدأ المعونة الغذائية عادة في اليوم الذي نتسلم فيه الطلب.
- أما المعونة النقدية فتبدأ عادة في اليوم الذي نتسلم فيه كل المعلومات لتقرير استحقاقك.
- يجب أن نقرر ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المعونة الغذائية في غضون 30 يوماً من تاريخ تقديم الطلب الخاص بك.
- في حالة تقديم الطلب الخاص بك من مؤسسة ما، فإن تاريخ البدء هو تاريخ الإصدار أو التحرير.

في حالة تقديم الطلب للحصول على المعونة الغذائية والبرامج الأخرى:

يجب أن نتبع قواعد برنامج المعونة الغذائية التكميلية للتعامل مع الطلب الخاص بك. ويتضمن ذلك التعامل مع الطلب في غضون المهلة الزمنية المحددة، وإصدار الإخطارات المناسبة، وإبلاغك بالحقوق الإدارية الخاصة بك. كما أنه لا يمكننا رفض المعونة الغذائية الخاصة بك لمجرد أنه تم رفض الطلب الخاص بك للحصول على برامج المساعدة الأخرى.

الحقوق المدنية

وفقاً للقانون الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية يحظر على هذه المؤسسة ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة الأمريكية وإدارتها التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل أو العمر أو الإعاقة أو الجنس وفي بعض الحالات المعتقدات الدينية أو السياسية. كما تحظر وزارة الزراعة الأمريكية التمييز ضد عمالها وموظفيها والمتقدمين للعمل لديها على أساس العرق أو اللون أو الأصل أو العمر أو الإعاقة أو الجنس أو النوع أو الدين أو المعاملة بالمثل وكذلك (إن وجدت) المعتقدات السياسية أو الحالة الاجتماعية أو الحالة الأسرية أو حالة الوالدين / الأسرة أو الميل الجنسي (بما في ذلك أسلوب التعبير عن الجنس)، أو الإعاقة أو السن أو على أساس كون كل أو جزء من دخل الفرد مأخوذاً من أي برنامج عام للمعونة، أو المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الانتقام من النشاط السابق في مجال الحقوق المدنية، أو على أساس أي معلومات وراثية في التوظيف أو في أي برنامج أو نشاط تجريه أو تمويله وزارة الزراعة الأمريكية. (ليست كل القواعد المحظورة سارية على كل البرامج و/ أو أنشطة التوظيف). وتختلف مواعيد تقديم الطعون والشكاوى حسب البرنامج.

ينبغي على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (على سبيل المثال، طريقة برايل، حروف الطباعة الكبيرة، الشرائط الصوتية، لغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) الاتصال بالوكالة المسؤولة أو مركز وزارة الزراعة الأمريكية المستهدف على رقم (202) 720-2600 (صوت و الهاتف النصي (TTY)) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على (800) 877-8339. بالإضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

إذا كنت تريد تقديم شكوى ضد التمييز في وزارة الزراعة الأمريكية لبرنامج الحقوق المدنية، املاً نموذج شكوى التمييز الخاصة بالبرنامج، AD-3027، والمتاح عبر الإنترنت http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html وفي أي مكتب من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية أو اتصل برقم (866) 632-9992 لطلب الاستمارة أو يمكنك كذلك كتابة خطاباً موجهاً إلى وزارة الزراعة الأمريكية ويحتوي على كل المعلومات المطلوبة في الاستمارة. أرسل شكواك الكاملة أو خطابك إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

1. بالبريد: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Ave, SW

Washington, D.C. 20250-9410

2. بالفاكس إلى رقم (202) 690-7442، أو

3. بالبريد الإلكتروني إلى program.intake@usda.gov

إن وزارة الزراعة الأمريكية تقدم مزود وصاحب عمل ومقرض متكافئ الفرص.

الوضع القانوني للهجرة وأرقام الضمان الاجتماعي

يمكنك الحصول على مساعدة لبعض الأشخاص الذين تعيش معهم حتى لو لم يستطع الآخرون الذين تعيش معهم الحصول عليها بسبب وضعهم القانوني للهجرة. ينبغي أن نخبرنا عن الوضع القانوني للهجرة لأي شخص يقدم طلباً. يمكن توثيق الوضع القانوني للهجرة لأفراد الأسرة عن طريق خدمات الجنسية والهجرة في الولايات المتحدة (المعروفة رسمياً باسم التأمين). قد تؤثر المعلومات المستلمة من خدمات الجنسية والهجرة على الاستحقاق ومبلغ الإعانة. لدينا تأمين رعاية صحية والذي قد يغطي بعض الغرباء.

بموجب القانون الاتحادي رقم (42 CFR § 435.910, CFR § 205.52, 273.6), يجب أن تعطينا رقم التأمين الاجتماعي لأي شخص تعيش معه ويقدم طلباً لبرامج أبل الصحية بواشنطن. المعونة المؤقتة للأسر المعوزة أو المعونة الغذائية قد نحتاج أيضاً إلى أرقام التأمين الاجتماعي للوالدين والأزواج الذين يعيشون معك لكنهم لم يقدموا طلبات. لدينا تأمين رعاية صحية للأشخاص الذين لا يمتلكون أرقام تأمين اجتماعي.

الجنسية والهوية لبرامج أبل الصحية بواشنطن.

يجب أن يثبت مواطنوا الولايات المتحدة الجنسية والهوية للتمتع ببرامج أبل الصحية بواشنطن، ويمكننا مساعدتك للحصول على ما يثبت. إذا كنا بحاجة لوثيقة سنكلفك مالا، سنرسل من أجلها وندفع التكلفة. لانحتاج لإثبات عن أي شخص في أسرتك يحصل على رعاية طبية، أو يحصل على تأمين ضمان اجتماعي للإعاقه بسبب إعاقته الشخصية أو يحصل على دخل الضمان التكميلي.

السداد للولاية عن الرعاية الطبية طويلة الأجل

بموجب قانون تأمين الممتلكات لولاية واشنطن ((RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080)، قد تطلب ولايتك تسديد النفقات التي دفعتها الولاية عن أنواع معينة من الخدمات والمعونات الطبية طويلة الأجل التي حصلت عليها بعد الوصول لسن 55 سنة، وليس هناك حد عمري أقصى إذا كنت قد حصلت على الخدمات الممولة من الولاية فقط. يبدأ تأمين الممتلكات بعد وفاتك، يكون الدفع مستحقاً بعد وفاة الزوج/ الزوجة الموجود على قيد الحياة أو عندما يبلغ ابنك (أبنائك) عمر 21، إلا إذا كان ابنك كفيفاً/ معاقاً عند وفاتك. يمكن أن تقدم الولاية حق الحجز على عقاراتك قبل الوفاة، في أي عمر، إذا كنت تعيش في دار مسنين أو إذا لم يكن من المحتمل عودتك إلى منزلك. يمكن للولاية الحصول على حق الحجز هذا إذا قمت ببيع أو نقل ملكية العقارات، أو بعد وفاتك. وفي حالة العودة إلى منزلك، تلغي الولاية حق الحجز. للمزيد من المعلومات، بما في ذلك قائمة بالخدمات التي تخضع لتأمين العقارات، انظر الفصل WAC 527-182.

الخصوصية والمعونة النقدية والغذائية

يسمح لنا قانون الغذاء والتغذية لسنة 2008، بجمع المعلومات التي نحتاجها لتقديم الطلب، ويشترط أن تكون المعلومات المطلوبة اختيارية لكن الفشل في تقديم المعلومات دون سبب وجيه قد يؤدي إلى الحرمان من الإعانات الغذائية الأساسية. نتحقق من بعض المعلومات بواسطة برامج مطابقة على الكمبيوتر، تشمل نظام الدخل الاتحادي ونظام التحقق من الاستحقاق.

نستخدم هذه المعلومات في:	يمكن أن نقدم هذه المعلومات إلى:
<ul style="list-style-type: none"> تقرير المستحقين لبرامجنا. جمع المزيد من المعونات الغذائية. إدارة برامجنا. التأكد من اتباعنا للقانون. 	<ul style="list-style-type: none"> السلطات الفيدرالية وسلطات الولاية للاستخدام الرسمي. الجهات المخولة بتطبيق القانون التي تلاحق الأشخاص الفارين بالمخالفة للقانون. الجهات الخاصة التي تجمع المزيد من المعونات الغذائية.
<p>قد تؤثر المعلومات المرفوعة إلى وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية على استحقاق تغطية الرعاية الصحية التي تقدمها هيئة الرعاية الصحية وهيئة صرف الإعانة الصحية.</p>	
<p>تحذير عقوبة المعونة الغذائية</p>	
<p>إننا نتحقق من صحة المعلومات التي تقدمها مع الهيئات الأخرى. إذا ثبت عدم صحة أي معلومة، فقد يحرم المتقدمون من المعونة الغذائية. قد يؤدي خرق أي عضو للقواعد عمداً إلى:</p> <ul style="list-style-type: none"> تقديمه للمحاكمة طبقاً للقوانين الفيدرالية وقوانين الولايات السارية. المنع من الحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية لمدة عام أو بصفة دائمة. غرامة تصل إلى 250.000 دولار أمريكي. السجن لمدة تصل إلى 20 عام. المنع من الحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية لمدة 18 شهراً إضافية بأمر المحكمة. <p>إذا أدانتك المحكمة بـ:</p>	
<p>الحصول على معونات من معاملات تنطوي على:</p> <ul style="list-style-type: none"> بيع مواد محظورة..... بيع أسلحة نارية أو ذخائر أو متفجرات..... الإتجار بمعونات بمبلغ أكثر من 500 دولار مجتمعة..... تزوير الإقامة أو الهوية..... <p>فقد:</p> <ul style="list-style-type: none"> تحرّم من المعونة لمدة سنتين أو على الدوام. تحرّم من المعونة على الدوام. تحرّم من المعونة على الدوام تحرّم من المعونة لمدة 10 سنوات. 	

مراجعة الاستحقاق

Eligibility Review

إذا كنت تريد مساعدتنا في ملء هذه الاستمارة فاطلب منا ذلك.

1. الاسم الأول الاسم الثاني الاسم الأخير	توقيع مقدم الطلب أو الممثل المصرح له (مطلوب)	2. رقم هوية العميل (إذا كان معروفاً)
3. عنوان الشارع أين تسكن	المدينة	الولاية
الرمز البريدي	الولاية	الرمز البريدي
4. رقم هاتف المنزل/ الرقم الأساسي	<input type="checkbox"/> خلوي <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> رسالة	
5. عنوان المراسلة (في حالة الاختلاف)	المدينة	الولاية
الرمز البريدي	الولاية	الرمز البريدي
6. أرقام هواتف أخرى ثانوية	<input type="checkbox"/> خلوي <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> رسالة	
7. البريد الإلكتروني		

8. أتقدم لأجل (حدد كل ما ينطبق عليك):

- نقد
 طعام
 برنامج مدخرات Medicare
 ترميض منزلي
 تغطية الرعاية الصحية للمسنين أو المكفوفين أو المعاقين
 الدعم المخصص لخدمات كبار السن
- مرفق المساعدة المعيشية / نزل الرعاية الأسرية للكبار
 خدمات رعاية صحية منزلية طويلة الأجل
 رعاية المسنين
 الرعاية الصحية / العمال ذوي الإعاقة (HWD)

9. أنا أو أي من أفراد أسرتي (حدد كل ما ينطبق عليك): نتعرض لموقف عنف منزلي

- لدي إعاقة لا يمكنني العمل بسبب مشاكل صحية
 حامل، الاسم: _____ تاريخ الولادة: _____

10. كم من المال تتوقع أن تحصل عليه أسرتك هذا الشهر؟ \$ _____

11. كم من المال تملك أسرتك نقداً وفي الحساب البنكي؟ \$ _____

12. كم تدفع أسرتك كإيجار أو رهنا عقارياً؟ \$ _____

13. ما هي المرافق التي تدفع لها أسرتك؟ التدفئة/ التبريد الهاتف أخرى: _____

14. هل يعمل أي من أفراد أسرتك مزارعاً موسمياً أو مهاجرًا؟ نعم لا

15. إذا كنت متقدماً للحصول على معونة غذائية، كم عدد أفراد أسرتك الذين تشتري وتعد الطعام لهم؟ _____

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: [] Yes [] No Screener's Initials: _____ Date: _____

16. أحتاج إلى مترجم. أتحدث: _____ أو توقيع وترجمة خطاباتي إلى: _____

17. اذكر كل أفراد أسرتك حتى لو لم تكن متقدماً بطلب لهم (أرفق أوراقاً إضافية عند الحاجة).

اختيار لغير المتقدمين				حدد هذا الخيار إذا كنت تريد معونة لهذا الشخص	تاريخ الميلاد	ما هي صلة هذا الشخص بك؟	الجنس ذكر أو أنثى	الاسم (الأول، الثاني، الأخير)
اسم القبيلة (للأمريكان الهنود، سكان الإسكا الأصليين)	العرق (انظر النماذج أدناه)	حدد هذا الخيار إذا كان مواطناً أمريكياً	رقم الضمان الاجتماعي					
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		أنا		
		<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"/>				



اسم مقدم الطلب	رقم الضمان الاجتماعي	رقم هوية العميل																
<p>18. منشئي العرقي هسباني أو لاتيني: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>المعلومات العرقية والأصلية هي معلومات اختيارية ولن تؤثر على الاستحقاق أو قدر الإعانة. تستخدم هذه المعلومات للتأكد من توزيع فوائد البرنامج دون نظر إلى عرق أو لون أو قومية. . بالنسبة للمعونة الغذائية تحتاج وزارة الزراعة الأمريكية منا الإجابة بدلا منك عند عدم تقديمك معلومات. أمثلة عرقية: أبيض، أسود أو أفروأمريكي، آسيوي، من سكان هاواي الأصليين، من سكان جزر المحيط الهادي، أمريكي هندي، من سكان الأسكا الأصليين، أو أي مزيج عرقي آخر.</p>																		
I. معلومات عامة																		
<p>1. تلقيت خلال الأيام الثلاثين الماضية نقدا أو غذاء من ولاية أو قبيلة أخرى أو من مصدر آخر <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>2. يعيش أحد الأشخاص الذين أتقدم عنهم خارج ولاية واشنطن: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من: _____</p> <p>3. أنا أو أي من أفراد أسرتي أجنبي يحصل على رعاية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من: _____</p> <p>4. أنا أو أي من أفراد أسرتي في سن 16 أو أكبر (حدد كل ما ينطبق عليك): <input type="checkbox"/> المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> إحدى برامج معادلة الشهادة الثانوية <input type="checkbox"/> كلية <input type="checkbox"/> مدرسة تجارية من: _____</p> <p>5. هناك شخص خارج المنزل مؤقتا: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من: _____</p> <p>6. أنا أو أي من أفراد أسرتي خدم قبل ذلك في القوات المسلحة الأمريكية أو الحرس الوطني أو قوات الاحتياط: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من: _____</p> <p>7. أنا أو أحد من أتقدم عنهم فار من القانون لتجنب الذهاب إلى المحكمة أو السجن في جريمة جنائية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>8. أعيش في: <input type="checkbox"/> منزلي أو شقتي <input type="checkbox"/> منزل جماعي <input type="checkbox"/> أخرى: _____</p> <p>_____ دار (اذكر النوع): _____ تاريخ الدخول: _____</p> <p>9. أنا: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> في شراكة منزلية مسجلة</p> <p>10. أدين أنا أو أي شخص في منزلي بالتجار في المعونة الغذائية للحصول على الأدوية بعد 22 سبتمبر 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>11. أدين أنا أو أي شخص في منزلي بشراء أو بيع المعونة الغذائية بأكثر من 500 دولار بعد 22 سبتمبر 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>12. أدين أنا أو أي شخص في منزلي بتجارة المعونة الغذائية للحصول على البنادق والذخيرة أو المتفجرات بعد 22 سبتمبر 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>13. أدين أنا أو أي شخص في منزلي بالحصول على المعونة الغذائية في أكثر من ولاية واحدة بعد 22 سبتمبر 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>14. أنا أو أي شخص في منزلي: أ. في حالة إضراب: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ب. مرافق: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>15. ربحت أنا أو أحد أفراد أسرتي مبلغ 3750 دولار أو أكثر من جوائز اليانصيب أو لعب القمار: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم ، فهو: _____ تاريخ الاستلام: _____</p> <p>المبلغ (المبلغ بالدولار قبل خصم الضرائب): _____</p>																		
II. معلومات التأمين الصحي (غير مطلوبة للغذاء الأساسي)																		
<p>أنا أو زوجي/ زوجتي أو أحد أفراد أسرتي</p> <p>1. نخطط لدخول منشأة طبية (كمستشفى أو دار ترميز) أو داخلها حاليا أو غادرتها للتو <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>2. نحتاج إلى مساعدة في سداد فواتير طبية غير مدفوعة في أي من الأشهر الثلاثة الماضية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>3. لدينا تأمين صحي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (حدد كل ما ينطبق عليك): <input type="checkbox"/> رعاية طبية (غير برامج أبل الصحية بواشنطن) <input type="checkbox"/> رعاية ثلاثية <input type="checkbox"/> تأمين رعاية طويل الأجل <input type="checkbox"/> الخدمات الصحية الهندية <input type="checkbox"/> تأمين صحي آخر: _____</p>																		
III. المصادر (يرجى إرفاق دليل، غير مطلوب للعمال ذوي الإعاقة أو الغذاء الأساسي)																		
<p>المصدر هو أي شيء تملكه أو تشتريه يمكن بيعه أو التجارة فيه أو تحويله إلى نقد أو مال يمتلكه الآخرون. لا تشمل المصادر الممتلكات الشخصية كالأثاث والملابس. ومن أمثلة المصادر:</p> <table border="0"> <tr> <td>• النقود</td> <td>• أمانات</td> <td>• CDs</td> <td>• موارد الدفن، خطط مدفوعة مسبقا</td> </tr> <tr> <td>• حسابات جارية</td> <td>• حساب تقاعد فردي/ حساب 401k</td> <td>• حسابات سوق المال</td> <td>• معدات عمل</td> </tr> <tr> <td>• حسابات توفير</td> <td>• المنازل والأراضي أو المباني</td> <td>• سندات</td> <td>• ماشية</td> </tr> <tr> <td>• صناديق الكلية</td> <td></td> <td>• صناديق التقاعد</td> <td>• التأمين على الحياة</td> </tr> </table>			• النقود	• أمانات	• CDs	• موارد الدفن، خطط مدفوعة مسبقا	• حسابات جارية	• حساب تقاعد فردي/ حساب 401k	• حسابات سوق المال	• معدات عمل	• حسابات توفير	• المنازل والأراضي أو المباني	• سندات	• ماشية	• صناديق الكلية		• صناديق التقاعد	• التأمين على الحياة
• النقود	• أمانات	• CDs	• موارد الدفن، خطط مدفوعة مسبقا															
• حسابات جارية	• حساب تقاعد فردي/ حساب 401k	• حسابات سوق المال	• معدات عمل															
• حسابات توفير	• المنازل والأراضي أو المباني	• سندات	• ماشية															
• صناديق الكلية		• صناديق التقاعد	• التأمين على الحياة															

اسم مقدم الطلب	رقم الضمان الاجتماعي	رقم هوية العميل
III. المصادر (يرجى إرفاق دليل، غير مطلوب للعمال ذوي الإعاقة أو الغذاء الأساسي)		
يرجى ذكر المصادر التي تمتلكها أو تشتريها أنت أو زوجك/ زوجتك أو أي ممن نتقدم عنهم:		
المصدر	المالك	الموقع
		القيمة
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
2. لدي أنا أو زوجي/ زوجتي أو أحد من أتقدم عنهم سيارات أو سيارات نقل أو شاحنات أو قوارب أو سيارات ترفيهية أو قاطرات أو أي مركبات.		
العام (مثال 1980)	الصانع (مثال فورد)	الطراز (مثال اسكورت)
حدد هنا إذا كانت مستأجرة	حدد هنا إذا كانت المركبة تستخدم لأغراض طبية	المبلغ المستحق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. قمت أنا أو زوجي/ زوجتي أو أحد من أتقدم عنهم ببيع أو متاجرة أو التنازل عن أو نقل أحد المصادر في آخر خمس سنوات (بما فيها الأمانات والمركبات والنقد والعقارات المملوكة مدى الحياة). <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم فما هو: متى: _____		
IV. المعاشات (استثمارات يقوم بها أي من أفراد الأسرة للحصول على مدفوعات دورية الآن أو في المستقبل)		
من صاحب المعاش؟	شركة أو مؤسسة؟	المبلغ أو القيمة؟
تاريخ الشراء	الدخل الشهري	تاريخ الشراء
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
إذا كنت أنت أو زوجك/ زوجتك لكما منفعة في معاش وحصلتم على الرعاية الصحية طويلة الأجل لبرامج أبل الصحية بواشنطن أو المتعلقة بدخل الضمان التكميلي أو تغطية CN فعليك تسمية ولاية واشنطن كمستفيد أخير بالمعاش.		
V. الدخل المكتسب (أرفق دليلاً)		
1. لدي أنا أو زوجي/ زوجتي أو أحد من أتقدم عنهم وظيفة انتهت مدتها في الأيام الثلاثين (30) الأخيرة: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
2. لدي أنا أو زوجي/ زوجتي أو أحد من أتقدم عنهم دخلاً من العمل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم يرجى إكمال هذا القسم:		
من يتحصل على هذا الدخل؟	اسم صاحب العمل ورقم الهاتف	تاريخ البداية
هل هذا العمل من الأعمال الحرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مبلغ مصروفات العمل الحر الشهري: \$	
من يتحصل على هذا الدخل؟	اسم صاحب العمل ورقم الهاتف	تاريخ البداية
هل هذا العمل من الأعمال الحرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مبلغ مصروفات العمل الحر الشهري: \$	

اسم مقدم الطلب	رقم الضمان الاجتماعي	رقم هوية العميل			
VI. مصادر أخرى للدخل (أرفق دليلاً، تقرير عن كل أفراد الأسرة)					
<ul style="list-style-type: none"> • إعانات البطالة • دخل الضمان الاجتماعي • الدخل القلبي • دخل من اللعب • إعانات تعليمية (فروض الطلاب، منح، عمل مع الدراسة) 	<ul style="list-style-type: none"> • دخل الضمان التكميلي • دعم طفل أو نفقة زواج • إعانة السكن الحديدية • دخل من الإيجار 	<ul style="list-style-type: none"> • راتب تقاعد أو معاش • إعانة المحاربين القدماء أو العسكريين • العمل والصناعات • الأمانات • فوائد / أرباح 			
نوع الدخل غير المكتسب	من صاحب الدخل؟	إجمالي المبلغ شهرياً			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
VII. نفقات شهرية					
إيجار	رهن	إيجار المساحة	تامين صاحب المنزل	ضرائب ملكية	رسوم أخرى
\$	\$	\$	\$	\$	\$
<p>ما هي المرافق التي تدفع لها أسرته غير الإيجار أو الرهن؟</p> <p><input type="checkbox"/> تدفئة (غاز/ كهرباء) <input type="checkbox"/> كهرباء (غير التدفئة) <input type="checkbox"/> مياه <input type="checkbox"/> هاتف منزلي/ جوال <input type="checkbox"/> صرف صحي <input type="checkbox"/> قمامة</p> <p>هناك شخص آخر أو جهة أخرى كجهة دعم الإسكان تساعدني على دفع كل هذه النفقات أو جزء منها: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم اذكرها: <input type="checkbox"/> أي نفقات: <input type="checkbox"/> المبلدي المدفوع: \$</p> <p><input type="checkbox"/> حصلت على مبلغ إعانة الطاقة المنزلية لمحدودي الدخل في آخر 12 شهراً.</p> <p>ادفع أنا أو زوجي/ زوجتي أو أحد أفراد أسرتي أو علينا أن ندفع عن (حدد كل ما ينطبق عليه):</p> <p><input type="checkbox"/> رعاية أطفال أو كبار معيّلين (شاملة تكاليف الانتقال)</p> <p><input type="checkbox"/> فواتير طبية لمعاقين أو أشخاص تجاوزوا 60 سنة (شاملة تكاليف الانتقال وأقساط التامين الصحي)</p> <p><input type="checkbox"/> إعانة طفل (أرفق دليلاً)</p> <p>إذا لم تبلغ عن أي من النفقات المذكورة أعلاه، فسوف نعتبر هذا إقراراً من أسرته أنك لا تريد الحصول على أي خصم عن هذه النفقات.</p>					
VIII. المندوب المفوض					
<p>المندوب المفوض هو الشخص الذي تسمح لـ DSHS بالحديث معه حول الإعانات التي تتلقاها. يمكنك تسمية أحدهم، لكن ليس عليك ذلك.</p> <p>هل لديك مندوب مفوض؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل هذا الشخص هو الوصي القانوني عليك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل لدى هذا الشخص توكيل رسمي. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>قد تحتاج إلى إكمال استمارة المندوب المفوض من (DSHS 14-532) إذا كنت تجدد تغطية الرعاية الصحية.</p>					
الاسم	العنوان	الصلة	رقم الهاتف	الولاية	الرمز البريدي
تفويض بالتحقق من الأصول					
<p>بالنسبة لبرامج Washington Apple Health لكبار السن أو المكفوفين أو برنامج Medicaid لذوي الإعاقات فقط.</p> <p>أفهم أن المعلومات التي أقدمها لتقديم طلب الحصول على مساعدة أو تجديدها ستخضع للتحقق من قِبل المسؤولين الفيدراليين ومسؤولي الولاية لتحديد ما إذا كانت صحيحة أم لا. وأفوض هيئة الرعاية الصحية بولاية واشنطن (HCA) وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) لإجراء التحقق من الأصول لإثبات استحقاقها لها والتحقق من دقة معلوماتي المالية. وأفهم أنه يمكن لهيئة الرعاية الصحية (HCA) وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) إجراء التحقيق والاتصال بأي مؤسسة مالية أو وكالة حكومية أو فيدرالية أو قاعدة بيانات خاصة، باعتبارها جزءاً من عملية التحقق من الأصول. كما أفهم أن هذا التفويض ينتهي عندما يتم اتخاذ قرار سلبي نهائي بشأن طلبي، أو انتهاء استحقاقي للحصول على المزايا، أو إذا قمت بإلغاء هذا التفويض في أي وقت من خلال تقديم إخطار مكتوب إلى هيئة الرعاية الصحية (HCA) أو إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS). وإذا قمت بإلغاء أو رفض تقديم التفويض، فأفهم أنني لن أكون مستحقاً للحصول على أي برنامج من برامج Washington Apple Health لكبار السن أو المكفوفين أو برنامج Medicaid لذوي الإعاقات.</p>					

اسم مقدم الطلب	رقم الضمان الاجتماعي	رقم هوية العميل
تسجيل الناخبين		
<p>تقدم الإدارة خدمات تسجيل الناخبين، بما في ذلك التسجيل التلقائي للناخبين. لا يؤثر التقديم من أجل التسجيل أو التراجع عن التسجيل للتصويت على الخدمات أو مقدار الإعانات التي قد تحصل عليها من هذه الوكالة. إذا احتجت إلى مساعدة في ملء نموذج تسجيل التصويت، سنقدم لك المساعدة. يرجع لك قرار طلب أو قبول المساعدة. يمكنك ملء نموذج التسجيل للتصويت على انفراد. إذا ظننت أن شخص ما قد تدخل في حقك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو في حقك في خصوصية تقرير التسجيل أو التقدم للتسجيل للتصويت، أو في حقك في اختيار حزبك السياسي أو أي توجه سياسي آخر، يمكنك تقديم شكوى مع: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p>هل تريد التسجيل للتصويت أو تجديد تسجيلك للتصويت؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا لم تختَر أي من الخيارين فسنعتبر أنك قررت عدم التسجيل للتصويت هذه المرة.</p> <p>ما لم تكن قد حددت "لا" أعلاه، قد تكون مؤهلاً للتسجيل التلقائي للناخبين. أنت مؤهل للتسجيل التلقائي للناخبين إذا كان عمرك 18 عامًا على الأقل بحلول الانتخابات القادمة، فأنت من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية، ولديك DSHS اسمك وعنوان السكن والبريد وتاريخ الميلاد والتحقق من الجنسية المعلومات، وتوقيعك الذي يشهد على حقيقة المعلومات المقدمة في هذا التطبيق</p> <p>هل ترغب في التسجيل تلقائيًا للتصويت؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا قمت بتحديد المربع "نعم"، أو لم تقم بتحديد أي من الخانات وتلتقي بمتطلبات أهلية التسجيل التلقائي للناخبين، فسيرسل DSHS معلوماتك إلى مكتب وزير الخارجية وسيتم تسجيلك تلقائيًا للتصويت.</p>		
الإقرار والتوقيع		
<p>للمعونة النقدية، يلزم توقيع كل أفراد الأسرة الراشدين (أو المندوبين المفوضين). للمعونة الغذائية أو تغطية الرعاية الصحية يلزم توقيع المتقدم (أو المندوب المفوض)</p> <p>أعي أي علي:</p> <ul style="list-style-type: none"> تقديم معلومات صحيحة واتباع تعليمات التقديم. تقديم ما يثبت أهليتي. تفويض بعض حقوق دعم الطفل إلى ولاية واشنطن عند استلامي المعونة المؤقتة للأسر المعوزة. ومع ذلك يمكنني أن أطلب من DSHS ألا تطالب بإعانة الطفل إذا كان ذلك سيعرضني أو يعرض أطفالي للخطر. التعاون مع متطلبات عمل المعونة الغذائية. <p>إذا لم أفعل هذه الأشياء، قد يتم حرمانني من المنافع أو ألزمت بردها.</p> <p>أدرك أنه يمكن محاكمتي جنائياً إذا قدمت إفادة مزيفة أو فشلت في الإبلاغ عن شيء يجب علي الإبلاغ عنه.</p> <p>أسمح لـ DSHS بالاتصال بأشخاص آخرين أو وكالات عند الضرورة لمساعدتي في الحصول على ما يثبت أهليتي.</p> <p>للحصول على المعونة النقدية والغذائية، قد قرأت أو شرحت لي حقوقي ومسؤولياتي واستلمت نسخة من حقوق ومسؤوليات العميل، DSHS 14-113. للحصول على تأمين الرعاية الصحية، قرأت أو شرحت لي حقوقي ومسؤولياتي واستلمت نسخة من حقوق ومسؤوليات العميل، HCA 18-003، أقر أو أعلن بموجب عقوبة شهادة الزور بموجب قوانين ولاية واشنطن أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب، شاملة المعلومات التي تخص الجنسية ووضع الغريب القانوني للأفراد المقدمين للمنافع، حقيقية وصحيحة.</p>		
توقيع المتقدم	التاريخ	اسم المتقدم مطبوعاً
توقيع المتقدمين الراشدين الآخرين	التاريخ	اسم الراشدين الآخرين مطبوعاً
توقيع المساعدين أو المندوبين	التاريخ	اسم المندوب مطبوعاً
توقيع الشاهد إذا تم التوقيع أمام شخص	التاريخ	اسم الشاهد مطبوعاً