

مراجعة الأهلية والاستحقاق

إذا كنت محتاجاً لمساعدة في قراءة أو تكملة هذا النموذج، من فضلك اطلب مساعدتنا.
احتفظ بهذه الصفحة لسجلتك.

كيف يمكنني التقديم على معونة نقدية أو غذائية؟

- بإمكانك **بدء** العملية الآن عن طريق تسليم هذه المراجعة إلى واحد من community services office. يجب أن تحتوي هذه المراجعة على اسمك وعنوانك وتوقيعك أو توقيع ممثلك المعتمد. يمكنك تقديم هذه المراجعة الآن حتى إذا لم تحتو إلا على هذه العناصر الثلاثة.
- لكن إكمال الاستمارة والإجابة على أسئلتها والتوقيع في الصفحة السابعة وتقديم مراجعتك وتزويدنا بأي معلومات إضافية نطلبها في أقرب وقت ممكن قد ينعكس إيجاباً بفوائد أكثر تحصل عليها أو بوقت أقصر لحصولك عليها.
- بإمكانك أخذ المراجعة معك وتسليمها إلى مكتب محلي أو إرسالها عبر الفاكس إلى 1-888-338-7410. راجع www.dshs.wa.gov لمعرفة المواقع.
- أرسل المراجعة إلى واحد من الآتي:

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

- بإمكانك تعبئة هذه الاستمارة على الإنترنت عبر www.washingtonconnection.org
- لا يمكن استخدام نموذج مراجعة الأهلية هذا إلا لتجديد التغطية لبرامج Washington Apple Health المدرجة في هذا النموذج. بالنسبة لتغطية الرعاية الصحية الأخرى، يجب عليك التقديم إما عبر الإنترنت عبر www.wahealthplanfinder.org أو عن طريق الاتصال بالرقم 1-855-923-4633 أو باستخدام تطبيق (HCA 18-001) HCA Application for Health Care Coverage.
- متى يمكنني تلقي المساعدة الغذائية والنقدية؟

- لو كنت محتاجاً إلى مساعدة غذائية فوراً، املاً الأسئلة من 1 إلى 14 وخذ هذا النموذج لمكتبك المحلي. سنقرر إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة غذائية في غضون 7 أيام إذا قدمت لنا دليلاً على هويتك واستوفيت قواعد الأهلية والاستحقاق.
- نمحك الفوائد والمزايا المستحقة في اليوم التالي لإثبات استحقاقك.
- المعونة الغذائية عادة ما تبدأ باليوم الذي نستلم فيه طلبك.
- المعونة النقدية عادة ما تبدأ باليوم الذي نحصل فيه على كل المعلومات التي نحتاجها لنقرر أنك مستحق.
- يلزم أن نقرر ما إذا كنت مستحقاً للمعونة الغذائية في خلال 30 يوماً من تقديمك الطلب الخاص بك.
- إذا كنت تقدم طلبك عبر مؤسسة، فإن تاريخ البداية هو تاريخ الإعفاء أو الخروج.
- إذا كنت تقدم طلباً للحصول على المساعدة الغذائية والبرامج الأخرى:
- يلزم علينا تتبع قواعد ال SNAP لمعالجة طلبك. هذا يشمل معالجة الطلب في أوقات معينة، وإصدار ملاحظات صحيحة، وتقديم النصح لك عن حقوقك الإدارية. لا نستطيع رفض معونتك الغذائية لمجرد أن طلبك لبرامج معونات أخرى قد رُفض.
- الحقوق المدنية وعدم التمييز

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بـ (USDA) U.S. Department of Agriculture (وزارة الزراعة الأمريكية)، فإن هذه المؤسسة ممنوعة من التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو النوع (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية أو الانتقال أو الثأر من نشاط سابق خاص بالحقوق المدنية. قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. الأشخاص ذوو الإعاقات الذين يتطلبون وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل، طريقة برايل أو المطبوعات الكبيرة أو الأشرطة الصوتية أو لغة الإشارة الأمريكية، إلخ)، ينبغي لهم الاتصال بالوكالة (الحكومية أو المحلية) حيث تقدموا لطلب المعونات. يجوز للأفراد الذين يعانون الصمم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون إعاقات في التخاطب الاتصال بـ USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم الآتي: 877-8339 (800).

لتقديم شكوى عن التمييز في البرنامج، على المشتكى تعبئة نموذج AD-3027، وهو USDA Program Discrimination Complaint Form (نموذج شكوى التمييز في البرنامج) الذي يمكن الحصول عليه على الإنترنت عبر:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> أو من أي مكتب تابع لـ USDA (وزارة الزراعة الأمريكية) أو عبر الاتصال بـ (833) 1071-620 أو عن طريق كتابة رسالة لـ USDA. يجب أن يحتوي الخطاب على اسم مقدم الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصف خطي للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كافٍ لإخطار Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) (مساعد الأمين العام للحقوق المدنية) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعوم. يجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027 المكتمل إلى:

1. بريد: Food and Nutrition، USDA

1320 Braddock Place, Room 334

Alexandria VA 22314؛ أو

2. فاكس: (833) 256-1665 أو (202) 690-7442؛ أو

3. بريد إلكتروني: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

تقدم هذه المؤسسة فرصاً متكافئةً من دون تمييز.

حالة الهجرة و Social Security Numbers (أرقام التأمين الاجتماعي)

يجوز لك الحصول على مساعدة لبعض الأفراد الذين يعيشون معك حتى إذا لم يتمكن بقية الأفراد من الحصول على هذه المساعدة بسبب وضع الهجرة الخاص بهم. يلزم عليك إخبارنا بحالة الهجرة لأي شخص يقدم طلبًا. قد نتحقق USCIS (المعروفة سابقًا بـ INS) من حالة الهجرة لأفراد الأسرة. قد تؤثر المعلومات الآتية من USCIS على الأهلية والاستحقاق وكمية الفوائد المستحقة. نغطي الرعاية الصحية وقد تشمل ضمنها بعض الأجانب.

بموجب القانون الفيدرالي (42 CFR § 273.6 ، 7 CFR § 205.52 ، 45 CFR § 435.910)، يجب عليك تزويدنا برقم الضمان الاجتماعي Social Security Number (SSN) (رقم الضمان الاجتماعي) لأي شخص يعيش معك وتقدم بطلب لـ Washington Apple Health أو TANF أو المساعدة الغذائية. ربما نحتاج أيضًا SSNs للوالدين والأزواج/الزوجات الذين يعيشون معك ولم يقدموا. لدينا تغطية للرعاية الصحية لبعض الأشخاص الذين ليس لديهم SSNs.

الجنسية والهوية من أجل Washington Apple Health

يجب على مواطني الولايات المتحدة إثبات الجنسية والهوية للحصول على Washington Apple Health. نستطيع مساعدتك إذا كنت تملك الدليل. إذا احتجنا إلى وثيقة سيكلفك إخراجها المال، سنرسل نحن طلبًا لإخراجها وستتولى تكاليفها أيضًا. لسنا بحاجة إلى إثبات للأفراد في أسرته الذين يتلقون مساعدة Medicare أو Social Security Disability Insurance (SSDI) (التأمين على إعاقة الضمان الاجتماعي) بناءً على إعاقته أو Supplemental Security Income (SSI) (برنامج دخل الضمان التكميلي).

رد المستحقات المالية للدولة للرعاية الطبية وطويلة الأمد

بموجب قانون (RCW 41.05A.090، RCW 43.20B.080) استرداد تكاليف العلاج من التركة بعد الوفاة Washington، قد تستخدم ممتلكاتك في سداد بعض التكاليف التي دفعتها الولاية مقابل الخدمات والمساعدة الطبية وطويلة الأمد التي تلقيتها بعد عمر 55. لا يوجد عمر محدد إذا استلمت خدمات ممولة فقط من الدولة. يبدأ استرداد تكاليف العلاج من التركة بعد وفاتك؛ ويستحق الدفع بعد وفاة زوجك الباقي على قيد الحياة، أو عندما يبلغ طفلك (أطفالك) سن 21 عامًا، ما لم يكن الطفل أعمى / معاقًا وقت وفاتك. يمكن أن ترهن الولاية عقاراتك قبل الوفاة وفي أي عمر كان، في حال كنت تقطن في مركز ترميز ورعاية المسنين ومن غير الوارد أن تعود إلى منزلك. يمكن للولاية تحصيل مستحقاتها بناءً على هذا الرهن إذا بعته أو نقلت الملكية، أو بعد وفاتك. تلغي الولاية الرهن إذا عدت إلى منزلك. انظر إلى الفصل WAC 182-527 للمزيد من المعلومات وللحصول على قائمة من الخدمات الخاضعة لـ Estate Recovery (استرداد تكاليف العلاج من التركة).

الخصوصية والمساعدة النقدية والغذائية

يسمح لنا قانون الطعام والغذاء الصادر في عام 2008 جمع المعلومات التي نطلبها منك عند تقديمك الطلب تزويدنا بالمعلومات المطلوبة اختياري، لكن رفضك تزويدنا بتلك المعلومات من غير سبب وجيه قد يؤدي إلى الحرمان من الاستفادة من برنامج Basic Food. نتحقق من بعض المعلومات بواسطة برامج مطابقة حاسوبية، مثل الدخل الفردي و Income and Eligibility Verification System (IEVS) (نظام التحقق من الأهلية).

نستخدم هذه المعلومات من أجل:	قد توفر هذه المعلومات من أجل:
<ul style="list-style-type: none">تحديد من مؤهل للاستفادة من برامجنا.جمع المبالغ الزائدة للمساعدة الغذائية.إدارة برامجنا.التأكد من اتباعنا للقانون.	<ul style="list-style-type: none">الوكالات الفيدرالية والحكومية للاستخدام الرسمي.وكالات إنفاذ القانون التي تتعقب الأشخاص الذين يهربون لتفادي القانون.وكالات التحصيل الخاصة لتحصيل مبالغ المساعدات الغذائية الزائدة.
قد تؤثر المعلومات التي يتم إبلاغها إلى Department of Social and Health Services (إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية، DSHS) على الأهلية للحصول على تغطية الرعاية الصحية التي تديرها Health Care Authority (هيئة الرعاية الصحية) وتبادل المنافع الصحية.	
تحذير عقوبة المساعدات الغذائية	
نتحقق لدى وكالات أخرى عن صحة معلوماتك. قد يُحرّم الأشخاص من المساعدة الغذائية إذا قدموا أي معلومة خاطئة. قد يتعرض أي شخص ينتهك أي من القواعد عن عمد لما يلي:	
<ul style="list-style-type: none">المقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية والحكومية المطبقة الأخرى.الحرمان من SNAP لمدة تتراوح من سنة إلى على الدوام.التعزيم بمبلغ يصل إلى 250,000 دولار.السجن لمدة تصل إلى 20 عامًا.الحرمان من SNAP لمدة 18 شهرًا إضافية في حال حكم المحكمة بذلك.	
إذا وجدت المحكمة أنك مذنب ب:	
الحصول على فوائد في عملية مبادلة تتضمن:	
قد تتعرض ل:	
<ul style="list-style-type: none">بيع مادة مضبوطة.....الحرمان من البرنامج فترة عامين أو حرمان دائم.بيع الأسلحة النارية أو الذخائر أو المتفجرات.....حرمان دائم.الاتجار بمعونات تزيد عن 500 دولار.....حرمان دائم.تزوير الإقامة أو الهوية.....الحرمان مدة 10 سنوات.	

مراجعة الأهلية والاستحقاق

اسألنا إذا كنت محتاجاً لمساعدة في تعبئة هذا النموذج.

إذا كنت تقدم طلباً للحصول على معونة غذائية حصراً ولست قادرًا على إكمال هذا النموذج اليوم، زودنا رجاءً ب **الاسم والعنوان و التوقيع** فقط لنبدأ بمعالجة طلبك. **التوقيع على الصفحة 7 ضروري لإكمال نموذج مراجعة الأهلية.** قد نحتاج إلى معلومات أكثر أو إلى إجراء مقابلة لنراجع حالتك بصورة وافية.

1. الاسم الأول أول حرف من اسمك الأوسط اسم العائلة	توقيع المتقدم بالطلب أو ممثله القانوني	2. رقم تعريف العميل (إذا وُجد)
3. عنوان الشارع الذي تعيش فيه	الولاية	الرقم البريدي
4. رقم الهاتف الأساسي الخلوي <input type="checkbox"/> المنزلي <input type="checkbox"/> الرسائل <input type="checkbox"/>	الولاية	الرقم البريدي
5. العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً)	الولاية	الرمز البريدي
6. رقم (أرقام) الهاتف الثانوي الخلوي <input type="checkbox"/> المنزلي <input type="checkbox"/> الرسائل <input type="checkbox"/>	الولاية	الرمز البريدي
7. البريد الإلكتروني:	8. إنني أتقدم بطلب للحصول على (اختر كل ما ينطبق عليك)	
<input type="checkbox"/> نفود <input type="checkbox"/> طعام <input type="checkbox"/> Medicare Savings Program <input type="checkbox"/> (برنامج ادخار Medicare) <input type="checkbox"/> مأوى المسنين <input type="checkbox"/> الإعاقة <input type="checkbox"/> تغطية صحية ل aged, blind, or disabled (المسنين أو المكفوفين أو لذوي الاحتياجات الخاصة) <input type="checkbox"/> خدمات دعم مخصصة للمسنين <input type="checkbox"/> أنا أو أحد آخر في أسرتي (اختر كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> في حالة عنف منزلي <input type="checkbox"/> لدي (لديه) إعاقة <input type="checkbox"/> في حالة عجز عن العمل بسبب مشاكل صحية <input type="checkbox"/> حامل؛ الاسم: _____ التاريخ المتوقع للولادة: _____ <input type="checkbox"/> ما كمية الدعم المالي التي تتوقع أن تحصل عليها أسرتك هذا الشهر؟ <input type="checkbox"/> كم تملك أسرتك من المال نقدًا أو في الحساب البنكي؟ <input type="checkbox"/> كم تدفع أسرتك مقابل الإيجار أو الرهن العقاري؟ <input type="checkbox"/> ما هي الخدمات التي يدفع لها أحد أفراد أسرتك؟ <input type="checkbox"/> التدفئة/التكييف <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ <input type="checkbox"/> هل أي احد من افراد اسرتك عامل مزرعة مهاجر او موسمي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لو كنت مقدما لمعونة غذائية، كم عدد افراد اسرتك الذين تشتري وتجهز طعام لهم؟ _____		
9. <input type="checkbox"/> أنا أو أحد آخر في أسرتي (اختر كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> في حالة عنف منزلي <input type="checkbox"/> لدي (لديه) إعاقة <input type="checkbox"/> في حالة عجز عن العمل بسبب مشاكل صحية <input type="checkbox"/> حامل؛ الاسم: _____ التاريخ المتوقع للولادة: _____		
10. ما كمية الدعم المالي التي تتوقع أن تحصل عليها أسرتك هذا الشهر؟ <input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> \$ _____		
11. كم تملك أسرتك من المال نقدًا أو في الحساب البنكي؟ <input type="checkbox"/> \$ _____		
12. كم تدفع أسرتك مقابل الإيجار أو الرهن العقاري؟ <input type="checkbox"/> \$ _____		
13. ما هي الخدمات التي يدفع لها أحد أفراد أسرتك؟ <input type="checkbox"/> التدفئة/التكييف <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____		
14. هل أي احد من افراد اسرتك عامل مزرعة مهاجر او موسمي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
15. لو كنت مقدما لمعونة غذائية، كم عدد افراد اسرتك الذين تشتري وتجهز طعام لهم؟ _____		
لاستخدام المكتب حصراً - الأسرة موهلة للخدمة المعجلة: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا الأحرف الأولى من اسم الفاحص: _____ التاريخ: _____		
16. <input type="checkbox"/> أحتاج إلى مترجم فوري أتحدث: _____ أو <input type="checkbox"/> وُقِعَ؛ ترجموا رسائلي إلى: _____		
17. اذكر أسماء جميع أفراد أسرتك حتى إذا لست تقدم طلباً من أجلهم (أرفق أوراقاً إضافية حسب الحاجة).		

اختياري لغير المقدمين	الاسم (الأول، الأوسط، العائلة)	الجنس	ما علاقة هذا الشخص بك؟	تاريخ الميلاد	هل تريد مزايا لهذا الشخص؟	Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)	ضع علامة إذا لم تكن مواطناً أمريكياً	العرق (انظر الأمثلة أدناه)	اسم القبيلة (للهنود الأمريكيين وسكان الاسكا الأصليين)
			نفسى		<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	Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)	رقم تعريف العميل												
<p>18. أصولي العرقية هي إسبانية أو لاتينية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إن معلومات السلالة والخلفية العرقية تطوعية ولن تؤثر على الصلاحية أو كميات المنافع. هذه المعلومات تستخدم للتأكد من أن منافع البرنامج توزع من دون اعتبار للعرق أو اللون أو الأصل القومي. تطلب الـ USDA منا في طلبات التقدم للحصول على مساعدة غذائية أن نجيب نيابةً عنك إذا لم تقدم معلومات. سنختار "غير مذكور" إذا لم تزودنا بإجابة. أمثلة عن العرق: أبيض أو أسود أو إفريقي أمريكي أو آسيوي أو من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ أو هندي أمريكي أو من سكان الأسكا الأصليين أو أي مزيج آخر من الأجناس.</p>														
1. معلومات عامة														
<p>1. في الثلاثين يوم الاخيرة، انا تلقيت نقدا او غذاء من ولاية اخرى، قبيلة، او مصدر اخر. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>2. أحد الأشخاص الذين أقدم طلبًا لهم يعيش خارج ولاية Washington: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من: _____</p> <p>3. أنا أو أحد أفراد أسرتي هو أجنبي مدعوم: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من: _____</p> <p>4. أنا أو أحد أفراد أسرتي الذين يبلغون من العمر 16 فما فوق في (اختر كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> High School Equivalency Program (برنامج معادلة الثانوية العامة) <input type="checkbox"/> الجامعة <input type="checkbox"/> المدرسة التجارية من: _____</p> <p>5. يعيش أحد الأفراد مؤقتًا خارج المنزل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من: _____</p> <p>6. أنا أو أحد آخر من أسرتي قد خدم في القوات المسلحة للولايات المتحدة أو الحرس الوطني أو القوات الاحتياطية أو كان معتمدًا على أو زوجًا لأحد الأشخاص الذين خدموا: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا نعم، من: _____</p> <p>7. أنا أو أحد الأشخاص الذين أقدم طلبًا لهم هارب من القانون لتجنب الذهاب إلى المحكمة أو السجن لارتكابه جريمة جنائية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>8. أعيش في: <input type="checkbox"/> منزلي أو شقتي الخاصة بي <input type="checkbox"/> منزل جماعي <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____</p> <p><input type="checkbox"/> منشأة (انكر نوعها): _____ تاريخ الدخول: _____</p> <p>9. أنا: <input type="checkbox"/> عازب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> في شراكة منزلية مسجلة</p> <p>10. أنا أو احد ما في منزلي سبق ادانته في تجارة معونة غذائية لادوية بعد سبتمبر 22, 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>11. أُدِنت أنا أو أحد أفراد أسرتي بشراء أو بيع مساعدات غذائية تفوق قيمتها \$500 بعد 22 سبتمبر، 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>12. أُدِنت أنا أو أحد أفراد أسرتي بمقايضة المساعدات الغذائية مقابل الأسلحة أو الذخائر أو المتفجرات بعد 22 سبتمبر، 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>13. أُدِنت أنا أو أحد أفراد أسرتي بالحصول على مساعدات غذائية في أكثر من ولاية واحدة بعد 22 سبتمبر، 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>14. أنا أو أحد أفراد أسرتي: a. مضرب عن العمل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا b. متنقل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>15. أنا أو أحد أفراد أسرتي فاز بـ \$4,500 أو أكثر باليانصيب أو القمار: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا نعم، من: _____ تاريخ الاستلام: _____</p> <p>المبلغ (بالدولار الأمريكي قبل الضرائب): _____</p>														
II. معلومات التأمين الصحي (غير مطلوبة لبرنامج Basic Food)														
<p>أنا أو زوجي (زوجتي) أو أحد أفراد أسرتي:</p> <p>1. ننوي الدخول إلى منشأة صحية أو نمكث فيها الآن أو غادرناها مؤخرًا (مثل مستشفى أو مركز ترميض)..... <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>2. بحاجة إلى مساعدة في سداد الفواتير الطبية في الأشهر الثلاثة الأخيرة..... <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>3. يملك تأمين صحي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (اختر كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> Medicare (وليس Washington Apple Health) <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> تأمين الرعاية الطويلة الأجل <input type="checkbox"/> Indian Health Services (الخدمات الصحية الهندية) <input type="checkbox"/> تأمين صحي آخر: <input type="checkbox"/></p>														
III. المصادر (أرفق الدليل؛ غير مطلوبة لـ HWD أو Basic Food)														
<p>المصدر هو أي شيء تملكه أو تشتريه ويمكن بيعه، التجارة فيه، تحويله إلى نقد أو مال يملك بواسطة آخرين. المصدر لا يشمل ملكية شخصية مثل الاثاث، او الملابس. امثلة للمصادر :</p> <table border="0"> <tr> <td>• سيولة نقدية</td> <td>• ائتمانات</td> <td>• اموال الدفن، خطط مسبوقة الدفع</td> </tr> <tr> <td>• حسابات جارية</td> <td>• IRA / 401k</td> <td>• معدات اعمال</td> </tr> <tr> <td>• حسابات توفير</td> <td>• منازل، ارض او مباني</td> <td>• الماشية</td> </tr> <tr> <td>• اموال الكلية</td> <td>• صندوق التقاعد</td> <td>• بوليصة تأمين على الحياة</td> </tr> </table>			• سيولة نقدية	• ائتمانات	• اموال الدفن، خطط مسبوقة الدفع	• حسابات جارية	• IRA / 401k	• معدات اعمال	• حسابات توفير	• منازل، ارض او مباني	• الماشية	• اموال الكلية	• صندوق التقاعد	• بوليصة تأمين على الحياة
• سيولة نقدية	• ائتمانات	• اموال الدفن، خطط مسبوقة الدفع												
• حسابات جارية	• IRA / 401k	• معدات اعمال												
• حسابات توفير	• منازل، ارض او مباني	• الماشية												
• اموال الكلية	• صندوق التقاعد	• بوليصة تأمين على الحياة												

اسم مقدم الطلب	Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)	رقم تعريف العميل
----------------	--	------------------

III. المصادر (أرفق الدليل؛ غير مطلوبة ل HWD أو Basic Food) (التكملة)

1. من فضلك ضع قائمة بالمصادر التي تقدمها أنت، زوجتك، أو أي أحد تقدم بالنيابة عنه أو تشتري:

المصدر:	من يملك	الموقع	القيمة
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

2. أنا أو زوجي (زوجتي) أو أحد الأشخاص الذين أقدم لهم طلبًا لديه سيارات أو شاحنات أو شاحنات صغيرة أو قوارب أو RVs أو مقطورات أو مركبات أخرى:

المبلغ المستحق	ضع علامة إذا كانت المركبة قد استخدمت لأغراض طبية	ضع علامة إذا كانت مستأجرة	موديل (مثال: ESCORT)	صنع (مثال: FORD)	العام (مثال، 1980)
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

3. أنا أو زوجي (زوجتي) أو أحد الأشخاص الذين أقدم طلبًا لهم قد باع أو قايض أو تبرع أو نقل مورد خلال الخمس سنوات الأخيرة (بما في ذلك الصناديق الائتمانية أو المركبات أو عقارات الحياة): نعم لا

إذا نعم، ماذا: _____ متى: _____

IV. المعاشات (الاستثمارات بواسطة أي عضو من أفراد الأسرة ليستقبل مدفوعات منتظمة حاليًا أو في المستقبل)

من يملك المعاش؟	شركة أو مؤسسة؟	الكمية أو القيمة	الدخل الشهري	تاريخ الشراء
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

إذا كنت أنت أو زوجك (زوجتك) مهتمين بالحصول على راتب سنوي وتقبلان تغطية رعاية Washington Apple Health طويلة الأمد أو SSI الموافقة لكما أو CN، يجب عليكما تسمية ولاية واشنطن مستفيدًا متبقيًا من الأقساط السنوية.

V. الدخل المكتسب (أرفق الدليل)

1. أنا أو زوجي (زوجتي) أو أحد الأشخاص الذين أقدم طلبًا لهم كان لديه وظيفة انتهت في الـ 30 يومًا التي مضت: نعم لا

2. أنا أو زوجي (زوجتي) أو أحد الأشخاص الذين أقدم طلبًا لهم لديه دخل من عمله: نعم لا

إذا كان الجواب نعم، أكمل هذا القسم رجاءً:

من يكسب هذا الدخل	الكمية الكلية المستلمة (كمية الدولار قبل الخصومات)
رقم هاتف صاحب عمل الموظف	\$ كل: <input type="checkbox"/> ساعة <input type="checkbox"/> أسبوع
تاريخ البدء	<input type="checkbox"/> أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين شهريًا <input type="checkbox"/> شهر
هل هذا العمل توظيف ذاتي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الساعات في الأسبوع: _____
مقدار تكاليف التوظيف الذاتي الشهرية: \$ _____	تواريخ الدفع (مثلًا، اليوم الأول والخامس عشر، أو كل يوم جمعة): _____
من يكسب هذا الدخل	الكمية الكلية المستلمة (كمية الدولار قبل الخصومات)
اسم الموظف ورقم هاتفه	\$ كل: <input type="checkbox"/> ساعة <input type="checkbox"/> أسبوع
تاريخ البدء	<input type="checkbox"/> أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين شهريًا <input type="checkbox"/> شهر
هل هذا العمل توظيف ذاتي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الساعات في الأسبوع: _____
مقدار تكاليف التوظيف الذاتي الشهرية: \$ _____	تواريخ الدفع (مثلًا، اليوم الأول والخامس عشر، أو كل يوم جمعة): _____

اسم مقدم الطلب	Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)	رقم تعريف العميل			
VI. مصادر دخل أخرى (ارفق الدليل؛ اذكر جميع أفراد الأسرة)					
<ul style="list-style-type: none"> • إعانات البطالة • دخل الضمان الاجتماعي • دخل قبلي • دخل قمار • إعانات تعليمية (قروض أو منح طلابية أو عمل - دراسة) 	<ul style="list-style-type: none"> • Supplemental Security Income (SSI) (دخل الضمان الإضافي) • دعم الطفل أو استمرار الزواج • إعانات السكك الحديدية • دخل الإيجار 	<ul style="list-style-type: none"> • معاش أو تقاعد • Veteran Administration (VA) (وزارة شؤون المحاربين القدامى) • Labor and Industries (L&I) (العمل والصناعات) • ائتمانات • فوائد / إيرادات 			
نوع الدخل غير المكتسب	من يحصل على الدخل؟	الكم الكلي الشهري			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
VII. المصاريف الشهرية					
الإيجار	القرض العقاري	إيجار المساحة	تأمين لأصحاب المنازل:	ضرائب الأملاك:	مصاريف أخرى
\$	\$	\$	\$	\$	\$
<p>ما هي المرافق التي تدفع أسرته ثمنها بشكل منفصل عن الإيجار أو الرهن العقاري؟</p> <p><input type="checkbox"/> الحرارة (الكهرباء / الغاز) <input type="checkbox"/> الكهرباء (وليس الحرارة) <input type="checkbox"/> الماء <input type="checkbox"/> المنزل / الهاتف الخليوي <input type="checkbox"/> الصرف الصحي <input type="checkbox"/> النفايات</p> <p>شخص أو وكالة أخرى، مثل دعم التسكين، يساعدني على دفع جزء من هذه النفقات أو كلها:</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا نعم، من: _____ ما النفقات: _____ المبلغ الذي يدفعونه: \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> حصلت على مبلغ Low Income Home Energy Assistance Act (قانون إعانات الطاقة المنزلية لذوي الدخل المحدود) (LIHEAA) في ال 12 شهرًا الماضية.</p> <p>انا، زوجتي، او احد ما من افراد المنزل يدفع او من المفترض ان يدفع (راجع كل ما هو مطبق):</p>					
<input type="checkbox"/>	Child or Adult Dependent Care (رعاية الأطفال والبالغين المعالين) (وتشمل تكاليف التنقل)	المبلغ الشهري: \$	من يدفع:		
<input type="checkbox"/>	فواتير طبية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة أو المسنين 60 + (وتشمل تكاليف التنقل وأقساط التأمين الصحي)	المبلغ الشهري: \$	من يدفع:		
<input type="checkbox"/>	دعم طفل (ارفق اثبات)	المبلغ الشهري: \$	من يدفع:		
إذا لم تسجل اي من النفقات المذكورة باعلاه، سوف نعتبر ذلك كإقرار من افراد اسرتك انك لا تريد ان تتلقى خصمًا لهذه النفقة.					
VIII. الممثل المفوض					
<p>مندوب مفوض هو احد ما انت تسمح لل DSHS بالتحدث معه عن اعاناتك. يمكنك تسمية احد ما، لكن لا يلزمك فعل ذلك.</p> <p>هل لديك ممثل مفوض؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل هذا الشخص حارسك القانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل يملك هذا الشخص توكيلاً قانونياً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>قد تحتاج إلى إكمال نموذج الممثل القانوني (DSHS 14-532) إذا كنت تجدد تغطية رعايتك الصحية. يكون الممثل القانوني المعتمد صالحًا فقط لفترة الشهادة بالنسبة ل Basic Food.</p>					
الاسم	العلاقة	رقم الهاتف			
عنوان المراسلة:	المدينة	الولاية	الرمز البريدي		
تفويض التحقق من الأصول					
<p>من أجل برنامج Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled Washington Apple Health (للمسنين والمكفوفين وذوي الاحتياجات الخاصة) Medicaid فقط.</p> <p>أنا على بينة من أن المعلومات التي أقدمها للتقدم بطلب للحصول على المساعدة أو تجديدها ستخضع للتحقق من قبل المسؤولين الفيدراليين ومسؤولي الولاية للتأكد من صحتها. أذن ل Washington بولاية Health Care Authority (HCA) (هيئة الرعاية الصحية) و Department of Social and Health Services (DSHS) (قسم الخدمات الاجتماعية والصحية) بإجراء التحقق من الأصول لتحديد أهليتي واستحقاقي والتحقق من دقة معلوماتي المالية. أنا على بينة من أن HCA و DSHS قد يقرران التحقق والتواصل مع أي مؤسسة مالية أو وكالة حكومية أو فيدرالية أو قاعدة بيانات خاصة، وأن هذا جزء من عملية التحقق من الأصول. أدرك أن هذا التفويض ينتهي عند اتخاذ قرار رفض نهائي بشأن طلبي أو انتهاء أهليتي للحصول على المزايا أو إذا قررت أنا إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إخطار HCA أو DSHS كتابياً. أنا أدرك أنني إذا قررت إلغاء الإذن أو رفضت تقديمه لن أكون مؤهلاً لأي برنامج من Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (المسنين والمكفوفين وذوي الاحتياجات الخاصة) Medicaid program.</p>					

اسم مقدم الطلب	Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)	رقم تعريف العميل
تسجيل الناخب		
<p>Department offers voter registration services (يقدم القسم خدمات تسجيل التصويت), وتشمل تسجيل التصويت التلقائي. التقدم بطلب للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت لن يؤثر على الخدمات أو مقدار المزايا التي قد تتلقاها من هذه الوكالة. إذا كنت ترغب في المساعدة في تعبئة نموذج تسجيل الناخب، فسندعم لك المساعدة. فقرار طلب أو قبول المساعدة يعود إليك. يمكنك تعبئة نموذج تسجيل الناخب بشكل خاص. إذا كنت تعتقد أن شخصاً ما قد تدخل في حقه في التسجيل أو في رفض التسجيل للتصويت، أو حقه في خصوصية تقرير التسجيل أو في التقدم بطلب للتسجيل على التصويت، أو حقه في اختيار حزبك السياسي أو أي تفضيل سياسي آخر، يمكنك تقديم شكوى عن طريق: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p>هل تريد التسجيل للتصويت أو تحديث تسجيل الانتخاب الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>لو قمت باختيار احد الصندوقين، سوف نعتبرك انك قد قررت الا تسجل للتصويت في هذا الوقت، ما لم تكن كنت صالحا لذلك، ولم تمنع، تسجيل التصويت التلقائي</p> <p>ما لم تكن قد اخترت "لا" اعلاه، يمكن ان تكون صالحا لتسجيل التصويت التلقائي. انت صالح لتسجيل التصويت التلقائي اذا كنت علي الاقل 18 عاما في التصويت القادم، انت مواطن من الولايات المتحدة الامريكية، و ال DSHS لديه اسمك، عنوان السكن والمراسلة، تاريخ الميلاد، تأكيد معلومات المواطنة، وتوقيعك بالتصديق على صحة المعلومات المعطاة في هذا التقديم.</p> <p>هل تريد أن سُجِّل تلقائياً للتصويت؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>لو اخترت الصندوق "نعم"، او لم تقم باختيار احد الصندوقين وقابلت متطلبات تسجيل التصويت التلقائي، سوف يرسل ال DSHS معلوماتك الى مكتب سكرتيرة الولاية وسوف يسجلك تلقائياً للتصويت.</p>		
التصريح والتواقيع (وَقَّع أدناه لإكمال نموذج الأهلية والاستحقاق الخاص بك).		
<p>أفهم أن:</p> <ul style="list-style-type: none"> تغطي معلومات صحيحة وتتابع متطلبات الإبلاغ. قدم اثبات انك صالح. خصص حقوق معينة لدعم الطفل، لولاية Washington، عندما اتلقى Temporary Assistance for Needy Families (معمونة مؤقتة للعائلات المحتاجة، TANF). مع ذلك، يمكنني ان اطلب من ال DSHS ان يتحرى دعم الطفل لو كان ذلك يضعني او اولادي في خطر. تعاون مع متطلبات عمل الاعانة الغذائية. <p>اذا لم اقم بعمل هذه الاشياء، ربما يتم رفض الاعانات او اقوم بدفعهم.</p> <p>انا افهم انه من الممكن ان ادان جنائيا اذا قدمت اقرارا غير صحيح او فشلت في تسجيل شيء يجب تسجيله.</p> <p>انا افوض ال DSHS للتواصل مع اشخاص اخرين او وكالات اخرى عند الضرورة لمساعدتي في الحصول على اثبات انني صالح.</p> <p>للقود والطعام: لقد قرأت أو شرحت حقوقي ومسؤولياتي لي وحصلت على نسخة من Client Rights and Responsibilities, DSHS 14-113 (حقوق العميل وواجباته). لتغطية الرعاية الصحية: لقد قرأت أو شرحت حقوقي ومسؤولياتي لي وحصلت على نسخة من Client Rights and Responsibilities, HCA 18-003 (حقوق العميل وواجباته).</p> <p>انا اشهد انه اذا قمت بشهادة الزور بموجب قوانين ولاية Washington ان المعلومات المقدمة في هذا الطلب، وتشمل المعلومات الخاصة بالمواطنة و حالة الغربة لاعضاء المتقدمين للاعانات، صحيحة وحقيقية.</p> <p>للقود، على كل البالغين (أو ممثليهم القانونيين المعتمدين) في الأسرة التوقيع.</p> <p>لتغطية الرعاية الصحية، على المتقدم بطلب (أو ممثله القانوني المعتمد التوقيع).</p> <p>للمساعدة الغذائية، على كل من المتقدم وممثله القانوني المعتمد التوقيع إلا في حال وجود وثيقة ممثل معتمد حالي في الملف.</p>		
توقيع المتقدم بطلب (الزامي)	التاريخ	اسم مقدم الطلب مطبوعا
CITY AND STATE SIGNED		
توقيع مقدم بالغ اخر	التاريخ	اسم بالغ اخر مطبوعا
CITY AND STATE SIGNED		
توقيع المساعد او الممثل	التاريخ	اسم الممثل مطبوعا
CITY AND STATE SIGNED		
توقيع الشاهد إذا كان موقعاً بعلامة "X"	التاريخ	اسم الشاهد مطبوعا
CITY AND STATE SIGNED		