

资格审核

如果您在阅读或填写此表方面需要协助，请向我们寻求协助。

保留此页，以便留存记录。

如何申请现金或食物援助？

- 您可以将此申请表提交至 community services office (社区服务办公室)，开始申请流程。申请表必须有您的姓名、地址及签名或者您的授权代表签名。即使只包含这三项信息，您也可以立即提交申请表。
- 如果您尽快完成 (回答相关问题及在第 7 页署名) 并提交申请表以及提供我们要求的其他信息，您可以享受更多福利，或者更快享受相关福利。
- 您可以将申请表提交至当地办公室或发传真至 1-888-338-7410。访问 www.dshs.wa.gov，查询办公室位置。
- 将申请表邮寄至以下地址之一：

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
--	---
- 您也可以访问 www.washingtonconnection.org，进行线上申请
- 此资格审核表只能用于续订此表所列 Washington Apple Health 计划的保险。对于其他医保计划，您可以访问 www.wahealthplanfinder.org 进行线上申请，或者致电 1-855-923-4633，或者填写 HCA 医保计划申请表 (HCA 18-001)。

我多久可以获得食物和现金援助？

- 如果您需要紧急食物援助，请填写问题 1 至问题 14，并将此表提交至当地办公室。请提供您的身份证明，并且如果您满足条件规定，我们将会 在 7 天内作出您是否有资格获得食物援助的决定：
- 我们将在认定您符合条件的第二天发放福利。
- 食物援助通常会在我们收到您申请表的当天发放。
- 现金援助通常会在我们获得了认定您是否符合条件的所有信息的当天发放。
- 我们会在您提交申请表后 30 天内决定您是否符合享受食物援助的条件。
- 如果您提交申请时任职于某一机构，发放援助日期为您的离职日期。

如果您申请食物援助以及其他计划：

我们必须遵循 SNAP 规则来处理您的申请。包括在时限内处理申请，发出适当通知，并告知您的行政权利。我们不能因为您的其他援助计划申请被拒就拒绝您的食物援助申请。

公民权利与非歧视

根据联邦民权法和 U.S. Department of Agriculture (美国农业部, USDA) 的民权法规和政策，该机构禁止因种族、肤色、国籍、性别 (包括性别认同和性取向)、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰，或对先前民权活动的报复或打击而产生歧视行为。计划信息可使用英语以外的其他语言提供。如果残障人士需要通过替代的通信手段获得计划信息 (例如盲文、大号字体、录音带、美国手语等)，应与他们申请福利的机构 (州或地方) 联系。失聪、听障或有语言障碍的人士可通过 Federal Relay Service (联邦中继服务, FRS) 与 USDA 取得联系：(800) 877-8339。

如果您想要针对计划中存在的歧视行为提出投诉，请填写美国农业部计划歧视申请表 AD-3027 (在线下载 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>)，以及随时联系 USDA 办公室领取表格，或致电 (833) 620-1071 或向 USDA 写信。信函必须包括投诉人的姓名、地址、电话号码，以及对所指控的歧视行为的详细书面描述，以告知 Assistant Secretary for Civil Rights (民权局助理局长, ASCR) 有关涉嫌违反民权的性质和日期的详细情况。

填写完整的 AD-3027 表或信件必须提交至：

- 邮件：** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; 或
- 传真：** (833) 256-1665 或 (202) 690-7442; 或
- 电子邮件：** FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

该机构为平等机会提供商。

移民身份与 Social Security Numbers (社会保障号码)

即使与您同住者由于移民身份无法获取援助，您也可以为其他同住者申请援助。您必须告知申请者的移民身份。家庭成员的移民身份由 USCIS (前身为 INS) 负责核实。从 USCIS 处收到的信息可能会影响申请人的资格和福利金额。我们有涵盖外国人的医疗保险。

根据联邦法律 (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6)，您必须向我们提供与您同住的 Washington Apple Health 计划，TANF 或食物援助申请者的 Social Security Numbers (社会保障号码，SSN)。我们可能还需要与您同住但未申请的父母和配偶的 SSN。我们有涵盖没有 SSN 人士的医疗保险。

Washington Apple Health 计划的公民身份

美国公民必须证明其公民身份才能参加 Washington Apple Health 计划。我们可以帮助您获得证明。如果我们需要一份可能会导致您产生开支的文件，我们会派人去取并支付相关费用。如果您家中有人因为残疾或领取 Supplemental Security Income (补充保障收入，SSI) 而参加了 Medicare、Social Security Disability Insurance (社会安全残疾保险，SSDI) 计划，我们不需要相关证明。

针对医疗和长期护理向州进行偿还

根据 Washington 州遗产追回法 (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080)，您的遗产可能需要用于偿还州政府为您 55 岁后获得的某些类型的医疗和长期服务及支持所支付的费用。如果您接受的是仅由州出资的服务，则没有年龄限制。遗产追回在您去世后开始；应在您尚存配偶去世后或您的子女年满 21 岁时支付偿还款项，除非您的子女在您去世时失明/残疾。如果您住在疗养院，不太可能再返回家中，州政府可在您任何年龄时对您的不动产提出生前留置权。如果您出售或转让财产，或在您去世后，州政府可就该留置权进行追回。如果您返回家中，州政府将撤销留置权。有关更多信息，包括适用遗产追回的服务列表，请参阅 WAC 第 182-527 章。

隐私与您的现金和食物援助

根据 2008 年《食品和营养法》的规定，我们可以收集申请表中要求的信息。提供所需信息是自愿行为，但是，无正当理由不提供信息可能会导致基本食品福利被拒绝。我们会通过计算机匹配程序验证一些信息，包括联邦收入和 Income and Eligibility Verification System (资格审核系统，IEVS)。

我们利用此信息：	我们可能会将此信息提供给：
<ul style="list-style-type: none">• 确定您是否有资格参与本计划。• 追回超额支付的食物援助款项。• 管理本计划。• 确保本计划遵守法律法规。	<ul style="list-style-type: none">• 联邦和州机构，仅供公事使用。• 执法机构，用于追捕逃避法律制裁的人。• 私人催收机构，用于催收食物援助逾期款项。
您向 Department of Social and Health Services (社会福利服务部)，报告的情况可能会影响您获得由 Health Care Authority (医疗保健计划管理部门) 及医疗福利交换系统所管理的健康保险资格。	
食物援助处罚警告	
我们会向其他机构查证您的信息是否正确。如果信息不正确，则申请人将无法获得食物援助。	
任何故意违反法规的人均会：	
<ul style="list-style-type: none">• 根据其他适用的联邦和州法律受到起诉。• 被禁止参加 SNAP 一年及以上，甚至永久。• 被罚款 \$250,000。• 被处以 20 年监禁。• 如果法院有命令，被追加 18 个月的 SNAP 禁令。	
如果经法院裁定，您犯有以下罪行：	
在涉及以下情况的交易中获取利益：	您可能会被：
<ul style="list-style-type: none">• 出售受管制药品• 出售枪支、弹药或爆炸物• 从贩卖人口中共计获利 \$500 以上• 居留权或身份造假	<ul style="list-style-type: none">取消资格两年及以上，甚至永久。永久取消资格。永久取消资格。取消资格 10 年。

资格审核

如果您在填写此表时需要协助，请问我们。

仅对于食物福利而言，如果您今天无法完成此表的填写，请先提交您的**姓名、地址和签名**。请在第 7 页署名，以**完成此资格审核表的填写**。对于您的案例审核，我们可能需要更多信息，并进行面访。

1. 名 中间名 姓	申请人或授权代表签名	2. 客户识别号码 (如知晓)
3. 您居住的街道地址 城市 州 邮政编码	4. 主要电话号码 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住宅电话 <input type="checkbox"/> 留言	
5. 邮寄地址 (若不同) 城市 州 邮政编码	6. 备用电话号码 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住宅电话 <input type="checkbox"/> 留言	

8. 我现申请 (勾选所有适用项):

- ☐ 现金 ☐ 生活援助/成人家庭住宅
☐ 食物 ☐ 家庭长期护理服务
☐ Medicare Savings Program (医疗保险储蓄计划) ☐ 疗养院
☐ 安养院 ☐ Healthcare / Workers with Disabilities (医疗保健/残疾工人, HWD)
☐ aged, blind, or disabled (老年人、盲人或残疾人医疗) 保险
☐ 为老年人量身定制的支持服务

9. 我或我家中有人有 (请勾选所有适用选项) ☐ 遭受家庭暴力

☐ 残疾 ☐ 由于健康问题无法工作

☐ 有孕在身; 姓名: _____ 预产期: _____

10. 您预计您的家庭这个月有多少收入? \$ _____

11. 您的家庭有多少现金, 银行账户有多少钱? \$ _____

12. 您的家庭需要支付多少的租金或按揭? \$ _____

13. 您的家庭要支付哪些公用服务费? ☐ 暖气/冷气 ☐ 电话 ☐ 其他: _____

14. 您家中是否有人是季节性或迁徙性农场工人? ☐ 是 ☐ 否

15. 如果您申请的是食物援助, 您需要为家中多少人购买和准备食物? _____

仅供办公室填写——符合加急服务条件的家庭: ☐ 是 ☐ 无 筛查官姓名首字母: _____ 日期: _____

16. ☐ 我需要口译员。我讲如下语言: _____ 或 ☐ 签名; 将我的表格翻译为: _____

17. 列出所有家庭成员, 即使没有为其申请援助 (如有必要, 请附页)。

全名 (名、中 间名、姓)	性别	此人与您是何关 系?	出生日期	如果您想要为 此人申请福 利, 请勾选	对于非申请人, 选填			
					SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障 号码)	如果您是 美国公 民, 请勾 选	种族 (见下方 示例)	部落名称 (如美国 印第安人、阿拉斯 加原住民)
		我本人		<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"/>		



申请人姓名	SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障号码)	客户识别号码
-------	---------------------------------	--------

18. 我的种族背景是西班牙裔或拉丁裔: ☐ 是 ☐ 否

种族和民族背景信息自愿填写, 不会影响资格或福利金额。这些信息用于确保计划福利的分配不考虑种族、肤色或民族血统。对于食物援助, 如果没有提供任何信息, USDA 要求我们为您进行答复。如果您不愿回答, 我们会选择“未提供情况”。**种族示例:** 白人、黑人或非裔美国人、亚裔、夏威夷原住民、太平洋岛民、美洲印第安人、阿拉斯加原住民或任何种族组合。

I. 基本信息

1. 在过去 30 天, 我获得了来自另一个州、部落或其他来源的现金或食物援助。 ☐ 是 ☐ 否
2. 我代其申请者居住在 Washington 州以外: ☐ 是 ☐ 否 成员: _____
3. 我或我家中有人是享受援助的外国人: ☐ 是 ☐ 否 成员: _____
4. 我或我家中有人年满 16 周岁, 并且就读于 (请勾选所有适用选项): ☐ 高中
☐ 高中同等课程 ☐ 大学 ☐ 技术学校 成员: _____
5. 有家庭成员暂时离家: ☐ 是 ☐ 否 成员: _____
6. 我或我家中有人曾在美国武装部队、国民警卫队或预备役服役, 或是服役人员的家属或配偶: ☐ 是 ☐ 否 如果是, 成员: _____
7. 我或我代其申请者正在逃避法律制裁, 以避免因重罪上法庭或监狱:
☐ 是 ☐ 否
8. 我居住于: ☐ 我自己的房子或公寓 ☐ 教养院 ☐ 其他: _____
☐ 戒毒/戒酒所 (列出类型): _____ 入所日期: _____
9. 我目前的状态为: ☐ 单身 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 分居 ☐ 寡居
☐ 有登记伴侣
10. 1996 年 9 月 22 日之后, 我或我家中有人因以食物援助换取毒品而被定罪:
☐ 是 ☐ 否
11. 1996 年 9 月 22 日之后, 我或我家中有人因以超过 \$500 的价格买卖食物援助: ☐ 是 ☐ 否
12. 1996 年 9 月 22 日之后, 我或我家中有人因以食物援助换取枪支、弹药或爆炸物: ☐ 是 ☐ 否
13. 1996 年 9 月 22 日之后, 我或我家中有人因在多个州获取食物援助: ☐ 是 ☐ 否
14. 我或我家中有人: a. 正在参与罢工行动: ☐ 是 ☐ 否 b. 为寄宿生: ☐ 是 ☐ 否
15. 我或我家中有人通过博彩赢得 \$4,500 或更多收益: ☐ 是 ☐ 否
如果是, 成员: _____ 赢取日期: _____
金额 (税前金额) _____

II. 健康保险信息 (对于基本食品计划, 无需提供)

我, 我的配偶, 或我家中有人:

1. 计划进入、正位于或最近刚离开医疗机构 (如医院或疗养院) ☐ 是 ☐ 否
2. 在过去三个月中的任何一个月, 有未付的医疗账单, 因此需要援助 ☐ 是 ☐ 否
3. 有健康保险: ☐ 是 ☐ 否 (勾选所有适用选项): ☐ Medicare (非 Washington Apple Health)
☐ 军队医疗系统 ☐ 长期护理保险 ☐ Indian Health Services (印第安卫生服务)
☐ 其他健康保险: _____

III. 资源 (附证明; 对于 HWD 或基本食品计划, 无需提供)

资源是指您拥有或购买的任何东西, 可以出售、交易或转换为现金或他人持有的货币。资源不包括家具或衣服等个人财产。资源示例:

<ul style="list-style-type: none"> 现金 支票账户 储蓄账户 大学经费 	<ul style="list-style-type: none"> 信托 IRA / 401k 养老账户 住宅、土地或建筑物 	<ul style="list-style-type: none"> 光碟 货币市场账户 债券 退休金 	<ul style="list-style-type: none"> 丧葬费、预付计划 商业设备 牲畜 人寿保险
--	--	---	--

申请人姓名		SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障号码)		客户识别号码	
III. 资源 (附证明; 对于 HWD 或基本食品计划, 无需提供) (续)					
1. 请列出您、您的配偶或您代其申请者拥有或购买的资源:					
资源		拥有者		地点	
2. 我, 我的配偶, 或我代其申请者拥有轿车、卡车、货车、船只、房车、拖车或其他机动车辆:					
年份 (例如, 1980 年)	品牌 (例如, 福特)	型号 (例如, 福睿斯)	如果为租用, 请勾选	如果车辆用于医疗用途, 请勾选	欠款额
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. 我, 我的配偶, 或我代其申请者在过去五年内出售、交易、赠送或转让了资源 (包括信托、车辆或人寿保险): <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果是, 内容: _____ 时间: _____					
IV. 年金 (任何家庭成员现在或将来为获得定期款项而进行的投资。)					
年金由谁所有?	公司或机构?	金额或价值	每月收入	购买日期	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		
如果您或您的配偶享有年金权益, 并且您参加了 Washington Apple Health 长期护理、SSI 相关或 CN 保险计划, 您必须指定 Washington 州为年金的剩余财产受益人。					
V. 劳动收入 (附证明)					
1. 我, 我的配偶, 或我代其申请者在过去 30 天内辞职: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
2. 我, 我的配偶, 或我代其申请者拥有工作收入: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果是, 请填写此部分:					
这份劳动收入由谁所有? _____ 雇主的姓名和电话号码 _____ 开始日期 _____ 这份工作是自营职业吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 自营职业每月开支: \$ _____			获得的总收入 (扣款前的金额, 单位美元) \$ _____ 每: <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 两周 <input type="checkbox"/> 一月两次 <input type="checkbox"/> 月 小时/周: _____ 发薪日期 (例如, 1 日和 15 日, 或每周五): _____		
这份劳动收入由谁所有? _____ 雇主的姓名和电话号码 _____ 开始日期 _____ 这份工作是自营职业吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 自营职业每月开支: \$ _____			获得的总收入 (扣款前的金额, 单位美元) \$ _____ 每: <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 两周 <input type="checkbox"/> 一月两次 <input type="checkbox"/> 月 小时/周: _____ 发薪日期 (例如, 1 日和 15 日, 或每周五): _____		

申请人姓名		SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障号码)		客户识别号码	
VI. 其他收入 (附证明; 所有家庭成员)					
<ul style="list-style-type: none">• 失业津贴• 社会保障收入• 部落收入• 博彩收入• 教育福利 (学生贷款、助学金、勤工俭学)		<ul style="list-style-type: none">• Supplemental Security Income (附加保障收入, SSI)• 子女抚养费或配偶赡养费• 铁路职工福利• 租金收入		<ul style="list-style-type: none">• 退休或养老金• Veteran Administration (退伍军人管理局福利或军事福利, VA)• Labor and Industries (劳动和行业管理局福利, L&I)• 信托• 利息/股息	
非劳动收入类型		此收入由谁获得?		每月总金额	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
VII. 每月开支					
租金 \$	按揭 \$	场地租金 \$	房主保险 \$	物业税 \$	其他费用 \$
除了租金或抵押贷款之外, 您的家庭还需支付哪些公用事业费? <input type="checkbox"/> 供暖 (电 / 气) <input type="checkbox"/> 电费 (非供暖) <input type="checkbox"/> 水费 <input type="checkbox"/> 家庭电话 / 手机费 <input type="checkbox"/> 污水排污费 <input type="checkbox"/> 垃圾清运费					
其他人员或机构, 如住房补贴, 帮助我支付全部或部分费用: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 身份: _____ 项目: _____ 支付金额: \$ _____					
<input type="checkbox"/> 在过去 12 个月内, 我获得了 Low Income Home Energy Assistance Act (低收入家庭能源援助法案, LIHEAA) 的补助金。我, 我的配偶, 或我家中有人支付或应该支付以下费用 (请勾选所有适用选项):					
<input type="checkbox"/> 儿童或成人受抚养人照护 (包括交通费用)		每月金额: \$		由谁支付:	
<input type="checkbox"/> 残疾人或 60 岁以上老人的医疗费用 (包括交通费和健康保险费)		每月金额: \$		由谁支付:	
<input type="checkbox"/> 儿童抚养费 (附证明)		每月金额: \$		由谁支付:	
如果您没有报告上述任何费用, 我们将视为此为您的家庭声明, 您不想获得该费用的扣除。					
VIII. 授权代表					
授权代表是指您指定 DSHS 与其沟通关于您的福利事项的人士。您可以指定授权代表, 但不一定要这样做。 您是否有授权代表? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 此人是否是您的法定监护人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否有此人的授权书? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果您正在进行医疗保险续期, 您需要填写授权代表表格 (DSHS 14-532)。对于基本食品计划, 授权代表仅在认证期内有效。					
姓名		与本人关系		电话号码	
邮寄地址		市		州 邮政编码	
资产核查授权					
仅适用于 Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (老人、盲人或残疾人) Medicaid 计划 本人知悉, 联邦和州官员将核实本人为申请审核援助提供的信息, 以确定其是否正确。本人授权 Washington 州 Health Care Authority (卫生保健局, HCA) 和 Department of Social and Health Services (社会和健康服务部, DSHS) 进行资产核查, 以确定本人的资格并验证本人的财务信息是否准确。本人清楚, 作为资产核查过程的一部分, HCA 和 DSHS 可能会联系任何金融机构、州或联邦机构或私人数据库进行调查。本人清楚, 当对本人的申请做出最终不利裁定时, 本人的福利资格终止, 或者如果本人在任何时候通过向 HCA 或 DSHS 发出书面通知来撤销此授权, 则此授权终止。本人清楚, 如果本人撤销或拒绝提供授权, 则本人将没有资格参加任何 Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (老人、盲人或残疾人) 计划。					

申请人姓名	SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障号码)	客户识别号码	
选民登记			
<p>Department offers voter registration services (本部为选民提供登记服务), 包括选民自动登记。 无论您申请或谢绝参加投票登记, 都不会影响本机构为您提供服务或者福利金额。 您在填写选民登记表时若需帮助, 我们可协助您。 是否寻求或接受帮助完全由您自行决定。 您可以私下填写选民登记表。如果您认为有人干扰了您登记或 拒绝登记投票的权利、您在决定是否登记或申请登记投票时的隐私权、或者您选择自己的政党或其他政治偏好的权利, 您可以向以下机构提出投诉: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)。</p> <p>您是否需要登记投票或更新您的选民登记? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果您不勾选任何一个复选框, 我们会认为您本次已决定不登记投票, 除非您有资格进行选民自动登记且您未拒绝自动登记。 除非您在上方勾选了“否”, 则您有资格进行选民自动登记。如果您在下次选举之前满足以下条件, 则您可享受有选民自动登记资格: 至少年满 18 周岁; 为美利坚合众国公民; DSHS 记录了您的姓名、住址和通讯地址、出生日期、公民身份信息验证, 以及您为证明您在本申请表中所提供信息均属实而提供的签名。</p> <p>您是否想自动登记投票? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果您勾选了“是”对应的复选框, 或者未勾选任何一个复选框且符合选民自动登记资格要求, 则 DSHS 会将您的信息发送到 Office of the Secretary of State (国务卿办公室), 进行自动登记投票。</p>			
声明和签名 (在下方签名, 完成您的资格审核。)			
<p>本人了解本人必须:</p> <ul style="list-style-type: none">• 提供正确的信息, 并遵循报告要求。• 提供本人的资格证明。• 当本人获得 Temporary Assistance for Needy Families (贫困家庭临时援助, TANF) 后, 将某些儿童抚养费的相关权利分配给 Washington 州。然而, 如果这会给本人或孩子带来不利影响, 本人可以要求 DSHS 不要寻求儿童抚养费。• 请配合食物援助的工作要求。 <p>如果本人无法达到以上要求, 本人的福利金申请可能会被驳回, 如果本人已收到福利金, 则需要将其退还。</p> <p>本人知悉, 如果本人故意作虚假陈述, 或漏报任何原应报告的事项, 本人可能会受到刑事起诉。</p> <p>本人授权 DSHS 在必要时联系其他人员或机构, 以获得本人符合条件的证明。</p> <p>对于现金和食品援助申请: 本人已阅读或获解释了本人的权利和责任, 并收到了一份《客户权利与责任》(DSHS 14-113)。</p> <p>对于医疗保险, 本人已阅读或获解释了本人的权利和责任, 并收到了一份《客户权利与责任》(HCA 18-003)。</p> <p>本人证实或声明, 本人在此申请中提供的信息, 包括申请福利金的家庭成员的公民身份和外国人身份信息, 是真实和正确的, 否则根据 Washington 州法律, 本人将被判处伪证罪。</p> <p>如果申请现金援助, 家中的所有成年人 (或授权代表) 都必须签字。</p> <p>对于医疗保险, 申请人 (或授权代表必须签字)。</p> <p>对于食品援助, 申请人和授权代表都必须签字, 除非有当前授权代表的签名在案。</p>			
申请人签名 (必填)	日期	申请人楷签	签署市和州
其他成年申请人签名	日期	其他成年人楷签	签署市和州
助手或代表签名	日期	代表楷签	签署市和州
见证人签名 (如果签名标注“X”)	日期	见证人楷签	