

पात्रता समीक्षा

यदि आपको इस फॉर्म को पढ़ने या पूरा करने में सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया हमसे सहायता मांगें।
इस पेज को अपने रिकॉर्ड के लिए रखें।

मैं नकद या खाद्य सहायता के लिए कैसे आवेदन करूँ?

- आप इस समीक्षा को सामुदायिक सेवा कार्यालय में जमा करके प्रक्रिया शुरू कर सकते हैं। इसमें आपका नाम, पता और हस्ताक्षर या आपके अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर होने चाहिए। आप अभी अपनी समीक्षा दाखिल कर सकते हैं, भले ही उसमें केवल ये तीन आइटम शामिल हों।
- यदि आप प्रश्नों का उत्तर देकर, पृष्ठ सात पर हस्ताक्षर करके और हमें अपनी समीक्षा तथा हमारे द्वारा मांगी गई कोई भी अन्य जानकारी यथाशीघ्र देकर फॉर्म पूरा करते हैं, तो आपको अधिक लाभ मिल सकते हैं या जल्दी मिल सकते हैं।
- आप अपनी समीक्षा किसी स्थानीय कार्यालय में ले जा सकते हैं या 1-888-338-7410 पर फैक्स कर सकते हैं। स्थानों के लिए www.dshs.wa.gov देखें
- अपनी समीक्षा निम्नलिखित में से किसी एक को मेल करें:

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

- आप यह समीक्षा ऑनलाइन www.washingtonconnection.org पर भर सकते हैं
- इस पात्रता समीक्षा फॉर्म का उपयोग केवल इस फॉर्म में सूचीबद्ध Washington Apple Health कार्यक्रमों के लिए कवरेज को नवीनीकृत करने के लिए किया जा सकता है। अन्य स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के लिए आपको या तो www.wahealthplanfinder.org पर ऑनलाइन आवेदन करना होगा, 1-855-923-4633 पर कॉल करके, या स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के लिए HCA एप्लिकेशन (HCA 18-001) का उपयोग करके आवेदन करना होगा।

मुझे भोजन और नकदी की सहायता कितनी जल्दी मिल सकती है?

- यदि आपको तुरंत भोजन सहायता की आवश्यकता है, तो प्रश्न 1 से 14 भरें और इस फॉर्म को अपने स्थानीय कार्यालय में ले जाएं। यदि आप अपनी पहचान का प्रमाण दिखाते हैं और पात्रता नियमों को पूरा करते हैं तो हम 7 दिनों के भीतर निर्णय लेते हैं कि आप भोजन सहायता के लिए पात्र हैं या नहीं।
- हम आपके पात्र होने का निर्णय लेने के अगले ही दिन लाभ जारी कर देते हैं
- खाद्य सहायता आम तौर पर आपका आवेदन प्राप्त होने के दिन से शुरू हो जाती है।
- नकद सहायता आम तौर पर उस दिन शुरू होती है जब हमारे पास यह तय करने के लिए सारी जानकारी होती है कि आप पात्र हैं।
- अपना आवेदन जमा करने की तारीख से 30 दिनों के भीतर हमें यह तय करना होगा कि आप खाद्य सहायता के लिए पात्र हैं या नहीं।
- यदि आप किसी संस्थान से अपना आवेदन जमा कर रहे हैं, तो शुरुआत की तिथि आपकी रिहाई या सेवामुक्ति की तिथि है।

यदि आप खाद्य सहायता और अन्य कार्यक्रमों के लिए आवेदन कर रहे हैं:

आपके आवेदन पर कार्रवाई के लिए हमें SNAP नियमों का पालन करना होगा। इसमें समय सीमा के भीतर आवेदन पर कार्रवाई करना, उचित नोटिस जारी करना और आपको आपके प्रशासनिक अधिकारों के बारे में सलाह देना शामिल है। हम आपकी खाद्य सहायता को सिर्फ इसलिए अस्वीकार नहीं कर सकते क्योंकि अन्य सहायता कार्यक्रमों के लिए आपका आवेदन अस्वीकार कर दिया गया था।

नागरिक अधिकार और गैर-भेदभाव

संघीय नागरिक अधिकार कानून और U.S. Department of Agriculture (अमेरिकी कृषि विभाग, USDA) के नागरिक अधिकार नियमों और नीतियों के अनुसार, इस संस्था को नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग (लिंग पहचान और यौन अभिविन्यास सहित), धार्मिक पंथ, विकलांगता, उम्र, राजनीतिक विश्वास, या पूर्व नागरिक अधिकार गतिविधि के लिए प्रतिशोध या प्रतिशोध के आधार पर भेदभाव करने से प्रतिबंधित किया गया है।

कार्यक्रम की जानकारी अंग्रेजी के अलावा अन्य भाषाओं में भी उपलब्ध कराई जा सकती है। विकलांग व्यक्तियों को कार्यक्रम की जानकारी प्राप्त करने के लिए संचार के वैकल्पिक साधनों (जैसे, ब्रेल, बड़े प्रिंट, ऑडियोटेप, अमेरिकी सांकेतिक भाषा) की आवश्यकता होती है, उन्हें उस एजेंसी (राज्य या स्थानीय) से संपर्क करना चाहिए जहां उन्होंने लाभ के लिए आवेदन किया था। जो व्यक्ति बहरे हैं, कम सुनते हैं या बोलने में अक्षम हैं, वे संघीय रिसे सेवा के माध्यम से (800) 877-8339 पर USDA से संपर्क कर सकते हैं।

प्रोग्राम भेदभाव की शिकायत दर्ज करने के लिए, एक शिकायतकर्ता को एक फॉर्म AD-3027, USDA प्रोग्राम भेदभाव शिकायत फॉर्म पूरा करना होगा, जिसे यहां ऑनलाइन प्राप्त किया जा सकता है: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, किसी भी USDA कार्यालय से (833) 620-1071 पर कॉल करके, या USDA को संबोधित एक पत्र लिखकर। पत्र में शिकायतकर्ता का नाम, पता, टेलीफोन नंबर और कथित भेदभावपूर्ण कार्रवाई का एक लिखित विवरण शामिल होना चाहिए ताकि Assistant Secretary for Civil Rights (सहायक सचिव नागरिक अधिकार, ASCR) को कथित नागरिक अधिकारों के उल्लंघन की प्रकृति और तारीख के बारे में सूचित किया जा सके।

पूरा AD-3027 फॉर्म या पत्र यहां जमा करना होगा:

1. **डाक:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; or
2. **फैक्स:** (833) 256-1665 या (202) 690-7442; या
3. **ईमेल:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

यह संस्थान समान अवसर प्रदान करता है।

आप्रवासन स्थिति और सामाजिक सुरक्षा नंबर

आप जिन कुछ लोगों के साथ रहते हैं उनके लिए आपको सहायता मिल सकती है, भले ही आप जिनके साथ रहते हैं उन्हें उनकी आप्रवासन स्थिति के कारण सहायता न मिल सके। आवेदन करने वाले किसी भी व्यक्ति की आप्रवासन स्थिति आपको हमें अवश्य बतानी होगी। घरेलू सदस्यों की आव्रजन स्थिति USCIS (जिसे पहले INS के नाम से जाना जाता था) द्वारा सत्यापित किया जा सकता है। USCIS से प्राप्त जानकारी पात्रता और लाभ राशि को प्रभावित कर सकती है। हमारे पास स्वास्थ्य देखभाल कवरेज है जो कुछ एलियंस को कवर कर सकता है।

संघीय कानून (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6) के तहत, आपको हमें उस व्यक्ति का Social Security Number (सामाजिक सुरक्षा नंबर, SSN) देना होगा जिसके साथ आप रहते हैं और जो Washington Apple Health, TANF, या खाद्य सहायता के लिए आवेदन करता है। हमें उन माता-पिता और जीवनसाथी के SSN की भी आवश्यकता हो सकती है जो आपके साथ रहते हैं लेकिन आवेदन नहीं करते हैं। हमारे पास कुछ ऐसे लोगों के लिए स्वास्थ्य देखभाल कवरेज है जिनके पास SSN नहीं है।

Washington Apple Health के लिए नागरिकता और पहचान

Washington Apple Health प्राप्त करने के लिए अमेरिकी नागरिकों को नागरिकता और पहचान साबित करनी होगी। हम प्रमाण प्राप्त करने में आपकी सहायता कर सकते हैं। यदि हमें किसी ऐसे दस्तावेज़ की आवश्यकता है जिसके लिए आपके पैसे खर्च होंगे, तो हम उसे मंगवाते हैं और लागत का भुगतान करते हैं। हमें आपके घर में किसी ऐसे व्यक्ति के प्रमाण की आवश्यकता नहीं है जो अपनी विकलांगता या Supplemental Security Income (प्रक सुरक्षा आय, SSI) के आधार पर Medicare, Social Security Disability Insurance (सामाजिक सुरक्षा विकलांगता बीमा, SSDI) प्राप्त करता हो।

चिकित्सा और दीर्घकालिक देखभाल के लिए राज्य को पुनर्भुगतान करना

Washington राज्य संपत्ति वसूली कानून (RCW 41.05A.090, RCW 43 .20B.080) के तहत, आपकी संपत्ति को कुछ प्रकार की चिकित्सा और दीर्घकालिक सेवाओं के लिए राज्य द्वारा भुगतान की गई लागतों का भुगतान करने की आवश्यकता हो सकती है और आपकी उम्र 55 से बढ़ने के बाद आपको प्राप्त होने वाले समर्थन का भुगतान करना पड़ सकता है। यदि आपको केवल राज्य-वित्त पोषित सेवाएँ प्राप्त हुई हैं तो कोई आय सीमा नहीं है। आपकी मृत्यु के बाद संपत्ति की वसूली शुरू होती है; आपकी मृत्यु के बाद संपत्ति की वसूली शुरू होती है; भुगतान आपके जीवित पति/पत्नी की मृत्यु के बाद, या जब आपका बच्चा(बच्चे) 21 वर्ष का हो जाए, देय है, जब तक कि आपकी मृत्यु के समय बच्चा अंधा/विकलांग न हो। यदि आप नर्सिंग होम में रहते हैं और घर लौटने की संभावना नहीं है, तो राज्य किसी भी उम्र में आपकी वास्तविक संपत्ति पर मृत्यु पूर्व ग्रहणाधिकार दायर कर सकता है। यदि आप संपत्ति बेचते हैं या स्थानांतरित करते हैं, या आपकी मृत्यु के बाद राज्य इस ग्रहणाधिकार पर वसूली कर सकता है। यदि आप घर लौटते हैं तो राज्य ग्रहणाधिकार हटा देता है। एस्टेट रिकवरी के अधीन सेवाओं की सूची सहित अधिक जानकारी के लिए, अध्याय 182-527 WAC देखें।

गोपनीयता और आपकी नकद और खाद्य सहायता

2008 का खाद्य और पोषण अधिनियम, हमें आवेदन पर मांगी गई जानकारी एकत्र करने की सुविधा देता है। मांगी गई जानकारी प्रदान करना स्वैच्छिक है, हालांकि, बिना किसी अच्छे कारण के जानकारी प्रदान करने में विफलता के परिणामस्वरूप बुनियादी खाद्य लाभों से इनकार किया जा सकता है। हम संघीय Income and Eligibility Verification System (आय और पात्रता सत्यापन प्रणाली, IEVS) सहित कंप्यूटर मिलान कार्यक्रमों के साथ कुछ जानकारी सत्यापित करते हैं।

हम इस जानकारी का उपयोग निम्न के लिए करते हैं:	हम यह जानकारी इन्हें दे सकते हैं:
<ul style="list-style-type: none"> • तय करें कि हमारे कार्यक्रमों के लिए कौन पात्र है। • खाद्य सहायता के लिए अधिक भुगतान एकत्र करें। • हमारे कार्यक्रम प्रबंधित करें। • सुनिश्चित करें कि हम कानून का पालन करें। 	<ul style="list-style-type: none"> • आधिकारिक उपयोग के लिए संघीय और राज्य एजेंसियां। • कानून प्रवर्तन एजेंसियां उन लोगों का पीछा कर रही हैं जो कानून से बचने के लिए भाग रहे हैं। • निजी संग्रहण एजेंसियां अधिक भुगतान करके खाद्य सहायता एकत्र करती हैं।

Department of Social and Health Services (सामाजिक और स्वास्थ्य सेवा विभाग) को रिपोर्ट की गई जानकारी Health Care Authority (स्वास्थ्य देखभाल प्राधिकरण) और स्वास्थ्य लाभ एक्सचेंज द्वारा प्रशासित स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के लिए पात्रता को प्रभावित कर सकती है।

खाद्य सहायता दंड चेतावनी

हम अन्य एजेंसियों से जांच करते हैं कि आपकी जानकारी सही है या नहीं। यदि कोई जानकारी गलत है तो आवेदन करने वाले व्यक्तियों को खाद्य सहायता नहीं मिल सकेगी।

कोई भी सदस्य जो जानबूझकर किसी भी नियम को तोड़ता है, वह हो सकता है:

- अन्य लागू संघीय और राज्य कानूनों के तहत अभियोजन के अधीन।
- SNAP से एक वर्ष से लेकर स्थायी रूप से प्रतिबंधित।
- \$250,000 तक का जुर्माना।
- 20 वर्ष तक की कैद।
- यदि अदालत ने आदेश दिया तो अतिरिक्त 18 महीनों के लिए SNAP से प्रतिबंधित कर दिया गया।

यदि कोई अदालत आपको दोषी पाती है:

निम्नलिखित से जुड़े लेन-देन में लाभ प्राप्त करना:

आपको हो सकती है:

- नियंत्रित पदार्थ की बिक्री दो साल से लेकर स्थायी रूप से अयोग्य घोषित।
- आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद, या विस्फोटकों की बिक्री स्थायी रूप से अयोग्य है।
- \$500 से अधिक के संयुक्त तस्करी लाभ स्थायी रूप से अयोग्य घोषित।
- निवास या पहचान धोखाधड़ी 10 साल के लिए अयोग्य।

पात्रता समीक्षा

यदि आपको इस फॉर्म को भरने में सहायता की आवश्यकता हो तो हमसे पूछें।

केवल खाद्य लाभ के लिए, यदि आप आज इस फॉर्म को पूरा करने में असमर्थ हैं, तो अपना नाम, पता और हस्ताक्षर जमा करके प्रक्रिया शुरू करें। आपके पात्रता समीक्षा फॉर्म को पूरा करने के लिए पृष्ठ 7 पर एक हस्ताक्षर आवश्यक है। हमें आपके मामले की समीक्षा पूरी करने के लिए अतिरिक्त जानकारी और एक साक्षात्कार की आवश्यकता हो सकती है।

1. प्रथम नाम मध्य प्रारंभिक अंतिम नाम	आवेदक या अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	2. ग्राहक पहचान संख्या (यदि ज्ञात हो)
3. सड़क का पता जहाँ आप	शहर राज्य ज़िप कोड	4. प्राथमिक फोन नंबर <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> होम <input type="checkbox"/> संदेश
5. डाक पता (यदि भिन्न हो)	शहर राज्य ज़िप कोड	6. द्वितीयक फोन नंबर <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> होम <input type="checkbox"/> संदेश

8. मैं इसके लिए आवेदन कर रहा हूँ (जो भी लागू हो उसे जाँचें):

- नकद सहायता प्राप्त आवास/वयस्क परिवार गृह
 घर में भोजन दीर्घकालिक देखभाल सेवाएँ
 Medicare Savings Program (मेडिकेयर सुरक्षा प्रोग्राम) नर्सिंग होम
 हॉस्पिस Healthcare / Workers with Disabilities (हेल्थकेयर/विकलांग श्रमिक, HWD)
 aged, blind or disabled (वृद्धों, नेत्रहीनों या विकलांगों) के लिए स्वास्थ्य देखभाल कवरेज
 वृद्ध वयस्कों की सेवाओं के लिए अनुरूप समर्थन

9. मैं या मेरे घर में कोई (जो लागू हो उसे टिक करें): घरेलू हिंसा की स्थिति में हैं

- विकलांगता है स्वास्थ्य समस्याओं के कारण काम नहीं कर सकते
 गर्भवती हैं; नाम: _____ नियत तिथि: _____

10. आप इस महीने अपने परिवार को कितना पैसा मिलने की उम्मीद करते हैं? \$ _____
 11. आपके परिवार के पास नकद और बैंक खातों में कितना पैसा है? \$ _____
 12. आपका परिवार किराये या गिरवी के लिए कितना भुगतान करता है? \$ _____
 13. आपका परिवार किन उपयोगिताओं के लिए भुगतान करता है? हीटिंग/ठंडाकरने वाला टेलीफोन अन्य: _____
 14. क्या आपके घर में कोई मौसमी या प्रवासी कृषि श्रमिक है? हाँ नहीं
 15. यदि आप खाद्य सहायता के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आप अपने घर के कितने लोगों के लिए भोजन खरीदते और तैयार करते हैं? _____

केवल कार्यालय उपयोग के लिए - शीघ्र सेवा के लिए पात्र परिवार: हाँ नहीं स्क्रीनर के प्रथमाक्षर: _____ दिनांक: _____

16. मुझे एक दुभाषिण की आवश्यकता है। मैं बोलता हूँ: _____ या हस्ताक्षर; मेरे पत्रों का अनुवाद इसमें करें: _____

17. अपने घर में सभी लोगों की सूची बनाएं, भले ही आप उनके लिए आवेदन नहीं कर रहे हों (यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त शीट संलग्न करें)।

नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	लिंग	यह व्यक्ति आपसे किस प्रकार संबंधित है?	जन्म की तारीख	अगर आप इस व्यक्ति के लिए लाभ चाहते हैं तो टिक करें	गैर-आवेदकों के लिए वैकल्पिक			
					SOCIAL SECURITY NUMBER (सोशल सिक्यूरिटी नंबर)	टिक करें अगर अमेरिकी नागरिक है	नस्ल (नीचे नमूने देखें)	जनजाति का नाम (अमेरिकी भारतीयों, अलास्का मूल निवासियों के लिए)
		स्वयं		<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"/>		



आवेदक का नाम	SOCIAL SECURITY NUMBER (सोशल सिक्यूरिटी नंबर)	ग्राहक पहचान संख्या
--------------	---	---------------------

18. मेरी जातीय पृष्ठभूमि हिस्पैनिक या लातीनी है: हाँ नहीं

नस्ल और जातीय पृष्ठभूमि की जानकारी स्वैच्छिक है और यह पात्रता या लाभ राशि को प्रभावित नहीं करेगी। इस जानकारी का उपयोग यह सुनिश्चित करने के लिए किया जाता है कि कार्यक्रम के लाभ जाति, रंग या राष्ट्रीय मूल की परवाह किए बिना वितरित किए जाते हैं। यदि कोई जानकारी उपलब्ध नहीं कराई गई है तो खाद्य सहायता के लिए USDA हमसे आपके लिए उत्तर मांगता है। यदि आप उत्तर नहीं देते तो हम "असूचित" का चयन करेंगे।
नस्ल के उदाहरण: श्वेत, अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी, एशियाई, मूल निवासी हवाईयन, प्रशांत द्वीपवासी, अमेरिकी भारतीय, अलास्का मूल निवासी, या नस्लों का कोई भी संयोजन।

I. सामान्य जानकारी

1. पिछले 30 दिनों में मुझे किसी अन्य राज्य, जनजाति या अन्य स्रोत से नकद या भोजन प्राप्त हुआ। हाँ नहीं
2. मैं Washington राज्य से बाहर रहने के लिए किसी के लिए आवेदन कर रहा हूँ: हाँ नहीं कौन: _____
3. मैं या मेरे घर में कोई प्रायोजित विदेशी है: हाँ नहीं कौन: _____
4. मैं या मेरे घर में 16 वर्ष या उससे अधिक उम्र का कोई व्यक्ति (जो लागू हो उसे टिक करें): हाई स्कूल में है
 एक हाई स्कूल समकक्षता कार्यक्रम कॉलेज ट्रेड स्कूल कौन: _____
5. कोई व्यक्ति अस्थायी रूप से मेरे घर से बाहर है: हाँ नहीं कौन: _____
6. मैंने या मेरे घर में किसी ने अमेरिकी सशस्त्र बलों, नेशनल गार्ड, या रिजर्व में सेवा की है या सेवा करने वाले किसी व्यक्ति का आश्रित या जीवनसाथी रहा है: हाँ नहीं यदि हाँ, तो कौन: _____
7. मैं या जिसके लिए मैं आवेदन कर रहा हूँ वह घोर अपराध के लिए अदालत या जेल जाने से बचने के लिए कानून से भाग रहा है: हाँ नहीं
8. मैं यहां रह रहा हूँ: मेरा अपना घर या अपार्टमेंट समूह घर अन्य: _____
 सुविधा (सूची प्रकार): _____ दर्ज की गई तारीख: _____
9. मैं: अविवाहित विवाहित तलाकशुदा अलग विधवा एक पंजीकृत घरेलू साझेदारी में
10. मुझे या मेरे घर में किसी को 22 सितंबर 1996 के बाद दवाओं के बदले खाद्य सहायता का व्यापार करने का दोषी ठहराया गया था: हाँ नहीं
11. मुझे या मेरे घर में किसी को 22 सितंबर 1996 के बाद 500 डॉलर से अधिक की खाद्य सहायता खरीदने या बेचने का दोषी ठहराया गया था: हाँ नहीं
12. मुझे या मेरे घर में किसी को 22 सितंबर 1996 के बाद बंदूकों, गोला-बारूद या विस्फोटकों के लिए खाद्य सहायता का व्यापार करने का दोषी ठहराया गया था: हाँ नहीं
13. मुझे या मेरे घर में किसी को 22 सितंबर 1996 के बाद एक से अधिक राज्यों में खाद्य सहायता प्राप्त करने का दोषी ठहराया गया था: हाँ नहीं
14. मैं या मेरे घर में कोई है: हड़ताल पर: हाँ नहीं बी. एक बोर्डर: हाँ नहीं
15. मैंने या मेरे घर में किसी ने लॉटरी या जुए में \$4,500 या अधिक जीता है: हाँ नहीं
यदि हाँ, तो कौन: _____ प्राप्त होने की तिथि: _____
राशि (करों से पहले डॉलर की राशि): _____

II. स्वास्थ्य बीमा जानकारी (बुनियादी भोजन के लिए आवश्यक नहीं)

मैं, मेरा जीवनसाथी, या मेरे परिवार में कोई:

1. किसी चिकित्सा सुविधा (जैसे अस्पताल या नर्सिंग होम) में प्रवेश करने की योजना, उसमें हैं या हाल ही में छोड़े हैं हाँ नहीं
2. पिछले तीन महीनों में से किसी के भुगतान न किए गए चिकित्सा बिलों के लिए सहायता चाहिए हाँ नहीं
3. स्वास्थ्य बीमा है: हाँ नहीं (जो लागू हो उसे जाँचें): Medicare (Washington Apple Health नहीं)
 Tricare दीर्घकालिक देखभाल बीमा Indian Health Services (भारतीय स्वास्थ्य सेवाएँ)
 अन्य स्वास्थ्य बीमा:

III. संसाधन (प्रमाण संलग्न करें; HWD, या बुनियादी भोजन के लिए आवश्यक नहीं)

संसाधन वह चीज़ है जो आपके पास है या आप खरीद रहे हैं जिसे बेचा जा सकता है, व्यापार किया जा सकता है, या नकदी में या दूसरों के पास मौजूद धन में परिवर्तित किया जा सकता है। किसी संसाधन में फर्नीचर, या कपड़े जैसी निजी संपत्ति शामिल नहीं है। संसाधनों के उदाहरण हैं:

- नकद
- खातों की जांच
- बचत खाते
- कॉलेज फंड
- न्यास
- IRA / 401k
- घर, भूमि या भवन
- CDs
- मुद्रा बाजार खाता
- बॉन्ड
- सेवानिवृत्ति कोष
- अंत्येष्टि निधि, प्रीपेड योजनाएं
- व्यावसायिक उपकरण
- पशु
- बीमा

DSHS 14-078 HI (REV. 08/2024) Hindi

पेज 4

आवेदक का नाम	SOCIAL SECURITY NUMBER (सोशल सिक्यूरिटी नंबर)	ग्राहक पहचान संख्या
--------------	---	---------------------

III. संसाधन (प्रमाण संलग्न करें; एचडब्ल्यूडी, या बुनियादी भोजन के लिए आवश्यक नहीं) (जारी)

1. कृपया उन संसाधनों की सूची बनाएं जिनके लिए आप, आपके पति/पत्नी या आप जिनके लिए आवेदन कर रहे हैं उनके पास ये संसाधन हैं या जिन्हें आप खरीद रहे हैं:					
संसाधन	मालिक कौन	जगह			कीमत
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
2. मेरे, मेरे पति/पत्नी या जिनके लिए मैं आवेदन कर रहा हूँ, उनके पास कार, ट्रक, वैन, नावें, आरबी, ट्रेलर या अन्य मोटर वाहन हैं:					
साल (जैसे, 1980)	मेक (जैसे, FORD)	मॉडल (जैसे, ESCORT)	टिक करें अगर पट्टे पर दिया गया है	टिक करें अगर वाहन का उपयोग चिकित्सा प्रयोजनों के लिए किया जाता है	बकाया राशि
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. मैंने, मेरे पति या पत्नी ने, या जिस व्यक्ति के लिए मैं आवेदन कर रहा हूँ, उसने पिछले पाँच वर्षों में कोई संसाधन बेचा है, व्यापार किया है, दान किया है, या हस्तांतरित किया है (ट्रस्ट, वाहन या जीवन संपत्ति सहित): <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ, तो क्या: _____ कब: _____					
IV. वार्षिकियाँ (अभी या भविष्य में नियमित भुगतान प्राप्त करने के लिए घर के किसी भी सदस्य द्वारा किया गया निवेश।)					
वार्षिकी का स्वामी कौन है?	कंपनी या संस्थान?	राशि या मूल्य	मासिक आय	खरीदने की तिथि	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		
यदि आप या आपके पति या पत्नी की वार्षिकी में रुचि है और आप Washington Apple Health Long Term Care, SSI संबंधित या CN कवरेज स्वीकार करते हैं, तो आपको वार्षिकी के शेष लाभार्थी के रूप में Washington राज्य का नाम देना होगा।					
V. अर्जित आय (प्रमाण संलग्न करें)					
1. मैं, मेरा जीवनसाथी, या जिस किसी के लिए मैं आवेदन कर रहा हूँ उसकी नौकरी पिछले 30 दिनों में समाप्त हो गई है: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं					
2. मैं, मेरा जीवनसाथी, या जिसके लिए मैं आवेदन कर रहा हूँ उसकी काम से आय है: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ, तो कृपया इस अनुभाग को पूरा करें:					
यह आय कौन अर्जित करता है			प्राप्त सकल राशि (कटौती से पहले डॉलर राशि)		
नियोक्ता का नाम और फ़ोन नंबर			\$ प्रत्येक: <input type="checkbox"/> घंटा <input type="checkbox"/> सप्ताह		
आरंभ करने की तिथि			<input type="checkbox"/> दो सप्ताह <input type="checkbox"/> महीने में दो बार <input type="checkbox"/> महीना		
क्या यह नौकरी स्वरोजगार है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं			घंटे प्रति सप्ताह: _____		
मासिक स्व-रोज़गार व्यय राशि: \$ _____			भुगतान तिथियाँ (जैसे, 1 और 15 या प्रत्येक शुक्रवार):		
यह आय कौन अर्जित करता है			प्राप्त सकल राशि (कटौती से पहले डॉलर राशि)		
नियोक्ता का नाम और फ़ोन नंबर			\$ प्रत्येक: <input type="checkbox"/> घंटा <input type="checkbox"/> सप्ताह		
आरंभ करने की तिथि			<input type="checkbox"/> दो सप्ताह <input type="checkbox"/> महीने में दो बार <input type="checkbox"/> महीना		
क्या यह नौकरी स्वरोजगार है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं			घंटे प्रति सप्ताह: _____		
मासिक स्व-रोज़गार व्यय राशि: \$ _____			भुगतान तिथियाँ (जैसे, 1 और 15 या प्रत्येक शुक्रवार):		

आवेदक का नाम	SOCIAL SECURITY NUMBER (सोशल सिक्यूरिटी नंबर)	ग्राहक पहचान संख्या			
VI. अन्य आय (प्रमाण संलग्न करें; सभी घरेलू सदस्यों के लिए रिपोर्ट)					
<ul style="list-style-type: none"> बेरोजगारी के लाभ सामाजिक सुरक्षा आय जनजातीय आय गेमिंग आय शैक्षिक लाभ (छात्र ऋण, अनुदान, कार्य - अध्ययन) 	<ul style="list-style-type: none"> Supplemental Security income (पूरक सुरक्षा आय, SSI) बाल सहायता या जीवनसाथी का भरण-पोषण रेलमार्ग लाभ किराए से आय 	<ul style="list-style-type: none"> सेवानिवृत्ति या पेंशन Veteran Administration (वयोवृद्ध प्रशासन, VA) या सैन्य लाभ Labor and Industries (श्रम और उद्योग, L&I) न्यास ब्याज/लाभांश 			
अनर्जित आय का प्रकार	आय किसे प्राप्त होती है?	सकल मासिक राशि			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
VII. मासिक व्यय					
किराया \$	गिरवी रखना \$	जगह का किराया \$	घर के मालिक का बीमा \$	सम्पत्ति कर \$	अन्य शुल्क \$
आपका परिवार किन उपयोगिताओं के लिए किराए या गिरवी से अलग से भुगतान करता है?					
<input type="checkbox"/> गर्मी (इलेक्ट्रिक/गैस) <input type="checkbox"/> इलेक्ट्रिक (गर्मी नहीं) <input type="checkbox"/> पानी <input type="checkbox"/> घर/सेल फोन <input type="checkbox"/> सीवर <input type="checkbox"/> कचरा					
कोई अन्य व्यक्ति या एजेंसी, जैसे कि रियायती आवास, मुझे इन खर्चों का पूरा या आंशिक भुगतान करने में मदद करता है:					
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ, तो कौन: _____ क्या खर्च: _____ उनके द्वारा चुकाई जाने वाली राशि: \$ _____					
<input type="checkbox"/> मुझे पिछले 12 महीनों में Low Income Home Energy Assistance Act (निम्न आय गृह ऊर्जा सहायता अधिनियम, LIHEAA) भुगतान प्राप्त हुआ। मैं, मेरा जीवनसाथी, या मेरे घर का कोई सदस्य भुगतान करता है या करने वाला है (जो लागू हो उसे जाँचें):					
<input type="checkbox"/> बच्चे या वयस्क आश्रित देखभाल (परिवहन लागत सहित)		मासिक राशि: \$		किसने भुगतान किया:	
<input type="checkbox"/> विकलांग व्यक्तियों या 60+ आयु वाले व्यक्तियों के लिए चिकित्सा बिल (परिवहन लागत और स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम सहित)		मासिक राशि: \$		किसने भुगतान किया:	
<input type="checkbox"/> बाल सहायता (प्रमाण संलग्न करें)		मासिक राशि: \$		किसने भुगतान किया:	
यदि आप ऊपर सूचीबद्ध किसी भी खर्च की रिपोर्ट नहीं करते हैं, तो हम इसे आपके परिवार के एक बयान के रूप में मानेंगे कि आप इस खर्च के लिए कटौती प्राप्त नहीं करना चाहते हैं।					
VIII. अधिकृत प्रतिनिधि					
अधिकृत प्रतिनिधि वह व्यक्ति होता है जिसके साथ आप DSHS को अपने लाभों के बारे में बात करने की अनुमति देते हैं। आप किसी का नाम ले सकते हैं, लेकिन ऐसा करना ज़रूरी नहीं है। क्या आपके पास कोई अधिकृत प्रतिनिधि है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं					
क्या यह व्यक्ति आपका कानूनी अभिभावक है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं					
क्या इस व्यक्ति के पास पावर ऑफ अटॉर्नी है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं					
यदि आप अपने स्वास्थ्य देखभाल कवरेज का नवीनीकरण कर रहे हैं तो आपको अधिकृत प्रतिनिधि फॉर्म (DSHS 14-532) पूरा करने की आवश्यकता हो सकती है। बुनियादी भोजन के लिए, अधिकृत प्रतिनिधि केवल प्रमाणन अवधि के लिए वैध है।					
नाम	संबंध	टेलीफोन नंबर			
डाक पता	शहर	राज्य	ज़िप कोड		
संपत्ति सत्यापन के लिए प्राधिकरण					
केवल Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (वृद्ध, दृष्टिहीन या विकलांग) Medicaid कार्यक्रमों के लिए।					
मैं समझता हूँ कि सहायता के लिए आवेदन करने या नवीनीकृत करने के लिए मैं जो जानकारी प्रदान करता हूँ वह संघीय और राज्य अधिकारियों द्वारा सत्यापन के अधीन होगी ताकि यह निर्धारित किया जा सके कि यह सही है या नहीं। मैं Washington राज्य Health Care Authority (स्वास्थ्य देखभाल प्राधिकरण, HCA) और Department of Social and Health Services (सामाजिक और स्वास्थ्य सेवा विभाग, DSHS) को मेरी पात्रता निर्धारित करने और मेरी वित्तीय जानकारी की सटीकता को सत्यापित करने के लिए संपत्ति सत्यापन करने के लिए अधिकृत करता हूँ। मैं समझता हूँ कि संपत्ति सत्यापन प्रक्रिया के हिस्से के रूप में HCA और DSHS किसी भी वित्तीय संस्थान, राज्य या संघीय एजेंसी, या निजी डेटाबेस की जांच और संपर्क कर सकते हैं। मैं समझता हूँ कि यह प्राधिकरण तब समाप्त हो जाता है जब मेरे आवेदन पर अंतिम प्रतिकूल निर्णय लिया जाता है, लाभ के लिए मेरी पात्रता समाप्त हो जाती है, या यदि मैं HCA या DSHS को लिखित सूचना प्रदान करके किसी भी समय इस प्राधिकरण को रद्द कर देता हूँ। क्या मुझे प्राधिकरण रद्द करना चाहिए या प्राधिकरण प्रदान करने से इनकार करना चाहिए, मैं समझता हूँ कि मैं किसी भी Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (वृद्ध, दृष्टिहीन या दर्वकांग) Medicaid कार्यक्रम के लिए पात्र नहीं होऊंगा।					
DSHS 14-078 HI (REV. 08/2024) Hindi					पेज 6
आवेदक का नाम	SOCIAL SECURITY NUMBER (सोशल सिक्यूरिटी नंबर)	ग्राहक पहचान संख्या			

वोट पंजीकरण			
<p>विभाग स्वचालित मतदाता पंजीकरण सहित मतदाता पंजीकरण सेवाएं प्रदान करता है। पंजीकरण के लिए आवेदन करने या वोट देने के लिए पंजीकरण करने से इनकार करने से इस एजेंसी से आपको मिलने वाली सेवाओं या लाभों की मात्रा पर कोई असर नहीं पड़ेगा। यदि आप मतदाता पंजीकरण फॉर्म भरने में मदद चाहते हैं, तो हम आपकी मदद करेंगे। सहायता मांगने या स्वीकार करने का निर्णय आपका है। आप निजी तौर पर मतदाता पंजीकरण फॉर्म भर सकते हैं। यदि आप मानते हैं कि किसी ने मतदान के लिए पंजीकरण करने या पंजीकरण करने से इनकार करने के आपके अधिकार, पंजीकरण करना है या वोट देने के लिए पंजीकरण करने के लिए आवेदन करने का निर्णय लेने में गोपनीयता के आपके अधिकार, या अपनी खुद की राजनीतिक पार्टी या अन्य राजनीतिक प्राथमिकता चुनने के आपके अधिकार में हस्तक्षेप किया है, आप यहां शिकायत दर्ज कर सकते हैं: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)।</p> <p>क्या आप मतदान करने के लिए पंजीकरण करना चाहते हैं या अपना मतदाता पंजीकरण अपडेट करना चाहते हैं? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p>यदि आप किसी भी बॉक्स को चेक नहीं करते हैं, तो हम मानेंगे कि आपने इस समय मतदान के लिए पंजीकरण न करने का निर्णय लिया है, जब तक कि आप स्वचालित मतदाता पंजीकरण के लिए पात्र न हों और इसे अस्वीकार न करें।</p> <p>जब तक आपने ऊपर "नहीं" पर सही का निशान नहीं लगाया, आप स्वचालित मतदाता पंजीकरण के लिए पात्र हो सकते हैं। यदि आप अगले चुनाव तक कम से कम 18 वर्ष के हो जाएंगे, आप संयुक्त राज्य अमेरिका के नागरिक हैं, और DSHS के पास आपका नाम, आवासीय और डाक पता, जन्म तिथि, नागरिकता का सत्यापन है तो आप स्वचालित मतदाता पंजीकरण के लिए पात्र हैं। जानकारी, और आपके हस्ताक्षर इस आवेदन पर दी गई जानकारी की सत्यता को प्रमाणित करते हैं।</p> <p>क्या आप मतदान के लिए स्वचालित रूप से पंजीकृत होना चाहते हैं? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p>यदि आपने "हां" चिह्नित बॉक्स को चेक किया है या किसी भी बॉक्स को चेक नहीं किया है और आप स्वचालित मतदाता पंजीकरण पात्रता आवश्यकताओं को पूरा करते हैं, तो DSHS आपकी जानकारी राज्य सचिव के कार्यालय को भेज देगा और आप वोट देने के लिए स्वचालित रूप से पंजीकृत हो जाएंगे।</p>			
घोषणा और हस्ताक्षर (अपनी पात्रता समीक्षा पूरी करने के लिए नीचे हस्ताक्षर करें।)			
<p>मैं समझता हूँ मुझे यह करना होगा:</p> <ul style="list-style-type: none"> • सही जानकारी दें और रिपोर्टिंग आवश्यकताओं का पालन करें। • प्रमाण दें कि मैं पात्र हूँ। • जब मैं Temporary Assistance for Needy Families (जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता, TANF) प्राप्त करता हूँ, तो वाशिंगटन राज्य को बाल सहायता के कुछ अधिकार सौंप दूँ। हालाँकि, अगर इससे मुझे या मेरे बच्चों को खतरा होगा तो मैं DSHS से बाल सहायता न लेने के लिए कह सकता हूँ। • खाद्य सहायता कार्य आवश्यकताओं में सहयोग करें। <p>यदि मैं ये चीजें नहीं करता, तो मुझे लाभ से वंचित किया जा सकता है या उन्हें वापस भुगतान करना पड़ सकता है।</p> <p>मैं समझता हूँ कि अगर मैं जानबूझकर गलत बयान देता हूँ या मुझे जो रिपोर्ट करनी चाहिए, उसकी रिपोर्ट करने में विफल रहता हूँ तो मुझ पर आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है।</p> <p>मैं DSHS को आवश्यक होने पर अन्य व्यक्तियों या एजेंसियों से संपर्क करने के लिए अधिकृत करता हूँ ताकि मुझे यह प्रमाण मिल सके कि मैं पात्र हूँ।</p> <p>नकदी और भोजन के लिए: मैंने अपने अधिकारों और जिम्मेदारियों को पढ़ लिया है या मुझे समझा दिया है और ग्राहक अधिकार और जिम्मेदारियाँ, DSHS 14-113 की एक प्रति प्राप्त की है। स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के लिए, मैंने अपने अधिकारों और जिम्मेदारियों को पढ़ लिया है या मुझे समझा दिया है और ग्राहक अधिकार और जिम्मेदारियाँ, HCA 18-003 की एक प्रति प्राप्त की है।</p> <p>मैं Washington राज्य के कानूनों के तहत झूठी गवाही के दंड के तहत प्रमाणित या घोषित करता हूँ कि इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई जानकारी, जिसमें लाभ के लिए आवेदन करने वाले सदस्यों की नागरिकता और विदेशी स्थिति से संबंधित जानकारी शामिल है, सत्य और सही है।</p> <p>नकदी के लिए, घर के सभी वयस्कों (या अधिकृत प्रतिनिधियों) को हस्ताक्षर करना होगा।</p> <p>स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के लिए, आवेदक (या अधिकृत प्रतिनिधि को हस्ताक्षर करना होगा)।</p> <p>खाद्य सहायता के लिए, आवेदक और अधिकृत प्रतिनिधि दोनों को हस्ताक्षर करना होगा जब तक कि फ़ाइल पर कोई मौजूदा अधिकृत प्रतिनिधि दस्तावेज़ न हो।</p>			
आवेदक के हस्ताक्षर (आवश्यक)	दिनांक	आवेदक का प्रिंट नाम	शहर और राज्य पर हस्ताक्षर
अन्य वयस्क आवेदक के हस्ताक्षर	दिनांक	अन्य वयस्क का प्रिंट नाम	शहर और राज्य पर हस्ताक्षर
सहायक या प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	दिनांक	प्रतिनिधि का प्रिंट नाम	शहर और राज्य पर हस्ताक्षर
गवाह के हस्ताक्षर यदि "X" के साथ हस्ताक्षर किए गए हैं	दिनांक	गवाह का प्रिंट नाम	