Washington State Department of Social & Health Services Transforming lives

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।

में नकद या खाद्य सहायता के लिए कैसे आवेदन करूं?

 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 परा 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 DSHS

CSD Customer Service Center Home and Community Services – Long Term Care Services

PO Box 11699 PO Box 45826 Tacoma, WA 98411-6699 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।

मझे 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।

कार्येक्रम 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 रिले 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 तािक 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। परा AD-3027 फॉर्म या पत्र यहां जमा करना होगा:

1. **ডাক:** 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 नंबर्स

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 (पूरक 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 संपित्त 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 आयु सीमा नहीं है। आपकी मृत्यु के बाद संपित्त की वसूली शुरू होती है; आपकी मृत्यु के बाद संपित्त की वसूली शुरू होती है; भुगतान आपके जीवित पित/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 निर्मंग होम में रहते हैं और घर लौटने की संभावना नहीं है, तो राज्य किसी भी उम्र में आपकी वास्तविक संपित्त पर मृत्यु पूर्व ग्रहणाधिकार दायर कर सकता है। यदि आप संपित्त 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:	ह	म यह जानकारी इन्हें दे सकते हैं:
 तय करें कि हमारे कार्यक्रमों के लिए कौन पात्र है। 	•	आधिकारिक उपयोग के लिए संघीय और राज्य एजेंसियां।
 खाद्य सहायता के लिए अधिक भुगतान एकत्र करें। 	•	कानून प्रवर्तन एजेंसियां उन लोगों का पीछा कर रही हैं जो कानून से बचने के
 हमारे कार्यक्रम प्रबंधित करें। 		लिए भाग रहे हैं।
• सुनिश्चित करें कि हम कानून का पालन करें।	•	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 लाग संघीय और राज्य कानुनों 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 अटालन आपको होषी पानी 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	
 \$500 से अधिक के संयुक्त तस्करी लाभ 	
• 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।

कवल खाद्य लाभ के लिए, यदि आप आज इस फार्म की 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 हैं। हमें आपके मामले की समीक्षा पूरी करने के लिए अतिरिक्त जानकारी और एक साक्षात्कार की आवश्यकता हो सकती है।									
1. प्रथम नाम म				अधिकृत प्रतिनिधि के	हस्ताक्षर	2. ग्राहक	पहचान संख्या (यदि इ	ज्ञात हो)	
3. सड़क का पता	जहां आप		शहर	राज्य	ज़िप कोड	4. प्राथिम ☐ सेल	ाक फोन नंबर □ होम	□ संदेश	
5. डाक पता (यवि	दें भिन्न हो)		शहर	राज्य	ज़िप कोड	□ सेल	ाक फ़ोन नंबर □ होम	□ संदेश	
☐ नकद ☐ घर में थ ☐ Medic (मेडिके ☐ हॉस्पिर ☐ aged,	□ 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								
9. मैं या मेरे घर विकलां गर्भवती									
-	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:									
					२रन वाला ∐ा	टलाफान 🔛	બન્ય:		
	-	ामी या प्रवासी कृषि लिए आवेदन कर र			चोगों के निग	مراجع مراز	و مسرد مراد	- à' n	
						नाजन खरादत			
		घ्र सेवा के लिए पात्र पी					·	देनांक:	
		गवश्यकता है। मैं ब							
17. अपने घर में	सभी लोगों की	सूची बनाएं, भले ही	आप उनके लिए	अविदन नहीं क	र रहे हों (यदि उ				
				2000 2000 200	200141	गर-आवेद	कों के लिए वैकल्पिक	7	
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	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							
				Ш					

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

Barcode label



14078

आ	वदक का नाम	SOCIAL SECURITY NUMBER (साशल सिक्यूरिटी नंबर)	ग्राहक पहचान संख्या						
18									
नर	ल और जातीय पृष्ठभूमि की जानकारी स्वैच्छिक है और यह पात्रत	।। या लाभ राशि को प्रभावित नहीं करेगी।	इस जानकारी का उपयोग यह सुनिश्चित						
	रने के लिए किया जाता है कि कार्यक्रम के लाभ जाति, रंग या राष्ट्र								
नह	ीं कराई गई है तो खाद्य सहायता के लिए USDA हमसे आपके लि	तेए उत्तर मांगता है। यदि आप उत्तर नही	ंदेते तो हम "असूचित" का चयन करेंगे।						
	स्त के उदाहरण: श्वेत, अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी, एशियाई, मूत्	त निवासी हवाईयन, प्रशांत द्वीपवासी, अम्	रिकी भारतीय, अलास्का मूल निवासी, या						
नर	नस्लों का कोई भी संयोजन।								
	ı. र	प्तामान्य जानकारी							
1.	पिछले 30 दिनों में मुझे किसी अन्य राज्य, जनजाति या अन्य स्रोत से	ो नकद या भोजन प्राप्त हुआ। 🗌 हां 🗌 न	ाहीं						
	मैं Washington राज्य से बाहर रहने के लिए किसी के लिए आवेदर	न कर रहा हूं: 🗌 हां 🗌 नहीं कौन:	_						
	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		3						
	🗌 एक हाई स्कूल समकक्षता कार्यक्रम 🗌 कॉलेज 🗌 ट्रेड स्कूल								
	•	☐ हां ☐ नहीं कौन:							
	मैंने या मेरे घर में किसी ने अमेरिकी सशस्त्र बलों, नेशनल गार्ड, या हाँ नहीं यदि हाँ, तो कौन:								
7.	मैं या जिसके लिए मैं आवेदन कर रहा हूं वह घोर अपराध के लिए	अदालत या जेल जाने से बचने के लिए कानू:	न से भाग रहा है: 🔲 हां 🗌 नहीं						
8.	मैं यहां रह रहा हूं: 🗌 मेरा अपना घर या अपार्टमेंट 🗌 समूह घर [अन्य:							
	🔲 सुविधा (सूची प्रकार):दर्ज की गई तारीख:								
	मैं: 🗌 अविवाहित 🗌 विवाहित 📗 तलाकशुदा 📗 अलग 🔲 वि								
	मुझे या मेरे घर में किसी को 22 सितंबर 1996 के बाद दवाओं के ब								
11.	मुझे या मेरे घर में किसी को 22 सितंबर 1996 के बाद 500 डॉलर हाँ नहीं	से अधिक की खाद्य सहायता खरीदने या बेच्	वने का दोषी ठहराया गया था:						
12.	मुझे या मेरे घर में किसी को 22 सितंबर 1996 के बाद बंदूकों, गोल था: हाँ नहीं	ा-बारूद या विस्फोटकों के लिए खाद्य सहा	पता का व्यापार करने का दोषी ठहराया गया						
13.	मुझे या मेरे घर में किसी को 22 सितंबर 1996 के बाद एक से अधि	क राज्यों में खाद्य सहायता प्राप्त करने का व	दोषी ठहराया गया था: 🔲 हाँ 🔲 नहीं						
14.	मैं या मेरे घर में कोई है: हड़ताल पर: 🔲 हाँ 🔲 नहीं बी. एक बोर्ड-	र: 🗌 हाँ 🔲 नहीं							
	मैंने या मेरे घर में किसी ने लॉटरी या जुए में \$4,500 या अधिक जीव								
	यदि हाँ, तो कौन:	प्राप्त होने की ति	થિ:						
	राशि (करों से पहले डॉलर की राशि):								
	II. स्वास्थ्य बीमा जानकारी	(बुनियादी भोजन के लिए आवश्यक न	नहीं)						
मैं,	मेरा जीवनसाथी, या मेरे परिवार में कोई:								
1.	किसी चिकित्सा सुविधा (जैसे अस्पताल या नर्सिंग होम) में प्रवेश व	करने की योजना, उसमें हैं या हाल ही में व	छोड़े हैं						
2.	2. पिछले तीन महीनों में से किसी के भुगतान न किए गए चिकित्सा बिलों के लिए सहायता चाहिए								
3.									
	☐ Tricare ☐ दीर्घकालिक देखभाल बीमा ☐ Indian Health Services (भारतीय स्वास्थ्य सेवाएँ) ☐ अन्य स्वास्थ्य बीमा:								
	III. संसाधन (प्रमाण संलग्न करें: H	wD, या बुनियादी भोजन के लिए आव	श्यक नहीं)						
	प्ताधन वह चीज़ है जो आपके पास है या आप खरीद रहे हैं जिसे बेचा	जा सकता है, व्यापार किया जा सकता है, य	। नकदी में या दूसरों के पास मौजूद धन में						
पि	रेवर्तित किया जा सकता है। किसी संसाधन में फर्नीचर, या कपड़े जै 								
•	नकद • न्यास खातों की जांच • IRA / 401k	CDsमुद्रा बाजार खाता	अंत्येष्टि निधि, प्रीपेड योजनाएंव्यावसायिक उपकरण						
•	बचत खाते • घर, भूमि या भवन	• बांड	• पशु						
•	कॉलेज फंड	 सेवानिवृत्ति कोष 	• बीमा						

आवेदक का नाम					OCIAL S क्यूरिटी नं		IUMBER (सो	ोशल ग्रा	हक पह	चान संख्या	
	III. ₹	ांसाधन (प्र	माण संलग्न क	रें; एचडब्ल्यूडी,	या बुनि	नेयादी भोज	जन के लिए	् आवश्यव	ग्नहीं) (जारी)	
	1. कृपया उन संसाधनों की सूची बनाएं जिनके लिए आप, आपके पति/पत्नी या आप जिनके लिए आवदेन कर रहे हैं उनके पास ये संसाधन हैं या जिन्हें आप खरीद रहे हैं:										
	संसाधन			मालिक कौन			<u> </u>	जगह			कीमत
										\$	
										\$	
										\$	
2 27 27 11	} 					<u> </u>		} 2		\$	*
2. मर, मर पात साल (जैसे. 1980)		नक ।लए म से, FORD)		हा हूं, उनके पास् (जैसे, ESCORT)		ट्रक, वन, न टिक करें अग दिया गर	ार पट्टे पर	टिक करे उपयोग चि	रें अगर व	वाहन का प्रयोजनों के	ह: बकाया राशि
											\$
											\$
3. मैंने, मेरे पित किया है, या यदि हां, तो	हस्तांतरित वि	या जिस व्यी केया है (ट्रस्	क्ति के लिए मैं ट, वाहन या जी	आवेदन कर रहा वन संपत्ति सहित	। हूं, उस ो): ☐ ह	ाने पिछले प हां ∐ नहीं	गाँच वर्षों में : कब:		धन बेच	ग है, व्यापा	र किया है, दान
ıv. a	ार्षिकियां (अ	भी या भि	ष्य में नियमि	त भुगतान प्राप्त	ा करने	के लिए घ	र के किसी	भी सदस्य	र द्वारा	किया गय	ा निवेश।)
वार्षिकी का स्वाम		कंपनी या सं		राशि या मूल्य		•	मासिक आय			खरीदने व	
				\$		\$					
				\$			\$				
_				\$			\$				
यदि आप या अ स्वीकार करते हैं	यदि आप या आपके पति या पत्नी की वार्षिकी में रुचि है और आप Washin स्वीकार करते हैं, तो आपको वार्षिकी के शेष लाभार्थी के रूप में Washing			shington ington	on Apple I । राज्य का न	Health Lo नाम देना हो	ng Term । ोगा।	Care,	SSI संबंधि	iत या CN कवरेज	
				v. अर्जित आर	य (प्रमा	ण संलग्न व	करें)				
				न कर रहा हूं उर रहा हूं उसकी क					हो गई है	है: 🗌 हां [<u></u> नहीं
2. मैं, मेरा जीवनसाथी, या जिसके लिए मैं आवेदन कर रहा हूं उसकी काम यदि हाँ, तो कृपया इस अनुभाग को पूरा करें:											
यह आय कौन अर्जि	त करता है				प्रा	ाप्त सकल राष्ट्रि	शे (कटौती से प	गहले डॉलर रा	থি)		
					\$	प्रत्येक:	: 🔲 घंटा 🛚	🗌 सप्ताह			
नियोक्ता का नाम औ	ौर फ़ोन नंबर				- 10	🗌 दो सप्ता	हि 🔲 मही	ने में दो बा	₹ 🔲 ३	महीना	
					_ ี่ ไย่	घंटे प्रति सप्ताहः					
आरंभ करने की तिशि	थे					भुगतान तिथियाँ (जैसे, 1 ^{और} 15 [,] या प्रत्येक शुक्रवार):					
मासिक स्व-रोज़	ागार व्यय रा	शि: \$			_						
यह आय कौन अर्जि	त करता है				प्रा	ाप्त सकल राष्ट्रि	शे (कटौती से प	गहले डॉलर रा	থি)	-	
					\$	प्रत्येक:	: 🔲 घंटा 🛚	🗌 सप्ताह			
नियोक्ता का नाम और फ़ोन नंबर						े दो सप्ता	हि 🔲 मही	ने में दो बा	₹ 🔲 ३	महीना	
							ताह:			•	
आरंभ करने की तिश्	થે						ए. <u> </u>			र शक्तवाज्ञः	
					_ ^{નુ}	เขตเขาเดเร	ापा (जस, ।	15, 41	ясчч	' સુવ્રગવાર):	
क्या यह नौक्री			_] नहीं								
मासिक स्व-रोज़	ागार व्यय रा	াৰ্থা: \$			_						

आवेदक का नाम				SOCIAL SECURITY NU सिक्यूरिटी नंबर)	MBER (सोश	ल ग्राहक	पहचान संख्या	
		अन्य आय	(प्रमाण संव	तंग्न करें; सभी घरेलू सदर	स्यों के लिए	(रिपोर्ट)		
 बेरोजगारी के ल सामाजिक सुरक्ष जनजातीय आय गेमिंग आय शैक्षिक लाभ (छ कार्य - अध्ययन) 	ा आय ात्र ऋण, अनुदान,	सुरक्षा • बाल स • रेलमाग	आय, SSI) ाहायता या उ	Security income (पूरक जीवनसाथी का भरण-पोषा	• V ग V • L	'A) या सैन्य	Iministration लाभ Industries (१	(वयोवृद्ध प्रशासन, भम और उद्योग, L&I)
	ानर्जित आय का प्रकार			आय किसे प्राप्त हो		4101/ (111114		ल मासिक राशि
							\$	
							\$	
							\$ 	
				VII. मासिक व्यय			\$	
किराया	गिरवी रखना	जगह का कि		घर के मालिक का बीमा		सम्पत्ति कर		अन्य शुल्क
\$	\$	\$		\$		\$		\$
🗌 गर्मी (इलेक्ट्रिक	/गैस) 🗌 इलेक्ट्रिक (र	गर्मी नहीं) 🛚] पानी [अलग से भुगतान करता है? घर∕सेल फोन ∐ सीवर	🗌 कचरा			
कोई अन्य व्यक्ति या एजेंसी, जैसे कि रियायती आवास, मुझे इन खर्चों का पूरा या आंशिक भुगतान करने में मदद करता है: हाँ नहीं यदि हाँ, तो कौन:								
	मैं, मेरा जीवनसाथी, या मेरे घर का कोई सदस्य भुगतान करता है या करने वाला है (जो लागू हो उसे जांचें): बच्चे या वयस्क आश्रित देखभाल (परिवहन लागत सहित) मासिक राशि: \$ किसने भुगतान किया:							
्रिविकलांग व्यक्तियों या 60+ अयु वाले व्यक्तियों के लिए चिकित्सा बिल (परिवहन लागत और स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम सहित)							л:	
🔲 बाल सहायता (प्र	गसिक राशि				ने भुगतान किर			
यदि आप ऊपर सूर्च कटौती प्राप्त नहीं क		गै रिपोर्ट नह	ों करते हैं, त	तो हम इसे आपके परिवार	के एक बय	ान के रूप	में मानेंगे कि उ	आप इस खर्च के लिए
			VII	।. अधिकृत प्रतिनिधि				
अधिकृत प्रतिनिधि वह व्यक्ति होता है जिसके साथ आप DSHS को अपने लाभों के बारे में बात करने की अनुमित देते हैं। आप किसी का नाम ले सकते हैं, लेकिन ऐसा करना ज़रूरी नहीं है. क्या आपके पास कोई अधिकृत प्रतिनिधि है?								
नाम		संबं					Iन नंबर	
डाक पता		;	शहर		र	ाज्य	ज़िप कोड	
			संपत्ति स	ात्यापन के लिए प्राधिकर	ण			
केवल Washington Apple Health Aged. Blind or Disabled (वन्द्र दृष्टिहीन या विकलांग) Medicaid कार्यक्रमों के लिए।								

मैं समझता हूं कि सहायता के लिए आवेदन करने या नवीनीकृत करने के लिए मैं जो जानकारी प्रदान करता हूं वह संघीय और राज्य अधिकारियों द्वारा सत्यापन के अधीन होंगी 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 हूं। मैं समझता हूं 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 हूं कि यह प्राधिकरण तब समाप्त हो जाता है जब मेरे आवेदन पर अंतिम प्रतिकृल 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 हूं। क्या मुझे प्राधिकरण रद्द करना चाहिए या प्राधिकरण प्रदान करने से इनकार करना चाहिए, मैं समझता हूं कि मैं किसी भी Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (वृद्ध, दिद्दीन या दविकाांग) Medicaid कार्यक्रम के लिए पात्र नहीं होऊंगा।

आवदक का नाम		SOCIAL SECURITY NUMBER (साराल सिक्यूरिटी नंबर)	ग्राहक पहचान संख्या				
	7	वोट पंजीकरण					
वियाग 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 आपको 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)। क्या आप मतदान करने के लिए पंजीकरण करना चाहते हैं या अपना मतदाता पंजीकरण अपडेट करना चाहते हैं? ं हां नहीं 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। जब तक अपने 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 सत्याता को प्रमाणित करते हैं। 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। घोषणा और हस्ताक्षर (अपनी पात्रत	ा समीक्षा पूरी करने के लिए नीचे हस्त	गक्षर करें।)				
मैं समझता हूं मुझे यह करना होगा:							
 सही जानकारी दें और रिपोर्टिंग आवश्यकताओं का पालन करें। प्रमाण दें कि मैं पात्र हूं। जब मैं Temporary Assistance for Needy Families (जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता, TANF) प्राप्त करता हूं, तो वाशिंगटन राज्य को बाल सहायता के कुछ अधिकार सौंप दूं। हालाँकि, अगर इससे मुझे या मेरे बच्चों को ख़तरा होगा तो मैं DSHS से बाल सहायता न लेने के लिए कह सकता हूं। खाद्य सहायता कार्य आवश्यकताओं में सहयोग करें। 							
यदि मैं ये चीजें नहीं करता, तो मुझे लाभ से वंचित किय	ा जा सकता है	है या उन्हें वापस भुगतान करना पड़ सक	ता है।				
मैं समझता हूं कि अगर मैं जानबूझकर गलत बयान देत आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है।	ा हूं या मुझे ज	नो रिपोर्ट करनी चाहिए, उसकी रिपोर्ट क	रने में विफल रहता हूं तो मुझ पर				
मैं DSHS को आवश्यक होने पर अन्य व्यक्तियों या एर	जेंसियों से संप	र्क करने के लिए अधिकृत करता हूं तावि	क मुझे यह प्रमाण मिल सके कि मैं पात्र हूं।				
नकदी और भोजन के लिए: मैंने अपने अधिकारों और जिम्मेदारियों को पढ़ लिया है या मुझे समझा दिया है और ग्राहक अधिकार और जिम्मेदारियां, 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 जिम्मेदारियां, HCA 18-003 की एक प्रति प्राप्त की है। मैं Washington राज्य के कानूनों के तहत झूठी गवाही के दंड के तहत प्रमाणित या घोषित करता हूं 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।							
नकदी के लिए, घर के सभी वयस्कों (या अधिकृत प्र	प्रतिनिधियों)	को हस्ताक्षर करना होगा।					
स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के लिए, आवेदक (या आ	धेकृत प्रतिनि	धि को हस्ताक्षर करना होगा)।					
खाद्य सहायता के लिए, आवेदक और अधिकृत प्रति प्रतिनिधि दस्तावेज़ न हो।	निधि दोनों	को हस्ताक्षर करना होगा जब तक कि	फ़ाइल पर कोई मौजूदा अधिकृत				
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					