適格性再審査

このフォームの読解や記入にご支援が必要でしたら、ご要望ください。
このページは記録としてお手元に保管してください。

現金／食料支援の申請方法は？

- 地域サービス窓口に再審査請求書を提出すると、処理を**開始**できます。再審査請求書には、氏名、住所、署名または委任代理人の署名が記載されている必要があります。上記3つの事項しか含んでいない場合でも、すぐ再審査請求書を提出していただけます。
- 質問にご回答され、7頁に署名され、できる限り早く当局が要求する再審査請求書とその他情報をご提供いただき、フォームにご記入いただくことで、給付金が増額したり、早期に受給できることがあります。
- 再審査請求書は、最寄りの窓口にご持参いただくか、ファックス（1-888-338-7410）いただけます。窓口の場所は www.dshs.wa.gov をご参照ください。
- 申請書を郵送する場合は以下の宛て先まで：

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

- 再審査は www.washingtonconnection.org でオンライン請求していただけます。
- **本適格性再審査フォームは、本フォームに掲載されているWashington Apple Healthプログラムに対する保障を更新するためだけにご使用になれます。 その他医療保障については、 オンラインで www.wahealthplanfinder.org からか、1-855-923-4633にお電話いただくか、医療保障（HCA 18-001）HCA申請を使って申請していただけます。**

食料および現金に関して支援が受けられるのはいつ頃ですか？

- 直ちに食料支援が必要な場合、質問 1～14 までご記入いただき、最寄りの窓口までご持参ください。本人証明*に加えて*適格性要件に適合している場合、*7 日以内に*食料支援の適格性があるかを判定します。
- 当局は、貴方が適格と判定された翌日までに給付します。
- 食料支援は、通常当局が申請を受理した日から開始します。
- 現金支援は通常適格と判定するために必要な全ての情報を得た日に開始します。
- 当局には、貴方の申請を提出した日から 30 日以内に貴方が食料支援適格かどうかを判定する義務があります。
- 貴方が機関経由で申請書を提出する場合、開始日は解雇日になります。

貴方が食料支援その他プログラムを申請されている場合

当局は申請を処理する際、SNAPルールに従う必要があります。期限内に申請を処理すること、適切な通知をすること、行政法上貴方に与えられている権利について通知することが含まれます。当局は、貴方のその他の支援プログラム申請が却下されたことを理由として食料支援を拒否することはできません。

公民権と非差別

連邦公民権法および U.S. Department of Agriculture（米国農務省、USDA）の公民権に関する規則および方針に従い、当該機関において人種、肌の色、国籍、性別（性自認および性的指向を含む）、宗教的信条、身体障害、年齢、政治的信条、または過去の公民権活動に対する実力行使または報復に基づく差別は禁じられています。

プログラム情報は英語以外の言語で提供されることがあります。プログラム情報を得るための代替コミュニケーション手段（例：点字、大きい活字、録音テープ、アメリカ手話）を必要とする障がい者は、給付を申請した機関（州または地方）にお問い合わせください。聴覚障がい者、難聴者、または言語障がい者は、連邦リレーサービス（(800) 877-8339）から USDA にお問い合わせいただけます。

プログラムの差別に関する苦情を申し立てるには、申立人は、フォーム AD-3027（USDA プログラムの差別に関する苦情フォーム）の必要事項を記入してください。このフォームは、オンライン （https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf）、USDA 事務所、電話（(833) 620-1071）、または USDA 宛てに手紙を郵送することにより入手が可能です。この手紙には、申立人の氏名、住所、電話番号、Assistant Secretary for Civil Rights（市民権担当次官補、ASCR）に申し立てられた市民権侵害の性質および日時に関する情報がきちんと伝わるよう、申し立てられた差別的行為に関する詳細な説明が記載されている必要があります。

必要事項が記入された AD-3027 フォームまたは手紙を以下に提出してください：

1. **郵送：** Food and Nutrition Service（食品栄養局、USDA）
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; または
2. **ファックス：** (833) 256-1665 または (202) 690-7442、または
3. **email:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

当機関は機会均等提供者です。

移民ステータスと社会保障番号

同居されている一部の方が移民ステータスを理由に支援を受けられない場合であっても、別の同居人の方は支援が得られる場合があります。 貴方は、申請対象者の移民ステータスについて申告する義務があります。ご家族の移民ステータスは、USCIS（旧 INS）が確認することがあります。USCIS から得られる情報は、受給資格と受給額に影響することがあります。 一部の在留外国人を対象とする医療保障があります。

連邦法 (42 CFR § 435.910、45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6)に基づき、Washington Apple Health、TANFまたは食料支援を申請される同居人全員のSocial Security Number（社会保障番号、SSN）をご提供いただく必要があります。 同居の両親および配偶者のSSNについては、申請しない場合でも必要です。 SSNをお持ちでない方を対象とする医療保障があります。

Washington Apple Healthのための公民権と本人確認

US市民がWashington Apple Healthを受けるためには、公民権と本人であることの証明が必要です。貴方が証拠を取得するためのお手伝いが可能です。貴方に金銭的ご負担をおかけする文書が必要な場合は、当局がその費用をご負担します。当局は、貴方の世帯内でMedicare、ご本人の障がいに基づくSocial Security Disability Insurance（社会保障がい保険、SSDI）またはSupplemental Security Income（補完的保障収入、SSI）を受け取られる方に対しては、証拠を求めません。

医療ケアおよび長期ケアに対する州への返金

Washington 州財産回復法（RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080）に基づき、貴方の財産は、一部種別の医療・長期ケアおよび 55 歳を過ぎてから受けた支援に対して州が支払った費用を返金する必要がある場合があります。州のみが資金拠出したサービスを受けた場合は、年齢制限はありません。財産回復は、貴方の死亡時から開始します。支払いは遺族である配偶者の死までか、または貴方の死亡時点でお子様に視覚障害／障がいがない限り、貴方のお子様が 21 歳になった際にしていただきます。 州は、貴方がナーシングホームで暮らしており、自宅に戻る可能性が低い場合、年齢を問わず、貴方の不動産に生前抵当権を設定できます。 州は、貴方が財産を売却または譲渡した場合、または貴方の死亡時にこの抵当権に基づき回収できます。 自宅に戻った場合、州は抵当権を解除します。 財産回復の対象となるサービスの一覧などの詳細情報については、チャプター182-527 WAC をご参照ください。

プライバシーと現金／食料支援

2008 年改正食料栄養法は、申請書上で要求した情報を当局が収集することを許可しています。 要求した情報のご提供は貴方の自由意思によります。しかしながら、合理的な理由なく情報を提供できない場合、基礎的食料支援を却下する可能性があります。当局は、連邦 Income and Eligibility Verification System (所得税・適格性検証システム、IEVS)等のコンピュータ照合プログラムを使って一部の情報を検証します。

本情報の使用目的：	**本情報の提供目的：**
• 当局のプログラムの適用資格者を判定するため。 • 食料支援の過払い金を回収するため。 • 当局のプログラムを管理するため。 • 当局の法令遵守を確認するため。	• 連邦機関、州機関の公的使用のため。 • 法執行機関が法令を回避するために逃れてきた人を追及するため。 • 民間の債権回収業者が食料支援の過払い金を回収するため。
Department of Social and Health Services（社会保健省）に報告された情報は、Health Care Authority（保健医療当局）および医療給付取引所によって管理される医療保険の受給資格に影響を与える場合があります。	

食料支援ペナルティ警告

情報の真正性について他の機関に確認をとるため。 情報に誤りがある場合、申請者は食料支援が得られない可能性があります。

故意にルールを破った者については以下の可能性があります：

- 適用可能なその他連邦法および州法に基づく訴追対象となる。
- 1 年間ないし永久に SNAP を禁じられる。
- 罰金最高$250,000。
- 懲役最長 20 年。
- 裁判所の命令により追加的に 18 か月間、SNAP を禁じられる。

裁判所が貴方に以下の罪があると認定した場合：

以下に関する取引で給付金を受給した：	**貴方は：**
• 禁止薬物の販売	2年間ないし永久に資格停止。
• 火器、銃器、爆発物の販売	永久に資格停止。
• 合計$500超の給付金売買	永久に資格停止。
• 居住地／身元詐称	10年間の資格停止。

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

適格性再審査

このフォームへの記入に手助けが必要な場合はご相談ください。

食料給付に限っては、今日このフォームに記入できない場合、**氏名、住所**および**署名**を提出することにより、プロセスを開始します。貴方の適格性再審査フォームを完成するには、7 頁 への署名**が必要です。** 当局には追加情報が必要な場合があり、ケース再審査を終了するための面談を終了する必要があることがあります。

1. 名、ミドルイニシャル、姓	申請者の署名または権限ある代理人	2. クライアント識別番号（既知の場合）
3. お住まいの通り　市　州　郵便番号		4. 代表電話番号 ☐ 携帯　☐ 自宅　☐ 留守電
5. 郵送先（異なる場合）　市　州　郵便番号		6. 第 2 電話番号 ☐ 携帯　☐ 自宅　☐ 留守電
		7. E メールアドレス

8. 申込対象プログラム（当てはまるものをすべてチェック）:

☐ 現金　☐ 生活支援 / 成人家族家庭
☐ 食料　☐ 在宅長期介護サービス
☐ Medicare Savings Program（メディケアセービングプログラム）　☐ ナーシングホーム
☐ ホスピス　☐ Healthcare / Workers with Disabilities（ヘルスケア / 障がいがある労働者、HWD）
☐ Aged, blind, or disabled（高齢者、視覚障害者または障がい者）に対する医療保障
☐ 高齢者向けサービスにカスタマイズされたサポート

9. 私または世帯内の誰か（当てはまるものをすべてチェック）: ☐ 家庭内暴力を受けている状況
☐ 障がいがある ☐ 健康上の問題で就労不可
☐ 妊娠中；氏名：_____出産予定日：_____

10. 貴方の世帯内で今月得ることが見込まれる金額はどのくらいですか？ $_____

11. 貴方の世帯でキャッシュとして保有する金額、および銀行口座に保有する金額はどのくらいですか？ $_____

12. 貴方の世帯で家賃および不動産に支払う金額はどのくらいですか？ $_____

13. 貴方の世帯で支払う公共料金は何ですか？☐ 加熱／冷房 ☐ 電話 ☐ その他：_____

14. 貴方の世帯には季節農場労働者や移民農場労働者はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

15. 食料申請をしている場合、貴方の世帯内に食料の購入・準備が必要な人は何人いますか？_____

事務局使用欄 – 緊急サービスの資格がある世帯？：☐ はい ☐ いいえ。審査担当のイニシャル：_____ 日付：_____

16.☐ 通訳が必要です。 話す言語：_____または☐ 署名； 私の文字を次の言語に翻訳してください：_____

17. 申請対象でない場合でも貴方の世帯の全員をリストアップしてください（必要な場合、別紙を添付のこと）。

氏名（名、ミドル、姓）	性別	続柄	生年月日	この方に対して給付金を要望される場合はチェック	非申請者は任意 SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障番号)	米国市民の場合チェック	人種（以下のサンプルを参照のこと）	種族の名前（アメリカンインディアン、アラスカネイティブ）
		私自身		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

Barcode label

14078

申請者氏名	SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障番号)	クライアント識別番号

18. 民族的出自はヒスパニックまたはラテンである： ☐ はい ☐ いいえ

人種および民族的出自に関する情報のご提供は自由意思により、受給資格や給付金額には影響しません。この情報は、人種、肌の色または国籍を問わず、プログラム給付金を分配することが保証されるように使用されます。USDA は、食料支援に関する情報が提供されない場合は、当局が貴方に成り代わって回答するよう要求します。当局は、貴方にご回答いただけない場合、「未報告」を選択します。**人種の例**：白人、黒人またはアフリカンアメリカン、アジア人、ネイティブハワイアン、太平洋諸島民、アメリカンインディアン、アラスカネイティブまたはこれら人種の混血。

I. 一般情報

1. 過去 30 日間に、他の州、種族またはその他財産から現金または食料を受け取った。☐ はい ☐ いいえ
2. 申請中のいずれかの者が Washington 州外に暮らしている: ☐ はい ☐ いいえ　それは誰： _____
3. 私自身または同一世帯内の誰かが支援を受けている在留外国人である： ☐ はい ☐ いいえ それは誰： _____
4. 私自身または同一世帯内の 16 歳以上の誰かが（当てはまるものをすべてチェック）: ☐ 高校生
   ☐ 高校相当のプログラム ☐ 大学 ☐ 職業専門学校 それは誰： _____
5. 誰かが自宅の外に一時的にいる： ☐ はい ☐ いいえ それは誰： _____
6. 私自身または同一世帯内の誰かが米軍、国家警備隊または予備役に従事しているか、従事している誰かの扶養家族または配偶者である： ☐ はい ☐ いいえ はいの場合、それは誰： _____
7. 私自身または申請対象の誰かが重罪を理由に裁判所か刑務所に行くことを避けるため法律を逃れている：
   ☐ はい ☐ いいえ
8. 私の居住場所： ☐自宅またはアパートメント ☐ グループホーム ☐ その他： _____
   ☐ 施設（種別を挙げる）: _____入所日： _____
9. 私は：☐ 独身 ☐ 結婚している ☐ 離婚した ☐ 別居した ☐ 未亡人 ☐ 登録された同棲関係にある
10. 家庭内の私自身または誰かが、1996 年 9 月 22 日以降、薬物のために食料支援を取引した罪で有罪になった。
    ☐ はい ☐ いいえ
11. 家庭内の私自身または誰かが、1996 年 9 月 22 日以降、＄500 を超える食料支援を売買した罪で有罪になった：☐ はい ☐ いいえ
12. 家庭内の私自身または誰かが、1996 年 9 月 22 日以降、火器、銃器、爆発物のために食料支援を取引した罪で有罪になった：☐ はい ☐ いいえ
13. 家庭内の私自身または誰かが、1996 年 9 月 22 日以降、2 つ以上の州から食料支援を受けた罪で有罪になった：☐ はい ☐ いいえ
14. 家庭内の私自身または誰かが：a. ストライキ中： ☐ はい ☐ いいえ b.下宿人である： ☐ はい ☐ いいえ
15. 家庭内の私自身または誰かが、$4,500 以上くじで当たったかギャンブルに勝った： ☐ はい ☐ いいえ
    はいの場合、それは誰： _____ 受け取った日： _____
    金額（税控除前のドル額）: _____

II. 医療保険情報（基礎的食料には不要）

家庭内の私自身、配偶者または誰かが：

1.（病院やナーシングホームなどの）医療施設に入院予定、入院中、または最近退院.....☐ はい ☐ いいえ
2. 過去 3 ヵ月間の医療費の未払いに関して支援が必要である.....☐ はい ☐ いいえ
3. 医療保険がある ☐ はい ☐ いいえ（当てはまるものすべてチェック）: ☐ Medicare（Washington Apple Health 以外）
   ☐ トライケア ☐ 長期介護保険 ☐ Indian Health Services（インディアンヘルスサービス）
   ☐ その他医療保険：

III. 財産（証拠を添付のこと、HWD または基礎的食料には不要）

財産とは、保有している物または購入物であって、売却、取引または他人が保有する現金に換金可能なものをいいます。財産には、家具、衣服などの私有財産は含まれません。財産の例としては：

- 現金
- 当座預金口座
- 普通預金口座
- 大学進学資金
- 信託財産
- IRA / 401k
- 自宅、土地または建物
- CDs
- マネー・マーケット・アカウント
- 債券
- 退職金
- 埋蔵金、年金
- ビジネス機器
- 家畜
- 生命保険

申請者氏名	SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障番号)	クライアント識別番号

III. 財産（証拠を添付のこと、HWD または基礎的食料には不要）（続く）

1. 貴方や貴方の配偶者や申請対象の誰かが保有または購入している財産を挙げてください。

財産	保有者	場所	価値
			$
			$
			$
			$
			$

2. 私自身、配偶者または申請対象の誰かが自動車、トラック、バン、ボート、RV、トレーラーその他乗用車を保有している。

購入年（例．1980）	メーカー (例．FORD)	モデル（例．ESCORT）	リースの場合はチェック	乗用車が医療目的で使用される場合はチェック	保有金額
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. 私自身、配偶者または申請対象の誰かが、過去 5 年間に（信託受益権、自動車または生涯不動産などの）財産を売却、取引、贈与または譲渡した：☐ はい ☐ いいえ

はいの場合、それは何：_____それはいつ：_____

IV. 年金基金（現在または将来的に定期的な支払いを受けるために世帯内のどなたかが行った投資。）

年金基金の保有者は？	会社または機関？	金額または価値	毎月の収入	購入日
		$	$	
		$	$	
		$	$	

もし貴方や貴方の配偶者に年金基金の利子があり、Washington Apple Health 長期ケア、SSI 関連または CN 保障を受けている場合、Washington 州を年金基金の残余額受益者として指定する必要があります。

V. 獲得収入（証拠を添付のこと）

1. 私自身、配偶者または申請対象の誰かが過去 30 日以内に仕事を辞めた：☐ はい ☐ いいえ
2. 私自身、配偶者または申請対象の誰かが仕事から収入を得ている：☐ はい ☐ いいえ

はいの場合、このセクションにご記入ください：

この収入を得ている方 _____ 雇用者の名称と電話番号 _____ 開始日 _____ この仕事は自営業ですか？☐ はい ☐ いいえ 毎月の自営業経費：$_____	受け取り総額（控除前ドル額） $_____毎：☐ 時間 ☐ 週 ☐ 2 週間 ☐ 月に 2 回 ☐ 毎月 1 週間あたりの時間数：_____ 支払い日（例．1 日と 15 日、または毎週金曜日）：
この収入を得ている方 _____ 雇用者の名称と電話番号 _____ 開始日 _____ この仕事は自営業ですか？ ☐ はい ☐ いいえ 毎月の自営業経費：$_____	受け取り総額（控除前ドル額） $_____毎：☐ 時間 ☐ 週 ☐ 2 週間 ☐ 月に 2 回 ☐ 毎月 1 週間あたりの時間数：_____ 支払い日（例．1 日と 15 日、または毎週金曜日）：

申請者氏名	SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障番号)	クライアント識別番号

VI. その他収入（証拠を添付のこと；ご家族全員について報告のこと）

- 失業給付金
- 社会保障所得
- 部族の収入
- ゲーム収入
- 教育給付金（学生ローン、助成金、職業体験の報酬としての奨学金）
- Supplemental Security income（補完的保障収入、SSI）
- 子供支援または配偶者扶養
- 鉄道給付金
- 家賃収入
- 退職または年金
- Veteran Administration（復員軍人援護局、VA）または軍の給付金
- Labor and Industries（労働および産業、L&I）
- 信託財産
- 投資／配当

獲得していない収入種別	収入を得ている者は？	毎月の総額
		$
		$
		$
		$

VII. 毎月の経費

家賃	不動産	スペース家賃	持ち家保有者の保険	財産税	その他料金
$	$	$	$	$	$

家賃や住宅ローンとは別に貴方の世帯で支払う公共料金は何ですか？

☐ 熱（電気／ガス）☐ 電気（非熱）☐ 水道 ☐ 家庭/携帯電話 ☐ 下水道 ☐ ゴミ

政府が補助金を支給する住宅など、他の人や機関がその経費の全部または一部を支払っている：

☐ はい ☐ いいえ　はいの場合、それは誰：_____経費種別：_____支払い額：$ _____

☐ 私は過去 12 ヵ月間に、Low Income Home Energy Assistance Act（低所得家庭エネルギー支援法、LIHEAA）による支払いを受給した。

私自身、配偶者または申請対象の誰かが支払いまたは支払うことを考えている（当てはまるものをすべてチェック）：

☐ 子供／成人の扶養家族ケア（交通費を含む）	月額：$	支払者：
☐ 障がい者または 60 歳以上の方の医療費（交通費と医療保険料 を含む）	月額：$	支払者：
☐ 子供支援（証拠を添付のこと）	月額：$	支払者：

上記経費のいずれかを報告していない場合、当局は貴方がその経費に対して控除を受け取ることを希望しないと言明したものとみなします。

VIII. 授権代理人

授権代理人は DSHS が貴方の給付金について相談することを貴方が認めた者です。 任命することができますが、必須ではありません。

授権代理人はいますか？ ☐ はい ☐いいえ

その方は貴方の法定後見人ですか？ ☐ はい ☐いいえ

その方は委任状を持っていますか？ ☐ はい ☐いいえ

貴方が医療保障を更新している場合、授権代理人フォーム（DSHS 14-532）に記入する必要があることがあります。 **基礎的食料については、授権代理人は、認定期間のみ有効です。**

名前	関係	電話番号

郵便宛先	市	州	郵便番号

資産確認のための権限授与

Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled（高齢者、視覚障害者または障がい者）Medicaidプログラム限定。

私は、申請するため、または、支援の更新のために提供した情報が正確かどうかの判定のため、連邦および州当局による検証の対象となることを理解しています。私は、Washington 州 Health Care Authority（保健所，HCA）および Department of Social and Health Services（保健福祉省，DSHS）に対して、私の適格性判定と財務情報に関する正確性の検証のために資産確認を実施する権限を授与します。私は、HCA および DSHS が、資産確認プロセスの一環で、金融機関、州／連邦機関または民間データベースにアクセスすることがある点を理解しています。私は、私の申請書について最終的な異議決定がなされたとき、私の受給資格が終了したとき、または、HCA もしくは DSHS に任意のタイミングで書面で権限の無効化を通知したときに、権限の授与が終了することを理解しています。**権限の授与を無効化または拒否した場合、私は、いかなる Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled（高齢者、視覚障害者または障がい者）Medicaid プログラムに対しても受給資格がなくなることを理解しています。**

申請者氏名	SOCIAL SECURITY NUMBER (社会保障番号)	クライアント識別番号

有権者登録

この部門では、自動有権者登録を含む有権者登録サービスを提供しています。 **投票するための登録を申請していることや登録を拒否していることは貴方がこの機関から受けられるサービスや給付額には影響しません。** 有権者登録フォームへの記入に手助けが必要な場合、お手伝いいたします。 支援を求めるか受けるかの判断はあなた次第です。 有権者登録フォームへの記入を内々に行うこともできます。貴方がご自身の有権者登録権または有権者 登録を拒否する権利、有権者登録をするかどうかの判断または有権者登録申請にあたり貴方のプライバシー権、貴方自身の政党またはその他政治的志向の選択権を誰かが侵害しているとお感じになる場合、Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)に苦情を提出することができます。

投票権登録または有権者登録を更新したいですか？ ☐ はい ☐ いいえ

いずれかのボックスにチェックしない場合、貴方に自動有権者登録の資格がなく、拒否しない限り、**今回は投票登録しないと判断したものとみなします。**

上記「いいえ」にチェックしない場合、貴方には自動有権者登録の資格がある場合があります。次の選挙までに18歳以上であり、アメリカ合衆国の市民であり、DSHSが本申請書に貴方の氏名、居住地、郵便宛先、誕生日、市民権情報の確認、記載の情報が真正であることを宣誓する署名があることを認める場合、貴方には自動有権者登録の資格があります。

有権者自動登録を希望しますか？ ☐ はい ☐ いいえ

「はい」のボックスをチェックした場合、またはいずれのボックスもチェックせず、自動有権者登録の資格要件を満たす場合、DSHS は、貴方の情報を州務長官の事務局に送付し、自動的に貴方を有権者登録することになります。

宣誓および署名（再審査請求書を完成するため、以下に署名のこと。）

私には以下の義務があることを理解しています：

- 正しい情報を提供し、報告要件に従うべきこと。
- 資格があることの証拠を提供すべきこと。
- Temporary Assistance for Needy Families（貧困家族一時扶助、TANF）を受け取る際、子供支援に対する権利の一部をWashington州に譲渡すべきこと。しかしながら、私や子供を危険にさらす場合、DSHSに対して子供支援を追求しないよう要望できます。
- 食料支援労働要件に関して協力すべきこと。

私が上記事項を行わない場合、私は給付金を拒否され、返金を求められる場合があります。

私は、故意に虚偽の言明をしたり、報告すべきことを報告しなかった場合、刑事訴追を受ける可能性があることを理解しています。

私は、私に資格があることの証拠を得る手助けをするために必要な場合、他の者または機関と連絡をとる権限をDSHSに与えます。

現金および食料向け： 私は、自らの権利と義務について読み、説明を受け、クライアントの権利と義務（DSHS 14-113）のコピーを受領しました。 医療保障向け：私は、自らの権利と義務について読み、説明を受け、クライアントの権利と義務（HCA 18-003）のコピーを受領しました。

私は、Washington 州の法律に基づき、偽証罪に問われることを認識したうえで、私がこの申請書で提供した情報は、給付金真正対象となっている家族メンバーの市民権および在留外国人ステータスに関する情報を含め、真正であることを証し、宣誓します。

現金向け：同一世帯内の全成人（または授権代理人）が署名する必要があります。

医療保障向け：申請人（または授権代理人）が署名する必要があります。

食料支援については、ファイル上に現在の授権代理人に関する文書がない限り、申請者および授権代理人がともに署名する必要があります。

申請者の署名（必要な場合）	日付	申請者の記名	署名した市および州
その他成人の申請者の署名	日付	記名およびその他成人	署名した市および州
ヘルパーまたは代理人の署名	日付	代理人の記名	署名した市および州
”X 付きで署名した場合、証人の署名	日付	証人の記名	