

## د وړتيا بياکتنه

که تاسو د دې فورمي په لوستلو يا ډکولو کې مرستې ته اړتيا لرئ، نو مهرباني وکړئ له مور څخه د مرستې غوښتنه وکړئ. دا پاڼه د خپلو ریکارډونو لپاره وساتئ.

### زه څنگه د نغدو يا خوارو مرستې لپاره غوښتنه کولی شم؟

- تاسو کولی شئ دا پروسه اوس د ټولني خدماتو دفتر کې د دې بياکتنې په سپارلو سره پيل کړئ. دا بايد ستاسو نوم، پته، او لاسليک يا ستاسو د مجاز استازي لاسليک ولري. تاسو کولی شئ اوس خپله بياکتنه درج کړئ حتی که دا يوازې دا درې توکي ولري.
- تاسو ممکن ډيري گټې تر لاسه کړئ يا بي ژر تر ژره تر لاسه کړئ که چيرې تاسو د پوښتنو په ځوابولو سره دا فورمه ډکه کړئ، د اوومي پاڼې په لاسليک کولو، او مور ته خپله بياکتنه او نور هر هغه معلومات چې مونږ يې غوښتنه درڅخه کوو دومره ژر راکړئ څومره چې ژر بي کولی شئ.
- تاسو کولی شئ خپله بياکتنه محلي دفتر ته يا 1-888-338-7410 ته فکس کړئ. د ځايونو لپاره [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) وگورئ.
- خپله بياکتنه له لاندې څخه يو ته واستوئ:

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

- تاسو کولی شئ دا بياکتنه آنلاین ډکه کړئ [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)
- دا د وړتيا بياکتنې فورمه يوازې د Washington Apple Health پروگرامونو پوښښ نوي کولو لپاره کارول کېدې شي چې پدې فارم کې ذکر شوي دي. د نورو روغتيايي پاملرنو پوښښ لپاره تاسو بايد په [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org) کې آنلاین غوښتنه وکړئ، 1-855-923-4633 ته په زنګ و هلو سره، يا د روغتيا پاملرنې پوښښ لپاره د HCA غوښتنلیک (HCA 18-001) په کارولو سره.

### څومره ژر کولی شم د خوراكي توكو او نغدو پيسو مرسته تر لاسه کړم؟

- که تاسو سمدلاسه د خورو مرستې ته اړتيا لرئ، د 1 څخه تر 14 پورې پوښتنې ډکې کړئ او دا فورمه خپل محلي دفتر ته يوئ. مور د 7 ورځو په دننه کې پرېکړه کوو که چيرې تاسو د خوارو مرستې لپاره وړ ياست په دې شرط چې تاسو د خپل هويت ثبوت وښايست او د وړتيا مقررات پوره کړئ.
- مور له هغې ورځې وروسته چې مور دا پرېکړه وکړو چې تاسو وړ ياست گټې وپشو.
- د خورو مرسته معمولا له هغې ورځې پيل کېږي چې مور ستاسو غوښتنلیک تر لاسه کوو.
- نغدي مرستې معمولا له هغې ورځې پيل کېږي په کومه ورځ چې مور ددې پرېکړې کولو لپاره چې تاسو وړ ياست ټول معلومات ولرو.
- مور بايد د ستاسو د غوښتنلیک د سپارلو نيټې څخه په 30 ورځو کې دننه ددې پرېکړه وکړو چې ايا تاسو د خوراكي مرستې لپاره وړ ياست.
- که تاسو خپل غوښتنلیک د يوې ادارې څخه سپارئ، نو د پيل نيټه ستاسو د پرېښودو يا رخصتې نيټه ده.

### که تاسو د خوارو مرستې او نورو برنامو لپاره غوښتنه کوئ:

مور بايد ستاسو د غوښتنلیک پروسس کولو لپاره د SNAP قواعد تعقيب کړو. پدې کې د وخت په حدودو کې د غوښتنلیک پروسس کول، د مناسبو خبرتياو صادرول، او تاسو ته ستاسو د ادارې حقونو مشوره ورکول شامل دي. مور نشو کولی په دې اساس ستاسو د خوراكي توكو مرستې رد کړو چې د نورو مرستو اړوند پروگرامونو لپاره ستاسو غوښتنلیک رد شوی وو.

### مدني حقونه او عدم تبعيض

د فدرالي مدني حقونو قانون او د U.S. Department of Agriculture (متحده ايالاتو د کرنې وزارت، USDA) د مدني حقونو مقرراتو او پاليسيو سره سم، دا اداره د نژاد، رنگ، ملي اصل، جنس (د جنسيت هويت او جنسي تمايل په شمول)، مذهبي عقيدې پر بنسټ، معلوليت، عمر، سياسي باورونه، يا د مدني حقونو د مخکښو فعاليتونو لپاره غچ اخيستل يا له غچ اخيستلو له تبعيض څخه منع دی.

د پروگرام معلومات ممکن د انگليسي پرته په نورو ژبو کې هم شتون ولري. معلومات لرونکي اشخاص چې د برنامې د معلوماتو تر لاسه کولو لپاره د مخابراتو بديل وسيلو ته اړتيا لري (لکه بریل، لوی چاپ، آډيو تيب، امريکايي نښه ژبه) بايد د ادارې (دولت يا محلي) سره اړيکه ونيسي چيرې چې دوی د گټو لپاره غوښتنه کړی وي. هغه خلک چې کانه دي، په سختی سره اورې، يا د وينا معيوبيت لري کولی شي د 877-8339 (800) فدرالي ريل خدمت له لارې USDA سره اړيکه ونيسي.

د پروگرام د تبعيض شکايت درج کولو لپاره، يو شکايت کوونکی بايد د AD-3027 فورمه ډکه کړي، د USDA پروگرام تبعيض شکايت فورمه چې آنلاین تر لاسه کېدې شي: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، د USDA له کوم دفتر څخه، (833) 620-1071 ته زنګ و هلو، يا USDA ته د يو ليک په ليکلو سره. په ليک کې بايد د شکايت کونکي نوم، پته، د تليفون شميره، او د ادعا شوي تبعيض عمل ليکل شوي توضيحات په کافي توضيحاتو کې شامل وي ترڅو د Assistant Secretary for Civil Rights (مدني حقونو لپاره د مدني حقونو مرستيال سکرټر، ASCR) ته د ادعا شوي مدني حقونو سرغړونې نوعيت او نيټې خبر ورکړي.

بشپړ شوی AD-3027 فورمه يا ليک بايد لاندې پټي ته واستول شي:

1. د ليک ليږلو پته: Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314
2. فکس: (833) 256-1665 يا (202) 690-7442؛ يا
3. برېښنالیک: [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

دا اداره د مساوي فرصت برابرېونکي ده.

**د مهاجرت وضعیت او د ټولنیز امنیت شمیرې**

تاسو ممکن د ځینو خلکو لپاره مرسته ترلاسه کړئ چې تاسو ورسره ژوند کوئ حتی که هغه نور چې تاسو ورسره ژوند کوئ د کډوالۍ د وضعیت له امله مرسته نشي ترلاسه کولی. تاسو باید مور ته د هر هغه چا د کډوالۍ وضعیت په اړه ووايست چې ورته غوښتنه کوئ. د کورنۍ د غړو د مهاجرت حالت کیدای شي د USCIS لخوا تایید شي (پخوا د INS په نوم پیژندل شوی). د USCIS څخه ترلاسه شوي معلومات ممکن د ورتیا او گټو په مقدار باندې اغیزه وکړي. مور د روغتیا پاملرنې پوښن لرو چې ممکن ځینې بهرنیان وپوښي.

د فدرالي قانون لاندې (42 CFR §273.6, 45 CFR §205.52, 43 CFR §435.910)، تاسو باید مور ته د هر هغه چا لپاره د Social Security Number (ټولنیز امنیت شمیره، SSN) راکړئ چې تاسو ورسره ژوند کوئ څوک چې د Washington Apple Health TANF یا د خوړو مرستې لپاره غوښتنه کوي. مور ممکن د والدينو او میرمنو او خاوندانو SSN ته هم اړتیا ولرو چې ستاسو سره ژوند کوي مگر غوښتنه نه کوي. مور د ځینو خلکو لپاره د روغتیا پاملرنې پوښن لرو چې SSN نلري.

**د Washington Apple Health لپاره تابعیت او پیژندنه**

د متحده ایالاتو اتباع باید د Washington Apple Health ترلاسه کولو لپاره تابعیت او هویت ثابت کړي. مور کولی شو تاسو سره د ثبوت په ترلاسه کولو کې مرسته وکړو. که مور داسې سند ته اړتیا ولرو چې له تاسو پرې پیسې مصرفیږي، مور یې درته لیرو او لگښت یې درکوو. مور ستاسو په کورنۍ کې د هر هغه چا لپاره ثبوت ته اړتیا نلرو چې د خپل Social Security Disability Insurance (معلولیت یا اضافي امنیتي عاید، SSI) پراساس Medicare، Supplemental Security Income (ټولنیز امنیت معلولیت بیمه، SSDI) ترلاسه کوي.

**د طبي او اوږدې مودې پاملرنې لپاره دولت ته تادیه کول**

د Washington ایالت د املاکو د بیا رغونې قانون (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) لاندې، ستاسو شتمنی ممکن د هغه لگښتونو بېرته تادیه کولو ته اړتیا ولري چې دولت د ځانگړي ډول طبي او اوردمهاله خدماتو لپاره تادیه کړي او ملاتړ یې کوي کوم چې تاسو د 55 کلن کیدو وروسته ترلاسه کوئ. که تاسو یوازې د دولت لخوا تمویل شوي خدمتونه ترلاسه کړئ نو د عمر محدودیت شتون نلري. د املاکو بیا رغونه ستاسو له مړینې وروسته پیل کیږي؛ تادیه ستاسو د ژوندي پاتې شوي میرمنې یا خاوند له مړینې وروسته، یا کله چې ستاسو ماشوم 21 کلن شي، پرته له دې چې ماشوم ستاسو د مړینې په وخت کې روند / معیوب شوی وي. دولت کولی شي په هر عمر کې ستاسو په اصلي ملکیت کې د مړینې دمخه جواز ثبت کړي، که تاسو په نرسنگ کور کې اوسېږئ او امکان نلري چې بیرته کور ته راستون شئ. د ملکیت د پلور یا لیرېد، یا ستاسو د مړینې وروسته په صورت کې دولت کولی شي د امتیاز په دې حق باندې یې اصول کړي. که تاسو بیرته کور ته راستانه کیږئ، دولت امتیاز ختموي. د نورو معلوماتو لپاره، په شمول د خدماتو لیست چې د شتمنیو بیا رغونې پورې اړه لري، څپرکی WAC 527-182 وگورئ.

**محرمیت او ستاسو نغدي او خوراکي مرستې**

د 2008 د خوړو او تغذیې قانون، مور ته اجازه راکوي هغه معلومات راټول کړو چې مور یې په غوښتنلیک کې غوښتنه کوو. د غوښتل شوي معلوماتو چمتو کول داوطلبانه دي، په هر صورت، د ښه دلیل پرته د معلوماتو چمتو کولو کې پاتې راتلل کیدای شي د لومړني خوراکي گټو څخه منع کړلی شي. مور ځینې معلومات د کمپیوټر میچینګ پروگرامونو سره تصدیق کوو، پشمول د Income and Eligibility Verification System (فدرالي عاید او ورتیا تصدیق سیستم، IEVS).

مور کولی شو دا معلومات دی ته ورکړو:	مور دا معلومات د دې لپاره کاروو:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• فدرالي او دولتي ادارو ته د رسمي کارونې لپاره.</li> <li>• د قانون پلي کونکو ادارو ته ترڅو هغه خلک تعقیب کړي چې د قانون څخه د مخنیوي لپاره ټینټي.</li> <li>• د خوراکي توکو د راټولولو خصوصي ادارې ته د اضافي تادیاتو راټولولو پخاطر.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• پریکړه وکړو چې څوک زموږ د برنامو لپاره وړ دی.</li> <li>• د خوراکي توکو د مرستې لپاره اضافي تادیات راټول کړو.</li> <li>• خپلې برنامې اداره کړو.</li> <li>• داد ترلاسه کړو چې مور قانون تعقیبوو.</li> </ul>
<p>د Department of Social and Health Services (ټولنیزو او روغتیایي خدماتو څانگې) ته راپور شوي معلومات ممکن د روغتیا پاملرنې پوښن لپاره ورتیا باندې اغیزه وکړي چې د Health Care Authority (روغتیا پاملرنې ادارې) او د روغتیا گټې تبادلې لخوا اداره کیږي.</p>	
<p><b>د خوراکي توکو د مرستې د سزا خبرداری</b></p>	
<p>مور د نورو ادارو سره گورو چې ستاسو معلومات سم دي. که کوم معلومات ناسم وي، هغه کسان چې غوښتنه کوي ممکن د خوړو مرستې ترلاسه نکړي.</p> <p><b>هر هغه غړی چې په قصد سره کوم قواعد ماتوي کیدلی شي:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• د نورو پلي کیدونکو فدرالي او ایالتي قوانینو چتر لاندې د تعقیب تابع شي.</li> <li>• له SNAP څخه د یو کال نه تر تله پورې منع کړی شي.</li> <li>• تر 250,000 ډالرو پورې جریمه کړی شي.</li> <li>• تر 20 کلونو پورې بند کړی شي.</li> <li>• که محکمه حکم وکړي نو د اضافي 18 میاشتو لپاره د SNAP څخه منع کړی شي.</li> </ul> <p><b>که محکمه تاسو مجرم وگني:</b></p> <p><b>په راکړه ورکړه کې د گټو ترلاسه کول چې پکې دا شامل دي:</b> <b>تاسو ممکن:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• د کنټرول شوي موادو پلور..... له دوو کلونو څخه د تل لپاره محرومه کیدل.</li> <li>• د وسلو، مهماتو او چاودیدونکو توکو پلور..... د تل لپاره محرومه کیدل.</li> <li>• د 500 ډالرو څخه ډیر د قاچاق مجموعه کتې..... د تل لپاره محرومه کیدل.</li> <li>• د استوگنې یا هویت درغلی..... د 10 کلونو لپاره محرومه کیدل.</li> </ul>	

## د وړتيا بياکننه

له مور څخه وپوښتنی که تاسو د دې فورمې په ډکولو کې مرستې ته اړتیا لرئ.

پوازي د خوړو گټو لپاره، که تاسو نن ورځ دا فورمه ډکه نه کړئ، د خپل نوم، پته، او لاسلیک په سپارلو سره پروسه پیل کړئ. ستاسو د وړتیا بیاکنني فورمې ډکولو لپاره په 7 پاڼه باندې لاسلیک ته اړتیا ده. مور ممکن اضافي معلوماتو ته اړتیا ولرو، او ستاسو د قضیې بیاکنني پای ته رسولو لپاره مرکه بشپړه کړو.

1. لومړی نوم - منځنی نوم لومړني حروف او وروستی نوم	د غوښتونکي یا مجاز استازي لاسلیک	2. د پېرونکي پېژندنې شمېره (که معلومه وي)
3. د کوڅې پته چېرې چې تاسو ژوند کوئ	ښار ایالت زپ کوډ	4. د لومړني تلیفون شمېره <input type="checkbox"/> ګرځنده موبایل <input type="checkbox"/> کور <input type="checkbox"/> پیغام
5. د لیک لیرلو پته (که مختلف وي)	ښار ایالت زپ کوډ	6. د دوهمې تلیفون شمېره <input type="checkbox"/> ګرځنده موبایل <input type="checkbox"/> کور <input type="checkbox"/> پیغام

7. بریښنالیک

8. زه د دې لپاره غوښتنه کوم (ټول هغه انتخاب کړئ چې پلي کېږي):  
 نغدو پیسو  
 خوراکی توکي  
 Medicare Savings Program  
 (درملني سپما پروګرام)  
 روغتون  
 د نرسنگ کور  
 Healthcare / Workers with Disabilities  
 (روغتیا پاملرنې / معلولیت لرونکي کارګران، HWD)  
 د aged, blind, or disabled (زر، رندو، یا معیوبینو) لپاره د روغتیا پاملرنې پوښتن  
 د زرو لویانو خدماتو لپاره چمتو شوي ملاتړ

9. زه یا زما په کورنۍ کې یو کس (ټول هغه انتخاب کړئ چې پلي کېږي):  د کورني تاوتریخوالي په حالت کې یو  
 معلولیت لري  د روغتیا ستونزو له امله کار نشي کولی  
 حامله ده؛ نوم: \_\_\_\_\_ مقررہ نیټه: \_\_\_\_\_

10. تاسو څومره تمه لرئ چې ستاسو کورنۍ به پدې میاشت کې څومره پیسې تر لاسه کړي؟  
 \_\_\_\_\_ \$

11. ستاسو کورنۍ په نغدو او بانکي حسابونو کې څومره پیسې لري؟  
 \_\_\_\_\_ \$

12. ستاسو کورنۍ د کرایې یا ګروي لپاره څومره پیسې ورکوي؟  
 \_\_\_\_\_ \$

13. ستاسو کورنۍ د کومو اسانتیاو لپاره پیسې ورکوي؟  د تودوخي / یخولو  تلیفون  نور: \_\_\_\_\_

14. ایا ستاسو په کورنۍ کې څوک کېوال یا د موسمي فارم کارګر شته دی؟  هو  نه

15. که تاسو د خوراکی توکو د مرستې غوښتنه کوئ، تاسو په کورنۍ کې د څو تنو لپاره خواړه اخلئ او چمتو کوئ؟  
 پوازي د رسمي کاروني لپاره - کورنۍ د ګړندي خدمت لپاره وړ ده:  هو  نه د لومړني معلوماتو نمایش: \_\_\_\_\_ نیټه: \_\_\_\_\_

16.  زه ژباړونکي ته اړتیا لرم. زه خبری کوم په: \_\_\_\_\_ یا  په اشارو باندې؛ زما خبری دی ته وژباړئ: \_\_\_\_\_

17. د خپلې کورنۍ ټول کسان ذکر کړئ حتی که تاسو د دوی لپاره غوښتنه هم نه کوئ (د اړتیا په صورت کې اضافي پاني ضمیمه کړئ).

نوم (لومړی، منځنی، وروستی)	جنسیت	دا شخص ستاسو سره څه اړیکه لري؟	د زیږون نیټه	دا انتخاب کړئ که چېرې تاسو د دې کس لپاره ګټې غواړئ	د ټولنیز امنیت شمېره	دا انتخاب کړئ که چېرې د متحده ایالاتو تبعه وي	توکم (لاندې نمونې وګورئ)	د قبیلې نوم (د امریکایي هنديانو لپاره، د الاسکا اوسیدونکو لپاره)
		زه پخپله		<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"/>		



14078

Barcode label

DSHS 14-078 PA (REV. 03/2024) Pashtu

د پېرودونکي د پېژندنې شمېره	د ټولنيز امنيت شمېره	د غوښتونکي نوم
<p>18. زما توکميز مخينه هسپانوي يا لاتيني ده: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> <p>د نژاد او توکميز شاليد معلومات داوطلبانه دي او د وړتيا يا گټو مقدار باندې اغيزه نه کوي. دا معلومات د دې لپاره کارول کيږي چې د پروگرام گټي د نسل، رنگ، يا ملي اصل په پام کې نيولو پرته وپېل کيږي. د خوړو د مرستې لپاره USDA له مور څخه غواړي چې ستاسو لپاره ځواب ووايو که چيرې معلومات نه وي ورکړل شوي. مور به "راپور شوی نه دی" انتخاب کړو که چيرې تاسو ځواب نه ورکوئ. <b>د توکم بيلگي:</b> سپين، تور يا افريقي امريکايي، آسيابي، اصلي هاوايي، د آرام سمندر ټاپو، امريکايي هندي، د الاسکا اصلي، يا د توکمونو هر ډول ترکيب.</p>		
<p><b>I. عمومي معلومات</b></p>		
<p>1. په تيرو 30 ورځو کې، ما د بل دولت، قبيلې، يا بلې سرچينې څخه نغدي پيسې يا خواړه ترلاسه کړل. <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> <p>2. يو داسې کس لپاره چې زه غوښتنه کوم د Washington ايالت څخه بهر ژوند کوي: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه څوک: _____</p> <p>3. زه يا زما په کورنۍ کې يو کس تمویل شوی بهرنی دی: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه څوک: _____</p> <p>4. زه يا زما په کورنۍ کې يو کس چې عمر يې 16 يا ډير دی (ټول هغه انتخاب کړئ چې پلي کيږي): <input type="checkbox"/> عالي لېسه <input type="checkbox"/> د عالي لېسې د برابري برنامې کالج <input type="checkbox"/> سوداگريز ښوونځی څوک: _____</p> <p>5. يو کس په موقتي توگه زما له کور څخه بهر دی: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه څوک: _____</p> <p>6. ما يا زما په کور کې يو تن د متحده ايالاتو په وسله والو ځواکونو، ملي گارد، يا ريزرو کې خدمت کړی دی يا د يو داسې تن فرعه يا ميرمن يا خاوند وم چې خدمت يې کړی وي: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که هو، څوک: _____</p> <p>7. زه يا هغه څوک چې زه يې غوښتنه کوم د قانون څخه تېښته کور ترڅو محکمي يا د جنايي جرم لپاره زندان ته لار نشو: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> <p>8. زه اوسپرم په: <input type="checkbox"/> زما خپل کور يا اپارتمان کې <input type="checkbox"/> گروپي کور کې <input type="checkbox"/> نور: _____</p> <p><input type="checkbox"/> سهوليت (د لېست ډول): _____ د ننوتلو نېټه: _____</p> <p>9. زه: <input type="checkbox"/> مجرد يم <input type="checkbox"/> واده شوی يم <input type="checkbox"/> طلاق شوی يم <input type="checkbox"/> جلا شوی يم <input type="checkbox"/> کونډه يم <input type="checkbox"/> په ثبت شوي کورني شراکت کې</p> <p>10. زه يا زما په کور کې يو تن د سپټمبر 22، 1996 وروسته د مخدره توکو لپاره د خوراکي توکو د مرستې په سوداگري محکوم شوی و: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> <p>11. زه يا زما په کور کې يو تن د سپټمبر 22، 1996 څخه وروسته د 500 ډالرو څخه ډير د خوراکي مرستو په پيږود يا پلورلو باندې محکوم شوی و: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> <p>12. زه يا زما په کور کې يو تن د سپټمبر 22، 1996 څخه وروسته د وسلو، مهماتو، يا چاوديدونکو توکو لپاره د خوراکي توکو د مرستې په سوداگري محکوم شوی و: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> <p>13. زه يا زما په کور کې يو کس د سپټمبر 22، 1996 وروسته له يو څخه ډيرو ايالتونو کې د خوراکي توکو د مرستې په ترلاسه کولو محکوم شوی و: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> <p>14. زه يا زما په کور کې څوک دا دي: الف. په اعتصاب کې: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه ب. يو بورډر: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> <p>15. ما يا زما په کورنۍ کې يو کس د لاتري يا قمار په گټلو کې 4,250 يا ډير ډالر گټلي دي: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> <p>که هو، څوک: _____ د ترلاسه کولو نېټه: _____</p> <p>مقدار (د مالياتو دمخه د ډالر مقدار): _____</p>		
<p><b>II. د روغتيايي بيمې معلومات (د اساسي خواړو لپاره اړين ندي)</b></p>		
<p>زه، زما ميرمن يا خاوند، يا زما په کورنۍ کې يو کس:</p> <p>1. يو طبي مرکز ته د ننوتلو، گډون کولو، يا پريښودو پلان کول (لکه روغتون يا د نرسنگ کور)..... <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> <p>2. د تيرو دريو مياشتو لپاره د غير تاديه شوي طبي بيلونو اړوند مرستې ته اړتيا لرئ..... <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> <p>3. روغتيا بيمه لري: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه (ټول هغه انتخاب کړئ چې پلي کيږي): <input type="checkbox"/> Medicare (نه د Washington Apple Health) <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> اوردمهاله پاملرني بيمه <input type="checkbox"/> Indian Health Services (د هند روغتيايي خدمتونه) <input type="checkbox"/> نور روغتيايي بيمه:</p>		
<p><b>III. سرچينې (ثبوت ضميمه کړئ؛ د HWD، يا اساسي خوړو لپاره اړتيا نلري)</b></p>		
<p>سرچينه هر هغه څه دي چې تاسو يې لرئ يا يې اخلئ کوم چې پلورل کيدی شي، تجارت پری کيدی شي يا په نغډو يا په پيسو باندې بدل کيد شي چې د نورو لخوا ساتل کيږي. په سرچينه کې شخصي ملکيتونه لکه فرنيچر، يا جامي شاملې ندي. د سرچينو بيلگي په لاندې ډول دي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نغدي</li> <li>• د کتنې حساب</li> <li>• د سپما حساب</li> <li>• د کالج بوديجه</li> <li>• امانتونه</li> <li>• IRA / 401k</li> <li>• کورونه، ځمکه او ودانې</li> <li>• د پيسو د بازار حساب</li> <li>• بانډونه</li> <li>• د تقاعد بوديجه</li> <li>• د تفين بوديجه، مخکې تاديه شوي پلانونه</li> <li>• د سوداگري تجهیزات</li> <li>• څاروي</li> <li>• د ژوند بيمه</li> </ul>		

د غوښتونکي نوم	د ټولنيز امنيت شميره	د پېرودونکي د پېژندنې شميره
<b>III. سرچيني (ثبوت ضميمه کړئ؛ د HWD، يا اساسي خوړو لپاره اړتيا نلري)</b>		
1. مهرباني وکړئ هغه سرچيني ذکر کړئ چې تاسو، ستاسو خاوند يا ميرمن، يا هر هغه څوک چې تاسو د هغه لپاره غوښتنه کوئ په ملکيت کې دی يا يې اخلي:		
سرچينه	څوک يې لرونکي دی	ځای
ارزښت		
ډالر		
ډالر		
ډالر		
ډالر		
ډالر		
2. زه، زما ميرمن يا خاوند، يا هغه کس چې زه يې غوښتنه کوم موټر، لاری، وين، کښتۍ، RVs، ټريلرونه، يا نور موټري لري:		
کال (بيلگه، 1980)	ساخت (بيلگه، FORD)	ماډل (بيلگه، ESCORT)
پور شوي روپۍ	دا انتخاب کړئ که چېرې په اجاره ورکړل شوی وي	دا انتخاب کړئ که چېرې موټر د طبي موخو لپاره کارول کېږي
ډالر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ډالر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. زه، زما ميرمن يا خاوند، يا هغه څوک چې زه يې په اړه غوښتنه کوم په تېرو دوو کلونو کې يې يوه سرچينه پلورلې، سوداگري پرې کړې، ورکړې، يا يې ليردولې ده (د امانتونو، وسايطو يا د ژوند شتمنيو په گډون): <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که هو، څه: _____ کله: _____		
<b>IV. انوتيز (هغه پانگه اچونه چې د کورنۍ د هر غړي لخوا ترسره کېږي ترڅو اوس يا په راتلونکي کې باقاعده تاديات ترلاسه کړي.)</b>		
څوک دانوتيز مالکيت لري؟	شرکت يا موسسه؟	مقدار يا ارزښت
		مياشتني عايد
		د پېرودلو نېټه
		ډالر
		ډالر
		ډالر
ه تاسو يا ستاسو ميرمه د انوتي سره علاقه لرئ او تاسو د Washington Apple Health اوردمهاله پاملرنې، SSI، يا CN پوښښ قېلوئ، تاسو بايد د Washington ايالت د انوتي پاتې گټه اخيستونې په توگه په نوم ږئ.		
<b>V. ترلاسه شوي عايد (ثبوت ضميمه کړئ)</b>		
1. زه، زما ميرمه، يا هغه کس چې زه يې غوښتنه کوم يوه دنده درلوده چې په تېرو 30 ورځو کې پای ته رسيدلې: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه		
2. زه، زما ميرمه، يا هغه کس چې زه يې غوښتنه کوم د کار څخه عايد لري: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که هو، مهرباني وکړئ دا برخه بشپړه کړئ:		
څوک دا عايد ترلاسه کوي _____ د کار گمارونکي نوم او د تليفون شميره _____ پيل نېټه _____ ايا دا دنده ځانې گمارنه ده؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه د مياشتني ځان گمارني لگښت اندازه: \$ _____	ترلاسه شوي ناخالصه رقم (دالره رقم د تخفيف دمخه) \$ _____ هر يو: <input type="checkbox"/> ساعت <input type="checkbox"/> اونۍ <input type="checkbox"/> دوه اونۍ <input type="checkbox"/> دوه ځل په مياشت کې <input type="checkbox"/> مياشت ساعتونه په اونۍ کې: _____ د تادياتو نېټه (د بيلگې په توگه 1۵ او 1۵، يا هر ه جمعه): _____	
څوک دا عايد ترلاسه کوي _____ د کار گمارونکي نوم او د تليفون شميره _____ پيل نېټه _____ ايا دا دنده ځانې گمارنه ده؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه د مياشتني ځان گمارني لگښت اندازه: \$ _____	ترلاسه شوي ناخالصه رقم (دالره رقم د تخفيف دمخه) \$ _____ هر يو: <input type="checkbox"/> ساعت <input type="checkbox"/> اونۍ <input type="checkbox"/> دوه اونۍ <input type="checkbox"/> دوه ځل په مياشت کې <input type="checkbox"/> مياشت ساعتونه په اونۍ کې: _____ د تادياتو نېټه (د بيلگې په توگه 1۵ او 1۵، يا هر ه جمعه): _____	

د غوښتونکي نوم		د ټولنيز امنيت شميره		د پېرودونکي د پېژندنې شميره	
<b>VI. نور عايد (ثبوت ضميمه کړئ؛ د کورني د ټولو غړو لپاره راپور)</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>د بېکارۍ گټې</li> <li>د ټولنيز امنيت عايد</li> <li>د قبيلې عايد</li> <li>د لوبو کولو څخه عايد</li> <li>تعليمي گټې (د زده کونکي پورونه، مرستې، کار - مطالعه)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Supplemental Security income (اضافي امنيتي عايد، SSI)</li> <li>د ماشوم ملاتړ يا د ميرمنې يا خاوند ساتنه</li> <li>د ريل پټلۍ گټې</li> <li>د کرايي عايد</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>تقاعد يا استفاء</li> <li>Veteran Administration (تجربه لرونکي اداره، VA) يا نظامي گټې</li> <li>Labor and Industries (کار او صنعت، L&amp;I) امانتونه</li> <li>گټې / ونډې</li> </ul>	
د نه ترلاسه شوي عايد ډول		څوک عايد ترلاسه کوي؟		ناخالص مياشتني مقدار	
				ډالر	
				ډالر	
				ډالر	
				ډالر	
<b>VII. مياشتني لگښتونه</b>					
کرايه	گروې	د ځای کرايه	د کور مالکينو بيمه	د ملکيت ماليات	نور فيسونه
ډالر	ډالر	ډالر	ډالر	ډالر	ډالر
ستاسو کورني د کومو اسانتياو لپاره د کرايي يا گروې څخه جلا پېسي ورکوي؟					
<input type="checkbox"/> ټوډوخه (برقي/گازي) <input type="checkbox"/> برېښنا(ټوډوخه نه وي) <input type="checkbox"/> اوبه <input type="checkbox"/> کور/گرځنده ټلېفون <input type="checkbox"/> نلنو <input type="checkbox"/> کثافات					
يو بل شخص يا اداره، لکه د سېسايډي کور، زما سره مرسته کوي چې د دې لگښتونو ټول يا يوه برخه تاديه کړم:					
<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که هو، نو څوک: _____ کوم لگښت: _____ هغه مقدار چې دوی تاديه کوي: _____ ډالر					
<input type="checkbox"/> ما په تېرو 12 مياشتو کې Low Income Home Energy Assistance Act (د ټيټ عايد کور انرژي مرستې قانون) (LIHEAA) تاديه ترلاسه کړه.					
زه، زما ميرمن يا خاوند، يا زما په کورني کې يو تن تاديه کوي يا داسې انگيرل کيږي چې تاديه کوی يې (ټول هغه انتخاب کړئ چې پلي کيږي):					
<input type="checkbox"/> د ماشوم يا لويانو پورې تړلي پاملرنه (ترانسپورت لگښتونو په شمول)		مياشتني اندازه: \$ _____		څوک پېسي ورکوي: _____	
<input type="checkbox"/> د معلوليت لرونکو يا +60 عمر لرونکو کسانو لپاره طبي بېلونه (د ترانسپورت لگښتونو او د روغتيا بيمې پريمونو په شمول)		مياشتني مقدار: \$ _____		څوک پېسي ورکوي: _____	
<input type="checkbox"/> د ماشوم ملاتړ (ثبوت ضميمه کړئ)		مياشتني مقدار: \$ _____		څوک پېسي ورکوي: _____	
که تاسو د پورته ذکر شويو لگښتونو څخه کوم يو نه راپور کوئ، مور به دا ستاسو د کورني لخوا د بيان په توگه په پام کې ونيسو چې تاسو نه غواړئ د دې لگښت لپاره کسر ترلاسه کړئ.					
<b>VIII. مجاز استازي</b>					
يو مجاز استازي هغه کس دی چې تاسو DSHS ته ددی اجازه ورکوئ ترڅو هغوی د ستاسو گټو په اړه ورسره خبرې وکړي. تاسو کولی شئ د يو چا نوم واخلئ، مگر اړ نه ياست.					
<input type="checkbox"/> ايا تاسو يو مجاز استازي لري؟					
<input type="checkbox"/> ايا دا سړی ستاسو قانوني سرپرست دی؟					
<input type="checkbox"/> ايا دا سړی د څارنوالۍ واک لري؟					
که تاسو د روغتيا پاملرنې پوښښ نوي کوئ نو تاسو ممکن اړتيا ولرئ د مجاز استازي فورمه (DSHS 14-532) ډکه کړئ. د لومړني خواړو لپاره، مجاز استازي يوازي د تصديق شوي مودي لپاره اعتبار لري.					
نوم		اړيکه		د ټلېفون شميره	
د ليک ليرلو پته		ښار		ایالت	
				زېږ کود	
<b>د اثاثو تصديق لپاره اجازه</b>					
<b>يوازي د Washington Apple Health د Aged, Blind or Disabled (عمر لرونکي، رنډو يا معيوب) Medicaid پروگرامونو لپاره.</b>					
زه پوهيږم هغه معلومات چې زه يې د مرستې غوښتنه کولو يا نوي کولو لپاره چمتو کوم د فدرالي او دولتي چارواکو لخوا د تاييد تابع دي ترڅو معلومه کړي چې دا سم دي. زه د Washington Health Care Authority (روغتيا پاملرنې ادارې، HCA) او د Department of Social and Health Services (ټولنيزو او روغتيا خدماتو څانگې، DSHS) ته اجازه ورکوم چې زما د وړتيا معلومولو او زما د مالي معلوماتو دقت تصديق کولو لپاره د شتمنيو تصديق ترسره کړي. زه پوهيږم چې HCA او DSHS کولی شي د شتمنيو د تاييد پروسې د يوې برخې په توگه د هرې مالي ادارې، دولتي يا فدرالي ادارې، يا شخصي ډيټابېس څخه په دې اړه تحقيق وکړي او اړيکه ورسره ونيسي. زه پوهيږم چې دا اختيار پای ته رسېږي کله چې زما د غوښتنليک په اړه وروستی منفي پريکړه وشي، د گټو لپاره زما وړتيا پای ته رسېږي، يا که زه دا اختيار په هر وخت کې د HCA يا DSHS د ليکلو خبرتيا په وړاندې کولو سره لغوه کړم. که زه د اجازې ورکولو څخه ډډه وکړم يا رد کړم، زه پوهيږم چې زه به د Washington Apple Health د Aged, Blind or Disabled (عمر لرونکي، نابينا يا معيوب) Medicaid پروگرام لپاره وړ نه اوسم.					

د غوښتونکي نوم	د ټولنيز امنيت شميره	د پېرودونکي د پېژندنې شميره
<b>د رايه ورکونکو نوم ليکنه</b>		
<p>دا ځانگه د رايه ورکونکو د نوم ليکنې خدمتونه وړاندې کوي، په شمول د رايه ورکونکو په اتومات ډول ثبتول. د رايه ورکولو لپاره د نوم ليکنې غوښتنه کول يا ردول به د خدماتو يا گټو په مقدار باندې اغېزه ونکړي کوم چې تاسو يې د دې ادارې څخه ترلاسه کولی شئ. که تاسو د رايې ورکونکو د نوم ليکنې فورمې په ډکولو کې مرستې ته اړتيا لرئ، مور به ستاسو سره مرسته وکړو. د مرستې غوښتنو يا منلو پرېکړه ستاسو ده. تاسو کولی شئ په شخصي توگه د رايې ورکونکو د نوم ليکنې فورمې ډکه کړئ. که تاسو باور لرئ چې يو چا ستاسو د راجسټر کولو حق کې لاسوهنه کړې يا د رايې ورکولو لپاره راجسټر کول رد کړي، ستاسو د محرميت حق په پرېکړه کې چې ايا راجسټر کړئ يا د رايې ورکولو لپاره راجسټر کولو کې، يا ستاسو د خپل سياسي گوند يا بل سياسي غوره توب غوره کولو حق، تاسو کولی شئ شکايت درج کړئ: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p>ايا تاسو غواړئ د رايې ورکولو لپاره نوم ليکنه وکړئ يا د خپلې رايې ورکونې نوم ليکنه تازه کړئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> <p>که تاسو دواړه بکسونه انتخاب نه کړئ، مور به دا په پام کې ونيسو چې تاسو پرېکړه کړې چې پدې وخت کې د رايې ورکولو لپاره نوم ليکنه نه کوي، پرته لدې چې تاسو د رايې ورکونکو په اتومات ډول ثبتولو لپاره وړ اوسئ، او رد يې نه کړئ.</p> <p>پرته لدې چې تاسو پورته "نه" انتخاب کړئ، تاسو ممکن د رايې ورکونکو په اتومات ډول د ثبتولو لپاره وړ اوسئ. تاسو د رايه ورکونکو په اتومات ډول د نوم ليکنې لپاره وړ ياست که چيرې تاسو په راتلونکو ټاکنو کې لږ تر لږه 18 کلن اوسئ، تاسو د متحده ايالاتو تبعه اوسئ، او DSHS ستاسو نوم، د استوگنې ځای او برېښنالیک پته، د زيږون نېټه، د تابعيت د تصديق معلومات لري، او ستاسو لاسليک په دې غوښتنليک کې د چمتو شويو معلوماتو ريښتيا تصديق کوي.</p> <p>ايا تاسو غواړئ په اتومات ډول د رايې ورکولو لپاره ثبت کړی شئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p> <p>که تاسو د "هو" په نېټه شوي بکس انتخاب کړی وي يا مو هيڅ يو بکس انتخاب کړی نه وي او تاسو د رايه ورکونکو د نوم ليکنې د وړتيا اړتياوي پوره کوئ، DSHS به ستاسو معلومات د بهرنيو چارو وزير دفتر ته واستوي او تاسو به په اتومات ډول د رايې ورکولو لپاره ثبت کړی شئ.</p>		
<b>اعلاميه او لاسليکونه (د خپل غوښتنليک بشپړولو لپاره لاندې لاسليک وکړئ).</b>		
<p>زه پوهېږم چې زه بايد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>سم معلومات ورکړم او د راپور ورکولو اړتياوي تعقيب کړم.</li> <li>ثبوت وړاندې کړم چې زه وړ يم.</li> <li>د Washington ايالت ته د ماشوم د ملاتړ لپاره ځانگړي حقونه وټاکم کله چې زه د Temporary Assistance for Needy Families (ارمنو کورنيو لپاره لنډمهاله مرسته، TANF) ترلاسه کړم. په هر صورت، زه کولی شم د DSHS څخه وغواړم چې د ماشوم ملاتړ تعقيب نکړي که چيرې دا زما يا زما ماشومان له خطر سره مخامخ کوي.</li> <li>د خوراكي توکو مرستو کاري اړتياو سره همکاري وکړم.</li> </ul> <p>که زه دا کارونه ونه کړم، کيدای شي زه له گټو څخه محروم شم يا يې بيرته تاديه کړم.</p> <p>زه پوهېږم که زه په قصدي ډول غلط بيان وکړم يا د هغه څه راپور ورکولو کې پاتې راشم چې بايد په اړه يې راپور ورکړم زه به په جرمي توگه محاکمه شم.</p> <p>زه DSHS ته اجازه ورکوم چې د اړتيا په وخت کې د نورو اشخاصو يا ادارو سره اړيکه ونيسي ترڅو ما سره د دې ثبوت په ترلاسه کولو کې مرسته وکړي چې زه وړ يم.</p> <p>د نغدو پيسو او خوارو لپاره: ما خپل حقونه او مسؤليتونه لوستلي او يا يې راته تشرېح کړي شوي دي او د مراجعينو د حقونو او مسؤليتونو يوه کاپي مې هم ترلاسه کړې ده، DSHS 14-113. د روغتيا پاملرنې پوښښ لپاره، ما خپل حقونه او مسؤليتونه لوستلي يا يې تشرېح کړي او د مراجعينو د حقونو او مسؤليتونو، HCA 18-003 يوه کاپي مې ترلاسه کړې.</p> <p>زه د Washington ايالت د قوانينو له مخې د دروغو د جزا له مخې تصديق يا اعلان کوم چې هغه معلومات چې ما په دې غوښتنليک کې ورکړي دي، په شمول د هغو غړو د تابعيت او اجنبي حالت په اړه معلومات چې د گټو لپاره غوښتنه کوي، ريښتيا او سم دي.</p> <p>که چيرې د نغدو مرستو لپاره غوښتنه کوي، په کورنۍ کې ټول لويان (يا مجاز استازي) بايد لاسليک يې کړي.</p> <p>د روغتيا پاملرنې پوښښ لپاره، غوښتونکي (يا مجاز استازي بايد لاسليک کړي).</p> <p>د خوراكي توکو د مرستې لپاره، دواړه غوښتونکي او مجاز استازي بايد لاسليک کړي پرته لدې چې په دوسيه کې د اوسني مجاز استازي سند شتون ولري.</p>		
د غوښتونکي لاسليک (ارين)	نېټه	د غوښتونکي چاپ شوی نوم
د بل بالغ غوښتونکي لاسليک	نېټه	د نورو لويانو چاپ شوی نوم
د مرستندويه يا استازي لاسليک	نېټه	د نماينده چاپ شوی نوم
د شاهد لاسليک که چيرې د "X" پواسطه لاسليک شوی وي	نېټه	د شاهد چاپ شوی نوم