

بازبینی واجدیت شرایط

Eligibility Review

اگر در خواندن یا خانه پری این فورم به کمک نیاز دارید، لطفاً از ما کمک بخواهید.

این صفحه را برای سوابق خود نگه دارید.

چگونه برای کمک نقدی یا غذایی درخواست دهم؟

- شما می توانید با تسلیم دادن این بازبینی به دفتر خدمات مجتمع روند را شروع کنید. این درخواست باید شامل نام، آدرس و امضای شما یا امضای نماینده با صلاحیت شما باشد. حتی اگر فقط شامل این سه مورد باشد، اکنون می توانید بازبینی خود را ثبت کنید.
- در صورتیکه بازبینی خود را تکمیل کنید و در اسرع وقت به ما اطلاع دهید، امتیازهای بیشتری یا آنها را زودتر دریافت خواهید کرد.
- می توانید بازبینی خود را به یک دفتر محلی ببرید یا به شماره 1-888-338-7410 فکس کنید. برای مکان ها به www.dshs.wa.gov مراجعه کنید.
- نظر خود را به یکی از موارد زیر ارسال کنید:

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

- می توانید این بررسی را به صورت آنلاین در www.washingtonconnection.org خانه پری کنید
- این فورم بازبینی واجد شرایط بودن را فقط می توان برای تمدید پوشش برنامه های صحتی اپل واشنگتن فهرست شده در این فورم استفاده کرد. برای سایر پوشش های مراقبت های صحتی، باید به صورت آنلاین در www.wahealthplanfinder.org، با تماس با شماره 1-855-923-4633 یا با استفاده از HCA Application for Health Care Coverage (HCA 18-001) درخواست دهید.

چه مدت می توانم برای غذا و پول نقد کمک دریافت کنم؟

- اگر فوراً به کمک غذایی نیاز دارید، سوالات 1 تا 14 را خانه پری کنید و این فورم را به دفتر محلی خود ببرید. اگر مدرک هویت خود را نشان دهید و قوانین واجد شرایط بودن را رعایت کنید، ما مشخص می سازیم که آیا در 7 روز واجد شرایط دریافت کمک غذایی هستید یا خیر.
- ما امتیازات را تا روز بعد از اینکه به این نتیجه رسیدیم که واجد شرایط هستید صادر می کنیم.
- کمک های غذایی معمولاً از روزی که درخواست شما را دریافت می کنیم شروع می شود.
- کمک نقدی معمولاً از روزی شروع می شود که ما همه معلومات را داشته باشیم تا تصمیم بگیریم شما واجد شرایط هستید.
- ما باید ظرف 30 روز از تاریخی که درخواست خود را ارسال می کنید، تصمیم بگیریم که آیا شما واجد شرایط کمک غذایی هستید یا خیر.
- در صورتیکه درخواست خود را از یک موسسه ارسال می کنید، تاریخ شروع، تاریخ صرف نظر شدن یا مرخصی شما است.

در صورتیکه به مساعدت غذایی و پروگرام های دیگر درخواست می دهید:

ما باید قوانین SNAP را برای رسیدگی به درخواست شما رعایت کنیم. این شامل رسیدگی درخواست در محدوده زمانی، صدور اخطارهای مناسب و اطلاع رسانی به شما در مورد حقوق اداری است. ما نمی توانیم کمک غذایی شما را فقط به این دلیل که درخواست شما برای سایر برنامه های کمکی رد شده است، رد کنیم.

حقوق مدنی

مطابق با قانون فدرال حقوق مدنی و مقررات و سیاست های حقوق مدنی وزارت زراعت ایالات متحده (USDA)، این مؤسسه از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشأ ملی، مذهب، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، اعتقادات مذهبی، معلولیت، سن، باورهای سیاسی، یا تلافی یا انتقام بخاطر فعالیت گذشته حقوق مدنی، منع شده است.

معلومات برنامه به زبان هایی غیر از انگلیسی در دسترس خواهد بود. افراد دارای معلولیت که برای معلومات برنامه به وسایل ارتباطی جایگزین نیاز دارند (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی و غیره) باید با آژانس مسوول (ایالتی یا محلی) که در آن درخواست کمک هزینه ها را کرده اند تماس بگیرند. افرادی که ناشنوا، کم شنوا یا دارای ناتوانی در گفتار هستند، می توانند از طریق خدمات رله فدرال به شماره (800) 877-8339 با USDA تماس بگیرند.

برای ثبت شکایت تبعیض در برنامه، شاکی باید فورم شکایت تبعیض برنامه USDA AD-3027 را خانه پری کند که می توانید به صورت آنلاین در آدرس:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>

شماره تلفون شاکی و شرح کتبی از اقدام تبعیض آمیز مورد ادعا با جزئیات کافی برای اطلاع معاون وزیر حقوق مدنی (ASCR) در مورد ماهیت و تاریخ نقض ادعایی حقوق مدنی باشد:

1. پُست: Food and Nutrition Services, USDA

1320 Braddock Place, Room 334

Alexandria VA 22314

2. فکس: (833) 256-1665 یا (202) 690-7442

3. ایمیل: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

USDA یک فراهم کننده فرصت های برابر است.

وضعیت مهاجرت و شماره تأمین اجتماعی

برای برخی از افرادی که با آنها زندگی می کنید کمک دریافت خواهید کرد، حتی اگر دیگری که با آنها زندگی می کنید به دلیل وضعیت مهاجرت آنها نتوانند کمک دریافت کنند. شما باید وضعیت مهاجرت هر کسی که درخواست می کند را به ما بگویید. وضعیت مهاجرت اعضای خانواده توسط USCIS (که قبلاً INS نامیده می شد) تأیید خواهد شد. معلومات دریافتی از USCIS بر واجد شرایط بودن و میزان کمک هزینه ها تأثیر خواهد گذاشت. ما پوشش مراقبت های صحتی داریم که برخی از اجنبی ها را پوشش خواهد داد.

بر اساس قانون فدرال (42 CFR § 435.910، 45 CFR §205.52، 7 CFR §273.6)، شما باید شماره تأمین اجتماعی (SSN) را برای هر کسی که با وی زندگی می کنید و برای واشنگتن Apple Health درخواست می کند، به ما بدهید. TANF یا مساعدت غذایی. همچنین به SSN های والدین و همسرانی که با شما زندگی می کنند اما درخواست نمی کنند نیاز خواهیم داشت. ما برای برخی از افرادی که SSN ندارند، پوشش مراقبت های صحتی داریم.

شهروندی و هویت برای صحت اپل واشنگتن (Washington Apple Health)

شهروندان ایالات متحده باید تابعیت و هویت خود را برای دریافت Washington Apple Health ثابت کنند. ما می توانیم به شما کمک کنیم تا مدرک را بدست آورید. اگر به سندی نیاز داشته باشیم که برای شما هزینه داشته باشد، آن را ارسال می کنیم و هزینه را پرداخت می کنیم. ما برای هیچ فردی در خانواده شما که بر اساس معلولیت خود یا درآمد تضمینی تکمیلی (Medicare (SSI)، بیمه معلولیت تأمین اجتماعی (SSDI) دریافت می کند، به مدرک نیاز نداریم.

بازپرداخت دولت برای مراقبت های طبی و طولانی مدت

بر اساس قانون بازیابی املاک ایالت واشنگتن (Washington State Estate Recovery) (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080)، املاک شما نیاز به بازپرداخت هزینه هایی خواهد داشت که ایالت برای انواع خاصی از خدمات طبی و بلندمدت و حمایت هایی که دریافت کرده اید پس از بالا رفتن سن شما به 55 سالگی پرداخت می کند. اگر خدمات تمویل شده فقط توسط دولت را دریافت کرده اید محدودیت سنی وجود ندارد. بازیابی املاک پس از مرگ شما شروع می شود. پرداخت پس از مرگ همسر بازمانده شما، یا زمانی که فرزند (فرزندان) شما 21 ساله می شود، پرداخت می شود، مگر اینکه طفل در زمان مرگ شما نابینا/معلول بوده باشد. اگر در خانه سالمندان زندگی می کنید و احتمال این وجود نداشته باشد که به خانه بازگردید، دولت می تواند در هر سنی که هستید، حق حبس قبل از فوت را برای اموال واقعی شما ثبت کند. در صورت فروش یا انتقال ملک یا پس از مرگ، دولت می تواند از این حق حبس وصول کند. اگر به خانه برگردید، دولت حق حبس را حذف می کند. برای معلومات بیشتر، از جمله فهرستی از خدمات مشمول بازیابی املاک، به فصل WAC 182-527 مراجعه کنید.

حریم خصوصی و مساعدت نقدی و غذایی شما

قانون غذا و تغذیه سال 2008 به ما امکان می دهد معلوماتی را که در برنامه درخواست می کنیم جمع آوری نماییم. ارائه معلومات درخواستی داوطلبانه است، اما عدم ارائه معلومات بدون دلیل موجه می تواند منجر به رد کمک هزینه های Basic Food شود. برخی از معلومات را با برنامه های سازگاری کمپیوتری، از جمله سیستم تأیید درآمد و واجد شرایط بودن فدرال (IEVS) تأیید می کنیم.

ما این معلومات را به مراجع ذیل خواهیم داد:	ما این معلومات را استفاده می کنیم تا:
<ul style="list-style-type: none">• ادارات فدرال و ایالتی برای استفاده رسمی.• سازمان های مجری قانون افرادی را که برای فرار از قانون در حال فرار هستند تعقیب می کنند.• آژانس های جمع آوری خصوصی برای جمع آوری اضافه پرداخت کمک های غذایی.	<ul style="list-style-type: none">• مشخص سازیم که چه کسی واجد شرایط برنامه های ما است.• اضافه پرداخت مساعدت های غذایی را جمع آوری کنیم.• برنامه های مان را مدیریت کنیم.• از رعایت کردن قانون خود را مطمئن سازیم.
معلومات گزارش شده به بخش خدمات اجتماعی و صحتی بر واجد شرایط بودن پوشش مراقبت های صحتی تحت مدیریت مرجع مراقبت های صحتی و ارسال کمک هزینه های صحتی تأثیر خواهد گذاشت.	
هشدار مجازات مساعدت صحتی	
ما با آژانس های دیگر بررسی می کنیم که درست بودن معلومات شما را بررسی می کنیم. اگر هر گونه معلومات نادرست باشد، افرادی که درخواست می کنند کمک غذایی را دریافت نخواهند کرد.	
هر عضوی که عمداً هر یک از قوانین را نقض کند:	
<ul style="list-style-type: none">• طبق سایر قوانین فدرال و ایالتی قابل اجرا، می تواند تابع پیگرد قانونی قرار گیرد.• محرومیت از SNAP از یک سال تا دائم.• جریمه تا 250000 دالر.• حبس تا 20 سال.• در صورت حکم محکمه، 18 ماه دیگر از SNAP محروم خواهند شد.	
در صورتیکه محکمه شما را مجرم بداند:	
شما:	
<ul style="list-style-type: none">• فروش یک ماده کنترل شده محرومیت از دو سال تا دائم.• فروش اسلحه گرم، مهمات، یا مواد منفجره محرومیت دائم.• کمک هزینه های قاچاق بیش از 500 دالر مجموعاً محرومیت دائم.• تقلب در اقامت یا هویت محرومیت برای 10 سال.	

بازبینی واجدیت شرایط

Eligibility Review

در صورتیکه در خانه پری این فورم به کمک نیاز داشته باشید، به ما بگویید.

2. شماره هویت متقاضی (در صورتیکه معلوم باشد)		امضای متقاضی یا نماینده با صلاحیت (الزامی)		1. نام حروف اول نام وسطی تخلص			
4. شماره تلفون اصلی موبایل <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> پیام <input type="checkbox"/>		ایالت <input type="checkbox"/> کود پستی <input type="checkbox"/>		شهر <input type="checkbox"/>		3. آدرس سرک که در آن زندگی می کنید	
6. شماره (های) تلفون ثانوی موبایل <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> پیام <input type="checkbox"/>		ایالت <input type="checkbox"/> کود پستی <input type="checkbox"/>		شهر <input type="checkbox"/>		5. آدرس پستی (در صورتیکه مختلف باشد)	
7. آدرس ایمیل		8. من درخواست می کنم برای (همه مواردی که مطابقت می کنند را نشانی کنید):					
		<input type="checkbox"/> زندگی کمکی/خانه خانواده بزرگسالان		<input type="checkbox"/> پول نقد			
		<input type="checkbox"/> خدمات مراقبت طولانی مدت در منزل		<input type="checkbox"/> غذا			
		<input type="checkbox"/> مراکز مراقبت W		<input type="checkbox"/> پروگرام پس انداز Medicare			
		<input type="checkbox"/> مراقبت صحتی/کارگران دارای معلولیت (HWD)		<input type="checkbox"/> آسایشگاه			
				<input type="checkbox"/> پوشش مراقبت های صحتی برای افراد مسن، نابینا یا معلول			
				<input type="checkbox"/> پشتیبانی مناسب برای خدمات بزرگسالان مسن			
		9. من یا شخصی در خانواده ام (تمام موارد قابل تطبیق را نشانی کنید): <input type="checkbox"/> در وضعیت خشونت خانوادگی قرار داریم					
		<input type="checkbox"/> معلولیتی داریم <input type="checkbox"/> به دلیل مشکلات صحتی کار کرده نمی توانیم					
		<input type="checkbox"/> حامله هستیم؛ نام: _____ تاریخ موعد: _____					
		10. انتظار دارید خانواده شما در این ماه چقدر پول دریافت کند؟ \$ _____					
		11. خانواده شما چقدر پول نقد و حساب بانکی دارد؟ \$ _____					
		12. خانواده شما چقدر برای کرایه یا گرو می پردازد؟ \$ _____					
		13. خانه شما برای چه خدماتی هزینه می کند؟ <input type="checkbox"/> گرمایش/سردی <input type="checkbox"/> تلفون <input type="checkbox"/> دیگر: _____					
		14. آیا کسی در خانواده شما کارگر فصلی یا مهاجر در مزرعه است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر					
		15. در صورت درخواست کمک غذایی، برای چند نفر در خانواده خود غذا می خرید و تهیه می کنید؟ _____					
تنها برای استفاده رسمی - خانواده واجد شرایط برای خدمات تسریع شده: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر حروف اول نام شخص تحت ارزیابی: _____ تاریخ: _____							
16. <input type="checkbox"/> من نیاز به یک ترجمان دارم. من به زبان: _____ یا <input type="checkbox"/> اشاری صحبت می کنم؛ حروف من را به: _____ ترجمه کنید							
17. همه افراد خانواده خود را حتی اگر برای آنها درخواست نمی کنید فهرست کنید (در صورت لزوم اوراق اضافی را ضمیمه کنید).							
اختیاری برای افرادی که متقاضی نیستند				در صورتیکه به این شخص کمک هزینه ها را می خواهید، نشانی کنید			
نام قبیله (برای هندی های امریکایی، مردم بومی آلاسکا)	نژاد (نمونه ها را در ذیل ببینید)	شهروند امریکا هستید نشانی کنید	شماره تأمین اجتماعی	تاریخ تولد	این شخص با شما چه قرابتی دارد؟	جنسیت	نام (اول، وسط، تخلص)
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	من خودم		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			



18. پس زمینه قومی من هسپانیایی یا لاتینی است: بلی نخیر

معلومات نژادی و قومی داوطلبانه است و بر واجد شرایط بودن یا میزان کمک هزینه ها تأثیری نخواهد داشت. این معلومات برای اطمینان از توزیع کمک هزینه های برنامه بدون در نظر داشت نژاد، رنگ یا منشأ ملی استفاده می شود. برای کمک غذایی، USDA از ما می خواهد که در صورت عدم ارائه معلومات به جای شما پاسخ دهیم. **نمونه های نژاد:** سفید، سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی، آسیایی، بومی هاوایی، جزیره نشین اقیانوس آرام، سرخپوست آمریکایی، بومی آلاسکا یا هر ترکیبی از نژادها.

I. معلومات عمومی

1. در 30 روز گذشته، من پول نقد و غذا از ایالت، قبیله دیگر یا منبع دیگر دریافت کردم. بلی نخیر
2. شخصی که برای وی درخواست می دهم خارج از ایالت و اشنگتن زندگی می کند: بلی نخیر کی: _____
3. من یا شخصی که در خانواده من زندگی می کند یک اجنبی تمویل شده است: بلی نخیر کی: _____
4. من یا شخصی که در خانواده ام زندگی می کند 16 ساله یا بزرگتر بوده و در (تمام موارد قابل تطبیق را نشانی کنید): لیسه عالی یک برنامه معادل لیسه عالی کالج مکتب تجارتي کی: _____
5. شخصی که بصورت مؤقت خارج از خانه من است: بلی نخیر کی: _____
6. من یا شخصی که در خانه من است در نیروهای مسلح، گارد ملی یا نیروهای ذخیره ایالات متحده خدمت کرده است یا وابسته یا همسر کسی بوده است که خدمت کرده است: بلی نخیر اگر بلی، کی: _____
7. من یا شخصی که برای او درخواست می کنم از قانون فرار می کند تا از رفتن به محکمه یا زندان بخاطر یک جرم جنایتکارانه جلوگیری کند: بلی نخیر
8. من زندگی می کنم در: خانه یا اپارتمان خودم خانه گروهی دیگر: _____
 جای (نوعیت را بنویسید): _____ تاریخ ورود: _____
9. من: مجرد متأهل طلاق شده جدا شده بیوه در یک رابطه داخلی ثبت شده هستم
10. من یا شخصی که در خانه من است محکوم به تجارت مساعدت غذایی در بدل مواد پس از 22 سپتمبر 1996 بود: بلی نخیر
11. من یا شخصی که در خانه من است محکوم به خرید و فروش مساعدت غذایی بیش از \$5000 پس از 22 سپتمبر 1996 بود: بلی نخیر
12. من یا شخصی که در خانه من است محکوم به تجارت مساعدت غذایی در برابر سلاح، مهمات یا مواد انفجاری پس از 22 سپتمبر 1996 بود: بلی نخیر
13. من یا شخصی که در خانه من است محکوم به دریافت مساعدت غذایی در بیشتر از یک ایالت پس از 22 سپتمبر 1996 بود: بلی نخیر
14. من یا شخصی که در خانه من است: الف. در اعتصاب قرار دارد: بلی نخیر ب. مرزنشین است: بلی نخیر
15. من یا شخصی که در خانواده من است در قرعه کشی یا قمار \$4250 برنده شده است: بلی نخیر
 اگر بلی، کی: _____ تاریخ دریافت: _____
 مبلغ (مبلغ دالری قبل از مالیات): _____

II. معلومات بیمه صحتی (برای غذای اصلی لازم نیست)

من، همسر من، یا شخصی در خانواده من:

1. برای ورود به یک مرکز صحتی (مانند شفاخانه یا خانه سالمندان) تصمیم داریم، در آن هستیم، یا اخیراً از آن خارج شده ایم.... بلی نخیر
2. در مورد صورتحساب های صحتی پرداخت نشده برای هر یک از سه ماه گذشته به کمک نیاز داریم..... بلی نخیر
3. بیمه صحتی داریم: بلی نخیر (تمام موارد قابل تطبیق را نشانی کنید): Medicare (نه Washington Apple Health) خدمات صحتی هندی بیمه مراقبت دراز مدت بیمه صحتی دیگر:

III. منابع (مدرك را ضمیمه کنید؛ برای HWD یا Basic Food نیاز نیست)

منبع هر چیزی است که شما مالک آن هستید یا می خرید که می تواند فروخته شود، معامله شود یا به پول نقد یا پولی که در اختیار دیگران است تبدیل شود. یک منبع شامل دارایی شخصی مانند فرنیچر یا لباس نمی شود. نمونه هایی از منابع عبارتند از:

- | | | | |
|---------------------|-------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| • پول نقد | • سپرده ها | • CDs | • پول دفن، طرح های پیش پرداخت |
| • حساب های چک | • IRA/401k | • حساب های بازار پول | • تجهیزات تجاری |
| • حساب های پس انداز | • خانه ها، زمین یا ساختمان ها | • اوراق قرضه | • مالداری |
| • تمویل های کالج | • پول بازنشستگی | • بیمه عمر | |

نام متقاضی	شماره تأمین اجتماعی	شماره هویت متقاضی
------------	---------------------	-------------------

III. منابع (مدرک را ضمیمه کنید؛ برای HWD یا Basic Food نیاز نیست) (ادامه)

لطفاً منابعی را که شما، همسران یا هرکسی که برای آن درخواست می کنید، مالک هستید یا می خرید، فهرست کنید:

منبع	چه کسی مالک است	موقعیت	مقدار
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

2. من، همسر یا شخصی که برایش درخواست می دهم، موتر، موتر باربری، واگن، قایق، RVs، تریلر یا سایر وسایل نقلیه ماشینی داریم:

سال (مثلاً 1980)	تولید (مثلاً فور)	مدل (مثلاً اسکورت)	در صورتیکه کرایه باشد نشانی کنید	در صورتیکه واسطه نقلیه به هدف صحی استفاده شده باشد نشانی کنید	مبلغ قرض گرفته شده
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. من، همسر یا شخصی که برای او درخواست می کنم، در پنج سال گذشته منبعی را فروخته، معامله کرده، هدیه داده یا منتقل کرده ایم (از جمله سپرده ها، وسایل نقلیه، پول نقد یا ملکیت های زندگی): بلی نخیر
اگر بلی، چه: _____ چه وقت: _____

IV. مستمری (سرمایه گذاری هایی که توسط هر یک از اعضای خانواده برای دریافت پرداخت های منظم در حال حاضر یا در آینده انجام می شود.)

چه کسی مالک سالیانه است؟	شرکت یا نهاد؟	مبلغ یا مقدار	درآمد ماهانه	تاریخ خرید
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

اگر شما یا همسران به یک سالیانه علاقه دارید و مراقبت طولانی مدت Apple Health، مربوط به SSI یا پوشش CN را می پذیرید، باید ایالت واشنگتن را به عنوان ذینفع باقی مانده سالیانه نام ببرید.

V. درآمد کسب شده (مدرک را ضمیمه کنید)

1. من، همسر یا شخصی که برایش درخواست می کنم، شغلی داشته ایم که در 30 روز گذشته به پایان رسیده است: بلی نخیر
2. من، همسر یا شخصی که برایش درخواست می کنم درآمد حاصل از کار دارم: بلی نخیر اگر بلی، لطفاً این بخش را خانه پری کنید:

<p>چه کسی این درآمد را کسب می کند</p> <p>نام و شماره تلفون کارفرما</p> <p>تاریخ آغاز</p> <p>آیا این کار آزاد است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p> <p>مبلغ هزینه های کار آزاد ماهانه: \$ _____</p>	<p>مبلغ ناخالص دریافتی (مبلغ دالر قبل از کسر)</p> <p>\$ _____ هر: <input type="checkbox"/> ساعت <input type="checkbox"/> هفته</p> <p><input type="checkbox"/> دو هفته <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماه</p> <p>ساعت در هفته: _____</p> <p>تاریخ های تأدیه (مثلاً 1 و 15 یا هر جمعه): _____</p>
<p>چه کسی این درآمد را کسب می کند</p> <p>نام و شماره تلفون کارفرما</p> <p>تاریخ آغاز</p> <p>آیا این کار آزاد است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p> <p>مبلغ هزینه های کار آزاد ماهانه: \$ _____</p>	<p>مبلغ ناخالص دریافتی (مبلغ دالر قبل از کسر)</p> <p>\$ _____ هر: <input type="checkbox"/> ساعت <input type="checkbox"/> هفته</p> <p><input type="checkbox"/> دو هفته <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماه</p> <p>ساعت در هفته: _____</p> <p>تاریخ های تأدیه (مثلاً 1 و 15 یا هر جمعه): _____</p>

نام متقاضی	شماره تأمین اجتماعی	شماره هویت متقاضی			
VI. درآمدهای دیگر (مدرک، گزارش برای همه اعضای خانواده را ضمیمه کنید)					
<ul style="list-style-type: none"> کمک هزینه های بیکاری درآمد تأمین اجتماعی درآمد قبيله ای درآمد بازی کمک هزینه های آموزشی (قرضه های تحصیلی، کمک های مالی، کار - تحصیل) 	<ul style="list-style-type: none"> درآمد تضمینی تکمیلی (SSI) حمایت از کودک یا نگهداری از همسر کمک هزینه های راه آهن درآمد کرایه 	<ul style="list-style-type: none"> بازنشستگی یا تقاعد کمک هزینه های مدیریت کهنه سرباز (VA) یا نظامی کار و صنایع (L&I) سپرده ها سود/سود سهام 			
نوع درآمد کسب نشده	چه کسی درآمد کسب می کند؟	مبلغ ناخالص ماهانه			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
VII. مصارف ماهانه					
کرایه	گرو	کرایه جا	بیمه صاحب خانه	مالیات ملکیت	هزینه های دیگر
\$	\$	\$	\$	\$	\$
خانواده شما برای چه خدماتی به طور جداگانه از کرایه یا گرو پرداخت می کند؟					
<input type="checkbox"/> گرما (برق/گاز) <input type="checkbox"/> برق (نه گرما) <input type="checkbox"/> آب <input type="checkbox"/> خانه/تلفون همراه <input type="checkbox"/> فاضلاب <input type="checkbox"/> زباله					
شخص یا آژانس دیگری، مانند مسکن کمکی دولت، به من کمک می کند تمام یا بخشی از این هزینه ها را پردازم: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر					
اگر بلی، چه کسی: _____ چه هزینه ای: _____ مبلغی که پرداخت می کند: \$ _____					
<input type="checkbox"/> من در 12 ماه گذشته یک پرداخت با قانون کمک به انرژی خانه با درآمد کم (LIHEAA) دریافت کردم.					
من، همسر، یا یکی از اعضای خانواده ام پرداخت می کنیم یا قرار است پردازیم (همه موارد قابل تطبیق را نشانی کنید):					
<input type="checkbox"/> مراقبت از کودک یا بزرگسال (شامل هزینه حمل و نقل)		مبلغ ماهانه: \$		چه کسی پرداخت می کند:	
<input type="checkbox"/> صورتحساب های طبی برای افراد دارای معلولیت یا سن 60 + (شامل هزینه حمل و نقل و حق بیمه صحی)		مبلغ ماهانه: \$		چه کسی پرداخت می کند:	
<input type="checkbox"/> حمایت از کودک (مدرک را ضمیمه کنید)		مبلغ ماهانه: \$		چه کسی پرداخت می کند:	
اگر هیچ یک از هزینه های ذکر شده در بالا را گزارش نکنید، ما این را به عنوان بیانیه ای از طرف خانواده شما در نظر می گیریم که نمی خواهید برای این هزینه کسر دریافت کنید.					
VIII. نماینده با صلاحیت					
یک نماینده با صلاحیت شخصی است که به DSHS اجازه می دهد در مورد کمک هزینه های شما با او صحبت کند. شما می توانید نام شخصی را نام ببرید، اما مجبور نیستید. آیا نماینده با صلاحیت دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر					
آیا این شخص سرپرست قانونی شماست؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر					
آیا این شخص دارای صلاحیت وکالت است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر					
اگر در حال تمدید پوشش مراقبت های صحی خود هستید، ممکن لازم باشد فورم نماینده با صلاحیت (DSHS 14-532) را خانه پری کنید.					
نام	قربانیت	شماره تلفون			
آدرس پستی	شهر	ایالت	کود پستی		
مجوز برای تأیید دارایی					
فقط برای برنامه های Medicaid سالمندان، نابینایان یا معلولان Apple Health.					
می دانم معلوماتی که برای درخواست یا تمدید کمک ارائه می دهم، توسط مقامات فدرال و ایالتی تأیید می شود تا درستی آن مشخص گردد. من به سازمان مراقبت صحی ایالت واشنگتن (HCA) و ریاست خدمات اجتماعی و صحی (DSHS) اجازه می دهم تا تأیید دارایی را برای تعیین صلاحیت من و تأیید صحت معلومات مالی من انجام دهند. من می دانم که HCA و DSHS ممکن به عنوان بخشی از فرآیند تأیید دارایی، هر مؤسسه مالی، آژانس ایالتی یا فدرال، یا دیتابیس خصوصی را بررسی کرده و با آنها تماس بگیرند. می دانم این مجوز زمانی پایان می یابد که تصمیم نامطلوب نهایی در مورد درخواست من گرفته شود، واجد شرایط بودن من برای کمک هزینه به پایان برسد، یا اگر در هر زمانی با ارائه HCA یا DSHS به همراه اخطار کتبی، این مجوز را لغو کنم. در صورتیکه مجوز را لغو کنم یا از ارائه آن خودداری نمایم، می دانم که واجد شرایط هیچ یک از برنامه های Medicaid سالمندان، نابینایان یا معلولان Washington Apple Health نخواهم بود.					

شماره هویت متقاضی	شماره تأمین اجتماعی	نام متقاضی
ثبت رای دهنده		
<p>این ریاست خدمات ثبت نام رای دهندگان از جمله ثبت نام خودکار رای دهندگان را ارائه می دهد. درخواست برای ثبت نام یا امتناع از ثبت نام برای رای دادن بر خدمات یا میزان کمک هزینه های که ممکن است از این آژانس دریافت کنید تأثیری نخواهد داشت. اگر برای خانه پری فورم ثبت نام رای دهندگان کمک می خواهید، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم گیری در مورد درخواست یا پذیرش کمک با شماست. می توانید فورم ثبت نام رای دهندگان را به صورت خصوصی خانه پری کنید. اگر فکر می کنید که شخصی در حق ثبت نام یا امتناع از ثبت نام برای رای دادن، حق حریم خصوصی شما در تصمیم گیری برای ثبت نام یا درخواست ثبت نام برای رای دادن، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی خود یا سایر اولویت های سیاسی شما دخالت کرده است، می توانید شکایت خود را به: صندوق پستی 40229 Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881) ارسال کنید.</p>		
<p>آیا می خواهید برای رای دادن ثبت نام کنید یا ثبت نام رای دهنده خود را به روز کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>		
<p>اگر هیچ کدام از خانه خالی ها را نشانی نکنید، چنین تصور می کنیم که تصمیم گرفته اید در این زمان برای رای دادن ثبت نام نکنید، مگر اینکه واجد شرایط ثبت نام خودکار رای دهندگان باشید و آن را رد نکنید.</p>		
<p>اگر در بالا "نخیر" را نشانی کرده باشید، واجد شرایط ثبت نام خودکار رای دهندگان خواهید بود. اگر تا انتخابات بعدی حداقل 18 سال سن داشته باشید، شهروند ایالات متحده آمریکا باشید، و DSHS نام، آدرس سکونت و پستی، تاریخ تولد، تأیید شهروندی شما را داشته باشد، واجد شرایط ثبت نام خودکار رای دهندگان هستید. معلومات و امضای شما که صحت معلومات ارائه شده در این برنامه را تأیید می کند.</p>		
<p>آیا می خواهید به طور خودکار برای رای دادن ثبت نام کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>		
<p>اگر خانه خالی مشخص شده "بلی" را نشانی کرده باشید، یا هیچ کدام از این خانه خالی ها را نشانی نکنید و الزامات واجد شرایط بودن ثبت نام خودکار رای دهندگان را داشته باشید، DSHS معلومات شما را به دفتر وزیر امور خارجه ارسال می کند و شما به صورت خودکار برای رای دادن ثبت نام می شوید.</p>		
اظهاریه و امضاها		
<p>برای پول نقد، همه بزرگسالان (یا نمایندگان با صلاحیت) در خانه باید امضا کنند.</p> <p>برای کمک های غذایی یا پوشش مراقبت های صحی، متقاضی (یا نماینده با صلاحیت) باید امضا کند.</p> <p>می دانم که باید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • معلومات درست را ارائه کرده و الزامات گزارش را رعایت کنم. • مدرکی مبنی بر این که واجد شرایط هستم، ارائه کنم. • هنگامی که من کمک مؤقت برای خانواده های نیازمند (TANF) را دریافت می کنم، حقوق خاصی را برای حمایت از کودکان به ایالت واشنگتن اختصاص دهم. با این حال، می توانم از DSHS بخواهم در صورتی که من یا فرزندانم را به خطر می اندازد، حمایت از کودک را پیگیری نکند. • با الزامات کاری مساعدت غذایی همکاری کنم. <p>اگر این کارها را انجام ندهم، از کمک هزینه های آن محروم شده یا مجبور به بازپرداخت آنها خواهم شد.</p> <p>می دانم که در صورتیکه عمداً اظهارات نادرستی بدهم یا چیزی را که باید گزارش کنم گزارش نکنم، می توانم تحت تعقیب کیفری قرار بگیرم.</p> <p>من به DSHS اجازه می دهم در صورت لزوم با افراد یا آژانس های دیگر تماس بگیرم تا به من در دریافت مدرکی مبنی بر واجد شرایط بودن کمک کند.</p> <p>برای پول نقد و غذا، حقوق و مسؤولیت های خود را خوانده یا برابم توضیح داده ام و نسخه ای از حقوق و مسؤولیت های متقاضی، DSHS 14-113 را دریافت کرده ام. برای پوشش مراقبت های صحی، حقوق و مسؤولیت های خود را خوانده ام یا برابم توضیح داده شده است و نسخه ای از حقوق و مسؤولیت های متقاضی، HCA 18-003 را دریافت کرده ام. من تصدیق می کنم یا با در نظر داشت مجازات شهادت دروغ طبق قوانین ایالت واشنگتن اعلام می کنم که معلوماتی که در این درخواست دادم، از جمله معلومات مربوط به تابعیت و وضعیت بیگانه اعضای متقاضی کمک هزینه، صحت و درست است.</p>		
شهر و ایالتی که در آن امضا شده	تاریخ	نام متقاضی به حروف بزرگ
شهر و ایالتی که در آن امضا شده	تاریخ	نام شخص بزرگسال دیگر به حروف بزرگ
امضای کمک کننده یا نماینده	تاریخ	نام نماینده به حروف بزرگ
شهر و ایالتی که در آن امضا شده	تاریخ	نام شاهد به حروف بزرگ