

ਯੋਗਤਾ ਸਮੀਖਿਆ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਜਾਂ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਡੇ ਤੋਂ ਮਦਦ ਮੰਗੋ।

ਇਸ ਪੰਨੇ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਰੱਖੋ।

ਮੈਂ ਨਕਦ ਜਾਂ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਕਿਵੇਂ ਦੇਵਾਂ?

- ਤੁਸੀਂ community services office ਵਿੱਚ ਇਸ ਸਮੀਖਿਆ ਨੂੰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਕੇ ਹੁਣ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ, ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਹੁਣੇ ਆਪਣੀ ਸਮੀਖਿਆ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਭਾਵੇਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸਿਰਫ਼ ਇਹ ਤਿੰਨ ਆਈਟਮਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇ ਕੇ, ਪੰਨੇ ਸੱਤ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਜਿੰਨੀ ਜਲਦੀ ਹੋ ਸਕੇ ਸਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮੰਗੀ ਗਈ ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਕੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਲਾਭ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਉਹ ਜਲਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਮੀਖਿਆ ਸਥਾਨਕ ਦਫਤਰ ਜਾਂ 1-888-338-7410 'ਤੇ ਫੋਕਸ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਟਿਕਾਣਿਆਂ ਲਈ www.dshs.wa.gov ਦੇਖੋ।
- ਆਪਣੀ ਸਮੀਖਿਆ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਨੂੰ ਮੇਲ ਕਰੋ:

DSHS

CSD-ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਕੇਂਦਰ

PO Box 11699

Tacoma, WA 98411-6699

DSHS

Home and Community Services – ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ

PO Box 45826

Olympia, WA 98504-5826

- ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਮੀਖਿਆ ਨੂੰ www.washingtonconnection.org 'ਤੇ ਆਨਲਾਈਨ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ
- ਇਸ ਯੋਗਤਾ ਸਮੀਖਿਆ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ Washington Apple Health programs ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਣ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ www.wahealthplanfinder.org 'ਤੇ 1-855-923-4633 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ, ਜਾਂ ਹੇਲਥ ਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਲਈ HCA ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ (HCA 18-001) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਆਨਲਾਈਨ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਮੈਨੂੰ ਭੋਜਨ ਅਤੇ ਨਕਦੀ ਲਈ ਕਿੰਨੀ ਜਲਦੀ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ?

- ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੋਜਨ ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਪ੍ਰਸ਼ਨ 1 ਤੋਂ 14 ਤੱਕ ਭਰੋ ਅਤੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਦਫਤਰ ਵਿੱਚ ਲੈ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਪਛਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਨਿਯਮਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਅਸੀਂ 7 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।
- ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਗਲੇ ਦਿਨ ਤੱਕ ਲਾਭ ਜਾਰੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।
- ਭੋਜਨ ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸ ਦਿਨ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ।
- ਨਕਦ ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸ ਦਿਨ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਹੋ।
- ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਸੀਂ ਫੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਸੰਸਥਾ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਮਿਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਰਿਹਾਈ ਜਾਂ ਡਿਸਚਾਰਜ ਦੀ ਮਿਤੀ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ:

ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ SNAP ਨਿਯਮਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸਮਾਂ ਸੀਮਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨਾ, ਉਚਿਤ ਨੋਟਿਸ ਜਾਰੀ ਕਰਨਾ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਬੰਧਕੀ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਸਲਾਹ ਦੇਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਭੋਜਨ ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਕਿਉਂਕਿ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ।

ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਭੇਦਭਾਵ ਵਿਰੋਧੀ

ਸੰਘੀ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਕਾਨੂੰਨ ਅਤੇ U.S. Department of Agriculture (ਅਮਰੀਕੀ ਖੇਤੀ-ਬਾੜੀ ਵਿਭਾਗ) (USDA) ਦੇ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਨੀਤੀਆਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਇਸ ਸੰਸਥਾ ਨੂੰ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਮੂਲ ਦੇਸ਼, ਲਿੰਗ (ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਜਿਨਸੀ ਰੁਝਾਨ ਸਮੇਤ), ਧਾਰਮਿਕ ਪੱਖ, ਅਪਾਹਜਤਾ, ਉਮਰ, ਰਾਜਨੀਤਿਕ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਜਾਂ ਪੁਰਾਣੀ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਗਤੀਵਿਧੀ ਲਈ ਬਦਲਾ ਜਾਂ ਜਵਾਬੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਮਨਾਹੀ ਹੈ।

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਕਰਵਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਅਪਾਹਜ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸੰਚਾਰ ਦੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਸਾਧਨਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਬਰੇਲ, ਵੱਡਾ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਆਡੀਓਟੇਪ, ਅਮਰੀਕੀ ਸੈਨਤ ਭਾਸ਼ਾ), ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਏਜੰਸੀ (ਸੂਬਾ ਜਾਂ ਸਥਾਨਕ) ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਲਾਭ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ। ਜਿਹੜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਬੋਲੇ ਹਨ, ਉੱਚਾ ਸੁਣਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਬੋਲਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਹਨ, ਉਹ (800) 877-8339 'ਤੇ ਫੈਡਰਲ ਰੀਲੇਅ ਸਰਵਿਸ ਰਾਹੀਂ USDA ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਵਿਤਕਰੇ ਦੀ ਕੋਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਲਈ, ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੂੰ ਇੱਕ ਫਾਰਮ AD-3027, USDA ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿਤਕਰਾ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੋ ਆਨਲਾਈਨ: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> 'ਤੇ, ਕਿਸੇ ਵੀ USDA ਦਫਤਰ ਤੋਂ, (833) 620-1071 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ, ਜਾਂ USDA ਨੂੰ ਸੰਬੋਧਿਤ ਪੱਤਰ ਲਿਖ ਕੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ, ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ, ਅਤੇ ਕਬਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਭੇਦਭਾਵ ਵਾਲੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦਾ ਲਿਖਤੀ ਵਰਣਨ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ Assistant Secretary for Civil Rights (ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਕ ਸਕੱਤਰ, ASCR) ਨੂੰ ਕਬਿਤ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਦੀ ਕਿਸਮ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ।

ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ AD-3027 ਫਾਰਮ ਜਾਂ ਪੱਤਰ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

1. **ਮੇਲ:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; ਜਾਂ
2. **ਫੋਕਸ:** (833) 256-1665 ਜਾਂ (202) 690-7442; ਜਾਂ
3. **ਈਮੇਲ:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

ਇਹ ਇੱਕ ਸਮਾਨ ਅਵਸਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਸੰਸਥਾ ਹੈ।

ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ Social Security Numbers (ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ)

ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ ਭਾਵੇਂ ਹੋਰ ਲੋਕ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਅਜਿਹੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੋ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਘਰੇਲੂ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ USCIS (ਪਹਿਲਾਂ INS ਵਜੋਂ ਜਾਣੀ ਜਾਂਦੀ ਸੀ) ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। USCIS ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਲਾਭ ਦੀ ਰਕਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਹੈ ਜੋ ਕੁਝ ਪਰਦੇਸੀ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨ (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6) ਦੇ ਤਹਿਤ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਉਸ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ Social Security Number (SSN) ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ ਜੋ Washington Apple Health, TANF, ਜਾਂ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਮਾਪਿਆਂ ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਦੇ SSN ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਪਰ ਇਸਦੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ। ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ SSN ਨਹੀਂ ਹਨ।

Washington Apple Health ਲਈ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਪਛਾਣ

Washington Apple Health ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ U.S. ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਨੂੰ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਪਛਾਣ ਸਾਬਤ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਸਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਿਸ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪੈਸੇ ਖਰਚ ਹੋਣਗੇ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਲਈ ਭੇਜਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਲਾਗਤ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਅਜਿਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਸਬੂਤ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੋ ਆਪਣੀ ਅਪੰਗਤਾ ਜਾਂ Supplemental Security Income (SSI) ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ Medicare, Social Security Disability Insurance (SSDI) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਲੰਬੀ ਮਿਆਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਰਾਜ ਨੂੰ ਮੁੜ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ

Washington ਰਾਜ ਸੰਪੱਤੀ ਵਸੂਲੀ ਕਾਨੂੰਨ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) ਦੇ ਤਹਿਤ, ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਇਦਾਦ ਨੂੰ ਕੁਝ ਕਿਸਮਾਂ ਦੀਆਂ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 55 ਸਾਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਸਮਰਥਨ ਲਈ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਅਦਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ਼ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਫੰਡ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਕੋਈ ਉਮਰ ਸੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਇਦਾਦ ਦੀ ਰਿਕਵਰੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਭੁਗਤਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਵਿਤ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਦੀ ਮੌਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ (ਬੱਚੇ) 21 ਸਾਲ ਦਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਬੱਚਾ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਦੇ ਸਮੇਂ ਅੰਨ੍ਹਾ/ਅਯੋਗ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਰਾਜ ਤੁਹਾਡੀ ਅਸਲ ਜਾਇਦਾਦ 'ਤੇ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਘਰ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਰਾਜ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਜਾਇਦਾਦ ਵੇਚਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰਾਜ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ 'ਤੇ ਇਕੱਠਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਰਾਜ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਜਾਇਦਾਦ ਰਿਕਵਰੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਸਮੇਤ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਚੈਪਟਰ 182-527 WAC ਦੇਖੋ।

ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਨਕਦ ਅਤੇ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ

2008 ਦਾ ਭੋਜਨ ਅਤੇ ਪੋਸ਼ਣ ਐਕਟ, ਸਾਨੂੰ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰਨ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਅਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਮੰਗੀ ਹੈ। ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਸਵੈਇੱਛਤ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ, ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਚੰਗੇ ਕਾਰਨ ਦੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲਤਾ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਬੁਨਿਆਦੀ ਭੋਜਨ ਲਾਭਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਕੰਪਿਊਟਰ ਮੈਚਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਨਾਲ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਫੈਡਰਲ Income and Eligibility Verification System (ਇਨਕਮ ਐਂਡ ਐਲੀਜੀਬਿਲਟੀ ਵੈਰੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਸਿਸਟਮ, IEVS) ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ:	ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਾਂ:
<ul style="list-style-type: none"> • ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਸਾਡੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਕੌਣ ਯੋਗ ਹੈ। • ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਵਾਧੂ ਭੁਗਤਾਨ ਇਕੱਠੇ ਕਰੇ। • ਆਪਣੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਲਈ। • ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। 	<ul style="list-style-type: none"> • ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਰਾਜ ਦੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨੂੰ ਔਫ਼ਿਸ਼ਲ ਵਰਤੋਂ ਲਈ। • ਕਾਨੂੰਨ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨੂੰ ਜੋ ਕਾਨੂੰਨ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਭੱਜਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਪਿੱਛਾ ਕਰ ਰਹੀਆਂ ਹਨ। • ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਵੱਧ ਭੁਗਤਾਨ ਇਕੱਠੀਆਂ ਕਰਨ ਲਈ ਨਿੱਜੀ ਸੰਗ੍ਰਹਿ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨੂੰ।

Department of Social and Health Services (ਸਮਾਜਿਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਭਾਗ) ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ Health Care Authority (ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਧਿਕਾਰੀ) ਅਤੇ ਹੈਲਥ ਬੈਨੀਫਿਟ ਐਕਸਚੇਂਜ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਜੁਰਮਾਨੇ ਦੀ ਚੇਤਾਵਨੀ

ਅਸੀਂ ਹੋਰ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗਲਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੀ।

ਕੋਈ ਵੀ ਮੈਂਬਰ ਜੋ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨਿਯਮਾਂ ਨੂੰ ਤੋੜਦਾ ਹੈ ਉਹ:

- ਹੋਰ ਸੰਬੰਧੀ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਰਾਜ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਉਸ ਨੂੰ SNAP ਤੋਂ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੱਕ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਰੋਕਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਉਸ ਨੂੰ \$250,000 ਤੱਕ ਦਾ ਜੁਰਮਾਨਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਉਸ ਨੂੰ 20 ਸਾਲ ਤੱਕ ਦੀ ਕੈਦ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- ਜੇ ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਹੁਕਮ ਦਿੱਤਾ ਤਾਂ ਉਸਨੂੰ SNAP ਤੋਂ ਵਾਧੂ 18 ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਰੋਕਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਕੋਈ ਅਦਾਲਤ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਲਈ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ:
ਇੱਕ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ:

ਤੁਸੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਪਦਾਰਥ ਦੀ ਵਿਕਰੀ..... ਦੇ ਸਾਲ ਤੋਂ ਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਯੋਗ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ।
- ਹਥਿਆਰਾਂ, ਗੋਲਾ-ਬਾਰੂਦ, ਜਾਂ ਵਿਸਫੋਟਕਾਂ ਦੀ ਵਿਕਰੀ ਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਯੋਗ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ।
- \$ 500 ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੇ ਤਸਕਰੀ ਲਾਭਾਂ ਨੂੰ ਮਿਲਾ ਕੇ ਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਯੋਗ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ।
- ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਜਾਂ ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਧੋਖਾਧੜੀ 10 ਸਾਲਾਂ ਲਈ ਅਯੋਗ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ।

ਯੋਗਤਾ ਸਮੀਖਿਆ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਸਾਡੇ ਤੋਂ ਮਦਦ ਮੰਗੋ।

ਸਿਰਫ਼ ਭੋਜਨ ਲਾਭਾਂ ਲਈ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅੱਜ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ, ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਦਰਜ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਯੋਗਤਾ ਸਮੀਖਿਆ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਲਈ ਪੰਨਾ 7 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਸਾਨੂੰ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇੰਟਰਵਿਊ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ।

1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਮੌਧਮ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਆਖਰੀ ਨਾਮ	ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	2. ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ)
3. ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ	ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ	4. ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫੋਨ ਨੰਬਰ <input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਸੁਨੇਹਾ
5. ਡਾਕ ਪਤਾ (ਜੇ ਵੱਖਰਾ ਹੋਵੇ)	ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ	6. ਸੈਕੰਡਰੀ ਫੋਨ ਨੰਬਰ <input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਸੁਨੇਹਾ
8. ਮੈਂ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ): <input type="checkbox"/> ਨਕਦੀ <input type="checkbox"/> ਅਸਿਸਟਿਡ ਲਿਵਿੰਗ/ਬਾਲਗ ਫੈਮਿਲੀ ਹੋਮ <input type="checkbox"/> ਭੋਜਨ <input type="checkbox"/> In-Home ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ <input type="checkbox"/> Medicare Savings Program (Medicare ਸੇਵਿੰਗਜ਼ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ) <input type="checkbox"/> ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ <input type="checkbox"/> ਹਾਸਪਾਲੀਸ <input type="checkbox"/> ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ / ਅਪਾਹਜਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਵਰਕਰ (HWD) <input type="checkbox"/> ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ, ਅੰਨ੍ਹਿਆਂ, ਜਾਂ ਅਪਾਹਜਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ <input type="checkbox"/> ਬਜ਼ੁਰਗ ਬਾਲਗਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਅਨੁਕੂਲਿਤ ਸਹਾਇਤਾ		7. ਈਮੇਲ ਪਤਾ

9. ਮੈਂ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ): ਘਰੇਲੂ ਹਿੰਸਾ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਹਾਂ
 ਅਪਾਹਜਤਾ ਹੈ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਕਾਰਨ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ
 ਗਰਭਵਤੀ ਹਨ; ਨਾਮ: _____ ਨਿਯਤ ਮਿਤੀ: _____

10. ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਕਿੰਨੇ ਪੈਸੇ ਮਿਲਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਦੇ ਹੋ? \$ _____

11. ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਕੋਲ ਨਕਦੀ ਅਤੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨਾ ਪੈਸਾ ਹੈ? \$ _____

12. ਤੁਹਾਡਾ ਪਰਿਵਾਰ ਕਿਰਾਇਆ ਜਾਂ ਮੌਰਗੇਜ ਲਈ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ? \$ _____

13. ਤੁਹਾਡਾ ਪਰਿਵਾਰ ਕਿਹੜੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ? ਗੀਟਿੰਗ/ਕੂਲਿੰਗ ਟੈਲੀਫੋਨ ਹੋਰ: _____

14. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਮੈਂਸਮੀ ਜਾਂ ਪਰਵਾਸੀ ਖੇਤ ਮਜ਼ਦੂਰ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

15. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿੰਨੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦੇ ਅਤੇ ਤਿਆਰ ਕਰਦੇ ਹੋ?

ਸਿਰਫ਼ ਅਧਿਕਾਰਤ ਵਰਤੋਂ ਲਈ - ਤੇਜ਼ ਸੇਵਾ ਲਈ ਯੋਗ ਪਰਿਵਾਰ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਸਕੀਨਰ ਦੇ ਨਾਮ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅੱਖਰ: _____ ਮਿਤੀ: _____

16. ਮੈਨੂੰ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ਿਆ ਦੀ ਸੇਵਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਮੈਂ ਬੋਲਦਾ(ਦੀ) ਹਾਂ: _____ ਜਾਂ ਜਾਂ ਚਿੰਨ੍ਹ; ਮੇਰੇ ਅੱਖਰਾਂ ਦਾ ਇਸ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰੋ: _____

17. ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਹਰੇਕ ਨੂੰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਸ਼ੀਟਾਂ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)।

ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ / ਵਿਚਕਾਰਲਾ / ਅਖੀਰਲਾ)	ਲਿੰਗ	ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਸਬੰਧਤ ਹੈ?	ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਲਾਭ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ	ਗੈਰ-ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਲਈ ਵਿਕਲਪਿਕ			
					SOCIAL SECURITY NUMBER (ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ)	ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਦੇ ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ ਤਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ	ਨਸਲ (ਹੇਠਾਂ ਨਮੂਨੇ ਦੇਖੋ)	ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਨਾਂ (ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀਆਂ, ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀਆਂ ਲਈ)
		ਮੈਂ		<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"/>		



ਬਿਨੈਕਰ ਦਾ ਨਾਮ	SOCIAL SECURITY NUMBER (ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ)	ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ
---------------	---	---------------------

18. ਮੇਰਾ ਨਸਲੀ ਪਿਛੋਕੜ ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਜਾਂ ਲੈਟਿਨੋ ਹੈ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ
 ਨਸਲ ਅਤੇ ਨਸਲੀ ਪਿਛੋਕੜ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਵੈਇੱਛਤ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਜਾਂ ਲਾਭ ਦੀ ਰਕਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਲਾਭ ਨਸਲ, ਰੰਗ ਜਾਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ ਦੀ ਪਰਵਾਹ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਵੰਡੇ ਗਏ ਹਨ। ਭੋਜਨ ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ USDA ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੇ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਤਾਂ ਅਸੀਂ "ਰਿਪੋਰਟ ਨਾ ਕੀਤੇ" ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਾਂਗੇ। **ਨਸਲ ਦਾ ਉਦਾਹਰਣ** ਗੋਰਾ, ਕਾਲਾ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ, ਏਸ਼ੀਅਨ, ਨੇਟਿਵ ਹਵਾਈਅਨ, ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ, ਅਮਰੀਕਨ ਇੰਡੀਅਨ, ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨਸਲਾਂ ਦਾ ਕੋਈ ਸੁਮੇਲ।

I. ਆਮ ਜਾਣਕਾਰੀ

1. ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ, ਮੈਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਰਾਜ, ਕਬੀਲੇ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਰੋਤ ਤੋਂ ਨਕਦ ਜਾਂ ਭੋਜਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਹਾਂ ਨਹੀਂ
2. ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਮੈਂ Washington ਰਾਜ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਜੀਵਨ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਕੌਣ: _____
3. ਮੈਂ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਦਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਸਪਾਂਸਰਡ ਏਲੀਅਨ ਹਾਂ ਨਹੀਂ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਕੌਣ: _____
4. ਮੈਂ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ 16 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਭ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ): ਹਾਈ ਸਕੂਲ
 ਇੱਕ ਹਾਈ ਸਕੂਲ ਸਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕਾਲਜ ਟਰੇਡ ਸਕੂਲ ਕੌਣ: _____
5. ਕੋਈ ਮੇਰੇ ਘਰ ਤੋਂ ਅਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਾਹਰ ਹੈ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਕੌਣ: _____
6. ਮੈਂ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ U.S. ਆਰਮਡ ਫੋਰਸਿਜ਼, ਨੈਸ਼ਨਲ ਗਾਰਡ, ਜਾਂ ਰਿਜ਼ਰਵ ਵਿੱਚ ਸੇਵਾ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਿਰਭਰ ਜਾਂ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਰਿਹਾ ਹਾਂ ਜਿਸਨੇ ਸੇਵਾ ਕੀਤੀ ਹੈ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਕੌਣ: _____
7. ਮੈਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸ ਲਈ ਮੈਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹਾਂ, ਉਹ ਕਿਸੇ ਸੰਗੀਨ ਜੁਰਮ ਲਈ ਅਦਾਲਤ ਜਾਂ ਜੇਲ੍ਹ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨ ਤੋਂ ਭੱਜ ਰਿਹਾ ਹੈ:
 ਹਾਂ ਨਹੀਂ
8. ਮੈਂ ਰਹਿ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ: ਮੇਰੀ ਆਪਣਾ ਘਰ ਜਾਂ ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਸਮੂਹ ਘਰ ਹੋਰ: _____
 ਸਹੂਲਤ (ਸੂਚੀ ਦੀ ਕਿਸਮ): _____ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਮਿਤੀ: _____
9. ਮੈਂ: ਸਿੰਗਲ ਵਿਆਹਿਆ ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ ਵੱਖ ਹੋਇਆ ਵਿਦਵਾ (ਵਿਦੁਰ)
 ਇੱਕ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਭਾਈਵਾਲੀ ਵਿੱਚ
10. ਮੈਨੂੰ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ 22 ਸਤੰਬਰ 1996 ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਲਈ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕਰਨ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ:
 ਹਾਂ ਨਹੀਂ
11. ਮੈਨੂੰ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ 22 ਸਤੰਬਰ, 1996 ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬੰਦੂਕਾਂ, ਗੋਲਾ ਬਾਰੂਦ ਅਤੇ ਵਿਸਫੋਟਕਾਂ ਲਈ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਵਪਾਰ ਲਈ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ
12. ਮੈਨੂੰ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ 22 ਸਤੰਬਰ, 1996 ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬੰਦੂਕਾਂ, ਗੋਲਾ ਬਾਰੂਦ ਅਤੇ ਵਿਸਫੋਟਕਾਂ ਲਈ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਵਪਾਰ ਲਈ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ
13. ਮੈਨੂੰ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ 22 ਸਤੰਬਰ 1996 ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ
14. ਮੈਂ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਦਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਇਸ ਤੇ ਹੈ: a. ਹੜਤਾਲ 'ਤੇ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਬੀ. ਇੱਕ ਬੋਰਡਰ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ
15. ਮੈਂ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਲਾਟਰੀ ਜਾਂ ਜੂਏ ਦੀ ਜਿੱਤ ਵਿੱਚ \$4,250 ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜਿੱਤੇ ਹਨ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ: _____ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____
 ਰਕਮ (ਟੈਕਸਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਡਾਲਰ ਦੀ ਰਕਮ): _____

II. ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਮੂਲ ਭੋਜਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਨਹੀਂ)

- ਮੈਂ, ਮੇਰਾ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਦਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ:**
1. ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹੂਲਤ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ) ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ, ਦਾਖਲ ਹੋ ਜਾਂ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਛੱਡਿਆ ਹੈ..... ਹਾਂ ਨਹੀਂ।
 2. ਪਿਛਲੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕੀਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਹਾਂ ਨਹੀਂ।
 3. ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਹੈ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਭ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ): Medicare (Washington Apple Health ਨਹੀਂ)
 Tricare ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਦੇਖਭਾਲ ਬੀਮਾ Indian Health Services (ਭਾਰਤੀ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ)
 ਹੋਰ ਸੇਵਾ ਬੀਮਾ:

III. ਸਰੋਤ (ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ; HWD, ਜਾਂ ਬੁਨਿਆਦੀ ਭੋਜਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਨਹੀਂ)

- ਸਰੋਤ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕੋਈ ਵੀ ਅਜਿਹੀ ਚੀਜ਼ ਜਿਸਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਾਲਕੀ ਰੱਖਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਖਰੀਦ ਰਹੇ ਹੋ ਜਿਸਨੂੰ ਵੇਚਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਵਪਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਦੂਜਿਆਂ ਦੁਆਰਾ ਰੱਖੇ ਗਏ ਨਕਦ ਜਾਂ ਪੈਸੇ ਵਿੱਚ ਬਦਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਸਰੋਤ ਵਿੱਚ ਨਿੱਜੀ ਜਾਇਦਾਦ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਫਰਨੀਚਰ, ਜਾਂ ਕੱਪੜੇ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਸਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਨਾਂ:
- ਨਕਦ
 - ਟਰੱਸਟ
 - CDs
 - ਦਫ਼ਨਾਉਣ ਲਈ ਫੰਡ, ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਪਲਾਨ
 - ਚੈਕਿੰਗ ਖਾਤੇ
 - IRA / 401k
 - ਮਨੀ ਮਾਰਕੀਟ ਖਾਤਾ
 - ਵਪਾਰਕ ਉਪਕਰਣ
 - ਬਚਤ ਖਾਤੇ
 - ਘਰ, ਜ਼ਮੀਨ ਜਾਂ ਇਮਾਰਤਾਂ
 - ਬਾਂਡ
 - ਪਸ਼ੂ
 - ਕਾਲਜ ਫੰਡ
 - ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਫੰਡ
 - ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ

ਬਿਨੈਕਰ ਦਾ ਨਾਮ	SOCIAL SECURITY NUMBER (ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ)	ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ
---------------	---	---------------------

III. ਸਰੋਤ (ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ; HWD, ਜਾਂ ਬੁਨਿਆਦੀ ਭੋਜਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਨਹੀਂ) (ਜਾਰੀ ਹੈ)

1. ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ ਜਿਸਦੇ ਤੁਸੀਂ, ਤੁਹਾਡਾ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ ਮਾਲਕ ਹੋ ਜਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਖਰੀਦ ਰਹੇ ਹੋ:

ਸਰੋਤ	ਕੌਣ ਮਾਲਕ ਹੈ	ਸਥਾਨ	ਮੁੱਲ
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

2. ਮੈਂ, ਮੇਰੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਮੈਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹਾਂ, ਉਸ ਕੋਲ ਕਾਰਾਂ, ਟਰੱਕ, ਵੈਨਾਂ, ਕਿਸ਼ਤੀਆਂ, ਆਰਵੀ, ਟਰੇਲਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਮੋਟਰ ਵਾਹਨ ਹਨ:

ਸਾਲ (ਉਦਾਹਰਨ, 1980)	ਕੰਪਨੀ (ਉਦਾਹਰਨ, FORD)	ਮਾਡਲ (ਉਦਾਹਰਨ, ESCORT)	ਜੇ ਲੀਜ਼ 'ਤੇ ਹੈ ਤਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ	ਜੇ ਇਹ ਵਾਹਨ ਡਾਕਟਰੀ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ	ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. ਮੈਂ, ਮੇਰਾ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਮੈਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹਾਂ ਉਸ ਨੇ ਪਿਛਲੇ ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ (ਟਰੱਸਟ, ਵਾਹਨ ਜਾਂ ਜੀਵਨ ਸੰਪੱਤੀਆਂ ਸਮੇਤ) ਇੱਕ ਸਰੋਤ ਨੂੰ ਵੇਚਿਆ, ਵਪਾਰ ਕੀਤਾ, ਦਿੱਤਾ, ਜਾਂ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕੀਤਾ ਹੈ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਕਿਸ ਨੇ: _____ ਕਦੋਂ: _____

IV. ਸਲਾਨਾ ਭੁਗਤਾਨ (ਹੁਣ ਜਾਂ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਨਿਯਮਤ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਨਿਵੇਸ਼)

ਸਲਾਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਮਾਲਕ ਕੌਣ ਹੈ?	ਕੰਪਨੀ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾ?	ਰਕਮ ਜਾਂ ਮੁੱਲ	ਮਾਸਿਕ ਆਮਦਨ	ਖਰੀਦਣ ਦੀ ਮਿਤੀ
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਦੀ ਕਿਸੇ ਸਲਾਨਾ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਵਿੱਚ ਦਿਲਚਸਪੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ Washington Apple Health Long Term Care, SSI ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਂ CN ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਲਾਨਾਪ੍ਰਦੇਹਾਪਤੀ ਬਾਕੀ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਵਜੋਂ Washington ਸਟੇਟ ਦਾ ਨਾਮ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

V. ਕਮਾਈ ਕੀਤੀ ਆਮਦਨ (ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)

1. ਮੈਂ, ਮੇਰੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਮੈਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹਾਂ, ਉਸ ਦੀ ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਖਤਮ ਹੋਈ ਨੌਕਰੀ ਸੀ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ
2. ਮੈਂ, ਮੇਰਾ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਮੈਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹਾਂ, ਉਸ ਦੀ ਕੰਮ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਆਉਂਦੀ ਹੈ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਭਾਗ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ:

ਇਹ ਆਮਦਨ ਕਿਸਦੀ ਹੈ _____ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ _____ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ _____ ਕੀ ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਮਾਸਿਕ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਖਰਚੇ ਦੀ ਰਕਮ: \$ _____	ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਕੁੱਲ ਰਕਮ (ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਡਾਲਰ ਦੀ ਰਕਮ) \$ _____ ਹਰ: <input type="checkbox"/> ਘੰਟੇ <input type="checkbox"/> ਹਫ਼ਤੇ <input type="checkbox"/> ਦੇ ਹਫ਼ਤੇ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਦੇ ਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤੇ ਘੰਟੇ: _____ ਤਨਖਾ ਦੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ ਪਹਿਲੀ ਅਤੇ 15, ਜਾਂ ਹਰ ਮੁੱਕਰਵਾਰ):
ਇਹ ਆਮਦਨ ਕਿਸਦੀ ਹੈ _____ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ _____ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ _____ ਕੀ ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਮਾਸਿਕ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਖਰਚੇ ਦੀ ਰਕਮ: \$ _____	ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਕੁੱਲ ਰਕਮ (ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਡਾਲਰ ਦੀ ਰਕਮ) \$ _____ ਹਰ: <input type="checkbox"/> ਘੰਟੇ <input type="checkbox"/> ਹਫ਼ਤੇ <input type="checkbox"/> ਦੇ ਹਫ਼ਤੇ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਦੇ ਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤੇ ਘੰਟੇ: _____ ਤਨਖਾ ਦੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ ਪਹਿਲੀ ਅਤੇ 15, ਜਾਂ ਹਰ ਮੁੱਕਰਵਾਰ):

ਬਿਨੈਕਰ ਦਾ ਨਾਮ		SOCIAL SECURITY NUMBER (ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ)		ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ	
VI. ਹੋਰ ਆਮਦਨ (ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ; ਸਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਰਿਪੋਰਟ)					
<ul style="list-style-type: none"> ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਲਾਭ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਕਬਾਇਲੀ ਆਮਦਨ ਗੇਮਿੰਗ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਵਿਦਿਅਕ ਲਾਭ (ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਲੋਨ, ਗ੍ਰਾਂਟਾਂ, ਕੰਮ-ਅਧਿਐਨ) 		<ul style="list-style-type: none"> Supplemental Security income (ਪੁਰਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਆਮਦਨ, SSI) ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਜਾਂ ਪਤੀ-ਪਤਨੀ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਰੇਲਮਾਰਗ ਦੇ ਲਾਭ ਕਿਰਾਏ ਦੀ ਆਮਦਨ 		<ul style="list-style-type: none"> ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਜਾਂ ਪੈਨਸ਼ਨ Veteran Administration (ਵੈਟਰਨ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ, VA) ਜਾਂ ਫੌਜੀ ਲਾਭ Labor and Industries (ਲੇਬਰ ਅਤੇ ਉਦਯੋਗ, L&I) ਟਰੱਸਟ ਵਿਆਜ / ਲਾਭਅੰਸ਼ 	
ਅਣ-ਅਰਜ਼ਤ ਆਮਦਨ ਦੀ ਕਿਸਮ		ਆਮਦਨ ਕਿਸਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ?		ਕੁੱਲ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਰਕਮ	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
VII. ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਖਰਚੇ					
ਕਿਰਾਇਆ \$	ਮੋਰਗੇਜ \$	ਸਥਾਨ ਦਾ ਕਿਰਾਇਆ \$	ਘਰ ਦੇ ਮਾਲਕ ਦਾ ਬੀਮਾ \$	ਜਾਇਦਾਦ ਦੇ ਟੈਕਸ \$	ਹੋਰ ਫੀਸਾਂ \$
ਤੁਹਾਡਾ ਪਰਿਵਾਰ ਕਿਹੜੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਲਈ ਕਿਰਾਏ ਜਾਂ ਗਿਰਵੀ ਤੋਂ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ?					
<input type="checkbox"/> ਤਾਪ (ਬਿਜਲੀ / ਗੈਸ) <input type="checkbox"/> ਇਲੈਕਟ੍ਰਿਕ (ਤਾਪ ਨਹੀਂ) <input type="checkbox"/> ਪਾਣੀ <input type="checkbox"/> ਘਰ / ਸੈਲ ਫੋਨ <input type="checkbox"/> ਸੀਵਰ <input type="checkbox"/> ਕੂੜਾ					
ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਬਸਿਡੀ ਵਾਲੀ ਰਿਹਾਇਸ਼, ਇਹਨਾਂ ਖਰਚਿਆਂ ਦੇ ਸਾਰੇ ਜਾਂ ਕੁਝ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ:					
<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਕੌਣ: _____ ਕਿਹੜਾ ਖਰਚ: _____ ਰਕਮ ਜਿਸ ਦਾ ਉਹ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ: \$ _____					
<input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ Low Income Home Energy Assistance Act (ਘੱਟ ਆਮਦਨ ਘਰੇਲੂ ਊਰਜਾ ਸਹਾਇਤਾ ਐਕਟ, LIHEAA) ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਹੈ।					
ਮੈਂ, ਮੇਰਾ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਦਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਜਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਭ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ):					
<input type="checkbox"/> ਬਾਲ ਜਾਂ ਬਾਲਗ ਨਿਰਭਰ ਦੇਖਭਾਲ (ਆਵਾਜਾਈ ਖਰਚਿਆਂ ਸਮੇਤ)		ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਰਕਮ: \$		ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ:	
<input type="checkbox"/> ਅਪਾਹਜ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਜਾਂ 60+ ਦੀ ਉਮਰ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ (ਆਵਾਜਾਈ ਦੇ ਖਰਚੇ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਸਮੇਤ)		ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਰਕਮ: \$		ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ:	
<input type="checkbox"/> ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ (ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)		ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਰਕਮ: \$		ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ:	
ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਉਪਰੋਕਤ ਸੂਚੀਬੱਧ ਖਰਚਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੁਆਰਾ ਇੱਕ ਬਿਆਨ ਵਜੋਂ ਵਿਚਾਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਖਰਚੇ ਲਈ ਕਟੌਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।					
VIII. ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ					
ਇੱਕ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ DSHS ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਦਾ ਨਾਮ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਪਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।					
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਹੈ?		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹੈ?		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ ਹੈ?		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਨਵੀਨੀਕਰਨ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਫਾਰਮ (DSHS 14-532) ਨੂੰ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਬੁਨਿਆਦੀ ਭੇਜਨ ਲਈ, ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸਿਰਫ਼ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਣ ਦੀ ਮਿਆਦ ਲਈ ਵੈਧ ਹੈ।					
ਨਾਮ	ਰਿਸ਼ਤਾ	ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ			
ਮੇਲਿੰਗ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਸੂਬਾ	ਜਿਪ ਕੋਡ		
ਸੰਪੱਤੀ ਪੁਸ਼ਟੀਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ					
ਸਿਰਫ਼ Washington Apple Health ਏਜਡ, ਨੇਤਰਹੀਣ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ ਮੈਡੀਕੇਡ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ।					
ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮਦਦ ਲਈ ਦਰਖਾਸਤ ਦੇਣ ਜਾਂ ਨਵਿਆਉਣ ਲਈ ਜੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੈਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ, ਉਹ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਤਸਦੀਕ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋਵੇਗੀ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਸਹੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ Washington State Health Care Authority (HCA) ਅਤੇ Department of Social and Health Services (DSHS) ਸੰਪੱਤੀ ਪੁਸ਼ਟੀਕਰਨ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿੱਤੀ ਸੰਸਥਾ, ਰਾਜ ਜਾਂ ਸੰਘੀ ਏਜੰਸੀ, ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਡਾਟਾਬੇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ HCA ਅਤੇ DSHS ਸੰਪੱਤੀ ਪੁਸ਼ਟੀਕਰਨ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿੱਤੀ ਸੰਸਥਾ, ਰਾਜ ਜਾਂ ਸੰਘੀ ਏਜੰਸੀ, ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਡਾਟਾਬੇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਉਦੋਂ ਖਤਮ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਮੇਰੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅੰਤਿਮ ਪ੍ਰਤੀਬੁਲ ਫੈਸਲਾ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਲਿਖਤੀ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਨਾਲ HCA ਜਾਂ DSHS ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਕੀ ਮੈਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਜਾਂ ਮਨਾਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (ਬਜ਼ੁਰਗ, ਅੰਨ੍ਹੇ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ) Medicaid ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਹੋਵਾਂਗੀ।					

ਬਿਨੈਕਰ ਦਾ ਨਾਮ	SOCIAL SECURITY NUMBER (ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ)	ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ
---------------	---	---------------------

ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ

Department offers voter registration services (ਵਿਭਾਗ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸੇਵਾਵਾਂ) ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਆਟੋਮੈਟਿਕ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। **ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਜਾਂ ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਮਾਤਰਾ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਏਜੰਸੀ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਾਂਗੇ। ਮਦਦ ਲੈਣੀ ਜਾਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨੀ, ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਤੁਹਾਡਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸੇ ਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਜਾਂ ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਿ ਕੀ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜਾਂ ਵੋਟ ਲਈ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਰਾਜਨੀਤਿਕ ਪਾਰਟੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਰਾਜਨੀਤਿਕ ਤਰਜੀਹ ਚੁਣਨ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰ ਵਿੱਚ ਦਖਲਅੰਦਾਜ਼ੀ ਕੀਤੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ 'ਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਅੱਪਡੇਟ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਕਸੇ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਨਹੀਂ ਲਗਾਉਂਦੇ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸੋਚਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਮੇਂ ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਰਜਿਸਟਰ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਸਵੈਚਲਿਤ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ।

ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਉੱਪਰ "ਨਹੀਂ" ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨਦੇਹੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤੁਸੀਂ ਆਟੋਮੈਟਿਕ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਆਟੋਮੈਟਿਕ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਜੇ ਅਗਲੀਆਂ ਚੋਣਾਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 18 ਸਾਲ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ, ਤੁਸੀਂ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਅਮਰੀਕਾ ਦੇ ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ ਅਤੇ ਜੇ DSHS ਕੋਲ ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ, ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਅਤੇ ਡਾਕ ਪਤਾ, ਜਨਮ ਮਿਤੀ, ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖਤ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸੱਚਾਈ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਪ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
ਜੇ ਤੁਸੀਂ "ਹਾਂ" ਵਾਲੇ ਡੱਬੇ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਡੱਬੇ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਨਹੀਂ ਲਗਾਉਂਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਆਟੋਮੈਟਿਕ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਯੋਗਤਾ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ DSHS ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਕੱਤਰ ਆਫ਼ ਸਟੇਟ ਨੂੰ ਭੇਜੇਗਾ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਪ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋ ਜਾਵੋਗੇ।

ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ (ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ।)

- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ:
- ਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਲੋੜਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।
 - ਸਬੂਤ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਂ ਯੋਗ ਹਾਂ।
 - ਜਦੋਂ ਮੈਨੂੰ Temporary Assistance for Needy Families (ਲੋੜਵੰਦ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਲਈ ਅਸਥਾਈ ਸਹਾਇਤਾ, TANF) ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ Washington ਰਾਜ ਨੂੰ ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਲਈ ਕੁਝ ਅਧਿਕਾਰ ਸੌਂਪੋ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਮੈਂ DSHS ਨੂੰ ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਨਾ ਲੈਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਜੇ ਇਹ ਮੈਨੂੰ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਖਤਰੇ ਵਿੱਚ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ।
 - ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਕੰਮ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਵਿੱਚ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰੇ।

ਜੇ ਮੈਂ ਇਹ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਲਾਭਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰਨਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਂ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਕੋਈ ਝੂਠਾ ਬਿਆਨ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਜਾਂ ਉਸ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਜਿਸਦੀ ਮੈਨੂੰ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਅਪਰਾਧਿਕ ਮੁਕੱਦਮਾ ਚਲਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ DSHS ਨੂੰ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਯੋਗ ਹਾਂ। ਨਕਦ ਅਤੇ ਭੋਜਨ ਲਈ: ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਗਾਹਕ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ, DSHS 14-113 ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ, ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਅਤੇ ਮੈਂ ਗਾਹਕ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ, HCA 18-003 ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ।

ਮੈਂ Washington ਸਟੇਟ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਅਧੀਨ ਝੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇ ਜੁਰਮਾਨੇ ਅਧੀਨ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਜਾਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਪਰਦੇਸੀ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

ਨਕਦੀ ਲਈ, ਘਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਬਾਲਗਾਂ (ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਾਂ) ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।
ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ, ਬਿਨੈਕਾਰ (ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ)।
ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, ਬਿਨੈਕਾਰ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੋਵਾਂ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਫਾਈਲ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ (ਲੋੜੀਂਦੇ)	ਮਿਤੀ	ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਨਾਮ	ਸ਼ਹਿਰ ਅਤੇ ਰਾਜ ਜਿੱਥੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ
ਦੂਜੇ ਬਾਲਗ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	ਮਿਤੀ	ਦੂਜੇ ਬਾਲਗ ਦਾ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਨਾਮ	ਸ਼ਹਿਰ ਅਤੇ ਰਾਜ ਜਿੱਥੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ
ਸਹਾਇਕ ਜਾਂ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	ਮਿਤੀ	ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਨਾਮ	ਸ਼ਹਿਰ ਅਤੇ ਰਾਜ ਜਿੱਥੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ
ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਜੋ "X" ਨਾਲ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ	ਮਿਤੀ	ਗਵਾਹ ਦਾ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਨਾਮ	