

Оценка права на получение льгот

Если вам нужна помощь с чтением или заполнением данной формы, пожалуйста, обратитесь к нам за помощью.

Сохраните эту страницу для своих записей.

Как подать заявку на получение денежной или продовольственной помощи?

- Вы можете **начать** процесс прямо сейчас, подав эту форму лично в офисе общественных услуг. В форме должны быть указаны ваше имя, адрес и подпись или подпись уполномоченного вами представителя. Вы можете подать форму немедленно, даже если она содержит только эти три пункта.
- Вы можете получить больше льгот или получить их раньше, если заполните форму, ответив на вопросы и подписав страницу 7, а также предоставив нам заполненную вами форму и любую другую запрашиваемую нами информацию как можно скорее.
- Вы можете оставить форму в местном офисе или отправить ее по факсу на номер 1-888-338-7410. Адреса можно найти на сайте www.dshs.wa.gov.
- Отправьте форму оценки по одному из следующих адресов:

DSHS	DSHS
CSD-Customer Service Center	Home and Community Services – Long Term Care Services
PO Box 11699	PO Box 45826
Tacoma, WA 98411-6699	Olympia, WA 98504-5826
- Вы также можете заполнить форму онлайн на сайте www.washingtonconnection.org
- Данная форма Оценки права на получение льгот может быть использована для обновления покрытия по программам Washington Apple Health, перечисленным в форме. Для получения медицинского страхового покрытия вам необходимо подать заявку либо онлайн на сайте www.wahealthplanfinder.org, либо позвонив по телефону 1-855-923-4633, или воспользовавшись Заявкой HCA на получение медицинского страхового покрытия (HCA 18-001).

Как скоро я смогу получить помощь в виде продовольствия и денежных средств?

- Если вам срочно нужна продовольственная помощь, заполните пункты с 1 по 14 и отнесите эту форму в местный офис. Мы решим, имеете ли вы право на продовольственную помощь *в течение 7 дней*, если вы предъявите документ, удостоверяющий вашу личность, и если вы соответствуете следующим правилам:
- Льготы предоставляются на следующий день после того, как мы решим, что вы имеете на них право.
- Предоставление продовольственной помощи обычно начинается в день получения вашей заявки.
- Предоставление денежной помощи обычно начинается в тот день, когда мы получаем всю информацию для принятия решения о том, что вы имеете на нее право.
- Мы должны решить, имеете ли вы право на продовольственную помощь, в течение 30 дней с даты подачи вами заявки.
- Если вы подаете заявку из учреждения, датой начала является дата вашего освобождения или выписки.

Если вы подаете заявку на продовольственную помощь и другие программы:

Мы должны следовать правилам SNAP при обработке вашей заявки. Это включает в себя обработку заявки в установленные сроки, выдачу соответствующих уведомлений и информирование вас о ваших административных правах. Мы не можем отказать вам в продовольственной помощи только потому, что ваша заявка на участие в других программах помощи была отклонена.

Гражданские права и недискриминация

В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах, актами и постановлениями U.S. Department of Agriculture (Министерства сельского хозяйства США, USDA), касающимися гражданских прав, сотрудникам данного учреждения запрещается подвергать людей дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (гендерная идентичность и сексуальная ориентация), возраста или наличия инвалидности; также запрещается применять санкции или ответные меры за предпринятые ранее действия по реализации гражданских прав.

Информация о программе может предоставляться на других языках, кроме английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные способы получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупная печать, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), должны обратиться в то ведомство (штата или по месту жительства), куда они подавали заявку на получение льгот. Глухие, слабослышащие лица либо лица с нарушениями речи могут обратиться в USDA через Федеральную службу коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию по программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, Форма жалобы на дискриминацию по программе USDA, которую можно получить онлайн по адресу:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, в любом офисе USDA, позвонив по телефону (833) 620-1071, или написав письмо на имя USDA. Письмо должно содержать имя, адрес, номер телефона заявителя и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной степенью подробности, чтобы проинформировать Assistant Secretary for Civil Rights (Секретаря-ассистента по гражданским правам, ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав.

Заполненную Форму AD-3027 или письмо нужно отправить:

1. **mail:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; или
2. **Факс:** (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
3. **Эл. почта:** FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Данное учреждение обеспечивает равные возможности для всех.

Иммиграционный статус и номера социального страхования

Вы можете получить помощь для некоторых лиц, с которыми вы живете, даже если другие лица, с которыми вы живете, не могут получить помощь из-за иммиграционного статуса. Вы должны сообщить нам иммиграционный статус каждого, кто подает заявку. Иммиграционный статус членов семей может быть проверен USCIS (ранее известной как INS). Информация, полученная от USCIS, может повлиять на право на получение льгот и суммы льгот. Мы располагаем медицинским страховым покрытием, которое может распространяться на иностранцев.

В соответствии с Федеральным законом (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6) вы должны предоставить нам Social Security Number (номер социального страхования, SSN) любого человека, с которым вы проживаете, и который подает заявку на получение Washington Apple Health, TANF или продовольственной помощи. Нам также могут потребоваться номера SSN родителей и супругов, которые живут с вами, но не подали заявку. Мы располагаем медицинским страховым покрытием, которое может распространяться на лиц без SSN.

Гражданство и идентификация для Washington Apple Health

Граждане США должны подтвердить гражданство и личность, чтобы получить право на участие в программе Washington Apple Health. Мы можем помочь вам получить подтверждение права. Если нам потребуется документ, который будет стоить вам денег, мы закажем его и оплатим его стоимость. Нам не нужно подтверждение прав кого-либо из членов вашей семьи, кто получает Medicare, Social Security Disability Insurance (социальное страхование по инвалидности, SSDI) на основании своей инвалидности или Supplemental Security Income (дополнительный социальный доход, SSI).

Выплата штату за медицинское обслуживание и долгосрочный уход

В соответствии с Законом штата Washington о восстановлении имущества (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080), может потребоваться возмещение расходов за счет недвижимости, которые штат заплатил за определенные виды медицинских и долгосрочных услуг и поддержки, которые вы получили после достижения возраста 55 лет. Возрастных ограничений нет, если вы получали услуги, финансируемые только штатом. Возмещение за счет имущества начинается после вашей смерти; выплата должна быть произведена после смерти пережившего вас супруга или когда вашему ребенку (детям) исполнится 21 год, если только ребенок не был слепым/инвалидом на момент вашей смерти. Штат может наложить арест на вашу недвижимость в любом возрасте, если вы живете в доме престарелых и, вероятно, ли вернетесь домой. Штат может получить взыскание по этому залог, если вы продадите или передадите имущество, а также после вашей смерти. Если вы вернетесь домой, штат снимет залоговое удержание. Для получения дополнительной информации, включая список услуг, стоимость которых подлежит взысканию за счет имущества, см. главы 182-527 WAC.

Конфиденциальность и ваша денежная и продовольственная помощь

Закон о пищевых продуктах и продовольствии 2008 года позволяет нам собирать информацию, которую мы запрашиваем в заявке. Предоставление запрошенной информации является добровольным, однако непредоставление информации без уважительной причины может привести к отказу в выплате пособия по программе Базовой продовольственной помощи. Мы проверяем некоторую информацию с помощью компьютерных программ сопоставления, включая федеральную Income and Eligibility Verification System (Систему верификации дохода и право на участие, IEVS).

Мы используем эту информацию, чтобы:	Мы можем предоставлять эту информацию:				
<ul style="list-style-type: none">• Определять, кто имеет право на участие в наших программах.• Взимать переплату по программе продовольственной помощи• Управлять нашими программами.• Убедиться, что мы не нарушаем законы.	<ul style="list-style-type: none">• Федеральным ведомствам и ведомствам штата для служебного пользования.• Правоохранительным органам, преследующим людей, скрывающихся от закона.• Частным коллекторским агентствам для сбора переплат за продовольственную помощь.				
Информация, сообщаемая Department of Social and Health Services (Департаменту социальных и медицинских услуг), может повлиять на право на медицинское страхование, предоставляемое Health Care Authority (Управлением здравоохранения) и Биржей медицинских льгот.					
Предупреждение о штрафах за недобросовестное получение продовольственной помощи					
<p>Мы сверяем правильность предоставленной вами информации в других ведомствах. Если какая-либо предоставленная информация окажется неверной, подавшие заявку лица могут не получить продовольственную помощь.</p> <p>Любой участник, который намеренно нарушит любое из правил, может:</p> <ul style="list-style-type: none">• Подвергаться судебному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами и законами штата.• Получить запрет на участие в SNAP на срок от одного года до безлимитного.• Быть оштрафован на сумму до \$250,000.• Быть лишен свободы на срок до 20 лет.• Быть лишен права на получение услуг SNAP еще на 18 месяцев по решению суда. <p>Если суд признает вас виновным в:</p> <table><tr><th>получении выгоды от сделки, включающей:</th><th>Вы можете быть:</th></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none">• Продажу контролируемых веществ• Продажу огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ• Торговлей товарами на общую сумму более \$500• Мошенничеством в отношении места жительства или личности</td><td><ul style="list-style-type: none">лишены права на получение пособия на срок от двух лет до пожизненного.навсегда лишены права на получение.Навсегда лишит пособие.Лишить права на получение пособия на 10 лет.</td></tr></table>		получении выгоды от сделки, включающей:	Вы можете быть:	<ul style="list-style-type: none">• Продажу контролируемых веществ• Продажу огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ• Торговлей товарами на общую сумму более \$500• Мошенничеством в отношении места жительства или личности	<ul style="list-style-type: none">лишены права на получение пособия на срок от двух лет до пожизненного.навсегда лишены права на получение.Навсегда лишит пособие.Лишить права на получение пособия на 10 лет.
получении выгоды от сделки, включающей:	Вы можете быть:				
<ul style="list-style-type: none">• Продажу контролируемых веществ• Продажу огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ• Торговлей товарами на общую сумму более \$500• Мошенничеством в отношении места жительства или личности	<ul style="list-style-type: none">лишены права на получение пособия на срок от двух лет до пожизненного.навсегда лишены права на получение.Навсегда лишит пособие.Лишить права на получение пособия на 10 лет.				

Оценка права на получение льгот

Спросите нас, нужна ли вам помощь в заполнении этой формы.

Только для продовольственных льгот: если вы не можете заполнить эту форму сегодня, начните процесс, указав свое **имя, адрес и подпись**. Для завершения заполнения формы оценки права требуется подпись на **странице 7**. Нам может потребоваться дополнительная информация, а также проведение собеседования для завершения оценки вашего дела.

1. ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ ФАМИЛИЯ	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	2. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН)
3. АДРЕС УЛИЦЫ, НА КОТОРОЙ ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ	ГОРОД ШТАТ ИНДЕКС	4. ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА <input type="checkbox"/> МОБИЛЬНЫЙ <input type="checkbox"/> ДОМАШНИЙ <input type="checkbox"/> для ГОЛОСОВЫХ СООБЩЕНИЙ
5. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)	ГОРОД ШТАТ ИНДЕКС	6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ(ЫЕ) НОМЕР(А) ТЕЛЕФОНА <input type="checkbox"/> МОБИЛЬНЫЙ <input type="checkbox"/> ДОМАШНИЙ <input type="checkbox"/> для ГОЛОСОВЫХ СООБЩЕНИЙ
8. Я подаю заявку на (отметьте все подходящие): <input type="checkbox"/> Денежную помощь <input type="checkbox"/> Помощь с проживанием / Семейный дом престарелых <input type="checkbox"/> Продовольственную помощь <input type="checkbox"/> Услуги долгосрочного ухода на дому <input type="checkbox"/> Medicare Savings Program (Программу сбережений Medicare) <input type="checkbox"/> Дом сестринского ухода <input type="checkbox"/> Хоспис <input type="checkbox"/> Healthcare / Workers with Disabilities (Программу здравоохранения / для работников с инвалидностью, HWD) <input type="checkbox"/> Медицинское страховое покрытие для aged, blind, or disabled (пожилых, слепых и немощных) <input type="checkbox"/> Целевую поддержку в виде Услуг для пожилых людей		7. АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ
9. Я или кто-то в моей семье (выберите все применимое): <input type="checkbox"/> сталкиваются с домашним насилием <input type="checkbox"/> имеет инвалидность <input type="checkbox"/> не может работать из-за проблем со здоровьем <input type="checkbox"/> Беременна; ФИО: _____ предполагаемая дата родов: _____		
10. Сколько денег, по вашему мнению, получит ваша семья в этом месяце? _____		
11. Какой суммой располагает ваша семья наличными и на банковских счетах? \$ _____		
12. Сколько ваша семья платит за аренду или ипотеку? \$ _____		
13. За какие коммунальные услуги платит ваша семья? <input type="checkbox"/> Отопление/охлаждение <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Иное: _____		
14. Является ли кто-нибудь в вашей семье сезонным рабочим или мигрантом, работающим в сельском хозяйстве? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
15. Если вы подаете заявку на продовольственную помощь, для скольких членов вашей семьи вы покупаете и готовите еду? _____		
только для служебного использования – Семья, имеющая право на ускоренное обслуживание: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Инициалы специалиста по проверке: _____ Дата: _____		

16. ☐ Мне нужен переводчик. Я говорю на: _____ или ☐ языке жестов; переведите мои письма на: _____

17. Перечислите всех членов вашей семьи, даже если вы не подаете на них заявку (при необходимости приложите дополнительные листы).

ФИО (ИМЯ, ВТОРОЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)	ПОЛ	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ЭТОТ ЧЕЛОВЕК?	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ИМЕТЬ ЛЬГОТЫ НА ЭТОГО ЧЕЛОВЕКА	ОПЦИОНАЛЬНО ДЛЯ НЕЗАЯВИТЕЛЕЙ			
					SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ)	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАЖДАНИНОМ США	РАСА (СМ. ПРИМЕРЫ НИЖЕ)	НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ (для американских индейцев, коренных жителей Аляски)
		Это я		<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"/>		



ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ	SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ)	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
---------------	--------------------------------------------------------	---------------------------------

18. Мое этническое происхождение: латиноамериканец или испано-американец: ☐ Да ☐ Нет

Информация о расе и этнической принадлежности предоставляется добровольно и не влияет на право на участие или размер льгот. Эта информация используется для обеспечения распределения льгот программы независимо от расы, цвета кожи или национального происхождения. В отношении продовольственной помощи Министерство сельского хозяйства США требует от нас ответить за вас, если не будет предоставлено никакой информации. Мы выберем «не указано», если вы не дадите ответ.
Примеры расы: белокожий, чернокожий или афроамериканец, азиат, коренной житель Гавайских островов, житель островов Тихого океана, американский индеец, коренной житель Аляски или любая комбинация рас.

I. Общие сведения

1. За последние 30 дней я получал деньги или продовольствие из другого штата, племени или из другого источника. ☐ Да ☐ Нет

2. Кто-то, на кого я подаю заявку, проживает за пределами штата Washington: ☐ Да ☐ Нет Кто именно: _____

3. Я или кто-то из членов моей семьи является финансово поддерживаемым иностранцем: ☐ Да ☐ Нет Кто именно: _____

4. Я или кто-то из членов моей семьи в возрасте 16 лет и старше посещает (отметьте все подходящие): ☐ Среднюю школу ☐ Программу обучения, эквивалентную программе средней школы ☐ Колледж ☐ Профтехучилище Кто именно: _____

5. Некое лицо временно отсутствует у меня дома: ☐ Да ☐ Нет Кто именно: _____

6. Я или кто-то из членов моей семьи служил в Вооруженных силах США, Национальной гвардии или резерве или был иждивенцем или супругом кого-либо, кто служил: ☐ Да ☐ Нет Если да, кто именно: _____

7. Я или кто-то, на кого я подаю заявку, скрывается от закона, чтобы избежать суда или тюрьмы за тяжкое преступление: ☐ Да ☐ Нет

8. Я проживаю в: ☐ собственном доме или квартире ☐ Интернате ☐ Иное: _____
☐ Учреждение (укажите тип): _____ Дата поступления: _____

9. Я: ☐ холост ☐ женат/замужем ☐ разведен(а) ☐ проживаю отдельно ☐ вдовец/вдова
☐ состою в зарегистрированном семейном партнерстве

10. Я или кто-то из членов моей семьи был осужден за обмен продовольственной помощи на наркотики после 22 сентября 1996 года: ☐ Да ☐ Нет

11. Я или кто-то из членов моей семьи был признан виновным в покупке или продаже продовольственной помощи на сумму более \$500 после 22 сентября 1996 г.: ☐ Да ☐ Нет

12. Я или кто-то из членов моей семьи был осужден за обмен продовольственной помощи на оружие, боеприпасы или взрывчатку после 22 сентября 1996 г. ☐ Да ☐ Нет

13. Я или кто-то из членов моей семьи был осужден за получение продовольственной помощи в более чем одном штате после 22 сентября 1996 г.: ☐ Да ☐ Нет

14. Я или кто-то из членов моей семьи: Участвует в забастовке: ☐ Да ☐ Нет b. Пансионер: ☐ Да ☐ Нет

15. Я или кто-либо в моей семье выиграл \$4,500 долларов или более в лотерею или азартные игры: ☐ Да ☐ Нет
Если да, кто именно: _____ Дата получения: _____
Сумма (в долл. до уплаты налогов): _____

II. Сведения о страховке (не требуется для получения базовой продовольственной помощи)

Я, мой супруг/моя супруга, кто-то из моей семьи:

1. Планирует поступить в, находится в или недавно покинул медицинское учреждение (например, больницу или учреждение сестринского ухода) ☐ Да ☐ Нет

2. Нуждался в помощи с оплатой медицинских счетов в последние три месяца ☐ Да ☐ Нет

3. Имеет медстраховку: ☐ Да ☐ Нет (выберите все, что применимо): ☐ Medicare (не Washington Apple Health)
☐ Tricare ☐ страховку на долгосрочный уход ☐ Indian Health Services (медстраховку для лиц индейского происхождения)
☐ Иную медстраховку:

III. Ресурсы (приложить подтверждение; не требуется для HWD и базовой продовольственной помощи)

Ресурс — это все, чем вы владеете или что покупаете, что можно продать, обменять или конвертировать в денежные средства, или денежные средства, принадлежащие другим. В перечень ресурсов не входит личное имущество, такое как мебель или одежда.
Примеры ресурсов:

• Наличные деньги	• Трасты	• Депоз. сертиф.	• Похоронные фонды, предоплаченные планы
• Текущие чековые счета	• IRA / 401k	• Депоз. счет ден. рынка	• Бизнес-оборудование
• Сберегательные счета	• Дома, земля или строения	• Облигации	• Домашний скот
• Деньги на высшее образование		• Пенсионный фонд	• Страхование жизни

ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ		SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ)		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	
III. Ресурсы (приложить подтверждение; не требуется для HWD и базовой продовольственной помощи) (продолжение)					
1. Пожалуйста, перечислите ресурсы, которыми владеете или которые покупаете вы, ваш(а) супруг(а) или кто-либо, на кого вы подаете заявку:					
РЕСУРС		КТО ВЛАДЕЕТ		МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ	Стоимость
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
2. У меня, моего(-ей) супруга(-и) или лица, от имени которого я подаю заявку, есть легковые автомобили, грузовики, фургоны, лодки, дома на колесах, прицепы или другие транспортные средства:					
ГОД (НАПРИМЕР, 1980)	МАРКА (НАПРИМЕР, FORD)	МОДЕЛЬ (НАПРИМЕР, ESCORT)	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ В ЛИЗИНГЕ	ОТМЕТЬТЕ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЛИ АВТОМОБИЛЬ В МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ	ПРИЧИТАЮЩАЯСЯ К УПЛАТЕ СУММА
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. Я, мой(-я) супруг(-а) или лицо, на которое я подаю заявку, продали, обменяли, отдали или передали ресурс в последние пять лет (включая трасты, транспортные средства или пожизненное имущество): <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Если да, что именно: _____ когда: _____					
IV. Аннуитеты (инвестиции, сделанные каким-либо членом семьи для получения регулярных платежей сейчас или в будущем.)					
КОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ АННУИТЕТ?	КОМПАНИЯ ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЕ?	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	ДАТА ПОКУПКИ	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		
Если вы или ваш супруг заинтересованы в аннуитете и принимаете страховку Washington Apple Health на долгосрочный уход, страховку, связанную с SSI или CN, вы должны указать штат Washington в качестве остаточного бенефициара аннуитета.					
V. Заработанный доход (приложите подтверждение)					
1. У меня, моего(-ей) супруга(-и) или кого-то, на кого я подаю заявку, была работа, которая закончилась в течение последних 30 дней: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
2. Я, мой(-я) супруг(-а) или лицо, на которое я подаю заявку, имею(т) доход от работы: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Если да, пожалуйста, заполните этот раздел:					
КТО ЗАРАБАТЫВАЕТ ЭТОТ ДОХОД			ВАЛОВАЯ СУММА ПОЛУЧЕННАЯ (СУММА В ДОЛЛАРАХ ДО ВЫЧЕТОВ)		
ИМЯ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ			\$ _____ каждый(-ую, -ые): <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> неделю		
ДАТА НАЧАЛА			<input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Месяц		
Является ли эта работа самозанятостью? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			Часов в неделю: _____		
Ежемесячная сумма расходов на самозанятость: \$ _____			Даты выплат (например, 1 и 15 числа или каждую пятницу):		
КТО ЗАРАБАТЫВАЕТ ЭТОТ ДОХОД			ВАЛОВАЯ СУММА ПОЛУЧЕННАЯ (СУММА В ДОЛЛАРАХ ДО ВЫЧЕТОВ)		
ИМЯ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ			\$ _____ каждый(-ую, -ые): <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> неделю		
ДАТА НАЧАЛА			<input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Месяц		
Является ли эта работа самозанятостью? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			Часов в неделю: _____		
Ежемесячная сумма расходов на самозанятость: \$ _____			Даты выплат (например, 1 и 15 числа или каждую пятницу):		

ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ		SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ)		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	
VI. Прочий доход (приложите подтверждение; для всех членов семьи)					
<ul style="list-style-type: none">Пособие по безработицеДоход по соцстрахуДоход от племениДоход от игровой деят.Образов. доход (студенч. займы, гранты, работа-учеба)		<ul style="list-style-type: none">Supplemental Security income (дополнительный социальный доход, SSI)Детские выплаты или алименты, выпл. предыдущему супруге(-у)Ж/д льготыДоход от аренды		<ul style="list-style-type: none">Выплаты по увольнению или выходу на пенсиюVeteral Administration (Ветеранские, VA) или военные льготыLabor and Industries (Выплаты от Комит. по труд. и промыш. L&I)ТрастыПроценты / дивиденды	
ВИД НЕЗАРАБОТАННОГО ДОХОДА		КТО ПОЛУЧАЕТ ДОХОД?		ВАЛОВАЯ ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ СУММА	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
VII. Ежемесячные расходы					
АРЕНДА \$	ИПОТЕКА \$	АРЕНДА ТЕРРИТОРИИ \$	СТРАХОВАНИЕ ВЛАДЕЛЬЦА ДОМА \$	НАЛОГ НА НЕДВИЖИМОСТЬ \$	ДРУГИЕ СБОРЫ \$
Какие коммунальные услуги ваша семья оплачивает <u>отдельно</u> от арендной платы или ипотеки? <input type="checkbox"/> Отопление (электрическое/газовое) <input type="checkbox"/> Электрическое (не тепловое) <input type="checkbox"/> Вода <input type="checkbox"/> Домашний/сотовый телефон <input type="checkbox"/> Канализация <input type="checkbox"/> Мусор					
Другое лицо или ведомство (например по субсидированию жилья) помогает мне оплатить все или часть этих расходов: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, кто: _____ Какие расходы: _____ Оплачиваемая сумма: \$ _____ <input type="checkbox"/> За последние 12 месяцев я получил выплату по Low Income Home Energy Assistance Act (Закону о помощи малообеспеченным домам в части энергоснабжения, LIHEAA). Я, мой(-я) супруг(-а) или кто-то из членов моей семьи оплачивает (-тит) или обязан оплачивать (отметьте все подходящие варианты):					
<input type="checkbox"/> Уход за ребенком или взрослым-иждивенцем (включая транспортные расходы)		Ежемесячная сумма: \$		Кто оплачивает: \$	
<input type="checkbox"/> Медицинские счета для людей с ограниченными возможностями или в возрасте 60+ (включая транспортные расходы и взносы на медицинское страхование)		Ежемесячная сумма: \$		Кто оплачивает: \$	
<input type="checkbox"/> Выплаты на детей (приложите подтверждение)		Ежемесячная сумма: \$		Кто оплачивает: \$	
Если вы не сообщите ни о каких из вышеперечисленных расходов, мы будем рассматривать это как заявление вашей семьи о том, что вы не хотите получать вычет по этим расходам.					
VIII. Уполномоченный представитель					
Уполномоченный представитель – это человек, с которым вы разрешаете DSHS обсуждать ваши льготы. Вы можете назвать кого-то, но это не обязательно. У вас есть уполномоченный представитель? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Является ли этот человек вашим законным опекуном? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Есть ли у это лица доверенность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Возможно, вам потребуется заполнить форму уполномоченного представителя (DSHS 14-532), если вы возобновляете свое страховое покрытие. Применительно к базовой продовольственной помощи, уполномоченный представитель может действовать только в период сертификации.					
ФИО		КЕМ ПРИХОДИТСЯ		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС		ГОРОД		ШТАТ	Почтовый индекс
Авторизация для верификации активов					
Только для программ Washington Apple Health для Aged, Blind or Disabled (пожилых, слепых или немощных). Я осознаю, что информация, предоставленная мной для подачи заявки на получение или продление помощи, подлежит проверке федеральными чиновниками и чиновниками штата для определения ее достоверности. Я уполномочиваю Health Care Authority (Управление здравоохранения, HCA) штата Washington и Department of Social and Health Services (Департамент социального обеспечения и здравоохранения, DSHS) провести проверку активов, чтобы определить мое право на участие и проверить точность моей финансовой информации. Я осознаю, что HCA и DSHS могут провести расследование и связаться с любым финансовым учреждением, федеральным или штата, или частной базой данных в рамках процесса проверки активов. Я осознаю, что действие этого разрешения прекращается, когда по моей заявке принимается окончательное отрицательное решение, прекращается мое право на получение пособий или если я отзываю это разрешение в любое время, предоставив HCA или DSHS соответствующее письменное уведомление. Если я отзываю или откажусь предоставить разрешение, я осознаю, что не буду иметь права на участие в программах Washington Apple Health (Medicaid) для Aged, Blind or Disabled (пожилых, слепых или немощных).					

ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ	SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ)	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	
Регистрация избирателей			
<p>Department offers voter registration services (Департамент предлагает услуги по регистрации избирателей), включая автоматическую регистрацию. Подача заявки на регистрацию или отказ от регистрации не повлияет на услуги или размер пособий, которые вы можете получить от этого ведомства. Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы окажем вам необходимую помощь. Решение о том, обращаться ли за помощью и принять ли ее, остается за вами. Вы можете заполнить форму регистрации избирателя самостоятельно. Если вы считаете, что кто-то нарушил ваше право зарегистрироваться или отказаться от регистрации для голосования, ваше право на неприкосновенность частной жизни при принятии решения о регистрации или подаче заявки на регистрацию для голосования, или ваше право выбирать свою собственную политическую партию или иметь другие политические предпочтения, вы можете подать жалобу по адресу: Избирательное управление штата Washington, PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p>Вы хотите зарегистрироваться для голосования или обновить свою регистрацию избирателя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если вы не отметите ни один из этих пунктов, это будет расценено как решение не регистрироваться для голосования в данный момент, если только вы не имеете права (и не отказываетесь от него) на автоматическую регистрацию избирателей.</p> <p>Если вы не отметили «Нет» выше, то можете иметь право на автоматическую регистрацию избирателей. Вы имеете право на автоматическую регистрацию избирателей, если к следующим выборам вам будет не менее 18 лет, вы являетесь гражданином Соединенных Штатов Америки, и у DSHS есть ваше имя, адрес проживания и почтовый адрес, дата рождения, подтверждающие гражданство документы с вашей подписью, подтверждение достоверности информации, указанной в данной заявке.</p> <p>Хотите автоматически зарегистрироваться для участия в голосовании? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если вы отметили поле «Да» или не отметили ни одно из этих полей и соответствуете требованиям автоматической регистрации избирателей, DSHS отправит ваши данные в Office of the Secretary of State (Офис секретаря штата), и Вы будете автоматически зарегистрированы для участия в голосовании.</p>			
Заявление и подпись (подпишите ниже для завершения заполнения формы Оценки права)			
<p>Я понимаю, что обязан:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставить правдивую информацию и соблюдать требования, касающиеся отчетности. • Предоставить подтверждение того, что имею право на участие в программе. • Передать определенные права на выплату алиментов штату Washington, когда я получаю Temporary Assistance for Needy Families (временную помощь для нуждающихся семей, TANF). Однако я могу попросить DSHS не требовать выплаты алиментов, если это поставит под угрозу меня или моих детей. • Выполнять требования к работе для получения продовольственной помощи. <p>В противном случае мне могут отказать в выплате льгот либо мне придется выплатить их обратно.</p> <p>Я осознаю, что меня могут привлечь к уголовной ответственности, если я намеренно сделаю ложное заявление или умолчу о сведениях, которые я должны сообщить.</p> <p>Я разрешаю DSHS связываться с другими лицами или ведомствами, когда это необходимо, чтобы помочь мне получить доказательство того, что я имею право на участие в программе.</p> <p>Для получения денежной и продовольственной помощи: Я прочитал / мне объяснили мои права и обязанности и я получил копию Прав и обязанностей клиента, DSHS 14-113. Для медстраховки: Я прочитал / мне объяснили мои права и обязанности и я получил копию Прав и обязанностей клиента, HCA 18-003.</p> <p>Я подтверждаю или заявляю под страхом наказания за дачу ложных показаний в соответствии с законами штата Washington, что информация, которую я предоставил в этом заявлении, включая информацию, касающуюся гражданства и статуса иностранца участников, претендующих на получение льгот, является правдивой и точной.</p> <p>При подаче заявки на получение денежной помощи все взрослые (или уполномоченные представители) в семье должны поставить свою подпись.</p> <p>Для получения медстраховки заявитель (или уполномоченный представитель должен поставить свою подпись).</p> <p>В случае продовольственной помощи и заявитель, и уполномоченный представитель должны поставить свою подпись, если только в файле не имеется действующего документа уполномоченного представителя.</p>			
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНА)	ДАТА	ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ГОРОД И ШТАТ ПОДПИСЬ
ПОДПИСЬ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА	ФИО ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ГОРОД И ШТАТ ПОДПИСЬ
ПОДПИСЬ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА	ФИО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ГОРОД И ШТАТ ПОДПИСЬ
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ПОДПИСАНО знаком «Х»	ДАТА	ФИО СВИДЕТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	