

## Определение соответствия критериям Eligibility Review

Если вам требуется помощь в чтении и заполнении этой формы, обратитесь к нам.  
Сохраните эту страницу для своего архива.

### Как подать заявление на получение денежных и (или) продовольственных пособий?

- **Начать** этот процесс можно сейчас, заполнив эту форму в приемной отдела социального обеспечения и отдав сотруднику. Она должна содержать ваше имя, фамилию, адрес и подпись или подпись вашего уполномоченного представителя. Вы можете подать вашу форму, даже если она содержит лишь эти три пункта.
- Вы можете получить больше пособий или получить их быстрее, если заполните и подадите эту форму, а также предоставите всю запрашиваемую нами информацию без промедления.
- Сдайте заполненную форму в местный отдел социального обеспечения или отправьте по факсу 1-888-338-7410. Адреса отделов приведены на сайте [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov).
- Отправьте заполненную форму почтой 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
- Эту форму можно заполнить в режиме онлайн на вебсайте [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)
- Эту форму определения соответствия критериям можно использовать только для продления срока действия страхования по программам Washington Apple Health, указанным в форме. Заявки на медицинское страхование по другим программам можно подать онлайн с вебсайта [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org), позвонив по тел. 1-855-923-4633, либо заполнив форму HCA Application for Health Care Coverage (HCA 18-001).

### Как скоро можно будет начать получать продовольственные и денежные пособия?

- Если продовольственные пособия требуются вам немедленно, ответьте на вопросы 1–14 и отнесите форму в местный отдел социального обеспечения. Мы примем решение по вопросу о выделении вам продовольственного пособия в течение 7 дней, если вы предъявите документ, удостоверяющий вашу личность, и отвечаете критериям соответствия.
- Мы начинаем выдавать пособия со следующего дня после вынесения решения о праве на их получение.
- Продовольственные пособия обычно начинают предоставляться со дня получения вашего заявления.
- Денежные пособия обычно начинают предоставляться с того дня, когда у нас имеется вся информация для вынесения решения.
- Мы должны принять решение о том, имеете ли вы право на участие в программе продовольственной помощи в течении 30 дней после подачи вашей заявки.
- Если вы подаете вашу заявку, находясь в каком-либо учреждении, дата начала действия льгот совпадает с датой вашего освобождения/выписки.

### Если вы подаете заявку на получение продовольственной помощи и другие программы:

Мы должны следовать правилам Программы дополнительного питания (SNAP) при обработке вашей заявки. Эти правила включают в себя обработку вашей заявки с учетом временных рамок, с предоставлением соответствующих уведомлений и информированием о ваших административных правах.

Мы не можем отказать вам в предоставлении продовольственной помощи по причине отклонения вашей заявки другими программами помощи.

### Гражданские права

В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах и гражданско-правовыми нормами и политикой Департамента Сельского хозяйства США (USDA) Департаменту USDA, его ведомствам, учреждениям и наемным работникам, а также учреждениям, принимающим участие либо руководящим программами USDA, запрещается расовая дискриминация, а также дискриминация по цвету кожи, национальности, религии, гендерной принадлежности, гендерной идентификации (включая гендерное самовыражение), сексуальной ориентации, недееспособности, возрасту, семейному положению, статусу семьи или родителей, доходу, обеспечиваемому в рамках программы общественной помощи, политических взглядов, в связи с репрессиями либо мерами, принимаемыми в ответ на действия в рамках защиты гражданских прав, а также в связи с участием в каких-либо программах или мероприятиях, организованных либо финансируемых USDA (не все положения относятся ко всем программам). Сроки по обращениям о защите прав и приему жалоб зависят от программы.

Лица с ограниченной в дееспособностью, нуждающиеся в альтернативных средствах коммуникации для получения необходимой программной информации (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, лента звукозаписи, язык жестов Северной Америки, и т.д.) должны связаться с соответствующим ведомством или центром TARGET Center при Департаменте сельского хозяйства США (USDA) по телефону (202) 720-2600 (голосовая связь и телетайп) либо через Федеральную коммутационную службу по телефону (800) 877-8339. Кроме того, программная информация может быть доступна на прочих языках, помимо английского.

Для регистрации жалобы в рамках программы дискриминации, заполните форму жалобы о дискриминации Департамента USDA, AD-3027, которую можно найти в интернете по адресу [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), а также взять в любом офисе USDA, либо напишите письмо, адресованное USDA и вложите в ваше письмо анкету со всей необходимой информацией. Чтобы получить копию формы жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA:

1. По почте: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Ave, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
2. По факсу: (202) 690-7442; или
3. По электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Министерство сельского хозяйства США (USDA) обеспечивают равные возможности в предоставлении услуг, при приеме на работу и предоставлении займов.

## Иммиграционный статус и номера социального обеспечения

Вы можете получить пособие для некоторых проживающих с вами членов семьи, даже если другие проживающие с вами лица не могут получать пособий из-за своего иммиграционного статуса. Вы обязаны сообщить нам о статусе всех лиц, для которых просите о предоставлении пособий. Иммиграционный статус членов семьи может проверяться через программу USCIS (ранее – INS). Информация, полученная через программу USCIS, может повлиять на право получения помощи и её размеры. У нас есть медицинские программы, которые могут распространяться на отдельных иностранных граждан.

В соответствии с федеральным законодательством (том 42 Свода федеральных постановлений (CFR), § 435.910; том 45 CFR, §205.52; и том 7 CFR, §273.6), вы обязаны указать номер социального обеспечения (SSN) для каждого проживающего с вами члена семьи, который претендует на получение льгот по программам Washington Apple Health, пособий TANF или продовольственных пособий. Нам также могут понадобиться номера SSN проживающих вместе с вами родителей и супругов, которые не претендуют на получение помощи. У нас есть медицинские программы для некоторых лиц, не имеющих номера SSN.

## Гражданство и установление личности для получения пособий программ Washington Apple Health

Для получения пособий по программам Washington Apple Health граждане США должны подтвердить свое гражданство и личность. Мы поможем вам получить необходимое подтверждение. При востребовании документа, получение которого будет стоить вам денег, мы сами запросим этот документ и оплатим расходы. Членам вашей семьи, которые получают Medicare, Социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI) ввиду собственной инвалидности или Дополнительный доход до социальному обеспечению (SSI), предоставлять подтверждение не требуется.

## Возмещение штату расходов на медицинские услуги и услуги долговременного ухода

В соответствии с законодательством о возмещении за счет наследственного имущества (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080), из средств вашего имущества могут быть взысканы суммы, потраченные штатом в рамках предоставления вам некоторых видов медицинского обслуживания и услуг по долгосрочному уходу после достижения вами 55 лет. Если вы пользовались только услугами, которые оплачивались исключительно из фондов штата, ограничение по возрасту отсутствует. Возмещение за счет наследственного имущества происходит после вашей смерти; выплата осуществляется после смерти вашего (-ей) супруга (-и) или по достижению вашим ребенком (детьми) 21 года за исключением случаев, если на момент вашей смерти ребенок был слепым/инвалидом. Если вы проживаете в пансионате с медсестринским обслуживанием и возвращение домой маловероятно, в любом возрасте перед вашей смертью Штат может инициировать распоряжение о залоговом удержании принадлежащего вам реального имущества. Расходы могут быть взысканы штатом в случае продажи вами или передачи прав собственности на имущество, или же после вашей смерти. Если вы вернетесь домой, штат откажется от права удержания. Дополнительная информация в отношении данной программы, в том числе – перечень услуг, на которые распространяется возмещение за счет залогового имущества, приведена в разделе Административного кодекса штата Вашингтон 182-527 WAC.

## Денежные и продовольственные пособия и требования к соблюдению конфиденциальности

Принятый в 2008 году «Закон о продовольствии и питании» (Food and Nutrition Act) разрешает нам собирать сведения, запрашиваемые в этом заявлении. Предоставление запрашиваемой информации является добровольным. Однако отказ предоставить информацию без уважительной причины может привести к отказу в пособиях Basic Food. Мы проверяем часть этих сведений, используя компьютерные программы сопоставления данных, включая федеральную систему подтверждения размера доходов и права на пособия (federal Income and Eligibility Verification System, IEVS).

<b>Мы используем эту информацию:</b>	<b>Мы можем передавать эту информацию:</b>										
<ul style="list-style-type: none"><li>• Для вынесения решений о предоставлении пособий по нашим программам.</li><li>• Для возмещения средств за неправомерно начисленную продовольственную помощь.</li><li>• Для осуществления наших программ.</li><li>• В целях соблюдения закона.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Федеральным ведомствам и ведомствам штата для служебного пользования.</li><li>• Правоохранительным органам, преследующим лиц, скрывающихся от правосудия.</li><li>• Частным агентствам по сбору платежей для возмещения средств за неправомерно начисленную продовольственную помощь.</li></ul>										
<b>Сведения, сообщенные Департаменту социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services), могут повлиять на право получения медицинского страхования, предоставляемого Управлением здравоохранения (Health Care Authority) и Рынком медицинского страхования (Health Benefit Exchange).</b>											
<b>Предупреждение о санкциях в связи с продовольственной помощью</b>											
<b>Мы проверяем через другие ведомства правильность предоставленной вами информации.</b> Если какие-либо сведения неверны, лицам, подавшим заявление, может быть отказано в предоставлении продовольственной помощи.											
<b>На любого участника программы, умышленно нарушившего какое-либо правило, могут быть наложены санкции:</b>											
<ul style="list-style-type: none"><li>• Привлечение к ответственности в соответствии с применимым федеральным законодательством и законами штата.</li><li>• Исключение из участия в программе SNAP на срок от одного года до пожизненного запрета на участие.</li><li>• Денежный штраф на сумму до 250 000 долларов.</li><li>• Тюремное заключение на срок до 20 лет.</li><li>• Исключение из программы SNAP в течение дополнительных 18 месяцев по решению суда.</li></ul>											
<b>Если суд признает вас виновным в:</b>											
<table border="0"><tr><td><b>Получении прибыли в результате действий, связанных с:</b></td><td><b>Вы можете быть:</b></td></tr><tr><td>• Продаже подучётных веществ .....</td><td>Исключены на срок от двух лет до пожизненного запрета.</td></tr><tr><td>• Продаже огнестрельного оружия, патронов или взрывчатых веществ</td><td>Исключены пожизненно.</td></tr><tr><td>• Незаконном обороте на общую сумму более \$500 .....</td><td>Исключены пожизненно.</td></tr><tr><td>• Мошенничестве с местом проживания или персональными данными</td><td>Исключены на 10 лет..</td></tr></table>		<b>Получении прибыли в результате действий, связанных с:</b>	<b>Вы можете быть:</b>	• Продаже подучётных веществ .....	Исключены на срок от двух лет до пожизненного запрета.	• Продаже огнестрельного оружия, патронов или взрывчатых веществ	Исключены пожизненно.	• Незаконном обороте на общую сумму более \$500 .....	Исключены пожизненно.	• Мошенничестве с местом проживания или персональными данными	Исключены на 10 лет..
<b>Получении прибыли в результате действий, связанных с:</b>	<b>Вы можете быть:</b>										
• Продаже подучётных веществ .....	Исключены на срок от двух лет до пожизненного запрета.										
• Продаже огнестрельного оружия, патронов или взрывчатых веществ	Исключены пожизненно.										
• Незаконном обороте на общую сумму более \$500 .....	Исключены пожизненно.										
• Мошенничестве с местом проживания или персональными данными	Исключены на 10 лет..										

# Определение соответствия критериям Eligibility Review

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы, обратитесь к нашему сотруднику.

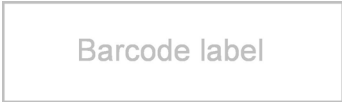
<p>1. ИМЯ ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА      ФАМИЛИЯ</p>	<p>ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)</p>	<p>2. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН)</p>												
<p>3. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ      ГОРОД      ШТАТ      ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС</p>	<p>4. ОСНОВНОЙ ТЕЛЕФОН <input type="checkbox"/> МОБ.   <input type="checkbox"/> ДОМ.   <input type="checkbox"/> СООБЩ.</p>													
<p>5. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА ПРОЖИВАНИЯ) УЛИЦА      ГОРОД      ШТАТ      ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС</p>	<p>6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН <input type="checkbox"/> МОБ.   <input type="checkbox"/> ДОМ.   <input type="checkbox"/> СООБЩ.</p>													
<p>8. Я подаю заявление на получение следующих видов помощи (отметьте все, что подходит):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Финансовая помощь</td> <td><input type="checkbox"/> Уход с проживанием / Семейное жилье для взрослых</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Продуктовая помощь</td> <td><input type="checkbox"/> Услуги долговременного ухода на дому</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Сберегательная программа Medicare</td> <td><input type="checkbox"/> Услуги дома престарелых и инвалидов</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Услуги хосписа</td> <td><input type="checkbox"/> Медицинское обслуживание</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Медицинское страхование для пожилых лиц, слепых или инвалидов</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Индивидуальное обслуживание пожилых лиц</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Финансовая помощь	<input type="checkbox"/> Уход с проживанием / Семейное жилье для взрослых	<input type="checkbox"/> Продуктовая помощь	<input type="checkbox"/> Услуги долговременного ухода на дому	<input type="checkbox"/> Сберегательная программа Medicare	<input type="checkbox"/> Услуги дома престарелых и инвалидов	<input type="checkbox"/> Услуги хосписа	<input type="checkbox"/> Медицинское обслуживание	<input type="checkbox"/> Медицинское страхование для пожилых лиц, слепых или инвалидов		<input type="checkbox"/> Индивидуальное обслуживание пожилых лиц	
<input type="checkbox"/> Финансовая помощь	<input type="checkbox"/> Уход с проживанием / Семейное жилье для взрослых													
<input type="checkbox"/> Продуктовая помощь	<input type="checkbox"/> Услуги долговременного ухода на дому													
<input type="checkbox"/> Сберегательная программа Medicare	<input type="checkbox"/> Услуги дома престарелых и инвалидов													
<input type="checkbox"/> Услуги хосписа	<input type="checkbox"/> Медицинское обслуживание													
<input type="checkbox"/> Медицинское страхование для пожилых лиц, слепых или инвалидов														
<input type="checkbox"/> Индивидуальное обслуживание пожилых лиц														
<p>7. АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ</p>														
<p>9. Я или кто-либо из членов моей семьи (отметьте все, что к вам относится): <input type="checkbox"/> подвергается бытовому насилию  <input type="checkbox"/> имеет инвалидность   <input type="checkbox"/> не может работать из-за проблем со здоровьем  <input type="checkbox"/> беременна; укажите имя и фамилию: _____ предполагаемая дата родов: _____</p>														
<p>10. Сколько денег ваша семья получит в этом месяце?      \$ _____</p>														
<p>11. Сколько денег есть у вашей семьи наличными и на банковских счетах?      \$ _____</p>														
<p>12. Сколько ваша семья платит за аренду жилья или по ипотеке?      \$ _____</p>														
<p>13. Какие коммунальные услуги оплачивает ваша семья?   <input type="checkbox"/> отопление / кондиционирование   <input type="checkbox"/> телефон   <input type="checkbox"/> иные услуги: _____</p>														
<p>14. Есть ли в составе вашей семьи сезонный сельскохозяйственный рабочий или рабочий-мигрант?   <input type="checkbox"/> Да   <input type="checkbox"/> Нет</p>														
<p>15. Если подаете заявление на продовольственную помощь, на сколько человек в вашей семье вы покупаете продукты и готовите? _____</p>														

**FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service:**  Yes    No   **Screener's Initials:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

16.  Мне нужен переводчик. Я говорю на: \_\_\_\_\_ или  языке глухонемых; переведите письма для меня на: \_\_\_\_\_

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

ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	ПОЛ	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ЭТО ЛИЦО?	ДАТА РОЖДЕН ИЯ	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ХОТИТЕ ПОЛУЧАТЬ ПОСОБИЯ НА ЭТО ЛИЦО	НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ТЕХ, КТО НЕ ПРЕТЕНДУЕТ НА ПОСОБИЯ			
					НОМЕР СОЦИАЛЬНО ГО ОБЕСПЕЧЕН ИЯ	ПОМЕТЬ Е, ЕСЛИ ГРАЖДАН ИН США	РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕ ЖНОСТЬ (СМ. НИЖЕ ПРИМЕРЫ)	НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ (для американских индейцев и уроженцев Аляски)
		Я сам (-а)		<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"/>		



ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА																
<p>18. Мое этническое происхождение – испаноговорящий (-ая) или латиноамериканец (-ка): <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Сведения о расовой принадлежности и этническом происхождении предоставляются в добровольном порядке. При подаче заявления на продовольственную помощь USDA требует от нас ответа на этот вопрос в случае, если вы его сами не предоставите. <b>Примеры расовой принадлежности:</b> белые, черные / афроамериканцы, азиаты, уроженцы Гавайских островов, уроженцы других островов Тихого океана, американские индейцы, уроженцы Аляски, либо иная комбинация рас.</p>																		
<b>I. Общие сведения</b>																		
<ol style="list-style-type: none"> <li>За последние 30 дней я получал (-а) денежную или продовольственную помощь из другого штата, племени или другого источника: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</li> <li>Одно из лиц, на которых я подаю заявление о пособиях, проживает за пределами штата Вашингтон: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Кто именно: _____</li> <li>Я или кто-либо из членов моей семьи – иммигрант, имеющий спонсора: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Кто именно: _____</li> <li>Я или кто-либо из членов моей семьи в возрасте 16 лет и старше посещает (отметьте все подходящие пункты)  <input type="checkbox"/> среднюю школу <input type="checkbox"/> образовательное учреждение по программе образования, эквивалентного среднему (High School Equivalency) <input type="checkbox"/> университет <input type="checkbox"/> техникум Кто именно: _____</li> <li>Один из членов семьи временно проживает вне дома: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Кто именно: _____</li> <li>Я или один из членов моей семьи служил(а) в вооруженных силах, национальной гвардии или в резерве США или являюсь(-ется) иждивенцем или супругой (-ом) служившего лица: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, кто именно: _____</li> <li>Я или кто-либо из тех, на кого я подаю заявление о пособиях, скрывается от закона, чтобы избежать явки в суд или тюремного заключения за тяжкое преступление. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</li> <li>Я проживаю в: <input type="checkbox"/> собственном доме или квартире <input type="checkbox"/> общежитии (Group Home) <input type="checkbox"/> иное: _____  <input type="checkbox"/> специализированном учреждении (укажите тип): _____ дата поступления: _____</li> <li>Я: <input type="checkbox"/> холост / не замужем <input type="checkbox"/> женат / замужем <input type="checkbox"/> разведен (-а) <input type="checkbox"/> живу отдельно от супруги (-а) <input type="checkbox"/> вдовец / вдова <input type="checkbox"/> состою в официально зарегистрированных отношениях сожительстава</li> <li>Я или кто-либо из моей семьи обвинялись в использовании программы продовольственной помощи с целью оплаты лекарств после 22 сентября 1996 года: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</li> <li>Я или кто-либо из моей семьи обвинялись в покупке или продаже продуктов, предоставляемых в рамках продовольственной программы за сумму свыше 500 долларов после 22 сентября 1996 г.: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</li> <li>Я или кто-либо из моей семьи обвинялись в использовании программы продовольственной помощи с целью закупки оружия, военного снаряжения либо взрывчатых веществ после 22 сентября 1996 г.: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</li> <li>Я или кто-либо из моей семьи обвинялись в участии в программе продовольственной помощи в более, чем одном штате после 22 сентября 1996 г.: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</li> <li>Я или кто-либо из моей семьи: а. Бастует: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет б. Является квартирантом: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</li> <li>Я или кто-либо из моей семьи выиграл (-а) \$3750 или больше в лотерею или азартные игры: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет  Если да, то кто именно: _____ Дата получения: _____  Сумма (сумма в долларах до вычитания налогов): _____</li> </ol>																		
<b>II. Сведения о медицинском страховании (не требуются для пособий программы Basic Food)</b>																		
<p><b>Я, мой (моя) супруг (-а) или член моей семьи:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Собирается поступить в медицинское учреждение (например, больницу или дом престарелых), находится в нем в настоящее время либо недавно выписался из такого учреждения.....<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</li> <li>Нуждается в помощи в оплате счетов за медицинское обслуживание за последние три месяца: .....<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</li> <li>Имеет медицинскую страховку: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (отметьте все, что подходит): <input type="checkbox"/> Medicare (не по программе Washington Apple Health) <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Программа долгосрочного ухода <input type="checkbox"/> Система медицинского обслуживания лиц индейского происхождения <input type="checkbox"/> Другая программа медицинского страхования:</li> </ol>																		
<b>III. Ресурсы (приложите документальные подтверждения; не требуется при подаче заявления на пособия HWD и Basic Food)</b>																		
<p>Ресурсы – это любое имущество, которым вы владеете или которое покупаете и которое можно продать, обменять или превратить в наличные деньги, а также деньги, хранящиеся у других людей. Ресурсы не включают личное имущество, например, мебель и одежду. Примеры ресурсов:</p> <table border="0"> <tr> <td>• наличные средства</td> <td>• трастовые фонды</td> <td>• депозитарные сертификаты (CDs)</td> <td>• похоронные фонды, предоплаченные планы</td> </tr> <tr> <td>• чековые счета</td> <td>• IRA / 401k</td> <td>• депозитный счет денежного рынка</td> <td>• производственное оборудование</td> </tr> <tr> <td>• сберегательные счета</td> <td>• дома, участки земли, другая недвижимость</td> <td>• облигации</td> <td>• домашний скот</td> </tr> <tr> <td>• фонды для оплаты обучения в вузе</td> <td></td> <td>• пенсионные фонды</td> <td>• полисы страхования жизни</td> </tr> </table>			• наличные средства	• трастовые фонды	• депозитарные сертификаты (CDs)	• похоронные фонды, предоплаченные планы	• чековые счета	• IRA / 401k	• депозитный счет денежного рынка	• производственное оборудование	• сберегательные счета	• дома, участки земли, другая недвижимость	• облигации	• домашний скот	• фонды для оплаты обучения в вузе		• пенсионные фонды	• полисы страхования жизни
• наличные средства	• трастовые фонды	• депозитарные сертификаты (CDs)	• похоронные фонды, предоплаченные планы															
• чековые счета	• IRA / 401k	• депозитный счет денежного рынка	• производственное оборудование															
• сберегательные счета	• дома, участки земли, другая недвижимость	• облигации	• домашний скот															
• фонды для оплаты обучения в вузе		• пенсионные фонды	• полисы страхования жизни															

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
-------------------------	-------------------------------	---------------------------------

**III. Ресурсы (приложите документальные подтверждения;  
не требуется при подаче заявления на пособия HWD и Basic Food)**

Укажите ресурсы, которыми владеете или которые собираетесь купить вы, ваш (-а) супруг (а) или члены семьи, на которых вы подаете заявление:

РЕСУРСЫ	КТО ВЛАДЕЕТ	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	СТОИМОСТЬ
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

2. У меня, моего супруга (супруги) или членов семьи, на которых я подаю заявление, есть машины, грузовики, микроавтобусы, лодки, RV, трейлеры и другие автотранспортные средства:

ГОД ВЫПУСКА (напр. 1980)	МАРКА (напр., ФОРД)	МОДЕЛЬ (напр., ЭСКОРТ)	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ВЗЯТА В ДОЛГОСРОЧНУЮ АРЕНДУ	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ НУЖД	НЕВЫПЛАЧЕНН ЫЙ ОСТАТОК ПО КРЕДИТУ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. Я, мой супруг (супруга) или члены моей семьи, на которых я подаю заявление, продали, обменяли, отдали или перевели на другое имя ресурсы в течение последних пяти лет (включая доверительные фонды, транспортные средства, денежные средства и имущество в пожизненном пользовании):  Да  Нет  
Если «да», то что именно: \_\_\_\_\_ когда: \_\_\_\_\_

**IV. Аннуитеты  
(вклады, сделанные каким-либо членом семьи для получения регулярных выплат в настоящее время или в будущем)**

НА КОГО ОФОРМЛЕН АННУИТЕТ?	КОМПАНИЯ ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЕ	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ	МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	ДАТА ПРИБРЕТЕНИЯ
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Если вы или ваш (-а) супруг (-а) получаете какие-либо периодические выплаты из аннуитетов и при этом получаете долгосрочный уход в рамках программы Washington Apple Health либо страхование по программе SSI или CN, вы обязаны указать штат Вашингтон в качестве получателя оставшихся выплат.

**V. Заработки, приложите документальные подтверждения**

1. Я, мой супруг (супруга) или члены моей семьи, на которых я подаю заявление, оставили работу в течение последних 30 дней:  Да  Нет

2. Я, мой супруг (супруга) или члены моей семьи, на которых я подаю заявление, имеем доход в виде заработка:  Да  Нет Если «да», то заполните этот раздел:

КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ЗАРАБОТОК _____ МЕСТО РАБОТЫ (РАБОТОДАТЕЛЬ) И ТЕЛЕФОН _____ ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ _____ Это самостоятельная предпринимательская деятельность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Ежемесячная сумма расходов на ведение предпринимательской деятельности самозанятым лицом: \$ _____	СОВОКУПНЫЙ ДОХОД (В ДОЛЛАРАХ, ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ) \$ _____ в (за): <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> две недели <input type="checkbox"/> полмесяца <input type="checkbox"/> месяц Количество часов в неделю: _____ Дни оплаты (напр., 1-е и 15-е или каждую пятницу): _____
КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ЗАРАБОТОК _____ МЕСТО РАБОТЫ (РАБОТОДАТЕЛЬ) И ТЕЛЕФОН _____ ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ _____ Это самостоятельная предпринимательская деятельность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Ежемесячная сумма расходов на ведение предпринимательской деятельности самозанятым лицом: \$ _____	СОВОКУПНЫЙ ДОХОД (В ДОЛЛАРАХ, ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ) \$ _____ в (за): <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> две недели <input type="checkbox"/> полмесяца <input type="checkbox"/> месяц Количество часов в неделю: _____ Дни оплаты (напр., 1-е и 15-е или каждую пятницу): _____

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ		НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	
<b>VI. Другой доход (приложите подтверждения, укажите данные для всех членов семьи)</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Пособие по безработице</li> <li>Социальное обеспечение</li> <li>Доход племени</li> <li>Доход от азартных игр</li> <li>Образовательные льготы (студенческие ссуды, гранты, пособия по программе work-study)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Дополнительное пособие по социальному обеспечению (SSI)</li> <li>Алименты на содержание ребенка или супруга (супруги)</li> <li>Льготы железнодорожника</li> <li>Доход от аренды</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Пенсионные выплаты</li> <li>Пособия Управления по делам ветеранов (VA) и (или) пособия для военнослужащих</li> <li>Пособия Департамента труда и промышленности (L&amp;I)</li> <li>Доход из трастовых фондов</li> <li>Проценты / дивиденды</li> </ul>	
ВИД НЕТРУДОВОГО ДОХОДА		КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ДОХОД		ПОЛНАЯ СУММА МЕСЯЧНОГО ДОХОДА	
				\$	
				\$	
				\$	
<b>VII. Ежемесячные расходы</b>					
АРЕНДНАЯ ПЛАТА ЗА ЖИЛЬЕ	ВЗНОСЫ ПО ИПОТЕКЕ	АРЕНДА ПОМЕЩЕНИЯ	СТРАХОВАНИЕ СОБСТВЕННОСТИ	НАЛОГИ НА СОБСТВЕННОСТЬ	ДРУГИЕ РАСХОДЫ
\$	\$	\$	\$	\$	\$
Какие коммунальные услуги члены вашей семьи оплачивают помимо арендной или ипотечной платы?					
<input type="checkbox"/> Отопление (электрическое/газовое) <input type="checkbox"/> Электричество (кроме отопления) <input type="checkbox"/> Вода <input type="checkbox"/> Домашний/мобильный телефон					
Другое лицо или ведомство, например программа субсидированного жилья, помогает мне оплачивать все или часть этих расходов: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «да», укажите кто именно: _____ Какие расходы: _____					
Оплачиваемая сумма: \$ _____					
<input type="checkbox"/> В течение последних 12 месяцев я получал(а) помощь в соответствии с Законом о содействии в оплате энергоносителей малообеспеченным лицам (Low Income Home Energy Assistance Act, LIHEAA).					
Я, мой (моя) супруг (-а) или иной член моей семьи оплачивают или должны оплачивать (отметьте все, что вас касается):					
<input type="checkbox"/> Расходы по уходу за детьми или находящимися на иждивении взрослыми (включая затраты на перевозки)		Ежемесячная сумма: \$		Кто оплачивает эти расходы?	
<input type="checkbox"/> Счета за медицинские услуги для лиц с инвалидностью и лиц 60 лет и старше (включая затраты на перевозки и взносы по медицинскому страхованию)		Ежемесячная сумма: \$		Кто оплачивает эти расходы?	
<input type="checkbox"/> Алименты на содержание детей (приложить подтверждение)		Ежемесячная сумма: \$		Кто оплачивает эти расходы?	
Если вы не сообщите о вышеуказанных расходах, то мы сочтем это заявлением вашей семьи о том, что вы не желаете получения налоговой скидки за эти расходы.					
<b>VIII. Уполномоченный представитель</b>					
Уполномоченный представитель – это лицо, с которым DSHS, по вашему разрешению, может обсуждать ваши пособия. Вы можете назначить такое лицо, но это не обязательно. У вас есть уполномоченный представитель? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Это лицо является вашим официальным опекуном? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Есть ли у этого лица доверенность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Вам может потребоваться заполнить форму «Назначение уполномоченного представителя» (Authorized Representative form, DSHS 14-532).					
ИМЯ И ФАМИЛИЯ		КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС		ГОРОД		ШТАТ	
				ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
<b>Разрешение на проверку активов</b>					
Я понимаю, что достоверность информации, которую я предоставляю с целью получения социальной помощи в будущем, будет проверяться компетентными органами федерального уровня и уровня штата. Я уполномочиваю Управление здравоохранения штата Вашингтон (HCA) и Департамент социального обеспечения и здравоохранения (DSHS) на проведение проверки состояния моих активов с целью установления наличия у меня необходимых прав и подтверждения достоверности моей финансовой информации. Я понимаю, что в процессе проверки данных HCA и DSHS могут провести расследование и обратиться в любое финансовое учреждение, в ведомство федерального уровня или уровня штата или к частным базам данных. Я понимаю, что действие этого разрешения заканчивается в момент вынесения отказного решения по моему заявлению, окончания действия моих прав на получение помощи или отзыва мной данного разрешения в любое время с предоставлением в HCA или в DSHS соответствующего письменного уведомления. <b>Если я отзываю или откажусь предоставлять разрешение, я понимаю, что не буду иметь права на участие в любой программе Washington Apple Health/Medicaid для пожилых лиц, лиц с плохим зрением и инвалидов (Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled Medicaid program).</b>					

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	
<b>Регистрация избирателя</b>			
<p>Департамент предлагает услуги по регистрации избирателей, включая автоматическую регистрацию избирателей, в соответствии с требованиями Национального закона о регистрации избирателей (National Voter Registration Act), 1993 г. <b>Регистрация в качестве избирателя или отказ от регистрации в качестве избирателя не повлияет на объем обслуживания или на ваше право на льготные условия обслуживания, которые вы можете получать от данного учреждения.</b> Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы поможем вам. Решение о том, обращаться ли за помощью, остаётся за вами. Вы можете заполнить форму регистрации в качестве избирателя самостоятельно в условиях конфиденциальности. Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию или [1] {2} на отказ регистрироваться в качестве избирателя, ваше право на частную жизнь в части принятия решения в отношении регистрации или подачи запроса на регистрацию в качестве избирателя, или оказал влияние на ваше право выбора определенной политической партии или на право следования собственным политическим предпочтениям, вы можете подать жалобу в: Избирательную комиссию штата Вашингтон (Washington State Election Office) по адресу: PO Box 40229, Olympia, WA 98504 (тел. 1-800-448-4881).</p> <p><b>Вы хотите зарегистрироваться для голосования или обновить ваши регистрационные данные избирателя?</b>  <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p><b>Если вы не поставите отметку ни в одном из двух приведенных выше полей, мы будем считать, что вы приняли решение не регистрироваться в качестве избирателя в настоящее время, если вы только не имеете право на автоматическую регистрацию на выборах и не отклонили эту опцию.</b></p> <p><b>Вы хотите автоматически зарегистрироваться для голосования?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p><b>Если вы отметили поле «Да» или не отметили ни одно из полей выше и отвечаете требованиям к участию в автоматической регистрации избирателей, то DSHS отправит вашу информацию в Офис секретаря штата (Office of the Secretary of State) и вы будете автоматически зарегистрированы для голосования.</b></p>			
<b>Декларация и подписи</b>			
<p style="text-align: center;"><b>При подаче заявлений на денежные пособия все взрослые члены семьи (или их уполномоченные представители) должны поставить свои подписи.</b></p> <p><b>При подаче заявлений на продовольственную помощь и медицинское страхование подпись должен поставить заявитель (или уполномоченный представитель).</b></p> <p>Я понимаю, что обязан (-а):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставить верную информацию и выполнять требования о передаче сведений.</li> <li>• Предоставить подтверждение моего права на получение пособий.</li> <li>• Передать штату Вашингтон определенные права на взыскание алиментов на содержание детей при условии получения мной Временной помощи для нуждающихся семей (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). Я, однако, могу просить DSHS не применять мер по насильственному взысканию алиментов на содержание детей, если это может подвергнуть опасности меня или моих детей.</li> <li>• Выполнять требования программы продовольственной помощи, связанные с трудоустройством.</li> </ul> <p>Если я не выполняю этих требований, мне может быть отказано в получении пособий или придется возместить их стоимость.</p> <p>Я понимаю, что могу подвергнуться уголовному преследованию за преднамеренное сообщение ложных сведений и сокрытие сведений, которые обязан (-а) предоставить.</p> <p>Я даю DSHS разрешение обращаться при необходимости к другим лицам и в другие ведомства для оказания мне содействия в получении документального подтверждения моего права на пособия.</p> <p><b>Для заявлений о денежных и продовольственных пособиях: Я прочитал (-а) или мне разъяснили мои права и обязанности, а также получил (-а) экземпляр «Прав и обязанностей клиента» (Client Rights and Responsibilities), DSHS 14-113. Для заявлений о медицинском страховании: Я прочитал (-а) или мне разъяснили мои права и обязанности, а также получил (-а) экземпляр «Прав и обязанностей клиента» (Client Rights and Responsibilities), HCA 18-003. <b>Под угрозой наказания за предоставление ложных сведений по законам штата Вашингтон я заявляю, что сведения, приведенные мной в данном заявлении, включая сведения о гражданском статусе и статусе иностранцев всех членов моей семьи, подающих заявление на пособия, являются правдивыми и точными.</b></b></p>			
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ
ПОДПИСЬ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ
ПОДПИСЬ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЕЧ. БУКВ.	ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ВМЕСТО ПОДПИСИ СТОИТ «X»	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ СВИДЕТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	