

การตรวจสอบการมีสิทธิ์ Eligibility Review

หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการอ่านหรือกรอกแบบฟอร์มนี้โปรดขอความช่วยเหลือจากเรา
เก็บหน้าไว้เพื่อเป็นหลักฐานของคุณ

ฉันจะสมัครขอความช่วยเหลือเป็นเงินหรืออาหารได้อย่างไร

- คุณสามารถเริ่มขั้นตอนได้เดี๋ยวนี้อย่างรวดเร็วโดยส่งการตรวจสอบนี้ได้ที่สำนักงานบริการชุมชน ต้องระบุชื่อ ที่อยู่ และลายเซ็นของคุณหรือลายเซ็นของตัวแทนผู้มีอำนาจของคุณ คุณสามารถยื่นการตรวจสอบได้แม้ จะมีเพียงสามอย่างนี้เท่านั้น
- คุณอาจได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมหรือได้รับเร็วขึ้นหากคุณกรอกข้อมูลครบถ้วนและให้การตรวจสอบของคุณกับเราและข้อมูลอื่น ๆ ที่เราขอโดยเร็วที่สุด
- คุณสามารถนำการตรวจสอบของคุณไปที่สำนักงานท้องถิ่นหรือแฟกซ์ไปที่หมายเลข 1-888-338-7410 ดูตำแหน่งที่ตั้งที่ www.dshs.wa.gov
- ส่งการตรวจสอบของคุณไปที่ตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งต่อไปนี้:

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
- คุณสามารถกรอกการตรวจสอบนี้ออนไลน์ได้ที่ www.washingtonconnection.org
- แบบฟอร์มตรวจสอบคุณสมบัตินี้สามารถใช้เพื่อต่ออายุการคุ้มครองสำหรับโปรแกรม **Washington Apple Health** ที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ สำหรับความคุ้มครองด้านสุขภาพอื่น ๆ คุณต้องสมัครทางออนไลน์ที่ www.wahealthplanfinder.org โดยโทรที่หมายเลข 1-855-923-4633 หรือโดยการสมัคร HCA สำหรับการคุ้มครองสุขภาพ (HCA 18-001)

ฉันจะรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับอาหารและเงินได้เร็วเพียงใด

- หากคุณต้องการความช่วยเหลือด้านอาหารทันที กรอกคำถามที่ 1 ถึง 14 และนำแบบฟอร์มนี้ไปที่สำนักงานในพื้นที่ของคุณ เราตัดสินใจว่าคุณมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือด้านอาหารหรือไม่ ภายใน 7 วัน หากคุณแสดงหลักฐานแสดงตัวตนของคุณและเป็นไปตามกฎเกณฑ์
- เราออกสิทธิประโยชน์ภายในหนึ่งวันหลังจากที่เราตัดสินใจว่าคุณมีสิทธิ์
- ความช่วยเหลือด้านอาหารมักจะเริ่มในวันที่เราได้รับใบสมัครของคุณ
- ความช่วยเหลือด้านเงินมักจะเริ่มต้นในวันที่เรามีข้อมูลทั้งหมดในการตัดสินใจว่าคุณมีสิทธิ์หรือไม่
- เราต้องตัดสินใจว่าคุณมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือด้านอาหารหรือไม่ภายใน 30 วันนับจากวันที่คุณส่งใบสมัคร
- หากคุณส่งใบสมัครจากสถาบัน วันที่เริ่มต้นคือวันที่คุณได้รับการปล่อยตัวหรือปลดประจำการ

หากคุณสมัครรับความช่วยเหลือด้านอาหารและโปรแกรมอื่น ๆ:

เราจะต้องปฏิบัติตามกฎของ SNAP เพื่อดำเนินการกับใบสมัครของคุณ ซึ่งรวมถึงการประมวลผลการสมัครภายในเวลาที่กำหนด การออกประกาศที่เหมาะสม และการแนะนำคุณเกี่ยวกับสิทธิ์ในการดูแลของคุณ

เราไม่สามารถปฏิเสธความช่วยเหลือด้านอาหารของคุณได้เพียงเพราะการสมัครของคุณสำหรับโปรแกรมความช่วยเหลืออื่น ๆ ได้รับการปฏิเสธ

สิทธิพลเมือง

ตามกฎหมายว่าด้วยสิทธิพลเมืองของรัฐบาลกลางและกฎระเบียบและนโยบายด้านสิทธิพลเมืองของกระทรวงเกษตรสหรัฐฯ (USDA) ห้ามมิให้ USDA หน่วยงาน สำนักงาน และพนักงาน และสถาบันที่เข้าร่วมหรือบริหารโปรแกรมของ USDA นั้นเลือกปฏิบัติตามเชื้อชาติสีผิว ชาติกำเนิด ศาสนา เพศ อัตลักษณ์ทางเพศ (รวมถึงการแสดงออกทางเพศ) รสนิยมทางเพศ ความทุพพลภาพ อายุ สถานภาพการสมรส ครอบครัว/ผู้ปกครอง รายได้ที่ได้รับจากโครงการความช่วยเหลือสาธารณะ ความเชื่อทางการเมือง หรือการตอบโต้ หรือการแก้แค้นสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสิทธิพลเมืองก่อนหน้า ในโปรแกรมหรือกิจกรรมใด ๆ ที่ดำเนินการหรือได้รับเงินสนับสนุนจาก USDA (ไม่ใช่ทุกฐานที่ใช้กับโปรแกรมทั้งหมด) กำหนดเวลาสุดท้ายสำหรับการยื่นเรื่องขอแก้ไขและร้องเรียนจะแตกต่างกันไปในแต่ละโปรแกรม บุคคลที่มีความทุพพลภาพซึ่งต้องการวิธีการสื่อสารทางเลือกเกี่ยวกับข้อมูลโปรแกรม (เช่น อักษรเบรลล์ สิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ แถบบันทึกเสียง ภาษามืออเมริกัน ฯลฯ) ควรติดต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือศูนย์ TARGET ของ USDA ที่ (202) 720-2600 (เสียงและ TTY) หรือติดต่อ USDA ผ่าน Federal Relay Service ที่ (800) 877-8339 นอกจากนี้อาจมีข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ

กรอกแบบฟอร์มการร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติในโครงการ USDA โดยยื่นเรื่องการร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ AD-3027 ดูออนไลน์ได้ที่ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html และที่สำนักงานใดๆ ของ USDA หรือเขียนจดหมายส่งถึง USDA และให้ข้อมูลทั้งหมดที่ร้องขอในแบบฟอร์มจดหมาย ขอสำเนาแบบฟอร์มการร้องเรียน โดยโทรหมายเลข (866) 632-9992 ส่งแบบฟอร์มหรือจดหมายของคุณไปที่ USDA ทาง:

1. ไปรษณีย์: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW
Washington, D.C. 20250-9410
2. โทรสาร: (202) 690-7442; หรือ
3. อีเมล: program.intake@usda.gov

USDA เป็นผู้ให้โอกาส ผู้ว่าจ้าง และผู้ให้กู้ โดยมีความเท่าเทียม

สถานะการเข้าเมืองและหมายเลขประกันสังคม

คุณอาจขอความช่วยเหลือสำหรับบางคนที่คุณอาศัยอยู่ด้วยแม้ว่าผู้อื่น ๆ ที่คุณอาศัยอยู่จะไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเนื่องจากสถานะการเข้าเมืองของพวกเขา คุณต้องแจ้งให้เราทราบถึงสถานะการเข้าเมืองของผู้ที่สมัคร USCIS (เดิมคือ INS) อาจมีการตรวจสอบสถานะการเข้าเมืองของสมาชิกในครัวเรือน ข้อมูลที่ได้รับจาก USCIS อาจมีผลต่อจำนวนสิทธิ์และสิทธิประโยชน์ เรามีประกันสุขภาพที่อาจคุ้มครองคนต่างด้าวบางราย ภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลาง (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), คุณต้องให้หมายเลขประกันสังคม (SSN) ของทุกคนที่คุณอาศัยอยู่ด้วยที่สมัคร Washington Apple Health TANF หรือความช่วยเหลือด้านอาหาร เราอาจต้องการหมายเลขประกันสังคมของผู้ปกครองและคู่สมรสที่อาศัยอยู่ด้วยกับคุณ แต่ไม่ได้สมัคร เรามีความคุ้มครองสุขภาพสำหรับบางคนที่ไม่ได้มีหมายเลขประกันสังคม

ความเป็นพลเมืองและการแสดงตัวตนของ Washington Apple Health

พลเมืองของสหรัฐอเมริกาจะต้องพิสูจน์สัญชาติและตัวตนเพื่อรับ Washington Apple Health เราสามารถช่วยให้คุณได้หลักฐาน หากเราต้องการเอกสารที่จะทำให้คุณต้องเสียเงิน เราส่งให้และจ่ายให้คุณ เราไม่ต้องการหลักฐานของทุกคนในครัวเรือนของคุณที่ได้รับ Medicare ประกันสังคมสำหรับผู้พลภาพ (SSDI) ตามความพิการหรือรายได้เสริมด้านความปลอดภัย (SSI)

การจ่ายเงินคืนแก่รัฐเพื่อการดูแลทางการแพทย์และการดูแลระยะยาว

ภายใต้กฎหมายการเรียกคืนอสังหาริมทรัพย์ของรัฐวอชิงตัน (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) อสังหาริมทรัพย์ของคุณ อาจต้องชดเชยค่าใช้จ่ายที่รัฐได้จ่ายให้เพื่อบริการและความช่วยเหลือทางการแพทย์และระยะยาวบางรายการที่คุณได้รับหลังอายุครบ 55 ปี ไม่จำกัดอายุหากคุณได้รับบริการจากรัฐเท่านั้น การเรียกคืนอสังหาริมทรัพย์เริ่มหลังจากที่คุณเสียชีวิต การจ่ายเงินจะเกิดขึ้นหลังจากการตายของคุณหรือเมื่อลูกของคุณมีอายุครบ 21 ปีเว้นแต่ว่าเด็กตามบิด/ทพพลภาพในเวลาที่เสียชีวิต รัฐสามารถยื่นสิทธิ์ในการครอบครองทรัพย์สินก่อนเสียชีวิตในอสังหาริมทรัพย์ของคุณไม่ว่าอายุเท่าใดก็ตามหากคุณอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราและไม่น่าจะกลับบ้านได้ รัฐสามารถเก็บสะสมสิทธิ์ในการครอบครองทรัพย์สินนี้ได้หากคุณขายหรือโอนทรัพย์สิน หรือหลังจากคุณเสียชีวิต หากคุณกลับบ้านรัฐจะเอาสิทธิ์ในการครอบครองทรัพย์สินออก ดูข้อมูลเพิ่มเติมรวมถึงรายการบริการ ภายใต้การเรียกคืนอสังหาริมทรัพย์ที่ 182-527 WAC

ความเป็นส่วนตัวและความช่วยเหลือด้านเงินและอาหารของคุณ

พระราชบัญญัติอาหารและโภชนาการปี ค.ศ.2008 ช่วยให้เรารวบรวมข้อมูลที่เราขอในใบสมัคร การให้ข้อมูลตามที่ร้องขอนั้นเป็นความสมัครใจ อย่างไรก็ตามการไม่ให้ข้อมูลโดยไม่มีเหตุผลที่ดีอาจส่งผลให้มีการปฏิบัติสิทธิประโยชน์ด้านอาหารขั้นพื้นฐาน เราตรวจสอบข้อมูลบางอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์จับคู่ รวมถึงระบบการตรวจสอบรายได้และสิทธิ์ของรัฐบาลกลาง (IEVS)

เราใช้ข้อมูลนี้เพื่อ:	เราอาจให้ข้อมูลนี้แก่:
<ul style="list-style-type: none">ตัดสินใจว่ามีสิทธิ์ในโปรแกรมของเรารวบรวมความช่วยเหลือด้านอาหารที่ใช้จ่ายมากเกินไปจัดการโปรแกรมของเราตรวจสอบให้แน่ใจว่าเราปฏิบัติตามกฎ	<ul style="list-style-type: none">หน่วยงานรัฐบาลกลางและรัฐสำหรับการใช้งานอย่างเป็นทางการหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายที่ติดตามผู้ที่กำลังหลบหนีเพื่อหลีกเลี่ยงกฎหมายหน่วยงานจัดเก็บส่วนตัวเพื่อรวบรวมเงินช่วยเหลือค่าอาหารที่ใช้จ่ายมากเกินไป
ข้อมูลที่รายงานไปยังแผนกบริการสังคมและสุขภาพอาจส่งผลต่อการมีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครองสุขภาพที่บริหารจัดการโดยหน่วยงานด้านการดูแลสุขภาพและการแลกเปลี่ยนสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ	
คำเตือนบทลงโทษเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือด้านอาหาร	
เราตรวจสอบกับหน่วยงานอื่น ๆ ว่าข้อมูลของคุณถูกต้อง หากข้อมูลใด ๆ ไม่ถูกต้อง ผู้ที่สมัครอาจไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านอาหาร	
สมาชิกที่ฝ่าฝืนกฎใด ๆ โดยมีวัตถุประสงค์สามารถ:	
<ul style="list-style-type: none">อยู่ภายใต้การดำเนินคดีตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและรัฐอื่น ๆ ที่บังคับใช้ถูกระงับจาก SNAP เป็นเวลาหนึ่งปีจนถึงตลอดไปปรับไม่เกิน 250,000 ดอลลาร์จำคุกนานถึง 20 ปีถูกระงับจาก SNAP เป็นเวลา 18 เดือนตามศาลสั่ง	
หากศาลตัดสินว่าคุณมีความผิด:	
การรับผลประโยชน์ในการทำธุรกรรมที่เกี่ยวข้อง:	คุณอาจจะ:
<ul style="list-style-type: none">ารขายสารควบคุม.....การขายอาวุธปืน เครื่องกระสุนปืน หรือวัตถุระเบิด.....การทำการค้าสิทธิประโยชน์มูลค่ารวมกัน 500 ดอลลาร์ฉ้อโกงเกี่ยวกับถิ่นที่อยู่หรือการแสดงตัวตน	<ul style="list-style-type: none">โดนตัดสิทธิ์จากสองปีถึงตลอดไปโดนตัดสิทธิ์ตลอดไปโดนตัดสิทธิ์ตลอดไปโดนตัดสิทธิ์เป็นเวลา 10 ปี

ชื่อของผู้สมัคร	หมายเลขประกันสังคม	หมายเลขประจำตัวลูกค้า
<p>18. ฉันมีเชื้อชาติสเปนหรือละตินอเมริกา: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อชาติและชาติพันธุ์เป็นความสมัครใจและจะไม่ส่งผลกระทบต่อจำนวนสิทธิหรือสิทธิประโยชน์</p> <p>ข้อมูลนี้ใช้เพื่อรับรองสิทธิประโยชน์ของโปรแกรมที่เผยแพร่โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ สีผิว หรือที่มาของชาติ</p> <p>สำหรับความช่วยเหลือด้านอาหาร USDA กำหนดให้เราต้องตอบคำถามของคุณหากไม่มีข้อมูลให้ไว้ ตัวอย่างเชื้อชาติ: ผิขาว ผิวดำ หรือแอฟริกันอเมริกัน เอเชีย ฮาวายพื้นเมือง หมู่เกาะแปซิฟิก อเมริกันอินเดียน อลาสกาพื้นเมือง หรือรวมเชื้อชาติใด ๆ</p>		
1. ข้อมูลทั่วไป		
<p>1. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ฉันได้รับเงินหรืออาหารจากรัฐ เผา หรือแหล่งอื่น <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>2. ผู้ที่ฉันสมัครให้อาศัยอยู่นอกรัฐวอชิงตัน: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ผู้ที่: _____</p> <p>3. ฉันหรือบางคนในครัวเรือนของฉันเป็นคนต่างด้าวที่ได้รับความช่วยเหลือ: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ผู้ที่: _____</p> <p>4. ฉันหรือบางคนในครัวเรือนของฉันที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไปกำลังเรียน (เลือกทั้งหมดที่ใช้): <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> โปรแกรมเทียบเท่าโรงเรียนมัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> วิทยาลัย <input type="checkbox"/> โรงเรียนการค้า ผู้ที่: _____</p> <p>5. มีผู้ที่ออกจากบ้านของฉันชั่วคราว: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ผู้ที่: _____</p> <p>6. ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันรับใช้ในกองทัพสหรัฐฯ ปกป้องชาติ หรือกองหนุน หรือเป็นผู้อยู่ในอุปการะหรือเป็นคู่สมรสของบุคคลที่รับใช้: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ หากใช่ ใคร: _____</p> <p>7. ฉันหรือบางคนที่บ้านกำลังสมัครให้หลบหนีจากกฎหมายเพื่อหลีกเลี่ยงการขึ้นศาลหรือจำคุกเพราะเป็นอาชญากรรมที่รุนแรง: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>8. ฉันอาศัยอยู่ใน: <input type="checkbox"/> บ้านหรืออพาร์ทเมนต์ของฉันเอง <input type="checkbox"/> บ้านที่อาศัยหลายคน <input type="checkbox"/> อื่นๆ: _____ <input type="checkbox"/> สิ่งอำนวยความสะดวก (รายการเป็นประเภท): _____ วันที่ไปนอน: _____</p> <p>9. ฉัน: <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> แต่งงาน <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> เป็นมาย <input type="checkbox"/> ในห้างหุ้นส่วนภายในประเทศที่จดทะเบียน</p> <p>10. ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันได้รับการตัดสินใจว่าการซื้อขายความช่วยเหลือด้านอาหารสำหรับยาหลังจากวันที่ 22 กันยายน ค.ศ.1996: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>11. ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันได้รับการตัดสินใจว่าการซื้อหรือขายความช่วยเหลือด้านอาหารมากกว่า 500 ดอลลาร์หลังจากวันที่ 22 กันยายน 1996: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>12. ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันได้รับการตัดสินใจว่าการซื้อขายนิน กระสุนปืน หรือระเบิดหลัง กันยายน 22,1996: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>13. ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันได้รับการตัดสินใจว่าได้รับความช่วยเหลือด้านอาหารมากกว่าหนึ่งรัฐหลังจาก กันยายน 22,1996: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>14. ฉันหรือบางคนในบ้านของฉัน: a. เมื่อหยุดงาน: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ b. นักเรียนประจำ: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>15. ฉันหรือบางคนในครัวเรือนของฉันได้รับเงินรางวัลจากลอตเตอรี่หรือการพนันตั้งแต่ \$3,750 ขึ้นไป: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ หากใช่ ใคร: _____ วันที่ได้รับเงินรางวัล: _____ จำนวนเงิน (จำนวนเงินดอลลาร์ก่อนหักภาษี): _____</p>		
II. ข้อมูลประกันสุขภาพ (ไม่จำเป็นสำหรับอาหารพื้นฐาน)		
<p>ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือใครบางคนในบ้านของฉัน:</p> <p>1. วางแผนที่จะเข้าอยู่เข้าหรือออกจากสถานพยาบาลเมื่อเร็ว ๆ นี้ (เช่น โรงพยาบาลหรือบ้านพักคนชรา).. <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>2. ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาลที่ค้างชำระในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>3. มีประกันสุขภาพ: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (เลือกทั้งหมดที่ใช้): <input type="checkbox"/> Medicare (ไม่ใช่ Washington Apple Health) <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> การประกันการดูแลระยะยาว <input type="checkbox"/> บริการสุขภาพของอินเดีย <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพอื่นๆ:</p>		
III. ทรัพยากร (แบบหลักฐาน ไม่จำเป็นสำหรับ HWD หรืออาหารพื้นฐาน)		
<p>ทรัพยากรคือสิ่งที่คุณเป็นเจ้าของหรือกำลังซื้อซึ่งสามารถขาย แลกเปลี่ยน หรือแปลงเป็นเงิน หรือเงินที่ถือโดยผู้อื่น</p> <p>ทรัพยากรไม่รวมถึงทรัพย์สินส่วนตัว เช่น เฟอร์นิเจอร์ หรือเสื้อผ้า ตัวอย่างทรัพยากร ได้แก่:</p> <ul style="list-style-type: none"> • เงินสด • บัญชีเพื่อใช้ • บัญชีสะสมทรัพย์ • กองทุนวิทยาลัย • ทรัสต์ • IRA / 401k • บ้าน ที่ดิน หรืออาคาร • CD • บัญชีตลาดเงิน • พันธบัตร • กองทุนเพื่อการเกษียณอายุ • กองทุนฝังศพ, แผนการเติมเงิน • อุปกรณ์ทางธุรกิจ • ปศุสัตว์ • ประกันชีวิต 		

ชื่อของผู้สมัคร		หมายเลขประกันสังคม	หมายเลขประจำตัวลูกค้า		
III. ทรัพยากร (แบบหลักฐาน ไม่จำเป็นสำหรับ HWD หรืออาหารพื้นฐาน) (ต่อ)					
กรุณาแสดงรายการทรัพยากรที่คุณ คู่สมรสของคุณ หรือผู้ที่คุณสมัครให้ เป็นเจ้าของหรือกำลังซื้อ:					
ทรัพยากร	เจ้าของ	ตำแหน่งที่ตั้ง	มูลค่า		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
2. ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือผู้ที่ฉันสมัครให้ มีรถยนต์ รถบรรทุก รถตู้ เรือ RV รถพ่วง หรือยานยนต์อื่น ๆ:					
ปี (E.G., 1980)	ยี่ห้อ (เช่น FORD)	รุ่น (เช่น ESCORT)	เลือกหากเช่า	เลือกหากใช้รถเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์	จำนวนเงินที่ค้างชำระ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือผู้ที่ฉันสมัครให้ ได้ขาย แลกเปลี่ยน มอบ หรือโอนทรัพยากรในช่วงห้าปีที่ผ่านมา (รวมถึงทรัพย์สิน ยานพาหนะ เงินสด หรือ สิทธิเก็บกินในอสังหาริมทรัพย์ตลอดชีวิต): <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ หากใช่ อะไร: _____ เมื่อไร: _____					
IV. ค่างวด (การลงทุนโดยสมาชิกในครัวเรือนเพื่อรับการชำระเงินปกติ ในขณะนี้หรือในอนาคต)					
ใครเป็นเจ้าของค่างวด	บริษัทหรือสถาบัน	จำนวนหรือมูลค่า	รายได้รายเดือน	วันที่ซื้อ	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		
หากคุณหรือคู่สมรสของคุณมีความสนใจในเงินค่างวด และคุณยอมรับการดูแลระยะยาวของ Apple Health, SSI ที่เกี่ยวข้อง หรือการคุ้มครองของ CN คุณต้องระบุชื่อ รัฐ วอชิงตันว่าเป็นผู้รับผลประโยชน์ค่างวดที่เหลืออยู่					
V. รายได้ที่ได้รับ (แบบหลักฐาน)					
1. ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือผู้ที่ฉันสมัครให้ มีงานที่สิ้นสุดใน 30 วันที่ผ่านมา: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่					
2. ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือผู้ที่ฉันสมัครให้ มีรายได้จากงาน: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ หากใช่ กรุณากรอกข้อมูลส่วนนี้ให้ครบ:					
ใครได้รับรายได้นี้			รับจำนวนเงินรวม (จำนวนเงินดอลลาร์ก่อนการหักภาษี)		
ชื่อผู้ว่าจ้างและหมายเลขโทรศัพท์			\$ _____ ราย: <input type="checkbox"/> ชั่วโมง <input type="checkbox"/> สัปดาห์		
วันที่เริ่มต้น:			<input type="checkbox"/> สองสัปดาห์ <input type="checkbox"/> สองครั้งต่อเดือน <input type="checkbox"/> เดือน		
เป็นการจ้างงานตนเองหรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			ชั่วโมงต่อสัปดาห์: _____		
จำนวนค่าจ้างสำหรับการจ้างงานตนเองรายเดือน: \$ _____			วันที่จ่าย (เช่น วันที่, 1 st และวันที่ 15 th , หรือทุกวันศุกร์):		
ใครได้รับรายได้นี้			รับจำนวนเงินรวม (จำนวนเงินดอลลาร์ก่อนการหักภาษี)		
ชื่อผู้ว่าจ้างและหมายเลขโทรศัพท์			\$ _____ ราย: <input type="checkbox"/> ชั่วโมง <input type="checkbox"/> สัปดาห์		
วันที่เริ่มต้น:			<input type="checkbox"/> สองสัปดาห์ <input type="checkbox"/> สองครั้งต่อเดือน <input type="checkbox"/> เดือน		
เป็นการจ้างงานตนเองหรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			ชั่วโมงต่อสัปดาห์: _____		
จำนวนค่าจ้างสำหรับการจ้างงานตนเองรายเดือน: \$ _____			วันที่จ่าย (เช่น วันที่, 1 st และวันที่ 15 th , หรือทุกวันศุกร์):		

ชื่อผู้สมัคร	หมายเลขประกันสังคม	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ			
VI. รายได้อื่น (แนบหลักฐาน รายงานสำหรับสมาชิกในครัวเรือนทุกคน)					
<ul style="list-style-type: none"> เงินชดเชยการว่างงาน รายได้จากประกันสังคม รายได้ของเช่า รายได้จากการเล่นเกม สิทธิประโยชน์ทางการศึกษา (เงินกู้สำหรับนักเรียน เงินช่วยเหลือ งาน - การศึกษา) 	<ul style="list-style-type: none"> รายได้เสริมด้านความปลอดภัย (SSI) การเลี้ยงดูบุตรหรือการเลี้ยงดูผู้ด้อยความสามารถ สิทธิประโยชน์จากระบบทางรถไฟ รายได้จากค่าเช่า 	<ul style="list-style-type: none"> เกษียณอายุหรือเงินบำนาญ การบริหารทหารผ่านศึก (VA) หรือสิทธิประโยชน์ทางทหาร แรงงานและอุตสาหกรรม (L&I) ทรัสต์ กำไร / เงินปันผล 			
ประเภทรายได้ที่ไม่ได้รับ	ใครได้รับรายได้	รายได้รวมต่อเดือน			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
VII. ค่าใช้จ่ายต่อเดือน					
ค่าเช่า \$	จำนวน \$	เช่าพื้นที่ \$	ประกันภัยสำหรับเจ้าของบ้าน \$	ภาษีทรัพย์สิน \$	ค่าธรรมเนียมอื่น ๆ \$
ครัวเรือนของคุณจ่ายค่าสาธารณูปโภคใดแยกจากค่าเช่าหรือการจ้างงาน					
<input type="checkbox"/> ความร้อน (ไฟฟ้า/แก๊ส) <input type="checkbox"/> ไฟฟ้า (ไม่ใช่ความร้อน) <input type="checkbox"/> น้ำ <input type="checkbox"/> บ้าน/โทรศัพท์มือถือ <input type="checkbox"/> ท่อระบายน้ำ <input type="checkbox"/> ขยะ					
บุคคลหรือหน่วยงานอื่น เช่น ที่อยู่อาศัยที่ได้รับเงินอุดหนุน ช่วยฉันจ่ายเงินทั้งหมดหรือบางส่วนของคุณค่าใช้จ่ายเหล่านี้: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ หากใช่ ใคร: _____ ค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง: _____ จำนวนที่ต้องจ่าย: \$ _____					
<input type="checkbox"/> ฉันได้รับการชำระเงินตามพระราชบัญญัติความช่วยเหลือด้านพลังงานสำหรับบ้านที่มีรายได้ต่ำ (LIHEAP) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา					
ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือคนในครอบครัวของฉันจ่ายหรือควรจ่าย (เลือกทั้งหมดที่ใช่):					
<input type="checkbox"/> การดูแลเด็กหรือผู้ใหญ่ที่อยู่ในความรับผิดชอบ (รวมถึงค่าขนส่ง)			จำนวนต่อเดือน: \$	ผู้จ่าย:	
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้พิการหรือผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (รวมถึงค่าขนส่งและเบี้ยประกันสุขภาพ)			จำนวนต่อเดือน: \$	ผู้จ่าย:	
<input type="checkbox"/> การช่วยเหลือเด็ก (แนบหลักฐาน)			จำนวนต่อเดือน: \$	ผู้จ่าย:	
หากคุณไม่ได้รายงานค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่ระบุไว้ข้างต้น เราจะต้องถือว่าเป็นค่าชี้แจงของครัวเรือนของคุณซึ่งคุณไม่ต้องการได้รับการหักลดสำหรับค่าใช้จ่ายนี้					
VIII. ตัวแทนผู้มีอำนาจ					
ตัวแทนผู้มีอำนาจคือผู้ที่ที่คุณอนุญาตให้ DSHS พูดคุยเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคุณ คุณสามารถระบุชื่อบางคน แต่ไม่จำเป็นต้องระบุชื่อผู้แทนผู้มีอำนาจหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่					
บุคคลนี้เป็นผู้คุ้มครองตามกฎหมายของคุณหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่					
บุคคลนี้มีหนังสือมอบอำนาจหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่					
คุณอาจต้องกรอกแบบฟอร์มตัวแทนผู้มีอำนาจ (DSHS 14-532) หากคุณต่ออายุการประกันสุขภาพ					
ชื่อ	ความสัมพันธ์		หมายเลขโทรศัพท์		
ที่อยู่ในการจัดส่งไปรษณีย์	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์		
การอนุญาตให้ตรวจสอบสิทธิประโยชน์					
สำหรับโครงการเมดิแคด Apple Health เพื่อผู้สูงอายุ ตามอด หรือ ทพพลาฟ แห่งมลรัฐวอชิงตัน (Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled Medicaid programs) เท่านั้น					
ข้าพเจ้าทราบดีว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้เพื่อสมัครหรือต่ออายุความคุ้มครองจะต้องถูกตรวจสอบความถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลางหรือของมลรัฐเพื่อ ข้าพเจ้าอนุญาตให้สำนักงานดูแลสุขภาพแห่งมลรัฐวอชิงตัน (HCA) และ สำนักงานบริการสังคมและสาธารณสุข (DSHS) ดำเนินการตรวจสอบสิทธิประโยชน์เพื่อพิจารณากำหนดการมีสิทธิของข้าพเจ้าและเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทางการเงินของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าทราบดีว่า HCA และ DSHS อาจทำการตรวจสอบและติดต่อสถาบันการเงิน หน่วยงานของมลรัฐหรือรัฐบาลกลาง หรือ ฐานข้อมูลเอกชน ในฐานะส่วนหนึ่งของกระบวนการตรวจสอบสิทธิประโยชน์					
ข้าพเจ้าทราบดีว่าการอนุญาตนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อมีคำตัดสินถึงที่สุดในทางตรงกันข้ามเกี่ยวกับการสมัครของข้าพเจ้า					
การมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์ของข้าพเจ้าสิ้นสุดลง หรือ					
หากข้าพเจ้าเพิกถอนการอนุญาตนี้ไม่ว่าในเวลาใดโดยทำความบอกกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรไปยัง HCA หรือ DSHS					
หากข้าพเจ้าเพิกถอนหรือปฏิเสธการอนุญาต ข้าพเจ้าทราบดีว่าข้าพเจ้าจะไม่มีสิทธิเข้าร่วมโครงการเมดิแคด Apple Health เพื่อผู้สูงอายุ ตามอด หรือ ทพพลาฟ แห่งมลรัฐวอชิงตัน (Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled Medicaid program)					

ชื่อผู้สมัคร	หมายเลขประกันสังคม	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ	
การลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง			
<p>สำนักงานมีบริการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง ซึ่งรวมถึงการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งอัตโนมัติ การขอลงทะเบียนหรือการปฏิเสธลงทะเบียนเพื่อการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งจะไม่ส่งผลกระทบต่อบริการต่างๆ หรือจำนวนเงินสิทธิประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากหน่วยงานนี้ หากท่านต้องการความช่วยเหลือในการกรอกแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง เราสามารถช่วยท่านได้ การตัดสินใจต้องการหรือยอมรับความช่วยเหลือหรือไม่ขึ้นอยู่กับท่าน - ท่านสามารถกรอกแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งเป็นการส่วนตัว</p> <p>หากท่านเชื่อว่ามีคนขัดขวางสิทธิของท่านในการลงทะเบียนหรือในการปฏิเสธที่ลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงเลือกตั้งของท่าน สิทธิในความเป็นส่วนตัวของท่านในการตัดสินใจลงทะเบียนหรือลงทะเบียนเพื่อการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งหรือสิทธิของท่านในการเลือกพรรคการเมืองของตนเองหรือความชอบอื่นทางการเมือง ท่านสามารถร้องเรียนต่อ: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)</p> <p>ท่านต้องการลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงเลือกตั้งหรือปรับปรุงข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>หากท่านไม่ทำเครื่องหมายในช่องใดช่องหนึ่ง เราจะถือว่าท่านตัดสินใจไม่ลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงเลือกตั้งในเวลานี้ เว้นแต่ท่านจะมีสิทธิและไม่ได้ปฏิเสธการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งอัตโนมัติ</p> <p>เว้นแต่จะได้ทำเครื่องหมายในช่อง "ไม่ใช่" ด้านบน ท่านอาจจะมีสิทธิในการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งอัตโนมัติ ท่านมีสิทธิในการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งอัตโนมัติหากท่านมีอายุอย่างต่ำ 18 ปีก่อนถึงการเลือกตั้งครั้งถัดไป เป็นพลเมืองสหรัฐอเมริกา และ DSHS มีชื่อ ข้อมูลที่อยู่อาศัยและที่อยู่ไปรษณีย์ วันเดือนปีเกิดของท่าน การตรวจสอบข้อมูลความเป็นพลเมือง และลายมือชื่อของท่านรับรองความเป็นจริงของข้อมูลที่ให้ไว้ใน การลงทะเบียนนี้</p> <p>ท่านต้องการได้รับลงทะเบียนเพื่อการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งอัตโนมัติใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>หากท่านได้ทำเครื่องหมายในช่อง "ใช่" หรือ ไม่ได้ทำเครื่องหมายในช่องใดช่องหนึ่ง และท่านมีคุณสมบัติในการมีสิทธิลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งอัตโนมัติ DSHS จะส่งข้อมูลของท่านไปยังสำนักรัฐมนตรีแห่งมลรัฐ และท่านจะได้รับลงทะเบียนเพื่อการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งโดยอัตโนมัติ</p>			
การประกาศและลายมือชื่อ			
<p>สำหรับเงินสด ผู้ใหญ่ทุกคน (หรือตัวแทนผู้มีอำนาจ) ในครัวเรือนจะต้องลงชื่อ สำหรับความช่วยเหลือด้านอาหารหรือความคุ้มครองด้านสุขภาพ ผู้สมัคร (หรือตัวแทนผู้มีอำนาจ) จะต้องลงชื่อ</p>			
<p>ฉันเข้าใจว่าฉันต้อง:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและปฏิบัติตามข้อกำหนดในการรายงาน • แสดงหลักฐานว่าฉันมีสิทธิ • กำหนดสิทธิ์บางประการในการให้ความช่วยเหลือเด็กให้แก่รัฐหรือฉันได้รับความช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวจากงาน (TANF) อย่างไรก็ตามฉันสามารถขอให้ DSHS ไม่ให้ความช่วยเหลือเด็กได้หากจะเป็นอันตรายต่อฉันหรือบุตรหลานของฉัน • ร่วมมือตามข้อกำหนดเกี่ยวกับงานช่วยเหลือด้านอาหาร <p>หากฉันไม่ทำสิ่งเหล่านี้ ฉันอาจถูกปฏิเสธไม่ให้ได้รับสิทธิประโยชน์หรือต้องจ่ายเงินคืน</p> <p>ฉันเข้าใจว่าฉันอาจถูกดำเนินคดีทางอาญาหากฉันตั้งใจกระทำความผิดหรือไม่รายงานสิ่งที่ฉันควรรายงาน</p> <p>ฉันอนุญาตให้ DSHS ติดต่อบุคคลหรือหน่วยงานอื่นหากจำเป็นเพื่อช่วยให้ฉันพิสูจน์ว่าฉันมีสิทธิ</p> <p>สำหรับเงินสดและอาหาร ฉันได้อ่านหรือได้รับการอธิบายเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบของฉัน และได้รับสำเนาของสิทธิและความรับผิดชอบของลูกคำ DSHS 14-113 สำหรับการดูแลสุขภาพ</p> <p>ฉันได้อ่านหรือได้รับการอธิบายเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบของฉัน และได้รับสำเนาสิทธิและความรับผิดชอบของลูกคำ HCA 18-003</p> <p>ฉันรับรองหรือประกาศภายใต้บทลงโทษของการเบิกความเท็จภายใต้กฎหมายของรัฐว่าข้อมูลที่ยื่นให้ไว้ในใบสมัครนี้รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นพลเมืองและสถานะของคนต่างด้าวของสมาชิกที่สมัครเพื่อรับสิทธิประโยชน์นั้นเป็นความจริงและถูกต้อง</p>			
ลายมือชื่อของผู้สมัคร	วันที่	ชื่อตัวบรรจงของผู้สมัคร	เมืองและรัฐที่ลงลายมือชื่อ
ลายมือชื่อของผู้สมัครที่เป็นผู้ใหญ่คนอื่น	วันที่	ชื่อตัวบรรจงของผู้ใหญ่คนอื่น	เมืองและรัฐที่ลงลายมือชื่อ
ลายมือชื่อของผู้ช่วยเหลือหรือตัวแทน	วันที่	ชื่อตัวบรรจงของตัวแทน	เมืองและรัฐที่ลงลายมือชื่อ
ลายมือชื่อของพยานหากลงลายมือชื่อดด้วย "X"	วันที่	ชื่อตัวบรรจงของพยาน	