การตรวจสอบการมีสิทธิ์

Eligibility Review

หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการอ่านหรือกรอกแบบฟอร์มนี้โปรดขอความช่วยเหลือจากเรา
เก็บหน้านี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานของคุณ

ฉันจะสมัครขอความช่วยเหลือเป็นเงินหรืออาหารได้อย่างไร

- คุณสามารถเริ่มขั้นตอนได้เดี๋ยวนี้โดยส่งการตรวจสอบนี้ได้ที่สำนักงานบริการชุมชน ต้องระบุชื่อ ที่อยู่ และลายเซ็นของคุณหรือลายเซ็นของตัวแทนผู้มีอำนาจของคุณ คุณสามารถยื่นการตรวจสอบได้แม้จะมีเพียงสามอย่างนี้เท่านั้น
- 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
- ความช่วยเหลือด้านเงินมักจะเริ่มต้นในวันที่เรามีข้อมูลทั้งหมดในการตัดสินว่าคุณมีสิทธิ์หรือไม่
- 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 หรือการแก้แค้นสำหรับกิจกรรมเกี่ยวข้องกับสิทธิพลเมืองก่อนหน้าในโปรแกรมหรือกิจกรรมใด 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 ขอสำเนาแบบฟอร์มการร้องเรียนโดยโทรหมายเลข (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 ที่คุณอาศัยอยู่จะไม่ได้รับความช่วยเหลือเนื่องจากสถานะการเข้าเมืองของพวกเขา 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 เราอาจต้องการหมายเลขประกันสังคมของผู้ปกครองและคู่สมรสที่อาศัยอยู่กับคุณ แต่ไม่ได้สมัคร เรามีความคุ้มครองสุขภาพสำหรับบางคนที่ไม่มีหมายเลขประกันสังคม

ความเป็นพลเมืองและการแสดงตัวตนของ Washington Apple Health

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

การจ่ายเงินคืนแก่รัฐเพื่อการดูแลทางการแพทย์และการดูแลระยะยาว

ภายใต้กฎหมายการเรียกคืนอสังหาริมทรัพย์ของรัฐวอชิงตัน (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) อสังหาริมทรัพย์ของคุณอาจต้องชดใช้ค่าใช้จ่ายที่รัฐได้จ่ายให้เพื่อบริการและความช่วยเหลือทางการแพทย์และระยะยาวบางรายการที่คุณได้รับหลังอายุครบ 55 ปี ไม่จำกัดอายุหากคุณได้รับบริการจากรัฐเท่านั้น การเรียกคืนอสังหาริมทรัพย์เริ่มหลังจากที่คุณเสียชีวิต การจ่ายเงินจะเกิดขึ้นหลังจากการตายของคู่สมรสที่รอดชีวิตของคุณหรือเมื่อลูกของคุณมีอายุครบ 21 ปีเว้นแต่ว่าเด็กตาบอด/ทุพพลภาพในเวลาที่คุณเสียชีวิต รัฐสามารถยื่นสิทธิ์ในการครอบครองทรัพย์สินก่อนเสียชีวิตในอสังหาริมทรัพย์ของคุณไม่ว่าอายุเท่าใดก็ตามหากคุณอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราและไม่น่าจะกลับบ้านได้ รัฐสามารถเก็บสะสมสิทธิ์ในการครอบครองทรัพย์สินนี้ได้หากคุณขายหรือโอนทรัพย์สิน หรือหลังจากคุณเสียชีวิต หากคุณกลับบ้านรัฐจะเอาสิทธิ์ในการครอบครองทรัพย์สินออก ดูข้อมูลเพิ่มเติมรวมถึงรายการบริการภายใต้การเรียกคืนอสังหาริมทรัพย์ที่ 182-527 WAC

ความเป็นส่วนตัวและความช่วยเหลือด้านเงินและอาหารของคุณ

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

เราใช้ข้อมูลนี้เพื่อ:	**เราอาจให้ข้อมูลนี้แก่:**
• ตัดสินว่าใครมีสิทธิ์ในโปรแกรมของเรา • รวบรวมความช่วยเหลือด้านอาหารที่ใช้จ่ายมากเกินไป • จัดการโปรแกรมของเรา • ตรวจสอบให้แน่ใจว่าเราปฏิบัติตามกฎ	• หน่วยงานรัฐบาลกลางและรัฐสำหรับการใช้งานอย่างเป็นทางการ • หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายที่ติดตามผู้ที่กำลังหลบหนีเพื่อหลีกเลี่ยงกฎหมาย • หน่วยงานจัดเก็บส่วนตัวเพื่อรวบรวมเงินช่วยเหลือค่าอาหารที่ใช้จ่ายมากเกินไป

ข้อมูลที่รายงานไปยังแผนกบริการสังคมและสุขภาพอาจส่งผลต่อการมีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครองสุขภาพที่บริหารจัดการโดยหน่วยงานด้านการดูแลสุขภาพและการแลกเปลี่ยนสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ

คำเตือนบทลงโทษเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือด้านอาหาร

เราตรวจสอบกับหน่วยงานอื่น ๆ ว่าข้อมูลของคุณถูกต้อง หากข้อมูลใด ๆ ไม่ถูกต้อง ผู้ที่สมัครอาจไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านอาหาร

สมาชิกที่ฝ่าฝืนกฎใด ๆ โดยมีวัตถุประสงค์สามารถ:

- อยู่ภายใต้การดำเนินคดีตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและรัฐอื่น ๆ ที่บังคับใช้
- ถูกระงับจาก SNAP เป็นเวลาหนึ่งปีจนถึงตลอดไป
- ปรับไม่เกิน 250,000 ดอลลาห์
- จำคุกนานถึง 20 ปี
- ถูกระงับจาก SNAP เป็นเวลา 18 เดือนตามศาลสั่ง

หากศาลตัดสินว่าคุณมีความผิด:

การรับผลประโยชน์ในการทำธุรกรรมที่เกี่ยวข้อง:	**คุณอาจจะ:**
• ารขายสารควบคุม.....	โดนตัดสิทธิ์จากสองปีถึงตลอดไป
• การขายอาวุธปืน เครื่องกระสุนปืน หรือวัตถุระเบิด.....	โดนตัดสิทธิ์ตลอดไป
• การทำการค้าสิทธิประโยชน์มูลค่ารวมกัน 500 ดอลลาห์	โดนตัดสิทธิ์ตลอดไป
• ฉ้อโกงเกี่ยวกับถิ่นที่อยู่หรือการแสดงตัวตน.....	โดนตัดสิทธิ์เป็นเวลา 10 ปี

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

การตรวจสอบการมีสิทธิ์

Eligibility Review

ขอความช่วยเหลือจากเราหากคุณต้องการความช่วยเหลือในการกรอกแบบฟอร์มนี้

1. ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล	ลายเซ็นของผู้สมัครหรือตัวแทนผู้มีอำนาจ (จำเป็น)	2. หมายเลข ID ลูกค้า (IF KNOWN)
3. ที่อยู่ที่คุณอาศัยอยู่ เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์		4. PRIMARYหมายเลขโทรศัพท์ ☐ โทรศัพท์มือถือ ☐ โทรศัพท์บ้าน ☐ ข้อความ
5. ที่อยู่ในการจัดส่งไปรษณีย์ (กรณีที่ต่างกัน) เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์		6. หมายเลขโทรศัพท์รอง ☐ โทรศัพท์มือถือ ☐ โทรศัพท์บ้าน ☐ ข้อความ
		7. อีเมล์ที่อยู่

8. ฉันสมัคร (เลือกทั้งหมดที่ใช่):
- ☐ เงิน
- ☐ อาหาร
- ☐ โครงการเงินออม Medicare
- ☐ การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย
- ☐ บ้านพักฟื้น / บ้านสำหรับผู้สูงอายุ
- ☐ บริการดูแลระยะยาวในบ้าน
- ☐ บ้านพักคนชรา
- ☐ การดูแลสุขภาพ / คนงานที่มีความทุพพลภาพ (HWD)
- ☐ คุ้มครองสุขภาพสำหรับคนชรา คนตาบอด หรือคนพิการ
- ☐ บริการช่วยเหลือที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ

9. ฉันหรือใครบางคนในครัวเรือนของฉัน (เลือกทั้งหมดที่ใช่): ☐ อยู่ในสถานการณ์การใช้ความรุนแรงในครอบครัว
☐มีความทุพพลภาพ ☐ ไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพ
☐ตั้งครรภ์ ชื่อ: _____วันครบกำหนด: _____

10. คุณคาดว่าเดือนนี้ครัวเรือนของคุณจะได้รับเงินเท่าไร $_____

11. ครัวเรือนของคุณมีเงินสดและเงินในบัญชีธนาคารเท่าไร? $_____

12. ครัวเรือนของคุณจ่ายค่าเช่าหรือค่าจำนองเท่าไร $_____

13. ครัวเรือนของคุณจ่ายค่าสาธารณูปโภคอะไรบ้าง ☐ ทำความร้อน/ทำความเย็น ☐ค่าโทรศัพท์☐อื่นๆ: _____

14. มีใครในครัวเรือนของคุณที่เป็นคนงานในฟาร์มเฉพาะฤดูกาลหรือเป็นแรงงานต่างด้าว ☐ มี ☐ ไม่มี

15. หากคุณสมัครขอความช่วยเหลือด้านอาหาร มีกี่คนในครอบครัวของคุณที่คุณต้องซื้อและเตรียมอาหารให้ _____

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No Screener's Initials: _____ Date: _____

16. ☐ ฉันต้องการล่าม ฉันกล่าวว่า: _____ ☐ หรือ ลงชื่อ แปลจดหมายของฉันเป็น: _____

17. ระบุชื่อทุกคนในครัวเรือนของคุณแม้ว่าคุณจะไม่ได้สมัครให้พวกเขา (แนบเอกสารเพิ่มเติมหากจำเป็น)

ชื่อ (ชื่อแรก ชื่อกลาง นามสกุล)	เพศ	บุคคลนี้เกี่ยวข้องกับคุณอย่างไร	วันเดือนปีเกิด	เลือกหากคุณต้องการสิทธิประโยชน์สำหรับบุคคลนี้	ทางเลือกสำหรับผู้ที่ไม่ใช่ผู้สมัคร			
					หมายเลขประกันสังคม	เลือกหากเป็นพลเมืองสหรัฐฯ	เชื้อชาติ (ดูตัวอย่างด้านล่าง)	ชื่อชนเผ่า (สำหรับชาวอเมริกันอินเดียนชาวอลาสกา)
		ตัวเอง		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

Barcode label

14078

ชื่อของผู้สมัคร	หมายเลขประกันสังคม	หมายเลขประจำตัวลูกค้า

18. ฉันมีเชื้อชาติสเปนหรือละตินอเมริกา: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อชาติและชาติพันธุ์เป็นความสมัครใจและจะไม่ส่งผลต่อจำนวนสิทธิ์หรือสิทธิประโยชน์ ข้อมูลนี้ใช้เพื่อรับรองสิทธิประโยชน์ของโปรแกรมที่เผยแพร่โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ สีผิว หรือที่มาของชาติ สำหรับความช่วยเหลือด้านอาหาร USDA กำหนดให้เราต้องตอบคำถามของคุณหากไม่มีข้อมูลให้ไว้ **ตัวอย่างเชื้อชาติ:** ผิวขาว ผิวดำ หรือแอฟริกันอเมริกัน เอเชีย ฮาวายพื้นเมือง หมู่เกาะแปซิฟิก อเมริกันอินเดียน อลาสกาพื้นเมือง หรือรวมเชื้อชาติใด ๆ

1. ข้อมูลทั่วไป

1. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ฉันได้รับเงินหรืออาหารจากรัฐ เผ่า หรือแหล่งอื่น ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. ผู้ที่ฉันสมัครให้อาศัยอยู่นอกรัฐวอชิงตัน: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ผู้ที่: _____
3. ฉันหรือบางคนในครัวเรือนของฉันเป็นคนต่างด้าวที่ได้รับความช่วยเหลือ: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ผู้ที่: _____
4. ฉันหรือบางคนในครัวเรือนของฉันที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไปกำลังเรียน (เลือกทั้งหมดที่ใช้): ☐ มัธยมศึกษา ☐ โปรแกรมเทียบเท่าโรงเรียนมัธยมศึกษา ☐ วิทยาลัย ☐ โรงเรียนการค้า ผู้ที่: _____
5. มีผู้ที่ออกจากบ้านของฉันชั่วคราว: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ผู้ที่: _____
6. ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันรับใช้ในกองทัพสหรัฐฯ ป้องกันชาติ หรือกองหนุน หรือเป็นผู้อยู่ในอุปการะหรือเป็นคู่สมรสของบุคคลที่รับใช้: ☐ใช่ ☐ ไม่ใช่ หากใช่ ใคร: _____
7. ฉันหรือบางคนที่ฉันกำลังสมัครให้หลบหนีจากกฎหมายเพื่อหลีกเลี่ยงการขึ้นศาลหรือจำคุกเพราะเป็นอาชญากรรมที่รุนแรง: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8. ฉันอาศัยอยู่ใน: ☐บ้านหรืออพาร์ตเมนต์ของฉันเอง ☐ บ้านที่อาศัยหลายคน ☐ อื่นๆ: _____ ☐ สิ่งอำนวยความสะดวก (รายการเป็นประเภท): _____ วันที่ป่อน: _____
9. ฉัน: ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ เป็นม่าย ☐ ในห้างหุ้นส่วนภายในประเทศที่จดทะเบียน
10. ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันได้รับการตัดสินว่ามีการซื้อขายความช่วยเหลือด้านอาหารสำหรับยาหลังจากวันที่ 22 กันยายน ค.ศ.1996: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
11. ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันได้รับการตัดสินว่ามีการซื้อหรือขายความช่วยเหลือด้านอาหารมากกว่า 500 ดอลลาร์หลังจากวันที่ 22 กันยายน 1996: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
12. ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันได้รับการตัดสินว่ามีการซื้อขายปืน กระสุนปืน หรือระเบิดหลัง กันยายน 22,1996: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
13. ฉันหรือบางคนในบ้านของฉันได้รับการตัดสินว่าได้รับความช่วยเหลือด้านอาหารมากกว่าหนึ่งรัฐหลังจาก กันยายน 22,1996: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
14. ฉันหรือบางคนในบ้านของฉัน: a. เมื่อหยุดงาน: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ b. นักเรียนประจำ: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
15. ฉันหรือบางคนในครัวเรือนของฉันได้รับเงินรางวัลจากลอตเตอรี่หรือการพนันตั้งแต่ $3,500 ขึ้นไป: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ หากใช่ ใคร: _____ วันที่ได้รับเงินรางวัล: _____ จำนวนเงิน (จำนวนเงินดอลลาร์ก่อนหักภาษี): _____

II.ข้อมูลประกันสุขภาพ (ไม่จำเป็นสำหรับอาหารพื้นฐาน)

ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือใครบางคนในบ้านของฉัน:

1. วางแผนที่จะเข้าอยู่เข้าหรือออกจากสถานพยาบาลเมื่อเร็ว ๆ นี้ (เช่น โรงพยาบาลหรือบ้านพักคนชรา).. ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลที่ค้างชำระในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา ..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. มีประกันสุขภาพ: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (เลือกทั้งหมดที่ใช่): ☐ Medicare (ไม่ใช่ Washington Apple Health) ☐ Tricare ☐ การประกันการดูแลระยะยาว ☐ บริการสุขภาพของอินเดีย ☐ ประกันสุขภาพอื่นๆ:

III.ทรัพยากร (แนบหลักฐาน ไม่จำเป็นสำหรับ HWD หรืออาหารพื้นฐาน)

ทรัพยากรคือสิ่งที่คุณเป็นเจ้าของหรือกำลังซื้อซึ่งสามารถขาย แลกเปลี่ยน หรือแปลงเป็นเงิน หรือเงินที่ถือโดยผู้อื่น ทรัพยากรไม่รวมถึงทรัพย์สินส่วนตัว เช่น เฟอร์นิเจอร์ หรือเสื้อผ้า ตัวอย่างทรัพยากร ได้แก่:

- เงินสด
- บัญชีเพื่อใช้
- บัญชีสะสมทรัพย์
- กองทุนวิทยาลัย
- ทรัสต์
- IRA / 401k
- บ้าน ที่ดิน หรืออาคาร
- CD
- บัญชีตลาดเงิน
- พันธบัตร
- กองทุนเพื่อการเกษียณอายุ
- กองทุนฝังศพ, แผนการเติมเงิน
- อุปกรณ์ทางธุรกิจ
- ปศุสัตว์
- ประกันชีวิต

ชื่อของผู้สมัคร	หมายเลขประกันสังคม	หมายเลขประจำตัวลูกค้า

III.ทรัพยากร (แนบหลักฐาน 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
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือผู้ที่ฉันสมัครให้ ได้ขาย แลกเปลี่ยน มอบ หรือโอนทรัพยากรในช่วงห้าปีที่ผ่านมา (รวมถึงทรัสต์ ยานพาหนะ เงินสด หรือ สิทธิเก็บกินในอสังหาริมทรัพย์ตลอดชีวิต): ☐ ใช่ ☐ 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 (แนบหลักฐาน)

1. ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือผู้ที่ฉันสมัครให้มีงานที่สิ้นสุดใน 30 วันที่ผ่านมา: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือผู้ที่ฉันสมัครให้มีรายได้จากงาน: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ หากใช่ กรุณากรอกข้อมูลส่วนนี้ให้ครบ:

ใครได้รับรายได้นี้ _____ ชื่อผู้ว่าจ้างและหมายเลขโทรศัพท์ _____ วันที่เริ่มต้น: _____ เป็นการจ้างงานตนเองหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ จำนวนค่าใช้จ่ายสำหรับการจ้างงานตนเองรายเดือน: $_____	รับจำนวนเงินรวม (จำนวนเงินดอลลาร์ก่อนการหักภาษี) $_____ รายา: ☐ชั่วโมง ☐ สัปดาห์ ☐ สองสัปดาห์ ☐ สองครั้งต่อเดือน ☐ เดือน ชั่วโมงต่อสัปดาห์: _____ วันที่จ่าย (เช่น วันที่, 1st และวันที่ 15th, หรือทุกวันศุกร์):
ใครได้รับรายได้นี้ _____ ชื่อผู้ว่าจ้างและหมายเลขโทรศัพท์ _____ วันที่เริ่มต้น: _____ เป็นการจ้างงานตนเองหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ จำนวนค่าใช้จ่ายสำหรับการจ้างงานตนเองรายเดือน: $_____	รับจำนวนเงินรวม (จำนวนเงินดอลลาร์ก่อนการหักภาษี) $_____ รายา: ☐ชั่วโมง ☐ สัปดาห์ ☐ สองสัปดาห์ ☐ สองครั้งต่อเดือน ☐ เดือน ชั่วโมงต่อสัปดาห์: _____ วันที่จ่าย (เช่น วันที่, 1st และวันที่ 15th, หรือทุกวันศุกร์):

ชื่อผู้สมัคร	หมายเลขประกันสังคม	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ

VI.รายได้อื่น (แนบหลักฐาน รายงานสำหรับสมาชิกในครัวเรือนทุกคน)

- เงินชดเชยการว่างงาน
- รายได้จากประกันสังคม
- รายได้ของเผ่า
- รายได้จากการเล่นเกม
- สิทธิประโยชน์ทางการศึกษา (เงินกู้สำหรับนักเรียน เงินช่วยเหลือ งาน - การศึกษา)
- รายได้เสริมด้านความปลอดภัย (SSI)
- การเลี้ยงดูบุตรหรือการเลี้ยงดูคู่สมรส
- สิทธิประโยชน์จากระบบทางรถไฟ
- รายได้จากค่าเช่า
- เกษียณอายุหรือเงินบำนาญ
- การบริหารทหารผ่านศึก (VA) หรือสิทธิประโยชน์ทางทหาร
- แรงงานและอุตสาหกรรม (L&I)
- ทรัสต์
- กำไร / เงินปันผล

ประเภทรายได้ที่ไม่ได้รับ	ใครได้รับรายได้	รายได้รวมต่อเดือน
		$
		$
		$
		$

VII.ค่าใช้จ่ายต่อเดือน

ค่าเช่า	จำนอง	เช่าพื้นที่	ประกันภัยสำหรับเจ้าของบ้าน	ภาษีทรัพย์สิน	ค่าธรรมเนียมอื่นๆ
$	$	$	$	$	$

ครัวเรือนของคุณจ่ายค่าสาธารณูปโภคใดแยกจากค่าเช่าหรือการจำนอง
☐ ความร้อน (ไฟฟ้า/แก๊ส) ☐ ไฟฟ้า (ไม่ใช่ความร้อน) ☐ น้ำ ☐ บ้าน/โทรศัพท์มือถือ ☐ ท่อระบายน้ำ ☐ ขยะ

บุคคลหรือหน่วยงานอื่น เช่น ที่อยู่อาศัยที่ได้รับเงินอุดหนุน ช่วยฉันจ่ายเงินทั้งหมดหรือบางส่วนของค่าใช้จ่ายเหล่านี้: ☐ใช่
☐ ไม่ใช่ หากใช่ ใคร: _____ค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง: _____จำนวนที่ต้องจ่าย: $ _____
☐ ฉันได้รับการชำระเงินตามพระราชบัญญัติความช่วยเหลือด้านพลังงานสำหรับบ้านที่มีรายได้ต่ำ (LIHEAA) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ฉัน คู่สมรสของฉัน หรือคนในครอบครัวของฉันจ่ายหรือควรจะจ่าย (เลือกทั้งหมดที่ใช่):

☐ การดูแลเด็กหรือผู้ใหญ่ที่อยู่ในความรับผิดชอบ (รวมถึงค่าขนส่ง)	จำนวนต่อเดือน: $	ผู้จ่าย:
☐ ค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้พิการหรือผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (รวมถึงค่าขนส่งและเบี้ยประกันสุขภาพ)	จำนวนต่อเดือน: $	ผู้จ่าย:
☐ การช่วยเหลือเด็ก (แนบหลักฐาน)	จำนวนต่อเดือน: $	ผู้จ่าย:

หากคุณไม่ได้รายงานค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่ระบุไว้ข้างต้น
เราจะถือว่านี่เป็นคำชี้แจงของครัวเรือนของคุณซึ่งคุณไม่ต้องการได้รับการหักลดสำหรับค่าใช้จ่ายนี้

VIII.ตัวแทนผู้มีอำนาจ

ตัวแทนผู้มีอำนาจคือผู้ที่คุณอนุญาตให้ DSHS พูดคุยเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคุณ คุณสามารถระบุชื่อบางคน แต่ไม่จำเป็น

คุณมีตัวแทนผู้มีอำนาจหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
บุคคลนี้เป็นผู้คุ้มครองตามกฎหมายของคุณหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
บุคคลนี้มีหนังสือมอบอำนาจหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณอาจต้องกรอกแบบฟอร์มตัวแทนผู้มีอำนาจ (DSHS 14-532) หากคุณต่ออายุการประกันสุขภาพ

ชื่อ	ความสัมพันธ์	หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ในการจัดส่งไปรษณีย์	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์

การอนุญาตให้ตรวจสอบสินทรัพย์

สำหรับโครงการเมดิเคด Apple Health เพื่อผู้สูงอายุ ตาบอด หรือ ทุพพลภาพ แห่งมลรัฐวอชิงตัน (Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled Medicaid programs) เท่านั้น

ข้าพเจ้าทราบว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้เพื่อสมัครหรือต่ออายุความคุ้มครองจะต้องถูกตรวจสอบความถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลางหรือของมลรัฐเพื่อ ข้าพเจ้าอนุญาตให้สำนักงานดูแลสุขภาพแห่งมลรัฐวอชิงตัน (HCA) และ สำนักงานบริการสังคมและสาธารณสุข (DSHS) ดำเนินการตรวจสอบสินทรัพย์เพื่อพิจารณากำหนดการมีสิทธิ์ของข้าพเจ้าและเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทางการเงินของข้าพเจ้า
ข้าพเจ้าทราบว่า HCA และ DSHS อาจทำการตรวจสอบและติดต่อสถาบันการเงิน หน่วยงานของมลรัฐหรือรัฐบาลกลาง หรือ ฐานข้อมูลเอกชน ในฐานะส่วนหนึ่งของกระบวนการตรวจสอบสินทรัพย์
ข้าพเจ้าทราบว่าการอนุญาตนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อมีคำตัดสินถึงที่สุดในทางตรงกันข้ามเกี่ยวกับการสมัครของข้าพเจ้า
การมีสิทธิ์ได้รับสิทธิประโยชน์ของข้าพเจ้าสิ้นสุดลง หรือ
หากข้าพเจ้าเพิกถอนการอนุญาตนี้ไม่ว่าในเวลาใดโดยทำความบอกกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรไปยัง HCA หรือ DSHS
หากข้าพเจ้าเพิกถอนหรือปฏิเสธการอนุญาต ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าจะไม่มีสิทธิตารมโครงการเมดิเคด Apple Health เพื่อผู้สูงอายุ ตาบอด หรือ ทุพพลภาพ แห่งมลรัฐวอชิงตัน (Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled Medicaid program)

ชื่อผู้สมัคร	หมายเลขประกันสังคม	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ

การลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง

สำนักงานมีบริการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง ซึ่งรวมถึงการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งอัตโนมัติ
การขอลงทะเบียนหรือการปฏิเสธลงทะเบียนเพื่อการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งจะไม่ส่งผลกระทบต่อบริการต่างๆ หรือจำนวนเงินสิทธิประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากหน่วยงานนี้ หากท่านต้องการความช่วยเหลือในการกรอกแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง เราสามารถช่วยท่านได้ การตัดสินใจต้องการหรือยอมรับความช่วยเหลือหรือไม่ขึ้นอยู่กับท่าน - ท่านสามารถกรอกแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งเป็นการส่วนตัว
หากท่านเชื่อว่ามีคนขัดขวางสิทธิของท่านในการลงทะเบียนหรือในการปฏิเสธที่ลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงเลือกตั้งของท่าน สิทธิในความเป็นส่วนตัวของท่านในการตัดสินใจลงทะเบียนหรือขอลงทะเบียนเพื่อการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งหรือสิทธิของท่านในการเลือกพรรคการเมืองของตนเองหรือความชอบอื่นทางการเมือง ท่านสามารถร้องเรียนต่อ: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)

ท่านต้องการลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงเลือกตั้งหรือปรับปรุงข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งใช่หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากท่านไม่ทำเครื่องหมายในช่องใดช่องหนึ่ง เราจะถือว่าท่านตัดสินใจไม่ลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงเลือกตั้งในเวลานี้ เว้นแต่ท่านจะมีสิทธิและไม่ได้ปฏิเสธการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งอัตโนมัติ

เว้นแต่จะได้ทำเครื่องในช่อง "ไม่ใช่" ด้านบน ท่านอาจจะมีสิทธิในการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งอัตโนมัติ
ท่านมีสิทธิในการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งอัตโนมัติหากท่านมีอายุอย่างต่ำ 18 ปีก่อนถึงการเลือกตั้งครั้งถัดไป
เป็นพลเมืองสหรัฐอเมริกา และ DSHS มีชื่อ ข้อมูลที่อยู่อาศัยและที่อยู่ไปรษณีย์ วันเดือนปีเกิดของท่าน
การตรวจสอบข้อมูลความเป็นพลเมือง และลายมือชื่อของท่านรับรองความเป็นจริงของข้อมูลที่ให้ไว้ในการขอลงทะเบียนนี้

ท่านต้องการได้รับลงทะเบียนเพื่อการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งอัตโนมัติใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากท่านได้ทำเครื่องหมายในช่อง "ใช่" หรือ ไม่ได้ทำเครื่องหมายในช่องใดช่องหนึ่ง และ ท่านมีคุณสมบัติในการมีสิทธิลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งอัตโนมัติ DSHS จะส่งข้อมูลของท่านไปยังสำนักรัฐมนตรีแห่งมลรัฐ และท่านจะได้รับลงทะเบียนเพื่อการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งโดยอัตโนมัติ

การประกาศและลายมือชื่อ

สำหรับเงินสด ผู้ใหญ่ทุกคน (หรือตัวแทนผู้มีอำนาจ) ในครัวเรือนจะต้องลงชื่อ

สำหรับความช่วยเหลือด้านอาหารหรือความคุ้มครองด้านสุขภาพ ผู้สมัคร (หรือตัวแทนผู้มีอำนาจ) จะต้องลงชื่อ

ฉันเข้าใจว่าฉันต้อง:

- ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและปฏิบัติตามข้อกำหนดในการรายงาน
- แสดงหลักฐานว่าฉันมีสิทธิ์
- กำหนดสิทธิ์บางประการในการให้ความช่วยเหลือเด็กให้แก่รัฐวอชิงตันเมื่อฉันได้รับความช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวยากจน (TANF) อย่างไรก็ตามฉันสามารถขอให้ DSHS ไม่ให้ความช่วยเหลือเด็กได้หากจะเป็นอันตรายต่อฉันหรือบุตรหลานของฉัน
- ร่วมมือตามข้อกำหนดเกี่ยวกับงานช่วยเหลือด้านอาหาร

หากฉันไม่ทำสิ่งเหล่านี้ ฉันอาจถูกปฏิเสธไม่ให้ได้รับสิทธิประโยชน์หรือต้องจ่ายเงินคืน

ฉันเข้าใจว่าฉันอาจถูกดำเนินคดีทางอาญาหากฉันตั้งใจกระทำผิดหรือไม่รายงานสิ่งที่ฉันควรรายงาน

ฉันอนุญาตให้ DSHS ติดต่อบุคคลหรือหน่วยงานอื่นหากจำเป็นเพื่อช่วยให้ฉันพิสูจน์ว่าฉันมีสิทธิ์

สำหรับเงินสดและอาหาร ฉันได้อ่านหรือได้รับการอธิบายเกี่ยวกับสิทธิ์และความรับผิดชอบของฉัน
และได้รับสำเนาของสิทธิ์และความรับผิดชอบของลูกค้า DSHS 14-113 สำหรับการดูแลสุขภาพ
ฉันได้อ่านหรือได้รับการอธิบายเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบของฉัน และได้รับสำเนาสิทธิ์และความรับผิดชอบของลูกค้า HCA 18-003
ฉันรับรองหรือประกาศภายใต้บทลงโทษของการเบิกความเท็จภายใต้กฎหมายของรัฐวอชิงตันว่าข้อมูลที่ฉันให้ไว้ในใบสมัครนี้รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นพลเมืองและสถานะของคนต่างด้าวของสมาชิกที่สมัครเพื่อรับสิทธิประโยชน์นั้นเป็นความจริงและถูกต้อง

ลายมือชื่อของผู้สมัคร	วันที่	ชื่อตัวบรรจงของผู้สมัคร	เมืองและรัฐที่ลงลายมือชื่อ
ลายมือชื่อของผู้สมัครที่เป็นผู้ใหญ่คนอื่น	วันที่	ชื่อตัวบรรจงของผู้ใหญ่คนอื่น	เมืองและรัฐที่ลงลายมือชื่อ
ลายมือชื่อของผู้ช่วยเหลือหรือตัวแทน	วันที่	ชื่อตัวบรรจงของตัวแทน	เมืองและรัฐที่ลงลายมือชื่อ
ลายมือชื่อของพยานหากลงลายมือชื่อด้วย "X"	วันที่	ชื่อตัวบรรจงของพยาน	