

## Tái Xét Việc Hội Đủ Điều Kiện Eligibility Review

Nếu quý vị cần giúp đỡ hoặc hoàn tất mẫu đơn này, xin yêu cầu chúng tôi trợ giúp.  
Lưu giữ trang này vào các hồ sơ của quý vị.

### Tôi nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt hoặc thực phẩm như thế nào?

- Quý vị có thể **bắt đầu** tiến trình này ngay bây giờ bằng cách nộp đơn xin tái xét này cho một văn phòng dịch vụ cộng đồng địa phương. Đơn tái xét phải có tên, địa chỉ và chữ ký của quý vị hoặc chữ ký của đại diện được ủy quyền của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn xin tái xét của quý vị ngay bây giờ dù đơn chỉ có ba mục này.
- Quý vị có thể nhận thêm nhiều phúc lợi hoặc nhận các phúc lợi sớm hơn nếu quý vị hoàn tất, và gửi cho chúng tôi đơn xin tái xét của quý vị và bất kỳ thông tin nào khác mà chúng tôi yêu cầu ngay khi quý vị có thể.
- Quý vị có thể đem đơn xin tái xét của quý vị nộp cho một văn phòng địa phương hoặc fax đến 1-888-338-7410. Xem [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) để tìm các địa điểm.
- Gửi đơn tái xét của quý vị đến một trong các cơ quan sau đây:

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
- Quý vị có thể điền vào đơn tái xét trực tuyến tại [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)
- **Mẫu đơn Tái Xét Việc Hội Đủ Điều Kiện này có thể chỉ được sử dụng để đổi mới bao phí cho các chương trình Washington Apple Health được liệt kê trong mẫu đơn này. Đối với bao phí chăm sóc sức khỏe, quý vị phải nộp đơn trực tuyến tại [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org), bằng cách gọi 1-855-923-4633, hoặc bằng cách sử dụng Đơn Xin Bao Phí Chăm Sóc Sức Khỏe HCA (HCA 18-001).**

### Bao lâu tôi có thể nhận được sự giúp đỡ về thực phẩm và tiền mặt?

Nếu quý vị cần trợ cấp thực phẩm ngay tức thì, hãy điền vào Câu Hỏi 1 đến 14 và đem mẫu đơn này đến nộp cho văn phòng địa phương của quý vị.

- Chúng tôi quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện để hưởng trợ cấp thực phẩm hay không *trong vòng 7 ngày* nếu quý vị trình bằng chứng về việc nhân dạng của quý vị và đáp ứng các luật lệ của việc hội đủ điều kiện.
- Chúng tôi cấp phát các phúc lợi vào ngày sau khi chúng tôi quyết định quý vị hội đủ điều kiện.
- Trợ cấp thực phẩm thường bắt đầu vào ngày chúng tôi nhận được đơn xin của quý vị.
- Trợ cấp tiền mặt thường bắt đầu vào ngày chúng tôi có tất cả thông tin để quyết định việc quý vị hội đủ điều kiện.
- Chúng tôi phải quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện để hưởng Trợ Cấp Thực Phẩm hay không trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị nộp đơn xin của mình.
- Nếu quý vị đang nộp đơn xin của mình từ một cơ sở từ thiện, ngày bắt đầu là ngày quý vị ra khỏi hoặc được cho về.

**Nếu quý vị đang nộp đơn xin hưởng Trợ Cấp Thực Phẩm và các chương trình khác:** Chúng tôi phải thực hiện theo luật lệ SNAP để giải quyết đơn xin của quý vị. Việc này bao gồm quá trình giải quyết đơn xin trong các thời hạn, ban hành các thông báo thích hợp, và báo cho quý vị biết các quyền hành chính của quý vị. Chúng tôi không thể khước từ Trợ Cấp Thực Phẩm của quý vị chỉ vì đơn xin của quý vị xin hưởng các chương trình trợ cấp khác đã bị từ chối.

### Dân Quyền

Theo đúng luật dân quyền của Liên Bang và các quy định và chính sách dân quyền của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA), nghiêm cấm tổ chức này phân biệt đối xử vì lý do chủng tộc, màu da, nguyên quán, tôn giáo, giới tính, (bao gồm bản dạng giới và xu hướng tình dục), tín ngưỡng, khuyết tật, tuổi tác, chính kiến, hoặc sự trả thù hay sự trả đũa đối với hoạt động dân quyền trước đây.

Thông tin chương trình có thể hiện có bằng các ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh. Những người bị khuyết tật yêu cầu các phương tiện truyền thông khác để biết thông tin chương trình (ví dụ: chữ Braille, chữ in lớn, băng từ ghi âm, Ngôn Ngữ Cử Chỉ Mỹ, v.v.) nên liên hệ với cơ quan có trách nhiệm (tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ đã nộp đơn xin hưởng các phúc lợi. Các cá nhân bị điếc, khó nghe hoặc bị khuyết tật về nói có thể liên hệ với USDA thông qua Dịch Vụ Tiếp Âm Liên Bang theo số (800) 877-8339.

Để nộp đơn khiếu nại phân biệt đối xử trong chương trình, Người Khiếu Nại nên hoàn tất một Mẫu Đơn AD-3027, Mẫu Đơn Khiếu Nại Phân Biệt Đối Xử Trong Chương Trình USDA, có thể được tìm thấy trực tuyến tại:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, từ bất kỳ văn phòng USDA nào, bằng cách gọi (833) 620-1071, hoặc bằng cách gửi thư đến USDA.

Thư này phải gồm có tên, địa chỉ, số điện thoại của người khiếu nại và một văn bản mô tả cáo buộc hành động phân biệt đối xử với đầy đủ chi tiết để thông báo cho Trợ Lý Thư Ký Về Dân Quyền (Assistant Secretary for Civil Rights - ASCR) về bản chất và ngày cáo buộc vi phạm dân quyền:

1. Thư: Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria VA 22314;
2. Fax: (833) 256-1664 hay (202) 690-7442; hoặc
3. Email: [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINT@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINT@usda.gov)

USDA là một cơ quan phục vụ, tuyển dụng và tín dụng bình đẳng.

## Tình Trạng Nhập Cư và Các Số An Sinh Xã Hội:

Quý vị có thể nhận được trợ cấp cho một số người quý vị đang sống chung cho dù những người khác quý vị đang sống chung không thể nhận được trợ cấp bởi vì tình trạng nhập cư của họ. Quý vị phải báo cho chúng tôi về tình trạng nhập cư của bất kỳ người nào nộp đơn xin. Tình trạng nhập cư của các thành viên trong hộ gia đình có thể được xác minh bởi USCIS (trước kia được gọi là INS). Thông tin đã nhận được từ USCIS có thể ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện và số tiền phúc lợi. Chúng tôi có bảo hiểm y tế có thể bao trả cho một số ngoại kiều.

Theo Luật Liên Bang (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), quý vị phải cung cấp cho chúng tôi Số An Sinh Xã Hội (SSN) đối với bất kỳ người nào quý vị đang sống chung mà họ nộp đơn xin hưởng chương trình Washington Apple Health, TANF, hoặc trợ cấp thực phẩm. Chúng tôi cũng có thể cần các SSN của cha mẹ và vợ/chồng đang sống chung với quý vị nhưng không nộp đơn xin. Chúng tôi có bảo hiểm y tế cho một số người không có các SSN.

## Quốc Tịch và Căn Cước để nhận các dịch vụ Washington Apple Health

Các công dân Hoa Kỳ phải chứng minh quốc tịch và căn cước để nhận được các dịch vụ Washington Apple Health. Chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị để có được bằng chứng. Nếu chúng tôi yêu cầu một chứng từ sẽ tính tiền quý vị, chúng tôi sẽ gửi và trả chi phí. Chúng tôi không cần bằng chứng đối với bất kỳ người nào trong hộ gia đình của quý vị nhận được Medicare, Bảo Hiểm An Sinh Xã Hội Cho Người Khuyết Tật (SSDI) dựa vào tình trạng khuyết tật hoặc Phụ Cấp Thu Nhập An Sinh (SSI) của chính họ.

## Hoàn lại cho Tiểu Bang chi phí Chăm Sóc Y Tế và Chăm Sóc Dài Hạn

Theo luật Thu Hồi Tài Sản Của Tiểu Bang Washington (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080), tài sản của quý vị có thể cần đến để hoàn lại các chi phí mà Tiểu Bang đã chi trả cho các loại dịch vụ và cấp dưỡng nào đó về cấp dưỡng y tế hoặc dài hạn mà quý vị đã nhận được sau khi quý vị được 55. Không có giới hạn tuổi nếu quý vị đã nhận được các dịch vụ chỉ được tiểu bang tài trợ. Thu Hồi Tài Sản bắt đầu sau khi quý vị qua đời; khoản thanh toán phải trả sau khi vợ/chồng còn lại của quý vị qua đời, hoặc khi (các) con quý vị được 21 tuổi, trừ khi trẻ bị mù/khuyết tật vào lúc quý vị qua đời. Tiểu Bang có thể nộp đơn xin quyền nắm giữ bất động sản của quý vị trước khi qua đời, vào bất kỳ độ tuổi nào, nếu quý vị sống trong một viện dưỡng lão và không có khả năng trở về nhà. Tiểu Bang có thể truy thu dựa trên quyền nắm giữ thế chấp này nếu quý vị bán hoặc sang nhượng tài sản, hoặc sau khi quý vị qua đời. Nếu quý vị trở về nhà, Tiểu Bang sẽ xóa bỏ quyền nắm giữ thế chấp. Để biết thêm thông tin, bao gồm một danh sách các dịch vụ về Thu Hồi Tài Sản, xem Chương 182-527 WAC.

## Quyền Riêng Tư và Trợ Cấp Tiền Mặt và Thực Phẩm Của Quý Vị

Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng ban hành năm 2008, cho chúng tôi thu thập thông tin mà chúng tôi yêu cầu trong đơn xin. Cung cấp thông tin được yêu cầu là tự nguyện, tuy nhiên, việc không cung cấp thông tin mà không có một lý do chính đáng có thể đưa đến việc từ chối các phúc lợi Thực Phẩm Cơ Bản. Chúng tôi xác minh một số thông tin qua máy tính bằng cách đối chiếu với các chương trình, bao gồm Hệ Thống Xác Minh Việc Hội Đủ Điều Kiện và Thu Nhập (IEVS) của liên bang.

<b>Chúng tôi sử dụng thông tin này để:</b>	<b>Chúng tôi có thể cung cấp thông tin này cho:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Quyết định ai hội đủ điều kiện để hưởng các chương trình của chúng tôi.</li><li>Truy thu các khoản chi trả quá cao về trợ cấp thực phẩm.</li><li>Quản lý các chương trình của chúng tôi.</li><li>Bảo đảm chúng tôi thực hiện theo luật pháp.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Các cơ quan liên bang và tiểu bang để sử dụng chính thức</li><li>Các cơ quan Thực Thi Pháp Luật truy nã những người đang đào tẩu để trốn tránh pháp luật.</li><li>Các cơ quan truy thu tự nhân để truy thu các khoản chi trả quá cao về trợ cấp thực phẩm.</li></ul>
<b>Thông tin được báo cáo cho Bộ Y Tế và Xã Hội có thể ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm y tế do Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe và Trung Tâm Chuyên Giao Phúc Lợi Y Tế quản lý.</b>	
<b>Cảnh Báo Hình Phạt Về Trợ Cấp Thực Phẩm</b>	
Chúng tôi kiểm tra với các cơ quan khác để xem thông tin của quý vị có đúng hay không. Nếu bất kỳ thông tin nào không đúng, thì những người nộp đơn xin không thể nhận được Thực Phẩm Cơ Bản.	
<b>Bất kỳ thành viên nào có ý vi phạm bất kỳ luật lệ nào đều có thể:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Bị truy tố theo các luật lệ hiện hành khác của Liên Bang và Tiểu Bang.</li><li>Không được hưởng SNAP từ một năm cho đến vĩnh viễn.</li><li>Bị phạt tiền lên đến \$250,000.</li><li>Bị tống giam lên đến 20 năm.</li><li>Không được hưởng SNAP thêm 18 tháng nếu theo lệnh tòa.</li></ul>	
<b>Nếu tòa nhận thấy quý vị phạm tội:</b>	
<b>Nhận các phúc lợi trong khi giao dịch về việc:</b>	<b>Quý vị có thể bị:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Bán chất gây nghiện có kiểm soát.....</li><li>Bán súng, đạn hoặc chất nổ.....</li><li>Mua bán bất hợp pháp các phúc lợi kết hợp nhiều hơn \$500.....</li><li>Gian lận nơi cư trú hoặc căn cước.....</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Mất tư cách từ hai năm đến vĩnh viễn.</li><li>Mất tư cách vĩnh viễn.</li><li>Mất tư cách vĩnh viễn.</li><li>Mất tư cách 10 năm.</li></ul>

## Tái Xét Việc Hội Đủ Điều Kiện Eligibility Review

Hãy yêu cầu chúng tôi nếu quý vị cần giúp điền vào mẫu đơn này.

1. TÊN CHỮ ĐÀU TÊN LÓT HỌ		CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN HOẶC ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN (BẮT BUỘC)		2. SỐ ID CỦA THÂN CHỦ (NẾU BIẾT)	
3. ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG QUÝ VỊ SỐNG			THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ VÙNG
5. ĐỊA CHỈ GỞI THƯ (NẾU KHÁC)			THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ VÙNG
8. Tôi đang nộp đơn xin (đánh dấu tất cả các mục thích hợp):			7. ĐỊA CHỈ EMAIL		
<input type="checkbox"/> Tiền Mặt <input type="checkbox"/> Thực Phẩm <input type="checkbox"/> Chương Trình Tiết Kiệm Medicare <input type="checkbox"/> Bệnh Viện Dành Cho Người Hấp Hối <input type="checkbox"/> Bao phí Chăm Sóc Y Tế dành cho người già, mù hoặc khuyết tật <input type="checkbox"/> Các Dịch Vụ Hỗ Trợ Biến Đổi Dành Cho Người Lớn			<input type="checkbox"/> Cơ Sở Trọ Sinh / Nhà Tập Thể Người Lớn <input type="checkbox"/> Các Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn Tại Nhà <input type="checkbox"/> Viện Dưỡng Lão <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Sức Khỏe / Nhân Viên với Người Khuyết Tật (HWD)		
9. Tôi hoặc người nào đó trong hộ gia đình của tôi (đánh dấu tất cả các mục thích hợp): <input type="checkbox"/> Đang ở trong tình trạng bạo hành gia đình <input type="checkbox"/> Bị một khuyết tật <input type="checkbox"/> Không thể làm việc bởi vì các vấn đề sức khỏe <input type="checkbox"/> Đang mang thai; tên: _____ ngày dự sinh: _____					
10. Quý vị mong đợi hộ gia đình quý vị nhận được bao nhiêu tiền vào tháng này? \$ _____					
11. Hộ gia đình quý vị có bao nhiêu tiền mặt và bao nhiêu tiền trong các tài khoản ngân hàng? \$ _____					
12. Hộ gia đình quý vị chi trả bao nhiêu tiền thuê nhà hoặc thế chấp? \$ _____					
13. Hộ gia đình quý vị chi trả cho các chi phí hữu dụng nào? <input type="checkbox"/> Máy sưởi/máy lạnh <input type="checkbox"/> Điện thoại <input type="checkbox"/> Khác: _____					
14. Có ai trong hộ gia đình quý vị là công nhân trang trại theo thời vụ hoặc nhập cư không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
15. Nếu đang nộp đơn xin trợ cấp thực phẩm, quý vị mua và chuẩn bị thực phẩm cho bao nhiêu người trong hộ gia đình quý vị? _____					

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

16.  Tôi cần một thông dịch viên. Tôi nói: \_\_\_\_\_ hoặc  ký tên; dịch các thư của tôi sang tiếng: \_\_\_\_\_

17. Liệt mọi người trong hộ gia đình quý vị cho dù quý vị không nộp đơn xin cho họ (đính kèm thêm giấy, nếu cần).

TÊN (TÊN, TÊN LÓT, HỌ)	GIỚI TÍNH	NGƯỜI NÀY CÓ QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ NHƯ THỂ NÀO?	NGÀY SINH	ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀY NẾU QUÝ VỊ MUỐN CÓ CÁC PHÚC LỢI CHO NGƯỜI NÀY	CÁC LỰA CHỌN CHO NHỮNG NGƯỜI KHÔNG NỘP ĐƠN			
					SỐ AN SINH XÃ HỘI	ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀY NẾU LÀ CÔNG DÂN HOA KỲ	CHUNG TỌC (XEM CÁC VỊ DỤ DƯỚI ĐÂY)	TÊN BỘ LẠC (Dành cho Người Mỹ Da Đỏ, Người Alaska Bản Địa)
		Bản thân tôi		<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"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		



TÊN NGƯỜI NỘP ĐƠN	SỐ AN SINH XÃ HỘI	SỐ CĂN CƯỚC CỦA THÂN CHỦ
-------------------	-------------------	--------------------------

18. Lý lịch dân tộc của tôi là Người Mỹ Gốc Tây Ban Nha hoặc Người Châu Mỹ La Tinh:  Có  Không  
 Thông tin lý lịch về Chủng Tộc và Dân Tộc là tự nguyện và sẽ không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hoặc số tiền phúc lợi. Thông tin này được sử dụng để bảo đảm các phúc lợi của chương trình được phân phát mà không có liên quan đến chủng tộc, màu da hoặc nguyên quán. Đối với Trợ Cấp Thực Phẩm, USDA yêu cầu chúng tôi trả lời cho quý vị nếu thông tin không được cung cấp. **Các ví dụ về chủng tộc:** Người Mỹ Trắng, Người Mỹ Da Đen hoặc gốc Châu Phi, Người Mỹ gốc Châu Á, Người Hawaii Bản Địa, Người Đảo Thái Bình Dương, Người Mỹ Da Đỏ, Người Alaska Bản Địa, hoặc bất kỳ sự kết hợp của chủng tộc nào.

### I. Thông Tin Chung

- Trong 30 ngày vừa qua, tôi đã nhận được tiền mặt hoặc thực phẩm từ tiểu bang, bộ lạc khác hoặc nguồn khác.  Có  Không
- Một người nào đó mà tôi đang nộp đơn xin hiện sống ngoài Tiểu Bang Washington:  Có  Không Ai: \_\_\_\_\_
- Tôi hoặc người nào đó trong hộ gia đình của tôi là một ngoại kiều được tài trợ:  Có  Không Ai: \_\_\_\_\_
- Tôi hoặc người nào đó trong hộ gia đình của tôi từ 16 tuổi trở lên hoặc ở trong (đánh dấu tất cả các mục thích hợp)  
 Trung Học  một Chương Trình Tương Đương Trung Học  Cao Đẳng  Trường Dạy Nghề Ai: \_\_\_\_\_
- Một người nào đó tạm thời ở bên ngoài nhà tôi:  Có  Không Ai: \_\_\_\_\_
- Tôi hoặc một người nào đó trong nhà của tôi đã phục vụ trong Lực Lượng Vũ Trang, Lực Lượng Biên Phòng Quốc Gia hoặc Dự Bị Hoa Kỳ hay là một người phụ thuộc hoặc vợ/chồng của một người đã phục vụ:  Có  Không Nếu có, ai: \_\_\_\_\_
- Tôi hoặc một người nào đó mà tôi đang nộp đơn xin là người đang lẩn trốn luật pháp để tránh ra tòa hoặc bị tổng giam đối với một tội phạm đào tẩu:  Có  Không
- Tôi đang sống trong:  Nhà hoặc căn hộ riêng của tôi  Nhà Tập Thể  Khác: \_\_\_\_\_  
 Cơ sở (liệt kê loại): \_\_\_\_\_ Ngày vào: \_\_\_\_\_
- Tôi là:  Độc thân  Đã kết hôn  Đã ly dị  Đã ly thân  Góa bụa  
 Trong một Quan Hệ Gia Đình Có Đăng Ký
- Tôi hoặc một người nào đó trong nhà của tôi đã bị kết án trao đổi Trợ Cấp Thực Phẩm để lấy ma túy sau ngày 22 Tháng Chín, 1996:  Có  Không
- Tôi hoặc một người nào đó trong nhà của tôi đã bị kết án mua hoặc bán Trợ Cấp Thực Phẩm trên \$500 sau ngày 22, Tháng Chín, 1996:  Có  Không
- Tôi hoặc một người nào đó trong nhà của tôi đã bị kết án trao đổi Trợ Cấp Thực Phẩm để lấy súng, đạn hoặc chất nổ sau ngày 22, Tháng Chín, 1996:  Có  Không
- Tôi hoặc một người nào đó trong nhà của tôi đã bị kết án nhận Trợ Cấp Thực Phẩm từ hai Tiểu Bang trở lên sau ngày 22, Tháng Chín, 1996:  Có  Không
- Tôi hoặc một người nào đó trong nhà của tôi: a. Đang đình công:  Có  Không b. Một khách trọ:  Có  Không
- Tôi hoặc người nào đó trong nhà của tôi đã trúng số hoặc thắng cờ bạc từ \$4,250 trở lên:  Có  Không  
 Nếu có, ai: \_\_\_\_\_ Ngày nhận: \_\_\_\_\_  
 Số tiền (số tiền đô-la trước thuế): \_\_\_\_\_

### II. Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Không cần cho Thực Phẩm Cơ Bản)

**Tôi, vợ/chồng tôi, hoặc người nào đó trong hộ gia đình tôi:**

- Lập kế hoạch để vào, ở trong, hoặc mới đây rời khỏi một cơ sở y tế (chẳng hạn như một bệnh viện hoặc viện dưỡng lão) .....  Có  Không
- Cần trợ giúp về các hóa đơn y tế chưa chi trả cho bất kỳ tháng nào trong ba tháng qua.....  Có  Không
- Có bảo hiểm y tế:  Có  Không (đánh dấu tất cả các mục thích hợp):  Medicare (không phải Washington Apple Health)  Tricare  Bảo Hiểm Chăm Sóc Dài Hạn  Các Dịch Vụ Y Tế Dành Cho Người Da Đỏ  
 Bảo Hiểm Y Tế Khác:

### III. Các Nguồn Tiền (Đính Kèm Bằng Chứng; không cần cho HWD, hoặc Thực Phẩm Cơ Bản)

Một nguồn tiền là bất kỳ cái gì quý vị sở hữu hoặc đang mua có thể được bán, kinh doanh hoặc chuyển đổi thành tiền mặt hoặc tiền mặt do những người khác nắm giữ. Một nguồn tiền không bao gồm tài sản cá nhân chẳng hạn như đồ đạc, hoặc quần áo. Các ví dụ của nguồn tiền là:

- Tiền mặt
- Tài khoản chi phiếu
- Tài khoản tiết kiệm
- Quỹ học bổng dành cho trường Cao Đẳng
- Quỹ tín thác
- IRA / 401k
- Quỹ hưu trí
- Nhà cửa, Đất Đai hoặc Cao ốc
- CDs
- Tài khoản Thị Trường Tiền Tệ
- Trái phiếu
- Quỹ hưu trí
- Quỹ an táng, các kế hoạch trả trước
- Thiết bị kinh doanh
- Vật nuôi
- Bảo Hiểm Nhân Thọ

TÊN NGƯỜI NỘP ĐƠN	SỐ AN SINH XÃ HỘI	SỐ CÁN CƯỚC CỦA THÂN CHỦ
-------------------	-------------------	--------------------------

### III. Các Nguồn Tiền (Đính Kèm Bằng Chứng; không cần cho HWD, hoặc Thực Phẩm Cơ Bản)

Xin liệt kê các nguồn tiền mà quý vị, vợ/chồng quý vị, hoặc bất kỳ người nào quý vị đang nộp đơn xin sở hữu hoặc đang mua:

NGUỒN TIỀN	AI SỞ HỮU	ĐỊA ĐIỂM	GIÁ TRỊ
			\$
			\$
			\$

2. Tôi, vợ/chồng tôi, hoặc người nào đó mà tôi đang nộp đơn xin có xe hơi, xe tải, xe van, tàu thuyền, Xe Giải Trí, xe moóc, hoặc các xe mô tô khác:

NĂM (VÍ DỤ: 1980)	HÃNG SẢN XUẤT (VÍ DỤ: FORD)	Kiểu DÁNG (VÍ DỤ: ESCORT)	ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀY NẾU LÀ ĐƯỢC CHO THUÊ	ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀY NẾU XE CỘ ĐƯỢC SỬ DỤNG CHO CÁC MỤC ĐÍCH Y TẾ	SỐ TIỀN CÒN NỢ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. Tôi, vợ/chồng tôi, hoặc người nào đó mà tôi đang nộp đơn xin đã bán, kinh doanh, cho, hoặc chuyển nhượng một nguồn tiền trong năm vừa qua (bao gồm quỹ tín thác, xe cộ, tiền mặt hoặc tài sản được hưởng trọn đời):  Có  Không  
Nếu có, cái gì: \_\_\_\_\_ khi nào: \_\_\_\_\_

### IV. Niên Kim (Các khoản đầu tư do bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình thực hiện để nhận được các khoản chi trả thường xuyên hiện tại hoặc trong tương lai.)

AI SỞ HỮU NIÊN KIM?	CÔNG TY HOẶC CƠ QUAN?	SỐ TIỀN HOẶC GIÁ TRỊ	THU NHẬP HÀNG THÁNG	NGÀY MUA
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Nếu quý vị, hoặc vợ/chồng quý vị, có quyền lợi trong một niên kim và quý vị chấp nhận các dịch vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn Washington Apple Health, bao phí Liên Quan Đến SSI hoặc CN, quý vị phải nêu rõ Tiểu Bang Washington là một người thụ hưởng còn lại của niên kim.

### V. Thu Nhập Kiểm Được (Đính Kèm Bằng Chứng)

1. Tôi, vợ/chồng tôi, hoặc một người nào đó mà tôi đang nộp đơn xin đã có việc làm kết thúc trong 30 ngày vừa qua:  Có  Không

2. Tôi, vợ/chồng tôi, hoặc một người nào đó mà tôi đang nộp đơn xin có thu nhập từ việc làm:  Có  Không  
Nếu có, xin hoàn tất mục này.

AI KIỂM THU NHẬP NÀY	TỔNG SỐ TIỀN ĐÃ NHẬN (SỐ TIỀN TÍNH BẰNG MỸ KIM TRƯỚC KHI KHẤU TRỪ)
TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM	\$ _____ mỗi: <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần
NGÀY BẮT ĐẦU	<input type="checkbox"/> Hai tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Tháng
Công việc này là có tự làm chủ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số giờ mỗi tuần: _____
Số tiền chi phí tự làm chủ hàng tháng: \$ _____	Các ngày trả lương (ví dụ:, ngày 1 và 15, hoặc mỗi Thứ Sáu):
AI KIỂM THU NHẬP NÀY	TỔNG SỐ TIỀN ĐÃ NHẬN (SỐ TIỀN TÍNH BẰNG MỸ KIM TRƯỚC KHI KHẤU TRỪ)
TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM	\$ _____ mỗi: <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần
NGÀY BẮT ĐẦU	<input type="checkbox"/> Hai tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Tháng
Công việc này là có tự làm chủ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số giờ mỗi tuần: _____
Số tiền chi phí tự làm chủ hàng tháng: \$ _____	Các ngày trả lương (ví dụ:, ngày 1 và 15, hoặc mỗi Thứ Sáu):

TÊN NGƯỜI NỘP ĐƠN		SỐ AN SINH XÃ HỘI		SỐ CĂN CƯỚC CỦA THÂN CHỦ	
<b>VI. Thu Nhập Khác (Đính Kèm Bằng Chứng; Báo Cáo về Tất Cả Thành Viên Trong Hộ Gia Đình)</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Các trợ cấp thất nghiệp</li> <li>Thu nhập An Sinh Xã Hội</li> <li>Thu nhập từ bộ lạc</li> <li>Thu nhập từ việc đánh bạc</li> <li>Các phúc lợi giáo dục (các khoản vay của sinh viên, trợ cấp, công việc - nghiên cứu)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Phụ Cấp Thu Nhập An Sinh (SSI)</li> <li>Cấp Dưỡng Con hoặc tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng</li> <li>Các phúc lợi tàu hỏa</li> <li>Thu nhập cho thuê</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Hưu trí hoặc lương hưu</li> <li>Sở Quản Trị Cựu Chiến Binh (VA) hoặc các phúc lợi quân đội</li> <li>Sở Lao Động và Kỹ Nghệ (L&amp;I)</li> <li>Quỹ tín thác</li> <li>Lợi tức / Cổ tức</li> </ul>	
LOẠI THU NHẬP KHÔNG KIỂM MÀ CÓ		AI NHẬN ĐƯỢC THU NHẬP?		TỔNG SỐ TIỀN HÀNG THÁNG	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
<b>VII. Các Chi Phí Hàng Tháng (Đính Kèm Bằng Chứng)</b>					
THUẾ MƯỜN \$	THẾ CHẤP \$	ĐỊA ĐIỂM THUẾ \$	BẢO HIỂM CỦA CHỦ NHÀ \$	THUẾ BẤT ĐỘNG SẢN: \$	CÁC LỆ PHÍ KHÁC: \$
Các chi phí hữu dụng nào hộ gia đình của quý vị chi trả riêng không dính đến tiền thuê hoặc thế chấp? <input type="checkbox"/> Nhiệt (Điện/Gas) <input type="checkbox"/> Điện (Không Phải Nhiệt) <input type="checkbox"/> Nước <input type="checkbox"/> Điện Thoại Nhà/Di Động <input type="checkbox"/> Cống Rãnh <input type="checkbox"/> Rác					
Người hoặc cơ quan khác, chẳng hạn như vấn đề nhà ở được trợ cấp, giúp tôi chi trả tất cả hoặc một phần các chi phí này: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, ai: _____ Chi phí gì: _____ Số tiền họ chi trả: \$ _____ <input type="checkbox"/> Tôi đã nhận được một khoản chi trả theo Đạo Luật Trợ Cấp Năng Lượng Dành Cho Gia Đình Có Thu Nhập Thấp (LIHEEA) trong 12 tháng vừa qua.					
Tôi, vợ/chồng tôi, hoặc người nào đó trong hộ gia đình tôi chi trả hoặc được có bốn phần chi trả (đánh dấu tất cả các mục thích hợp):					
<input type="checkbox"/> Chăm Sóc Trẻ Em hoặc Người Lớn Phụ Thuộc (bao gồm các chi phí đi lại)		Số tiền hàng tháng: \$		Ai chi trả:	
<input type="checkbox"/> Hóa đơn y tế cho những người khuyết tật hoặc trên tuổi 60 (bao gồm các chi phí đi lại và phí bảo hiểm y tế)		Số tiền hàng tháng: \$		Ai chi trả:	
<input type="checkbox"/> Cấp dưỡng con (đính kèm bằng chứng)		Số tiền hàng tháng: \$		Ai chi trả:	
Nếu quý vị không báo cáo bất kỳ các chi phí nào được liệt kê trên đây, chúng tôi sẽ xem xét việc này như là một báo cáo của hộ gia đình quý vị mà quý vị không muốn nhận một khoản khấu trừ cho chi phí này.					
<b>VIII. Đại Diện Được Ủy Quyền</b>					
Một Đại Diện Được Ủy Quyền là một người nào đó quý vị cho phép DSHS nói về các phúc lợi của quý vị. Quý vị có thể nêu rõ một người nào đó, nhưng quý vị không phải. Quý vị có một Đại Diện Được Ủy Quyền không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Người này có là người giám hộ hợp pháp của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Người này có Giấy Ủy Nhiệm Quyền Đại Diện không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Quý vị có thể cần hoàn tất mẫu đơn Đại Diện Được Ủy Quyền (DSHS 14-532) nếu quý vị đang đổi mới bao phí chăm sóc sức khỏe của quý vị.					
TÊN		MỐI QUAN HỆ		SỐ ĐIỆN THOẠI	
ĐỊA CHỈ GỞI THƯ		THÀNH PHỐ		TIỂU BANG	
				MÃ VÙNG	
<b>Cho Phép Xác Minh Tài Sản</b>					
<b>Đối với chỉ các chương trình Medicaid Dành Cho Người Cao Tuổi Người Mù hoặc Người Khuyết Tật Của Washington Apple Health.</b>					
Tôi hiểu thông tin mà tôi cung cấp để nộp đơn xin hoặc đổi mới trợ cấp sẽ phải chịu sự xác minh của các viên chức liên bang và tiểu bang để xác định xem thông tin này có đúng hay không. Tôi cho phép Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe (HCA) và Bộ Y Tế và Xã Hội (DSHS) Tiểu Bang Washington tiến hành xác minh tài sản để xác định việc hội đủ điều kiện của tôi và để xác minh tính chính xác về thông tin tài chính của tôi. Tôi hiểu HCA và DSHS có thể điều tra và liên hệ với bất kỳ tổ chức tài chính nào, cơ quan tiểu bang hoặc liên bang, hay cơ sở dữ liệu riêng biệt, là một phần của quy trình xác minh tài sản. Tôi hiểu sự cho phép này chấm dứt khi một quyết định bất lợi sau cùng được thành lập dựa trên đơn xin của tôi, việc hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi của tôi chấm dứt, hoặc nếu tôi hủy bỏ sự cho phép này vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho HCA hoặc DSHS. <b>Nếu tôi hủy bỏ hoặc từ chối cho phép, tôi hiểu rằng tôi sẽ không hội đủ điều kiện hưởng bất kỳ chương trình Medicaid Dành Cho Người Cao Tuổi, Người Mù hoặc Người Khuyết Tật nào của Washington Apple Health.</b>					

TÊN NGƯỜI NỘP ĐƠN	SỐ AN SINH XÃ HỘI	SỐ CĂN CƯỚC CỦA THÂN CHỦ	
<b>Đăng Ký Cử Tri</b>			
<p>Bộ cung cấp các dịch vụ đăng ký cử tri, bao gồm đăng ký cử tri tự động. <b>Nộp đơn đăng ký hoặc không đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ hoặc số tiền các phúc lợi mà quý vị có thể nhận được từ cơ quan này.</b> Nếu quý vị muốn giúp điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị. Quyết định có nên tìm kiếm hoặc chấp nhận trợ giúp hay không là của quý vị. Quý vị có thể điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri một cách riêng tư. Nếu quý vị cho rằng người nào đó đã cản trở quyền đăng ký hoặc không đăng ký bỏ phiếu của quý vị, thì quyền riêng tư của quý vị quyết định xem có đăng ký hoặc nộp đơn đăng ký bỏ phiếu hay không, hay quyền của quý vị có chọn lựa đảng chính trị của riêng quý vị hoặc sở thích chính trị khác hay không, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p><b>Quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu hay cập nhật việc đăng ký cử tri của quý vị không?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p><b>Nếu không đánh dấu vào bất kỳ ô nào trên đây, chúng tôi sẽ xem như quý vị đã quyết định không đăng ký bỏ phiếu vào thời điểm này,</b> trừ khi quý vị hội đủ điều kiện, và không từ chối, việc đăng ký cử tri tự động.</p> <p>Trừ khi quý vị đã đánh dấu vào ô “Không” trên đây, quý vị có thể hội đủ điều kiện đăng ký cử tri tự động. Quý vị hội đủ điều kiện đăng ký cử tri tự động nếu quý vị sẽ được ít nhất 18 tuổi trước cuộc bầu cử tới, quý vị là một công dân của Hoa Kỳ, và DSHS có tên, địa chỉ cư trú và giới tính, ngày sinh, việc xác minh thông tin nhập tịch của quý vị, và chữ ký của quý vị chứng thực sự thật của thông tin được cung cấp trong đơn xin này.</p> <p><b>Quý vị có muốn được đăng ký bỏ phiếu tự động không?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p><b>Nếu quý vị đánh dấu vào ô “Có,” hoặc không đánh dấu vào bất kỳ ô nào và quý vị đáp ứng các yêu cầu hội đủ điều kiện đăng ký cử tri tự động, DSHS sẽ gửi thông tin của quý vị đến Văn Phòng Ngoại Trường và quý vị sẽ được đăng ký bỏ phiếu tự động.</b></p>			
<b>Cam Kết và Ký Tên</b>			
<p><b>Đối với tiền mặt, tất cả người lớn (hoặc các đại diện được ủy quyền) trong hộ gia đình phải ký tên.</b></p> <p><b>Đối với trợ cấp thực phẩm hoặc bao phí chăm sóc sức khỏe người nộp đơn (hoặc đại diện được ủy quyền) phải ký tên.</b></p> <p>Tôi hiểu tôi phải:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cung cấp đúng thông tin và thực hiện theo các yêu cầu của báo cáo.</li> <li>• Cung cấp bằng chứng tôi hội đủ điều kiện.</li> <li>• Chuyển giao các quyền cấp dưỡng con nhất định, cho Tiểu Bang Washington khi tôi nhận được Trợ Cấp Tạm Thời cho Gia Đình Nghèo Khó (TANF). Tuy nhiên, tôi có thể yêu cầu DSHS không truy đuổi cấp dưỡng con nếu việc đó gây nguy hiểm cho tôi hoặc các con tôi.</li> <li>• Hợp tác với các yêu cầu công việc về trợ cấp thực phẩm.</li> </ul> <p>Nếu tôi không thực hiện những điều này, tôi có thể bị từ chối các phúc lợi hoặc phải trả lại các phúc lợi.</p> <p>Tôi hiểu tôi có thể bị truy tố theo bộ luật hình sự nếu tôi cố ý khai man hoặc không báo cáo những gì tôi phải báo cáo.</p> <p>Tôi ủy quyền cho DSHS liên hệ với những người hoặc các cơ quan khi cần giúp đỡ tôi có được bằng chứng mà tôi hội đủ điều kiện.</p> <p>Đối với tiền mặt và thực phẩm, tôi đã đọc hoặc đã được giải thích về quyền lợi và trách nhiệm của tôi và đã nhận được một bản sao Quyền Lợi và Trách Nhiệm Của Thân Chủ, DSHS 14-113. Đối với bao phí chăm sóc sức khỏe, tôi đã đọc hoặc đã được giải thích về quyền lợi và trách nhiệm của tôi và đã nhận được một bản sao Quyền Lợi và Trách Nhiệm Của Thân Chủ, HCA 18-003, <b>tôi chứng thực hoặc cam kết dưới mọi hình phạt khai man theo các luật lệ của Tiểu Bang Washington rằng thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn xin này, bao gồm thông tin liên quan đến quốc tịch và tình trạng ngoại kiều của các thành viên đang nộp đơn xin phúc lợi, là hoàn toàn đúng sự thật.</b></p>			
CHỮ KÝ NGƯỜI NỘP ĐƠN	NGÀY	TÊN NGƯỜI NỘP ĐƠN VIẾT IN	THÀNH PHỐ VÀ TIỂU BANG NƠI ĐÃ KÝ TÊN
CHỮ KÝ NGƯỜI LỚN KHÁC NỘP ĐƠN	NGÀY	TÊN NGƯỜI LỚN KHÁC VIẾT IN	THÀNH PHỐ VÀ TIỂU BANG NƠI ĐÃ KÝ TÊN
CHỮ KÝ NGƯỜI TRỢ GIÚP HOẶC ĐẠI DIỆN	NGÀY	TÊN ĐẠI DIỆN VIẾT IN	THÀNH PHỐ VÀ TIỂU BANG NƠI ĐÃ KÝ TÊN
CHỮ KÝ NHẬN CHỨNG NẾU ĐÃ KÝ BẰNG CHỮ “X”	NGÀY	TÊN NHẬN CHỨNG VIẾT IN	