

Xem Xét Tính Đủ Điều Kiện

Nếu quý vị cần hỗ trợ trong việc đọc hoặc điền biểu mẫu này, vui lòng yêu cầu hỗ trợ với chúng tôi.

Giữ lại trang này để lưu hồ sơ của quý vị.

Làm thế nào để đăng ký hỗ trợ thực phẩm hoặc tiền mặt?

- Quý vị có thể **bắt đầu** quy trình ngay bây giờ bằng cách nộp bản xem xét này tại một văn phòng dịch vụ cộng đồng. Bản xem xét phải có tên, địa chỉ và chữ ký của quý vị hoặc chữ ký của người đại diện được ủy quyền của quý vị. Quý vị có thể nộp bản đánh giá ngay bây giờ kể cả khi nội dung đơn chỉ có ba thông tin này.
- Quý vị có thể nhận thêm phúc lợi hoặc nhận sớm hơn nếu hoàn thành biểu mẫu bằng cách trả lời các câu hỏi, ký tên ở trang bảy và gửi lại cho chúng tôi bản đánh giá của quý vị kèm theo thông tin mà chúng tôi yêu cầu càng sớm càng tốt.
- Quý vị có thể gửi bản đánh giá của mình tại văn phòng địa phương hoặc fax tới 1-888-338-7410. Truy cập www.dshs.wa.gov để xem các địa điểm.

- Gửi bản đánh giá của quý vị qua đường bưu điện tới một trong các địa chỉ sau:

DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

DSHS
Home and Community Services – Long Term Care Services
PO Box 45826
Olympia, WA 98504-5826

- Quý vị có thể điền bản đánh giá này trực tuyến tại www.washingtonconnection.org

- Biểu mẫu Xem Xét Tính Đủ Điều Kiện này chỉ có thể được sử dụng để gia hạn bảo hiểm cho các chương trình Washington Apple Health được liệt kê trong biểu mẫu này. Đối với bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác, quý vị phải nộp đơn theo hình thức trực tuyến tại www.wahealthplanfinder.org, bằng cách gọi tới số 1-855-923-4633, hoặc sử dụng Đơn Đăng Ký Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe của HCA (HCA 18-001).**

Thời gian để tôi nhận được thực phẩm và tiền mặt là bao lâu?

- Nếu quý vị cần hỗ trợ thực phẩm ngay, hãy trả lời Câu Hỏi 1 đến 14 và mang biểu mẫu này đến văn phòng tại địa phương của quý vị. Chúng tôi sẽ xác định tính đủ điều kiện của quý vị đối với hỗ trợ thực phẩm *trong vòng 7 ngày* nếu quý vị cung cấp bằng chứng về danh tính và đáp ứng quy định về việc đủ điều kiện.
- Chúng tôi cấp phúc lợi sau ngày mà chúng tôi xác định tính đủ điều kiện cho quý vị.
- Hỗ trợ thực phẩm thường bắt đầu vào ngày mà chúng tôi nhận được đơn đăng ký.
- Hỗ trợ tiền mặt thường bắt đầu vào ngày mà chúng tôi nhận được đủ thông tin để xác định rằng quý vị đủ điều kiện.
- Chúng tôi phải xác định xem quý vị có đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Thực Phẩm hay không trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị nộp đơn đăng ký.
- Nếu quý vị nộp đơn đăng ký khi ở trong tù, ngày bắt đầu là ngày mà quý vị được phóng thích hay ra tù.

Nếu quý vị đăng ký Hỗ Trợ Thực Phẩm và các chương trình khác:

Chúng tôi phải tuân theo các quy tắc của SNAP khi xử lý đơn đăng ký. Việc này bao gồm xử lý đơn trong giới hạn thời gian cho phép, đưa ra thông báo phù hợp và tư vấn cho quý vị về quyền hành chính. Chúng tôi không thể từ chối cung cấp Hỗ Trợ Thực Phẩm cho quý vị chỉ vì đơn đăng ký các chương trình hỗ trợ khác của quý vị bị từ chối.

Dân Quyền và Không Phân Biệt Đối Xử

Theo luật dân quyền liên bang và các quy định và chính sách về quyền dân sự của U.S. Department of Agriculture (Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ, USDA), tổ chức này bị cấm phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính (bao gồm bản dạng giới và khuynh hướng tính dục), tín ngưỡng tôn giáo, khuyết tật, tuổi tác, quan điểm chính trị hoặc trả thù hoặc trả đũa hoạt động dân quyền trước đó.

Thông tin chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh. Người khuyết tật cần phương tiện thông tin liên lạc thay thế để nhận thông tin chương trình (ví dụ: chữ nổi Braille, bản in cỡ lớn, băng ghi âm, Ngôn Ngữ Ký Hiệu Hoa Kỳ) nên liên lạc với cơ quan (tiểu bang hoặc địa phương) nơi nộp đơn xin cấp phúc lợi. Những người bị điếc, khiếm thính hoặc khiếm ngôn có thể liên lạc với USDA thông qua Dịch vụ Tiếp âm Liên bang theo số (800) 877-8339.

Để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử trong chương trình, Người khiếu nại phải hoàn thành Biểu Mẫu AD-3027, Biểu Mẫu Khiếu Nại về Phân Biệt Đối Xử trong Chương Trình của USDA, có thể lấy trực tuyến tại:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, từ bất kỳ văn phòng nào của USDA, bằng cách gọi (833) 620-1071, hoặc viết thư gửi tới USDA. Thư phải có tên, địa chỉ, số điện thoại của người khiếu nại và mô tả bằng văn bản về hành động bị cáo buộc phân biệt đối xử với đủ chi tiết để thông báo cho Assistant Secretary for Civil Rights (Trợ lý Bộ trưởng về Dân quyền, ASCR) về tính chất và ngày tháng của hành vi vi phạm dân quyền bị cáo buộc.

Mẫu AD-3027 đã hoàn thành hoặc thư phải được gửi tới:

- gửi thư:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; hoặc
- fax:** (833) 256-1665 hoặc (202) 690-7442; hoặc
- email:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Đây là cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng.

Tình Trạng Nhập Cư và Social Security Numbers (Số An Sinh Xã Hội)

Quý vị có thể nhận hỗ trợ cho ai đó sống cùng với mình ngay cả khi họ không đủ điều kiện do tình trạng nhập cư. Quý vị phải thông báo cho chúng tôi tình trạng nhập cư của những người này. Tình trạng nhập cư của các thành viên trong hộ gia đình có thể được USCIS (trước đây là INS) xác minh. Thông tin do USCIS trả về có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện và số tiền phúc lợi. Chúng tôi có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe có thể chi trả cho một số người nước ngoài.

Theo Luật Liên Bang (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), quý vị phải cung cấp cho chúng tôi Social Security Number (Số An Sinh Xã Hội, SSN) của những người sống chung đăng ký Washington Apple Health, TANF, hoặc hỗ trợ thực phẩm. Chúng tôi cũng có thể cần đến SSN của phụ huynh và vợ/chồng sống chung với quý vị nhưng không đăng ký. Chúng tôi có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cho một số người không có SSNs.

Quyền Công Dân và Định Danh đối với Washington Apple Health

Công dân Hoa Kỳ phải chứng minh quyền công dân và định danh để nhận được Washington Apple Health. Chúng tôi có thể giúp quý vị có được bằng chứng. Nếu chúng tôi cần một tài liệu mà quý vị phải trả phí, chúng tôi sẽ gửi tài liệu đó và thanh toán chi phí. Chúng tôi không cần bằng chứng đối với bất kỳ ai trong gia đình quý vị nhận Medicare, Social Security Disability Insurance (Bảo hiểm Khuyết tật An sinh Xã hội, SSDI) dựa trên tình trạng khuyết tật của chính họ hoặc Supplemental Security Income (Thu Nhập An Sinh Bổ Sung, SSI).

Hoàn Trả cho Tiểu Bang Chi Phí 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 phải hoàn trả cho các chi phí mà Tiểu Bang đã thanh toán cho một số loại dịch vụ y tế và dịch vụ dài hạn cũng như hỗ trợ mà quý vị nhận được sau khi quý vị đủ 55 tuổi. Không có giới hạn độ tuổi nếu dịch vụ mà quý vị nhận được là do tiểu bang tài trợ. Việc Thu Hồi Tài Sản bắt đầu sau khi quý vị qua đời; khoản thanh toán sẽ đến hạn sau khi người vợ/chồng còn sống của quý vị qua đời hoặc khi (các) con của quý vị tròn 21 tuổi, trừ khi người con đó bị mù/khuyết tật vào thời điểm quý vị qua đời. Tiểu bang có thể nộp đơn xin lưu giữ tài sản thực của quý vị trước khi quý vị qua đời, ở mọi lứa tuổi, nếu quý vị sống trong viện dưỡng lão và không có khả năng trở về nhà. Tiểu bang có thể thu hồi quyền lưu giữ này nếu quý vị bán hoặc chuyển nhượng tài sản hoặc sau khi qua đời. Nếu quý vị trở về nhà, Tiểu Bang sẽ xóa bỏ quyền lưu giữ. Để biết thêm thông tin, bao gồm danh sách các dịch vụ thuộc phạm vi Thu Hồi Tài Sản, xem Chương 182-527 WAC.

Quyền Riêng Tư và Hỗ Trợ Thực Phẩm và Tiền Mặt

Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng năm 2008 cho phép chúng tôi thu thập thông tin chúng tôi yêu cầu trên đơn đăng ký. Việc cung cấp thông tin được yêu cầu là tự nguyện, tuy nhiên, việc không cung cấp thông tin mà không có lý do chính đáng có thể dẫn đến việc từ chối các phúc lợi Thực Phẩm Cơ Bản. Chúng tôi xác minh một số thông tin bằng các chương trình đối sánh trên máy tính, bao gồm Income and Eligibility Verification System (Hệ Thống Xác Minh Thu Nhập và Tính Đủ Điều Kiện, IEVS) của liên bang.

Chúng tôi sử dụng thông tin này để:	Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin này với:
<ul style="list-style-type: none">Xác định tính đủ điều kiện đối với các chương trình.Thu các khoản thanh toán vượt mức đối với hỗ trợ thực phẩm.Quản lý các chương trình.Đảm bảo việc tuân thủ luật.	<ul style="list-style-type: none">Các cơ quan liên bang và tiểu bang vì mục đích sử dụng chính thức.Cơ Quan Công Lực đang truy bắt những người bỏ trốn để trốn tránh pháp luật.Cơ quan thu nợ tư nhân để thu hồi các khoản thanh toán dư cho hỗ trợ thực phẩm.

Thông tin được báo cáo cho Department of Social and Health Services (Sở Dịch Vụ Y Tế và Xã Hội) có thể tác động đến tính đủ điều kiện nhận bảo hiểm chăm sóc sức khỏe do Health Care Authority (Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe) và Trao Đổi Lợi Ích Sức Khỏe quản lý.

Cảnh Báo về Hình Phạt Hỗ Trợ Thực Phẩm

Chúng tôi kiểm tra với các cơ quan khác xem thông tin của quý vị có chính xác không. Nếu có bất kỳ thông tin nào không đúng, người nộp đơn sẽ không được nhận Hỗ Trợ Thực Phẩm.

Bất kỳ thành viên nào cố ý vi phạm bất kỳ quy tắc nào có thể:

- Bị truy tố theo các luật Liên Bang và Tiểu Bang hiện hành khác.
- Bị cấm tham gia SNAP từ một năm đến vĩnh viễn.
- Bị phạt đến \$250.000.
- Bị phạt tù tới 20 năm.
- Bị cấm tham gia SNAP thêm 18 tháng nếu có lệnh của tòa án.

Nếu tòa án tuyên bố quý vị phạm tội:

Nhận được trợ cấp trong một giao dịch liên quan đến: Quý vị có thể:

- Buôn bán chất kích thích bị kiểm soát..... Bị loại từ hai năm đến vĩnh viễn.
- Buôn bán súng, đạn dược hoặc chất nổ Bị loại vĩnh viễn.
- Thu lợi từ việc buôn lậu từ hơn \$500 cộng lại Bị tước quyền vĩnh viễn.
- Gian lận cư trú hoặc danh tính..... Bị loại trong 10 năm

Xem Xét Tính Đủ Điều Kiện

Hãy yêu cầu nếu quý vị cần chúng tôi hỗ trợ điền biểu mẫu này.

Chỉ với trợ cấp thực phẩm, nếu quý vị không thể hoàn thành biểu mẫu này trong hôm nay, bắt đầu quy trình bằng cách gửi **tên, địa chỉ và chữ ký** của mình. Quý vị cần phải ký tên ở **Trang 7 để hoàn thành biểu mẫu đánh giá tính đủ điều kiện của mình**. Chúng tôi có thể cần thêm thông tin và hoàn thành một cuộc phỏng vấn để hoàn tất việc xem xét hồ sơ của quý vị.

1. TÊN CHỮ CÁI ĐẦU TÊN ĐỆM HỌ	CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN HOẶC ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN	2. SỐ ĐỊNH DANH KHÁCH HÀNG (NẾU BIẾT)
3. ĐỊA CHỈ NƠI QUÝ VỊ SỐNG	THÀNH PHỐ TIỂU BANG MÃ ZIP	4. SỐ ĐIỆN THOẠI CHÍNH <input type="checkbox"/> DI ĐỘNG <input type="checkbox"/> NHÀ RIÊNG <input type="checkbox"/> TIN NHÂN
5. ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC)	THÀNH PHỐ TIỂU BANG MÃ ZIP	6. (CÁC) SỐ ĐIỆN THOẠI PHỤ <input type="checkbox"/> DI ĐỘNG <input type="checkbox"/> NHÀ RIÊNG <input type="checkbox"/> TIN NHÂN
8. Tôi muốn đăng ký (đánh dấu tất cả những ô thích hợp): <input type="checkbox"/> Tiền Mặt <input type="checkbox"/> Hỗ Trợ Sinh Hoạt/ Nhà Ở Gia Đình Dành Cho Người Lớn Tuổi <input type="checkbox"/> Thực Phẩm <input type="checkbox"/> Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn Tại Nhà <input type="checkbox"/> Medicare Savings Program (Chương Trình Tiết Kiệm Medicare) <input type="checkbox"/> Viện Dưỡng Lão <input type="checkbox"/> Nhà an dưỡng cuối đời <input type="checkbox"/> Chăm sóc sức khỏe / Workers with Disabilities (Y Tế cho Công Nhân Khuyết Tật, HWD) <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe cho aged, blind, or disabled (người già, người mù hoặc người khuyết tật) <input type="checkbox"/> Hỗ Trợ Phù Hợp cho các Dịch Vụ dành cho Người Lớn Tuổi		7. ĐỊA CHỈ EMAIL
9. Tôi hoặc ai đó trong gia đình (đánh dấu tất cả các mục thích hợp): <input type="checkbox"/> Đang phải đối mặt với bạo lực gia đình <input type="checkbox"/> Bị khuyết tật <input type="checkbox"/> Không thể làm việc do vấn đề về sức khỏe <input type="checkbox"/> Đang mang thai; tên: _____ ngày sinh dự kiến: _____		
10. Thu nhập dự kiến của gia đình trong tháng này là bao nhiêu? \$ _____		
11. Gia đình quý vị có bao nhiêu tiền mặt và bao nhiêu tiền trong tài khoản ngân hàng? \$ _____		
12. Gia đình phải trả bao nhiêu tiền thuê nhà hoặc tiền thế chấp? \$ _____		
13. Gia đình phải thanh toán những dịch vụ tiện ích nào? <input type="checkbox"/> Sưởi ấm/làm mát <input type="checkbox"/> Điện thoại <input type="checkbox"/> Khác: _____		
14. Gia đình có bao gồm công nhân nông trường theo thời vụ hay nhập cư hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
15. Nếu đang đăng ký hỗ trợ thực phẩm thì quý vị cần mua sắm và nấu ăn cho bao nhiêu người trong gia đình? _____		

CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG – Hộ gia đình đủ điều kiện nhận dịch vụ cấp tốc: ☐ Có ☐ Không Chữ Ký Tất của Nhân Viên Sàng Lọc: _____ Ngày: _____

16. ☐ Tôi cần thông dịch viên. Tôi nói: _____ hoặc ☐ ngôn ngữ ký hiệu; dịch thư của tôi sang: _____

17. Liệt kê tất cả mọi người trong gia đình, kể cả khi quý vị không đăng ký cho họ (đính kèm thêm trang nếu cần).

TÊN (TÊN, ĐỆM, HỌ)	GIỚI TÍNH	NGƯỜI NÀY CÓ QUAN HỆ NHƯ THẾ NÀO VỚI QUÝ VỊ?	NGÀY SINH	ĐÁNH DẤU VÀO Ô TRỐNG NẾU QUÝ VỊ MUỐN ĐĂNG KÝ TRỢ CẤP CHO NGƯỜI NÀY	KHÔNG BẮT BUỘC ĐỐI VỚI NGƯỜI KHÔNG NỘP ĐƠN			
					SOCIAL SECURITY NUMBER (SỐ AN SINH XÃ HỘI)	ĐÁNH DẤU VÀO ĐÂY NẾU LÀ CÔNG DÂN HOA KỲ	CHUNG TỘC (XEM MẪU Ở DƯỚI)	TÊN BỘ LẠC (Đối với Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Alaska Bản Địa)
		Bản thân		<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	SOCIAL SECURITY NUMBER (SỐ AN SINH XÃ HỘI)	SỐ ĐỊNH DANH KHÁCH HÀNG
-------------------	--	-------------------------

18. Tôi là Người Gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh: ☐ Đúng ☐ Không

Việc cung cấp thông tin về chủng tộc và nguồn gốc dân tộc là tự nguyện và sẽ không ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện hay số tiền phúc lợi. Thông tin này được sử dụng để đảm bảo rằng phúc lợi chương trình được cung cấp bất kể chủng tộc, màu da hay nguồn gốc quốc gia. Đối với Hỗ trợ Thực phẩm, USDA yêu cầu chúng tôi trả lời thay quý vị nếu thông tin không được cung cấp. Chúng tôi sẽ chọn "không được báo cáo" nếu quý vị không đưa ra câu trả lời. **Các chủng tộc như:** Người Da Trắng, Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi, Người Châu Á, Người Hawaii Bản Địa, Người Đảo Thái Bình Dương, Người Mỹ Da Đỏ, Người Alaska Bản Địa hoặc bất kỳ chủng tộc kết hợp nào.

I. Thông Tin Chung

1. Trong vòng 30 ngày qua, tôi đã nhận tiền mặt hoặc thực phẩm từ một tiểu bang, bộ lạc hoặc nguồn khác.
☐ Có ☐ Không

2. Người mà tôi giúp đăng ký sống ngoài Tiểu Bang Washington: ☐ Có ☐ Không Ai: _____

3. Tôi hoặc người trong gia đình là người di trú được tài trợ: ☐ Có ☐ Không Ai: _____

4. Tôi hoặc ai đó trong gia đình đủ 16 tuổi trở lên đang học (đánh dấu tất cả những ô thích hợp): ☐ Trung Học Phổ Thông ☐ Chương Trình Tương đương Trung Học Phổ Thông ☐ Cao Đẳng ☐ Trường Dạy Nghề Ai: _____

5. Ai đó tạm thời đang không ở nhà: ☐ Có ☐ Không Ai: _____

6. Tôi hoặc ai đó trong gia đình từng phục vụ trong Lực lượng Vũ Trang Hoa Kỳ, Vệ Binh Quốc Gia hoặc Quân Nhân Dự Bị hoặc là người phụ thuộc hay vợ/chồng của người từng phục vụ: ☐ Có ☐ Không Nếu có, ai: _____

7. Tôi hoặc người mà tôi giúp đăng ký đang bỏ trốn để trốn tránh pháp luật, trốn ra tòa hoặc vào tù do trọng tội:
☐ Có ☐ Không

8. Tôi đang sống tại: ☐ Nhà hoặc căn hộ riêng ☐ Cơ Sở Chăm Sóc ☐ Khác: _____
☐ Cơ Sở (cho biết loại hình) _____ Ngày vào sống tại cơ sở: _____

9. Tôi: ☐ Độc Thân ☐ Đã Kết Hôn ☐ Đã Ly Hôn ☐ Ly Thân ☐ Góa
☐ Bạn Đời Sống Chung đã Đăng Ký

10. Tôi hoặc ai đó trong gia đình bị kết án do bán Hỗ trợ Thực phẩm để mua ma túy sau ngày 22 tháng 9 năm 1996:
☐ Có ☐ Không

11. Tôi hoặc ai đó trong gia đình bị kết án do mua hoặc bán Hỗ trợ Thực phẩm với giá trên \$500 sau ngày 22 tháng 9 năm 1996: ☐ Có ☐ Không

12. Tôi hoặc ai đó trong gia đình bị kết án do bán Hỗ trợ Thực phẩm để mua súng, đạn dược hoặc chất nổ sau ngày 22 tháng 9 năm 1996: ☐ Có ☐ Không

13. Tôi hoặc ai đó trong gia đình bị kết án do nhận Hỗ trợ Thực phẩm ở nhiều Tiểu Bang sau ngày 22 tháng 9 năm 1996:
☐ Có ☐ Không

14. Tôi hoặc ai đó trong gia đình: a. Đang tham gia đình công: ☐ Có ☐ Không b. Đang ở trọ: ☐ Có ☐ Không

15. Tôi hoặc ai đó trong gia đình trúng xổ số hoặc thắng cờ bạc từ \$4,500 trở lên: ☐ Có ☐ Không
Nếu có, ai: _____ Ngày nhận: _____
Khoản tiền (số tiền trước thuế): _____

II. Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Không cần thiết đối với Thực phẩm Cơ Bản)

Tôi, bạn đời của tôi, ai đó trong gia đình tôi:

1. Có kế hoạch vào ở, đang ở hoặc vừa mới rời khỏi một cơ sở y tế (như bệnh viện hoặc viện dưỡng lão) ☐ Có ☐ Không

2. Cần hỗ trợ các hóa đơn y tế chưa thanh toán trong ba tháng qua ☐ Có ☐ Không

3. Có bảo hiểm y tế: ☐ Có ☐ Không (đánh dấu tất cả các mục phù hợp): ☐ Medicare (không phải Washington Apple Health)
☐ Tricare ☐ Bảo Hiểm Chăm Sóc Dài Hạn ☐ Indian Health Services (Dịch Vụ Y Tế cho người Mỹ da đỏ)
☐ Bảo Hiểm Y Tế Khác:

III. Nguồn Lực (Đính Kèm Bằng Chứng; không cần thiết đối với HWD hoặc Thực phẩm Cơ Bản)

Nguồn lực là mọi tài sản mà quý vị sở hữu hoặc sắp mua về và có thể bán, giao dịch hay đổi thành tiền mặt hoặc tiền do người khác giữ. Nguồn lực không bao gồm tài sản cá nhân như nội thất hay quần áo. Ví dụ về nguồn lực là:

- Tiền mặt
- Tài khoản séc
- Tài khoản tiết kiệm
- Học bổng

- Quỹ tín thác
- IRA / 401k
- Nhà Cửa, Đất Đai hoặc Tòa Nhà

- Đĩa CD
- Tài khoản thị trường tiền tệ
- Trái phiếu
- Quỹ hưu trí

- Quỹ mai táng, kế hoạch được trả trước
- Thiết bị kinh doanh
- Gia súc
- Bảo hiểm nhân thọ

TÊN NGƯỜI NỘP ĐƠN		SOCIAL SECURITY NUMBER (SỐ AN SINH XÃ HỘI)		SỐ ĐỊNH DANH KHÁCH HÀNG	
III. Nguồn Lực (Đính Kèm Bằng Chứng; không cần thiết đối với HWD hoặc Thực Phẩm Cơ Bản) (Tiếp theo)					
1. Vui lòng liệt kê các nguồn lực mà quý vị, vợ/chồng hoặc người mà quý vị giúp đăng ký sở hữu hoặc sắp mua:					
NGUỒN LỰC		NGƯỜI SỞ HỮU		ĐỊA ĐIỂM	GIÁ TRỊ
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
2. Tôi, vợ/chồng hoặc người mà tôi giúp đăng ký có xe ô tô, xe tải, xe thùng, tàu thuyền, xe cắm trại RV, xe kéo hoặc phương tiện cơ giới khác:					
NĂM (VÍ DỤ: 1980)	HÃNG (VÍ DỤ: FORD)	DÒNG (VÍ DỤ: ESCORT)	ĐÁNH DẤU VÀO ĐÂY NẾU LÀ XE THUÊ	ĐÁNH DẤU VÀO ĐÂY NẾU PHƯƠNG TIỆN ĐƯỢC SỬ DỤNG CHO MỤC ĐÍCH Y TẾ	SỐ TIỀN NỢ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. Tôi, vợ/chồng hoặc người mà tôi giúp đăng ký có nguồn lực đã bán, giao dịch, tặng hoặc chuyển nhượng trong vòng năm năm qua (bao gồm quỹ tín thác, phương tiện hoặc bất động sản): <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, đó là: _____ từ: _____					
IV. Niên kim (Khoản đầu tư của bất kỳ thành viên nào trong gia đình để nhận về khoản thanh toán định kỳ ở hiện tại hoặc tương lai.)					
AI LÀ NGƯỜI SỞ HỮU NIÊN KIM?	CÔNG TY HAY TỔ CHỨC?	SỐ TIỀN HOẶC GIÁ TRỊ	THU NHẬP HÀNG THÁNG	NGÀY MUA	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		
Nếu quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị quan tâm đến niên kim và quý vị chấp nhận bảo hiểm Chăm Sóc Dài hạn của Washington Apple Health, SSI Liên Quan hoặc CN, thì quý vị phải nêu rõ Tiểu Bang Washington là người thụ hưởng còn lại của niên kim.					
V. Thu Nhập Kiểm Được (Đính Kèm Bằng Chứng)					
1. Tôi, vợ/chồng hoặc người mà tôi giúp đăng ký đã dừng công việc trong vòng 30 ngày qua: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
2. Tôi, vợ/chồng hoặc người mà tôi giúp đăng ký có thu nhập từ công việc: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
Nếu có, vui lòng hoàn thành phần này:					
AI LÀ NGƯỜI KIỂM ĐƯỢC THU NHẬP NÀY _____ TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA CHỦ LAO ĐỘNG _____ NGÀY BẮT ĐẦU _____ Đây có phải là công việc tự kinh doanh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chi phí tự kinh doanh hàng tháng: \$ _____			TỔNG SỐ TIỀN NHẬN ĐƯỢC (SỐ TIỀN TRƯỚC KHI KHẤU TRỪ) \$ _____ mỗi: <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Tháng Số giờ mỗi tuần: _____ Ngày thanh toán (ví dụ: ngày 1 và 15, hoặc mỗi thứ Sáu): _____		
AI LÀ NGƯỜI KIỂM ĐƯỢC THU NHẬP NÀY _____ TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA CHỦ LAO ĐỘNG _____ NGÀY BẮT ĐẦU _____ Đây có phải là công việc tự kinh doanh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chi phí tự kinh doanh hàng tháng: \$ _____			TỔNG SỐ TIỀN NHẬN ĐƯỢC (SỐ TIỀN TRƯỚC KHI KHẤU TRỪ) \$ _____ mỗi: <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Tháng Số giờ mỗi tuần: _____ Ngày thanh toán (ví dụ: ngày 1 và 15, hoặc mỗi thứ Sáu): _____		

TÊN NGƯỜI NỘP ĐƠN		SOCIAL SECURITY NUMBER (SỐ AN SINH XÃ HỘI)		SỐ ĐỊNH DANH KHÁCH HÀNG	
VI. Thu Nhập Khác (Đính Kèm Bằng Chứng; Báo Cáo về Tất Cả Thành Viên Gia Đình)					
<ul style="list-style-type: none">Trợ cấp thất nghiệpThu nhập An Sinh Xã HộiThu nhập của bộ lạcThu nhập từ trò chơiPhúc lợi giáo dục (khoản vay sinh viên, trợ cấp, làm việc - học tập)		<ul style="list-style-type: none">Supplemental Security Income (Thu Nhập An Sinh Bổ Sung, SSI)Trợ Cấp Nuôi Con hoặc chu cấp cho vợ/chồngTrợ cấp đường sắtThu nhập cho thuê		<ul style="list-style-type: none">Hưu trí hoặc hưu bổngTrợ cấp của Veteran Administration (Cơ Quan Quản Lý Cựu Chiến Binh, VA) hoặc quân độiLabor and Industries (Sở Lao Động & Công Nghiệp, L&I)Quỹ tín thácLợi tức / Cổ tức	
LOẠI THU NHẬP NGOÀI LƯƠNG		AI LÀ NGƯỜI NHẬN ĐƯỢC THU NHẬP NÀY?		TỔNG SỐ TIỀN HÀNG THÁNG	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
VII. Chi Tiêu Hàng Tháng					
TIỀN THUẾ \$	TIỀN THẺ CHẤP \$	THUẾ MẶT BẰNG \$	BẢO HIỂM CỦA CHỦ NHÀ \$	THUẾ BẤT ĐỘNG SẢN \$	PHÍ KHÁC \$
Hộ gia đình của quý vị phải chi trả những tiện ích nào ngoài tiền thuê nhà hoặc thẻ 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"/> Dọn Dẹp Cống Rãnh <input type="checkbox"/> Thu Gom Rác Thải					
Người hoặc cơ quan khác, chẳng hạn như nhà ở được trợ cấp, giúp tôi thanh toán toàn bộ hoặc một phần những chi phí này: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, ai: _____ Thanh toán cho chi phí gì: _____ Khoản thanh toán: \$ _____ <input type="checkbox"/> Tôi đã nhận được khoản thanh toán theo Low Income Home Energy Assistance Act (Đạo Luật Hỗ Trợ Năng Lượng cho Gia Đình có Thu Nhập Thấp, LIHEAA) trong 12 tháng qua. Tôi, vợ/chồng hoặc ai đó trong gia đình thanh toán hoặc cần thanh toán (đánh dấu vào tất cả những ô thích hợp): <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Trẻ Em hoặc Người Lớn Phụ Thuộc (bao gồm chi phí đi lại) Số tiền hàng tháng: \$ Người thanh toán: \$ <input type="checkbox"/> Hóa đơn y tế cho người khuyết tật hoặc người từ 60 tuổi trở lên (bao gồm chi phí đi lại và phí bảo hiểm y tế) Số tiền hàng tháng: \$ Người thanh toán: \$ <input type="checkbox"/> Cấp dưỡng nuôi con (đính kèm bằng chứng) Số tiền hàng tháng: \$ Người thanh toán: \$					
Nếu quý vị không báo cáo về bất kỳ chi phí nào được liệt kê ở trên, chúng tôi sẽ coi như gia đình quý vị không muốn nhận khoản khấu trừ cho các chi phí này.					
VIII. Đại Diện Được Ủy Quyền					
Đại Diện Được Ủy Quyền là người mà quý vị cho phép DSHS trao đổi về phúc lợi của quý vị. Quý vị có thể nêu tên ai đó, nhưng điều này là không bắt buộc. Quý vị có Đại Diện Được Ủy Quyền không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Người này có phải người giám hộ hợp pháp của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Người này có Giấy Ủy Quyền không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Quý vị có thể sẽ cần phải điền vào biểu mẫu Đại Diện Được Ủy Quyền (DSHS 14-532) nếu quý vị đang gia hạn bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của mình. Đối với thực phẩm cơ bản, Người Đại Diện được Ủy Quyền chỉ có giá trị trong thời hạn chứng nhận.					
TÊN		MỐI QUAN HỆ		SỐ ĐIỆN THOẠI	
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ		THÀNH PHỐ		TIỂU BANG MÃ ZIP	
Ủy Quyền Xác Minh Tài Sản					
Chỉ dành cho các chương trình Medicaid dành cho Aged, Blind or Disabled(Người Già, Người mù hoặc Người Khuyết Tật) của Washington Apple Health. Tôi hiểu rằng thông tin mà mình đã cung cấp để đăng ký hoặc gia hạn trợ cấp sẽ được các quan chức liên bang và tiểu bang xác minh để xác định xem thông tin đó có chính xác hay không. Tôi ủy quyền cho Health Care Authority (Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe, HCA) Tiểu Bang Washington và Department of Social and Health Services (Sở Dịch Vụ Y Tế và Xã Hội, DSHS) tiến hành xác minh tài sản để xác định khả năng hội đủ điều kiện của tôi và xác minh tính chính xác của 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, cơ quan tiểu bang hoặc liên bang hoặc cơ sở dữ liệu tư nhân nào, như một phần của quy trình xác minh tài sản. Tôi hiểu rằng sự cho phép này sẽ kết thúc khi có quyết định bất lợi cuối cùng đối với đơn đăng ký của tôi, khả năng hội đủ điều kiện nhận phúc lợi của tôi chấm dứt hoặc nếu tôi hủy bỏ sự cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho HCA hoặc DSHS. Nếu tôi thu hồi hoặc từ chối cấp phép, tôi hiểu rằng mình sẽ không đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình Medicaid nào dành cho Aged, Blind or Disabled (Người Cao Niên, Người mù hoặc Người Khuyết Tật) của Washington Apple Health.					

TÊN NGƯỜI NỘP ĐƠN	SOCIAL SECURITY NUMBER (SỐ AN SINH XÃ HỘI)	SỐ ĐỊNH DANH KHÁCH HÀNG	
Đăng Ký Cử Tri			
<p>Sở cung cấp cho cử tri các dịch vụ, bao gồm đăng ký cử tri tự động. Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ hoặc khoản tiền trợ cấp mà quý vị nhận được từ cơ quan này. Nếu quý vị muốn được trợ giúp điền mẫu đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị. Việc quyết định tìm kiếm hoặc tiếp nhận hỗ trợ là của quý vị. Quý vị có thể điền vào mẫu đăng ký cử tri một cách riêng tư. Nếu quý vị tin rằng ai đó đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của mình, quyền riêng tư trong việc quyết định đăng ký hay nộp đơn đăng ký bỏ phiếu, hoặc quyền chọn đăng chính trị của riêng quý vị hoặc sở thích chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại đến: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p>Quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu hoặc cập nhật thông tin đăng ký cử tri của mình không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Nếu quý vị không đánh dấu vào cả hai ô, chúng tôi sẽ coi như quý vị đã quyết định không đăng ký bỏ phiếu tại thời điểm này, trừ khi quý vị đủ điều kiện, và không từ chối, đăng ký cử tri tự động.</p> <p>Nếu quý vị không đánh dấu vào ô “Không” ở trên, quý vị có thể đủ điều kiện để được đăng ký cử tri tự động. Quý vị đủ điều kiện để được đăng ký cử tri tự động nếu đủ 18 tuổi vào lần bầu cử tiếp theo, là công dân Hoa Kỳ, và DSHS có tên, địa chỉ cư trú và địa chỉ gửi thư, ngày sinh, thông tin xác minh quốc tịch cùng với chữ ký của quý vị xác thực rằng thông tin trong đơn đăng ký này là đúng sự thật.</p> <p>Quý vị có muốn được tự động đăng ký bỏ phiếu không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Nếu quý vị đánh dấu vào ô “Có”, hoặc không đánh dấu vào ô nào và đáp ứng yêu cầu về tính đủ điều kiện cho đăng ký cử tri tự động, DSHS sẽ gửi thông tin của quý vị tới Văn Phòng Bộ Trưởng Tiểu Bang và quý vị sẽ được đăng ký bỏ phiếu tự động.</p>			
Tuyên bố và Chữ ký (Ký tên dưới đây để hoàn thành Đánh Giá Tính Đủ Điều Kiện của quý vị.)			
<p>Tôi hiểu rằng bản thân phải:</p> <ul style="list-style-type: none">Cung cấp thông tin chính xác và tuân theo các yêu cầu về báo cáo.Cung cấp bằng chứng cho thấy bản thân đủ điều kiện.Chỉ định một số quyền nhất định đối với việc cấp dưỡng nuôi con, đối với Tiểu Bang Washington khi nhận Temporary Assistance for Needy Families (Trợ Cấp Tạm Thời cho Các Gia Đình có Hoàn Cảnh Khó Khăn, TANF). Tuy nhiên, tôi có thể yêu cầu DSHS không truy thu tiền cấp dưỡng nuôi con nếu điều đó khiến tôi hoặc con tôi gặp nguy hiểm.Hợp tác với các yêu cầu công việc hỗ trợ thực phẩm. <p>Nếu không tuân theo những điều này, tôi có thể bị từ chối trợ cấp hoặc phải trả lại tiền.</p> <p>Tôi hiểu rằng mình có thể bị truy tố hình sự nếu cố ý khai man hoặc không báo cáo điều gì đó mà tôi nên báo cáo.</p> <p>Tôi ủy quyền cho DSHS liên hệ với các cá nhân hoặc cơ quan khác khi cần để giúp tôi có được bằng chứng cho thấy bản thân đủ điều kiện.</p> <p>Đối với tiền mặt và thực phẩm: Tôi đã đọc hoặc được giải thích về các quyền và trách nhiệm cũng như nhận được bản sao Quyền và Trách Nhiệm của Khách Hàng, DSHS 14-113. Đối với bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, tôi đã đọc hoặc được giải thích về các quyền và trách nhiệm cũng như nhận được bản sao Quyền và Trách Nhiệm của Khách Hàng, HCA 18-003.</p> <p>Tôi xác nhận hoặc tuyên bố, theo hình phạt khai man theo luật của Tiểu Bang Washington, rằng thông tin tôi cung cấp trong đơn đăng ký này, bao gồm thông tin liên quan đến tình trạng công dân và nhập cư của các thành viên đăng ký nhận trợ cấp, là đúng và chính xác.</p> <p>Đối với tiền mặt thì tất cả người lớn (hoặc những đại diện được ủy quyền) trong gia đình đều phải ký tên.</p> <p>Đối với bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, người làm đơn (hoặc người đại diện được ủy quyền phải ký tên).</p> <p>Để được hỗ trợ thực phẩm, cả người nộp đơn và người đại diện được ủy quyền đều phải ký trừ khi có tài liệu hiện hành về người đại diện được ủy quyền trong hồ sơ.</p>			
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN (BẮT BUỘC)	NGÀY	TÊN VIẾT IN HOA CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN	THÀNH PHỐ VÀ TIỂU BANG NƠI KÝ
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN KHÁC LÀ NGƯỜI LỚN	NGÀY	TÊN VIẾT IN HOA CỦA NGƯỜI LỚN KHÁC	THÀNH PHỐ VÀ TIỂU BANG NƠI KÝ
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI HỖ TRỢ HOẶC ĐẠI DIỆN	NGÀY	TÊN VIẾT IN HOA CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN	THÀNH PHỐ VÀ TIỂU BANG NƠI KÝ
CHỮ KÝ CỦA NHÂN CHỨNG NẾU KÝ TÊN VỚI DẤU “X	NGÀY	TÊN VIẾT IN HOA CỦA NHÂN CHỨNG	