

પાત્રતા સમીક્ષા

જો તમને આ ફોર્મ વાંચવા અથવા પૂર્ણ કરવામાં સહાયની જરૂર હોય, તો કૃપા કરીને અમારી મદદ માટે પૂછો.
તમારા રેકોર્ડ્સ માટે આ પૃષ્ઠ રાખો.

હું રોકડ અથવા પાઠ્ય સહાય માટે કેવી રીતે અરજી કરી શકું?

- તમે હવે આ સમીક્ષાને કમ્યુનિટી સર્વિસીસ ઓફિસ (સામુદાયિક સેવાઓની ઓફિસ)માં સ્થાનિક સહાયકો દ્વારા સંભાળવામાં આવેલી પ્રક્રિયા શરૂ કરી શકો છો. તેમાં તમારું નામ, સરનામું અને સહી અથવા તમારા અધિકૃત પ્રતિનિધિની સહી હોવી આવશ્યક છે. તમે તમારી સમીક્ષા હવે ફાઇલ કરી શકો છો, પછી ભલે તેમાં ફક્ત આ ત્રણ વસ્તુઓ શામેલ હોય.
- જો તમે પ્રશ્નોના જવાબો આપીને, પૃષ્ઠ સાત પર સહી કરીને અને તમારી સમીક્ષા અને અન્ય કોઈ પણ માહિતી અમને આપીને શક્ય તેટલી વહેલી તકે ફોર્મ પૂર્ણ કરો તો તમને વધુ લાભો મળી શકે છે અથવા તેમને વહેવામાં વહેલી તકે મેળવી શકો છો.
- તમે તમારી સમીક્ષા સ્થાનિક ઓફિસમાં લઈ શકો છો અથવા 1-888-338-7410 પર ફોન કરી શકો છો. સ્થાનો માટે www.dshs.wa.gov જુઓ.
- તમારી સમીક્ષા નીચેનામાંથી એકને મેઇલ કરો:

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

- તમે www.washingtonconnection.org પર ઓનલાઇન આ સમીક્ષા ભરી શકો છો
- આ પાત્રતા સમીક્ષા ફોર્મનો ઉપયોગ ફક્ત આ ફોર્મ પર સૂચિબદ્ધ Washington Apple Health પ્રોગ્રામ્સ માટે કવરેજને રિન્યૂ કરવા માટે થઈ શકે છે. અન્ય હેલ્થ કેર કવરેજ માટે તમારે www.wahealthplanfinder.org પર ઓનલાઇન, 1-855-923-4633 પર કોલ કરીને અથવા Health Care Coverage (હેલ્થકેર કવરેજ) માટે HCA એક્ષિકેશન (HCA 18-001)નો ઉપયોગ કરીને અરજી કરવી પડશે.

હું ખોરાક અને રોકડ માટે કેટલી ઝડપથી સહાય મેળવી શકું?

- જો તમને તરત જ ખોરાક સહાયની જરૂર હોય, તો પ્રશ્નો 1 થી 14 ભરો અને આ ફોર્મ તમારી સ્થાનિક ઓફિસમાં લઈ જાઓ. જો તમે તમારી ઓળખનો પુરાવો બતાવો અને પાત્રતા નિયમો પૂર્ણ કરો છો તો અમે 7 દિવસની અંદર ખોરાક સહાય માટે પાત્ર છો કે કેમ તે નક્કી કરીએ છીએ.
- તમે લાયક છો તે નક્કી કર્યા પછીના દિવસે લાભો જારી કરવામાં આવે છે.
- ખોરાક સહાય સામાન્ય રીતે અમને તમારી અરજી પ્રાપ્ત થાય તે દિવસથી શરૂ થાય છે.
- રોકડ સહાય સામાન્ય રીતે તે દિવસથી શરૂ થાય છે જ્યારે તમે પાત્ર છો તે નક્કી કરવા માટે અમારી પાસે બધી માહિતી હોય છે.
- તમે અરજી સબમિટ કરો તે તારીખથી 30 દિવસની અંદર અમારે નિર્ણય લેવો જોઈએ કે તમે ખોરાક સહાય માટે લાયક છો કે નહીં.
- જો તમે કોઈ સંસ્થામાંથી તમારી અરજી સબમિટ કરી રહ્યા છો, તો શરૂઆતની તારીખ તમારી રિલીઝ અથવા ડિસ્ચાર્જની તારીખ છે.

જો તમે ખોરાક સહાય અને અન્ય કાર્યક્રમો માટે અરજી કરી રહ્યા હોવ તો:

તમારી અરજી પર પ્રક્રિયા કરવા માટે અમારે SNAPના નિયમોનું પાલન કરવું આવશ્યક છે. આમાં સમય મર્યાદામાં અરજી પર પ્રક્રિયા કરવી, યોગ્ય સૂચના જારી કરવી અને તમને તમારા વહીવટી અધિકારો વિશે સલાહ આપવાનો સમાવેશ થાય છે. અમે તમારી ખોરાક સહાયને માત્ર એટલા માટે નકારી ન શકીએ કારણ કે અન્ય સહાય કાર્યક્રમો માટેની તમારી અરજી નકારવામાં આવી હતી.

નાગરિક અધિકારો અને બિનભેદભાવ

સંઘીય નાગરિક અધિકાર કાયદા અને U.S. Department of Agriculture (યુ.એસ. ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ એગ્રીકલ્ચર, USDA) ના નાગરિક અધિકાર નિયમો અને નીતિઓ અનુસાર, આ સંસ્થા પર જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, લિંગ, (લિંગ ઓળખ અને લેન્ડિંગ અભિગમ સહિત), ધાર્મિક પંથ, અપંગતા, ઉંમર, રાજકીય માન્યતાઓ, અથવા અગાઉની નાગરિક અધિકાર પ્રવૃત્તિ માટે બદલા અથવા પ્રતિશોધના આધારે ભેદભાવ કરવા માટે પ્રતિબંધિત છે.

કાર્યક્રમની માહિતી અંગ્રેજી સિવાય અન્ય ભાષાઓમાં ઉપલબ્ધ કરાવવામાં આવી શકે છે. વિકલાંગ વ્યક્તિઓ કે જેમને કાર્યક્રમની માહિતી મેળવવા માટે સંચારના વૈકલ્પિક માધ્યમોની જરૂર હોય છે (દા.ત., બ્રેઇલ, મોટા અક્ષરો, ઓડિયો ટેપ, અમેરિકન સિક્કિત ભાષા), તેઓએ જ્યાં લાભો માટે અરજી કરી હોય તે એજન્સી (રાજ્ય અથવા સ્થાનિક)નો સંપર્ક કરવો જોઈએ. જે વ્યક્તિઓ બહેરા છે, સાંભળવામાં અસમર્થ છે અથવા બોલવામાં અસમર્થતા ધરાવે છે તેઓ (800) 877-8339 પર Federal Relay Service (ફેડરલ રિલે સર્વિસ) દ્વારા USDA નો સંપર્ક કરી શકે છે.

કાર્યક્રમ ભેદભાવની ફરિયાદ નોંધાવવા માટે, ફરિયાદીએ ફોર્મ AD-3027, USDA કાર્યક્રમ ભેદભાવ ફરિયાદ ફોર્મ ભરવું જોઈએ જે ઓનલાઇન <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> પરથી, કોઈપણ USDA ઓફિસમાંથી, (833) 620-1071 પર કોલ કરીને અથવા USDA ને સંબોધિત પત્ર લખીને મેળવી શકાય છે. પત્રમાં ફરિયાદીનું નામ, સરનામું, ટેલિફોન નંબર અને કથિત નાગરિક અધિકારોના ઉલ્લંઘનની પ્રકૃતિ અને તારીખ વિશે Assistant Secretary for Civil Rights (નાગરિક અધિકારો માટેના સહાયક સચિવ, ASCR) ને જાણ કરવા માટે પૂરતી વિગત સાથે કથિત ભેદભાવપૂર્ણ કાર્યવાહીનું લેખિત વર્ણન હોવું આવશ્યક છે.

પૂર્ણ કરેલ AD-3027 ફોર્મ અથવા પત્ર અહીં સબમિટ કરવો આવશ્યક છે:

- ટપાલ:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria VA 22314; અથવા
- ફોન:** (833) 256-1665 અથવા (202) 690-7442; અથવા
- ઇમેઇલ:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

આ સંસ્થા એક સમાનતાપૂર્ણ તક પ્રદાતા છે.

ઇમીગ્રેશન સ્થિતિ અને સામાજિક સુરક્ષા નંબરો

તમે જેની સાથે રહો છો તેવા કેટલાક લોકો માટે તમે સહાય મેળવી શકો છો, પછી ભલે તમે જેની સાથે રહો છો તેવા અન્ય લોકો ઇમિગ્રેશનની સ્થિતિને કારણે મદદ મેળવી શકતા નથી. જે કોઈ પણ અરજી કરે છે તેની ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ તમારે અમને જણાવવી જ જોઈએ. ઘરના સભ્યોની ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ USCIS (અગાઉ INS તરીકે ઓળખાતી) દ્વારા ચકાસવામાં આવી શકે છે. USCIS તરફથી મળેલી માહિતી પાત્રતા અને લાભની રકમને અસર કરી શકે છે. અમારી પાસે આરોગ્ય સંભાળ ક્વરેજ છે જે કેટલાક એલિયન્સને આવરી શકે છે.

ફેડરલ લો (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), હેઠળ, Washington Apple Health, TANF અથવા ખાદ્ય સહાય માટે અરજી કરનારા કોઈપણ વ્યક્તિ માટે તમારે અમને Social Security Number (સામાજિક સુરક્ષા નંબર, SSN) આપવો આવશ્યક છે. અમને માતાપિતા અને જીવનસાથીઓના SSNsની પણ જરૂર પડી શકે છે જેઓ તમારી સાથે રહે છે પરંતુ અરજી કરતા નથી. જેમની પાસે SSNs નથી અમારી પાસે એવા કેટલાક લોકો માટે આરોગ્ય સંભાળ ક્વરેજ છે.

Washington Apple Health માટે નાગરિકતા અને ઓળખ

Washington Apple Health મેળવવા માટે U.S. નાગરિકોએ નાગરિકતા અને ઓળખ સાબિત કરવી આવશ્યક છે. અમે તમને પુરાવો મેળવવામાં મદદ કરી શકીએ છીએ. જો અમને એવા દસ્તાવેજની જરૂર હોય કે જેના માટે તમારા પૈસા ખર્ચ થાય, તો અમે તેના માટે મોકલીએ છીએ અને ખર્ચ ચૂકવીએ છીએ. અમને તમારા ઘરના કોઈપણ વ્યક્તિ માટે પુરાવાની જરૂર નથી કે જેઓ તેમની પોતાની વિકલાંગતા અથવા Supplemental Security Income (પૂરક સુરક્ષા આવક, SSI)ના આધારે મેડિકર, Social Security Disability Insurance (સામાજિક સુરક્ષા અપંગતા વીમો, SSDI) મેળવે છે.

તબીબી અને લાંબા ગાળાની સંભાળ માટે રાજ્યને ચૂકવણી કરવી

Washington સ્ટેટ એસ્ટેટ પુનઃપ્રાપ્તિ કાયદા (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) હેઠળ, તમારી એસ્ટેટને ચોક્કસ પ્રકારની તબીબી અને લાંબા-ગાળાની સેવાઓ અને તમે 55 વર્ષના થયા પછી પ્રાપ્ત કરેલા ટેકા માટે રાજ્ય દ્વારા ચૂકવવામાં આવેલા સમર્થનની ચૂકવણી કરવાની જરૂર પડી શકે છે. જો તમને માત્ર રાજ્ય દ્વારા ભંડોળ પૂરું પાડવામાં આવતી સેવાઓ પ્રાપ્ત થાય તો ઉંમરની કોઈ મર્યાદા નથી. એસ્ટેટની રિકવરી તમારા મૃત્યુ પછી શરૂ થાય છે; ચૂકવણી તમારા હયાત જીવનસાથીના મૃત્યુ પછી અથવા જ્યારે તમારું બાળક(કો) 21 વર્ષની વયે આવે ત્યારે શરૂ થાય છે, સિવાય કે તમારા મૃત્યુના સમયે બાળક અંધ/વિકલાંગ હોય. જો તમે નર્સિંગ હોમમાં રહેતા હોવ અને ઘરે પાછા ફરવાની શક્યતા ઓછી હોય તો રાજ્ય કોઈ પણ ઉંમરે તમારા વાસ્તવિક મિલકત પર મૃત્યુ પૂર્વેનો પૂર્વાધિકાર દાખલ કરી શકે છે. જો તમે મિલકત વેચો અથવા ટ્રાન્સફર કરો, અથવા તમારા મૃત્યુ પછી રાજ્ય આ પૂર્વાધિકાર પર વસૂલ કરી શકે છે. જો તમે ઘરે પાછા ફરો તો રાજ્ય પૂર્વાધિકાર દૂર કરશે. એસ્ટેટ રિકવરીને આધિન સેવાઓની યાદી સહિત વધુ માહિતી માટે પ્રકરણ 182-527 WAC જુઓ.

ગોપનીયતા અને તમારી રોકડ અને ખોરાક સહાય

2008નો ખાદ્ય અને પોષણ અધિનિયમ, અમને એપ્લિકેશન પર અમે જે માહિતી માંગીએ છીએ તે એકત્રિત કરવા દે છે. વિનંતી કરેલી માહિતી પૂરી પાડવી એ સ્વૈચ્છિક છે, જો કે, યોગ્ય કારણ વિના માહિતી પ્રદાન કરવામાં નિષ્ફળતા મૂળભૂત આહારના લાભોને નકારી શકે છે. અમે ફેડરલ Income and Eligibility Verification System (આવક અને પાત્રતા ચકાસણી સિસ્ટમ, IEVS) સહિત કમ્પ્યુટર મેચિંગ પ્રોગ્રામ્સ સાથે કેટલીક માહિતીની ખરાઈ કરીએ છીએ.

| અમે આ માહિતીનો ઉપયોગ આ માટે કરીએ છીએ: | અમે આ માહિતી આને આપી શકીએ છીએ: |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> અમારા કાર્યક્રમો માટે કોણ પાત્ર છે તે નક્કી કરવા. ખોરાક સહાય માટે વધુ પડતી ચૂકવણીઓ એકત્રિત કરવા. અમારા કાર્યક્રમોનું સંચાલન કરવા. ખાતરી કરવા કે અમે કાયદાનું પાલન કરીએ છીએ. | <ul style="list-style-type: none"> સત્તાવાર ઉપયોગ માટે ફેડરલ અને રાજ્યની એજન્સીઓ. કાયદાને ટાળવા માટે ભાગી રહેવા લોકોનો પીછો કરતી કાયદા અમલીકરણ એજન્સીઓ. ખાદ્ય સહાયની વધુ પડતી ચૂકવણી એકત્રિત કરવા માટે ખાનગી સંગ્રહ એજન્સીઓ. |

Department of Social and Health Services (સામાજિક અને આરોગ્ય સેવાઓ વિભાગ, DSHS) ને જાણ કરવામાં આવેલી માહિતી Health Care Authority (આરોગ્ય સંભાળ સત્તા) અને Health Benefit Exchange (આરોગ્ય લાભ વિનિમય) દ્વારા સંચાલિત સ્વાસ્થ્ય સંભાળ ક્વરેજ માટેની પાત્રતાને અસર કરી શકે છે.

ખોરાક સહાય દંડ ચેતવણી

અમે અન્ય એજન્સીઓ સાથે તપાસ કરીએ છીએ કે તમારી માહિતી સાચી છે કે નહીં. જો કોઈ માહિતી ખોટી હોય તો, અરજી કરેલા લોકોને ખોરાક સહાય ના મળી શકે.

કોઈ પણ સભ્ય કે જે જાણી જોઈને કોઈ પણ નિયમનો ભંગ કરે છે તેને:

- અન્ય લાગુ ફેડરલ અને રાજ્ય કાયદાઓ હેઠળ કાર્યવાહીને આધીન બની શકે છે.
- SNAP થી કાયમી ધોરણે એક વર્ષ માટે પ્રતિબંધિત કરી શકાય છે.
- \$250,000 સુધીનો દંડ થઈ શકે છે.
- 20 વર્ષ સુધીની કેદ થઈ શકે છે.
- જો કોર્ટ આદેશ આપે તો વધારાના 18 મહિના માટે SNAP થી પ્રતિબંધિત કરી શકાય છે.

જો કોર્ટ તમને આ માટે દોષિત માને છે:

આને સંડોવતા વ્યવહારમાં લાભો પ્રાપ્ત કરવા:

તમને આ થઈ છે:

- નિયંત્રિત પદાર્થનું વેચાણ..... બે વર્ષથી લઈને કાયમી ધોરણે અયોગ્ય.
- હથિયારો, દારૂગોળો અથવા વિસ્ફોટકોનું વેચાણ કાયમ માટે અયોગ્ય.
- સંયુક્ત રીતે \$500 થી વધુના હેરફેર લાભો કાયમી ધોરણે અયોગ્ય.
- રહેઠાણ અથવા ઓળખની છેતરપિંડી 10 વર્ષ માટે અયોગ્ય.

પાત્રતા સમીક્ષા

જો તમને આ ફોર્મ ભરવામાં સહાયની જરૂર હોય તો અમને પૂછો.

માત્ર આહારના લાભ માટે, જો તમે આજે આ ફોર્મ પૂર્ણ ન કરી શકો, તો તમારું નામ, સરનામું અને સહી સબમિટ કરીને પ્રક્રિયા શરૂ કરો. તમારા પાત્રતા સમીક્ષા ફોર્મને પૂર્ણ કરવા માટે પૃષ્ઠ 7 પર સહી જરૂરી છે. અમને વધારાની માહિતીની, અને તમારી કેસ સમીક્ષા પૂર્ણ કરવા માટે ઇન્ટરવ્યૂ પૂર્ણ કરવાની જરૂર પડી શકે છે.

| | | |
|--|--|---|
| 1. પ્રથમ નામ મધ્ય નામ આધ્યાક્ષરો છેલ્લું નામ | અરજદાર અથવા અધિકૃત પ્રતિનિધિના હસ્તાક્ષર | 2. ગ્રાહક ઓળખ નંબર (જો ખબર હોય તો) |
| 3. તમે જ્યાં રહો છો તે શેરીનું સરનામું | શહેર રાજ્ય પિન કોડ | 4. પ્રાથમિક ફોન નંબર <input type="checkbox"/> સેલ <input type="checkbox"/> ઘર <input type="checkbox"/> સંદેશ |
| 5. ટપાવ માટેનું સરનામું (જો અલગ હોય તો) | શહેર રાજ્ય ZIP કોડ | 6. બીજો ફોન નંબર(ઓ) <input type="checkbox"/> સેલ <input type="checkbox"/> ઘર <input type="checkbox"/> સંદેશ |

7. ઇમેઇલ એડ્રેસ

8. હું આ માટે અરજી કરું છું (જે લાગુ પડે છે તે બધા ટિક કરો):

રોકડ સહાયક જીવન/પુખ્ત વયના કુટુંબનું ઘર

ખોરાક ઘરની અંદર લાંબા ગાળાની સંભાળ સેવાઓ

Medicare Savings Program (મેડિકેર સેવિંગ્સ પ્રોગ્રામ) નર્સિંગ હોમ

ધર્મશાળા Healthcare / Workers with Disabilities (આરોગ્યની સંભાળ / વિકલાંગતા ધરાવતા કામદારો, HWD)

Aged, blind, or disabled (વૃદ્ધો, આંધળા અથવા વિકલાંગો) માટે આરોગ્ય સંભાળ કવરેજ

વૃદ્ધ વયસ્કોની સેવાઓ માટે અનુરૂપ આધાર

9. હું અથવા મારા ઘરમાંની કોઈ વ્યક્તિ (લાગુ પડતા તમામ ટિક કરો): ઘરેલુ હિસાની પરિસ્થિતિમાં છે

વિકલાંગતા છે સ્વાસ્થ્ય સમસ્યાઓના કારણે કામ કરી શકતા નથી

ગર્ભવતી છે; નામ: _____ નિયત તારીખ: _____

10. તમે આ મહિને તમારા પરિવારને કેટલા પૈસા મળવાની અપેક્ષા રાખો છો? \$ _____

11. તમારા પરિવાર પાસે રોકડ અને બેંક ખાતામાં કેટલા પૈસા છે? \$ _____

12. તમારા ઘરના ભાડા અથવા મોર્ટગેજ માટે કેટલું ચૂકવો છો? \$ _____

13. તમારું ઘર કઈ યુટિલિટીઝ માટે ચૂકવણી કરે છે? હીટિંગ/કૂલિંગ ટેલિફોન અન્ય: _____

14. શું તમારા ઘરમાં કોઈ પણ મોસમી અથવા સ્થળાંતર કરનાર ખેડૂત કામદાર છે? હા ના

15. જો ખાધ સહાય માટે અરજી કરો છો, તો તમે તમારા ઘરના કેટલા લોકો માટે ખોરાક ખરીદો છો અને તૈયાર કરો છો? _____

માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે - ઝડપી સેવા માટે લાયક ધરગણ્ય: હા ના તપાસ કરનારના આધ્યાક્ષરો: _____ તારીખ: _____

16. મારે દુભાષિયાની જરૂર છે. હું બોલું છું: _____ અથવા હસ્તાક્ષર; મારા પત્રોનો આમાં અનુવાદ કરો: _____

17. જો તમે તમારા ઘરના દરેક માટે અરજી કરતા ન હોવ તો પણ તેમને સૂચિબદ્ધ કરો (જો જરૂરી હોય તો વધારાની શીટ્સ જોડો).

| નામ (પ્રથમ, મધ્ય, છેલ્લું) | લિંગ | આ વ્યક્તિ તમારી સાથે કેવી રીતે સંબંધિત છે? | જન્મ તારીખ | જો તમે આ વ્યક્તિ માટે લાભો ઇચ્છતા હોવ તો ટિક કરો | બિન-અરજદારો માટે વૈકલ્પિક | | | |
|----------------------------|------|--|------------|--|---|---------------------------------|------------------------|--|
| | | | | | SOCIAL SECURITY NUMBER (સામાજિક સુરક્ષા નંબર) | જો U.S. ના નાગરિક છે તો ટિક કરો | જાતિ (નીચે નમૂનાઓ જુઓ) | જનજાતિનું નામ (અમેરિકન ભારતીયો માટે, અલાસ્કાના વતનીઓ માટે) |
| | | પોતે | | <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"/> | | |



| | | |
|---|---|-----------------|
| અરજદારનું નામ | SOCIAL SECURITY NUMBER (સામાજિક સુરક્ષા નંબર) | ગ્રાહક ઓળખ નંબર |
| <p>18. મારી વંશીય પૃષ્ઠભૂમિ હિસ્પેનિક અથવા વેટિનો છે: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના</p> <p>જાતિ અને વંશીય પૃષ્ઠભૂમિની માહિતી સ્વૈચ્છિક છે અને તે પાત્રતા અથવા વાભની રકમને અસર કરશે નહીં. આ માહિતીનો ઉપયોગ જાતિ, રંગ અથવા રાષ્ટ્રીય મૂળને ધ્યાનમાં લીધા વિના કાર્યક્રમના વાભોનું વિતરણ કરવામાં આવે છે તેની ખાતરી કરવા માટે થાય છે. ખાધ સહાયતા માટે જો કોઈ માહિતી પૂરી પાડવામાં ન આવે તો USDA દ્વારા અમે તમારા માટે જવાબ આપીએ તે જરૂરી છે. જો તમે જવાબ આપવા માંગતા ન હોવ તો અમે "અનરિપોર્ટ કરેલ" પસંદ કરીશું. જાતિના ઉદાહરણો: શ્વેત, અશ્વેત અથવા આફ્રિકન અમેરિકન, એશિયન, મૂળ હવાઇયન, પેસિફિક આઇલેન્ડર, અમેરિકન ઇન્ડિયન, અલાસ્કાના વતની, અથવા જાતિઓનું સંયોજન.</p> | | |
| I. સામાન્ય માહિતી | | |
| <p>1. છેલ્લા 30 દિવસમાં, મને બીજા રાજ્ય, આદિજાતિ અથવા અન્ય સ્ત્રોતમાંથી રોકડ અથવા ખોરાક મળ્યો. <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના</p> <p>2. હું Washington સ્ટેટની બહારના કોઈક માટે અરજી કરું છું: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના કોણ: _____</p> <p>3. હું અથવા મારા ઘરની કોઈ વ્યક્તિ પ્રાયોજિત એલિયન છે: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના કોણ: _____</p> <p>4. હું અથવા મારા ઘરમાં 16 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરની કોઈ વ્યક્તિ આમાં છે (જે લાગુ પડે છે તે તમામ ટિક કરો): <input type="checkbox"/> હાઇસ્કૂલ <input type="checkbox"/> હાઇસ્કૂલ સમકક્ષતા કાર્યક્રમ <input type="checkbox"/> કોલેજ <input type="checkbox"/> ટ્રેડ સ્કૂલ કોણ: _____</p> <p>5. કોઈ અસ્થાયી રૂપે મારા ઘરની બહાર છે: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના કોણ: _____</p> <p>6. હું અથવા મારા ઘરની કોઈ વ્યક્તિએ U.S. સશસ્ત્ર દળો, નેશનલ ગાર્ડ અથવા અનામતમાં સેવા આપી હોય અથવા સેવા આપી હોય તેવા કોઈ વ્યક્તિના આશ્રિત અથવા જીવનસાથી છીએ: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના જો હા, તો કોણ: _____</p> <p>7. હું અથવા હું જેની અરજી કરું છું તે કોઈ ગંભીર ગુના માટે કોર્ટ અથવા જેલમાં જવાનું ટાળવા માટે કાયદાથી ભાગે છે: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના</p> <p>8. હું અહીં રહું છું: <input type="checkbox"/> મારું પોતાનું ઘર અથવા એપાર્ટમેન્ટ <input type="checkbox"/> ગ્રૂપ હોમ <input type="checkbox"/> અન્ય: _____ <input type="checkbox"/> સુવિધા (સૂચિનો પ્રકાર): _____ દાખલ કરેલ તારીખ: _____</p> <p>9. હું છું: <input type="checkbox"/> સિંગલ <input type="checkbox"/> વિવાહિત <input type="checkbox"/> છૂટાછેડા લીધા <input type="checkbox"/> અલગ <input type="checkbox"/> વિધવા <input type="checkbox"/> રજિસ્ટર્ડ ડોમેસ્ટિક પાર્ટનરશિપમાં</p> <p>10. મને અથવા મારા ઘરમાં કોઈને 22 સપ્ટેમ્બર, 1996 પછી ડ્રગ્સ માટે ખાધ સહાયના વેપાર માટે દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા હતા: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના</p> <p>11. 22 સપ્ટેમ્બર, 1996 પછી હું અથવા મારા ઘરમાં કોઈને \$500 થી વધુની ખાધ સહાય ખરીદવા અથવા વેચવા બદલ દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા હતા: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના</p> <p>12. 22 સપ્ટેમ્બર, 1996 પછી મને અથવા મારા ઘરમાં કોઈને બંધૂકો, દારૂગોળો અને વિસ્ફોટકો માટે ખાધ સહાયના વેપાર માટે દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યો હતો/આવી હતી: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના</p> <p>13. 22 સપ્ટેમ્બર, 1996 પછી એક કરતાં વધુ રાજ્યોમાં ખોરાક સહાય મેળવવા માટે મને અથવા મારા ઘરમાં કોઈને દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા હતા: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના</p> <p>14. હું અથવા મારા ઘરમાં કોઈ છે: a. હડતાલ પર: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના b. બોર્ડર: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના</p> <p>15. મેં અથવા મારા ઘરની કોઈ વ્યક્તિએ લોટરી અથવા જુગારની જીતમાં \$4,250 કે તેથી વધુ જીત્યા છે: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના જો હા, તો કોણ: _____ મળ્યાની તારીખ: _____ રકમ (કર પહેલાં ડોલરની રકમ): _____</p> | | |
| II. આરોગ્ય વીમા માહિતી (મૂળભૂત ખોરાક માટે જરૂરી નથી) | | |
| <p>હું, મારી પત્ની અથવા મારા ઘરની કોઈ વ્યક્તિ:</p> <p>1. મેડિકલ ફેસિલિટી (જેમ કે હોસ્પિટલ અથવા નર્સિંગ હોમ)માં દાખલ થવાની, અંદર જવાની અથવા તાજેતરમાં છોડી જવાની યોજના છે.... <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના</p> <p>2. છેલ્લા ત્રણ મહિનામાંથી કોઈપણ મહિના માટે અવેતન તબીબી બિલ માટે મદદની જરૂર છે..... <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના</p> <p>3. આરોગ્ય વીમો છે: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના (લાગુ હોય તે તમામ ટિક કરો): <input type="checkbox"/> મેડિકેર (Washington Apple Health નહીં) <input type="checkbox"/> ટ્રાઇકેર <input type="checkbox"/> લાંબા ગાળાની સંભાળ વીમો <input type="checkbox"/> Indian Health Services (ભારતીય આરોગ્ય સેવાઓ) <input type="checkbox"/> અન્ય આરોગ્ય વીમો:</p> | | |
| III. સંસાધનો (સાબિતી જોડો; HWD, અથવા મૂળભૂત ખોરાક માટે જરૂરી નથી) | | |
| <p>સંસાધન એ એવી કોઈ પણ ચીજ છે જે તમારી માલિકીની છે અથવા ખરીદી રહ્યા છો જેને વેચી શકાય છે, વેપાર કરી શકાય છે અથવા અન્ય લોકો દ્વારા રાખવામાં આવેલી રોકડ અથવા નાણાંમાં રૂપાંતરિત કરી શકાય છે. સંસાધનમાં ફર્નિચર અથવા કપડાં જેવી વ્યક્તિગત સંપત્તિનો સમાવેશ થતો નથી. સંસાધનોના ઉદાહરણો આ પ્રમાણે છે:</p> <ul style="list-style-type: none"> • રોકડ • ટ્રસ્ટ્સ • CD's • દફનવિધિ ભંડોળ, પ્રિપેઇડ પ્લાન્સ • ચેકિંગ ખાતાઓ • IRA / 401k • મની માર્કેટ એકાઉન્ટ • વ્યવસાય સાધનો • બચત ખાતાઓ • ઘરો, જમીન અથવા ઇમારતો • બોન્ડ • પશુધન • કોલેજ ભંડોળ • નિવૃત્તિ ભંડોળ • જીવન વીમો | | |

| | | |
|---------------|---|-----------------|
| અરજદારનું નામ | SOCIAL SECURITY NUMBER (સામાજિક સુરક્ષા નંબર) | ગ્રાહક ઓળખ નંબર |
|---------------|---|-----------------|

III. સંસાધનો (સાબિતી જોડો; HWD, અથવા મૂળભૂત ખોરાક માટે જરૂરી નથી) (ચાલુ)

1. કૃપા કરીને તમે, તમારા જીવનસાથી અથવા તમે તમારી માલિકી માટે અરજી કરી રહ્યા છો અથવા ખરીદી રહ્યા છો તે કોઈપણ સંસાધનોની યાદી બનાવો:

| સંસાધનો | કોની માલિકી છે | સ્થળ | કિંમત |
|---------|----------------|------|-------|
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |

2. હું, મારા જીવનસાથી અથવા હું જેની અરજી કરું છું તેની પાસે કાર, ટ્રક, વાન, બોટ, RVs, ટ્રેલર અથવા અન્ય મોટર વાહનો છે:

| વર્ષ (ઉ.દા., 1980) | મેક (દા.ત., FORD) | મોડલ (ઉ.દા., ESCORT) | વીઝ પર હોય તો ટિક કરો | વાહનનો ઉપયોગ તબીબી હેતુઓ માટે થાય છે તો ટિક કરો | બાકી રકમ |
|-----------------------|-------------------|----------------------|--------------------------|---|----------|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ |

3. હું, મારા જીવનસાથી અથવા હું જેની અરજી કરું છું તેણે છેલ્લા બે વર્ષમાં (ટ્રસ્ટ્સ, વાહનો અથવા લાઇફ એસ્ટેટ સહિત) સંસાધન વેચ્યા છે, વેપાર કર્યો છે, આપી દીધા છે અથવા સ્થાનાંતરિત કર્યા છે: હા ના

જો હા, તો કયા: _____ ક્યારે: _____

IV. વાર્ષિકી (અત્યારે કે ભવિષ્યમાં નિયમિત ચૂકવણી મેળવવા માટે ઘરના કોઈ પણ સભ્ય દ્વારા કરાયેલું રોકાણ.)

| એન્યુટીની માલિકી કોની છે? | કંપની કે સંસ્થા? | રકમ અથવા મૂલ્ય | માસિક આવક | ખરીદીની તારીખ |
|---------------------------|------------------|----------------|-----------|---------------|
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |
| | | \$ | \$ | |

જો તમને અથવા તમારા જીવનસાથીને વાર્ષિકીમાં રસ હોય અને તમે Washington Apple Health લાંબા ગાળાની સંભાળ, SSI રિવેન્ડેડ અથવા CN કવરેજ સ્વીકારો છો, તો તમારે વાર્ષિકીના બાકીના લાભાર્થી તરીકે Washington સ્ટેટનું નામ આપવું આવશ્યક છે.

વિ. કમાયેલી આવક (સાબિતી જોડો)

1. હું, મારા જીવનસાથી અથવા હું જેના માટે અરજી કરું છું તેની નોકરી છેલ્લા 30 દિવસમાં સમાપ્ત થઈ ગઈ હતી: હા ના

2. હું, મારા જીવનસાથી અથવા હું જેની અરજી કરું છું તે નોકરીમાંથી આવક મેળવે છે: હા ના

જો હા, તો કૃપા કરીને આ વિભાગ પૂર્ણ કરો:

| | |
|---|---|
| આ આવક કોણ કમાય છે _____ નોકરીદાતાનું નામ અને ફોન નંબર _____ શરુઆતની તારીખ _____ શું આ નોકરી સ્વરોજગારી છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના માસિક સ્વ-રોજગાર ખર્ચની રકમ: \$ _____ | પ્રાપ્ત થયેલી કુલ રકમ (કપાત પહેલાં ડોલરની રકમ) \$ _____ દર: <input type="checkbox"/> કલાક <input type="checkbox"/> અઠવાડિયું <input type="checkbox"/> બે અઠવાડિયા <input type="checkbox"/> મહિનામાં બે વાર <input type="checkbox"/> મહિનો અઠવાડિયાના કલાકો: _____ ચૂકવણી તારીખો (દા.ત., 1લી અને 15મી, અથવા દર શુક્રવારે): |
| આ આવક કોણ કમાય છે _____ નોકરીદાતાનું નામ અને ફોન નંબર _____ શરુઆતની તારીખ _____ શું આ નોકરી સ્વરોજગારી છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના માસિક સ્વ-રોજગાર ખર્ચની રકમ: \$ _____ | પ્રાપ્ત થયેલી કુલ રકમ (કપાત પહેલાં ડોલરની રકમ) \$ _____ દર: <input type="checkbox"/> કલાક <input type="checkbox"/> અઠવાડિયું <input type="checkbox"/> બે અઠવાડિયા <input type="checkbox"/> મહિનામાં બે વાર <input type="checkbox"/> મહિનો અઠવાડિયાના કલાકો: _____ ચૂકવણી તારીખો (દા.ત., 1લી અને 15મી, અથવા દર શુક્રવારે): |

| | | | | | |
|--|--|--|-----------------------|------------------|---------------|
| અરજદારનું નામ | SOCIAL SECURITY NUMBER (સામાજિક સુરક્ષા નંબર) | ગ્રાહક ઓળખ નંબર | | | |
| VI. અન્ય આવક (સાબિતી જોડી; ઘરના તમામ સભ્યો માટે રિપોર્ટ) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> બેરોજગારીના લાભો સામાજિક સુરક્ષા આવક આદિજાતિની આવક ગેમિંગ આવક શૈક્ષણિક લાભો (વિદ્યાર્થી લોન, અનુદાન, કાર્ય - અભ્યાસ) | <ul style="list-style-type: none"> Supplemental Security income(પૂરક સુરક્ષા આવક, SSI) બાળ આધાર અથવા જીવનસાથીની જાળવણી રેલમાર્ગનો ફાયદો ભાડાની આવક | <ul style="list-style-type: none"> નિવૃત્તિ અથવા પેન્શન Veteran Administration (વેટરન એડમિનિસ્ટ્રેશન, VA) અથવા લશ્કરી લાભો Labor and Industries (શ્રમ અને ઉદ્યોગો, L&I) ટ્રસ્ટ્સ વ્યાજ / ડિવિડન્ડ્સ | | | |
| બિનઉપજિત આવકનો પ્રકાર | આવક કોને મળે છે? | કુલ માસિક રકમ | | | |
| | | \$ | | | |
| | | \$ | | | |
| | | \$ | | | |
| | | \$ | | | |
| VII. માસિક ખર્ચ | | | | | |
| ભાડું \$ | મોર્ટેજ \$ | જગ્યા ભાડું \$ | ઘરમાલિકોનો વીમો \$ | મિલકત વેરો \$ | અન્ય ફી \$ |
| તમારું ઘર ભાડું અથવા મોર્ટેજ સિવાય અલગથી કઈ ઉપયોગિતાઓ માટે ચૂકવણી કરે છે? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> હીટ (ઇલેક્ટ્રિક/ગેસ) <input type="checkbox"/> ઇલેક્ટ્રિક (હીટ નહીં) <input type="checkbox"/> પાણી <input type="checkbox"/> ઘર/સેલ ફોન <input type="checkbox"/> ગટર <input type="checkbox"/> કચરો | | | | | |
| અન્ય વ્યક્તિ અથવા એજન્સી, જેમ કે સબસિડીવાળા આવાસ, મને આ ખર્ચોના તમામ અથવા અમુક ભાગ ચૂકવવામાં મદદ કરે છે: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના જો હા, તો કોણ: _____ કયા ખર્ચ: _____ તેઓ ચૂકવે છે તે રકમ: \$ _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> મને છેલ્લા 12 મહિનામાં Low Income Home Energy Assistance Act (ઓછી આવક ઘર ઉર્જા સહાય કાયદો, LIHEAA) ચૂકવણી મળી છે. હું, મારા જીવનસાથી અથવા મારા ઘરની કોઈ વ્યક્તિ આની ચૂકવણી કરે છે અથવા ચૂકવણી કરવાની હોય છે (જે લાગુ થાય છે તે બધા ટિક કરો): | | | | | |
| <input type="checkbox"/> બાળ અથવા પુખ્ત વયના લોકો માટે આનુષંગિક સંભાળ (પરિવહન ખર્ચ સહિત) | માસિક રકમ: \$ | | | કોણ ચૂકવે છે: | |
| <input type="checkbox"/> વિકલાંગતા ધરાવતી અથવા 60 વર્ષથી વધુ વય ધરાવતી વ્યક્તિઓ માટે તબીબી બિલો + (પરિવહન ખર્ચ અને આરોગ્ય વીમા પ્રીમિયમ સહિત) | માસિક રકમ: \$ | | | કોણ ચૂકવે છે: | |
| <input type="checkbox"/> બાળ આધાર (પુરાવો જોડો) | માસિક રકમ: \$ | | | કોણ ચૂકવે છે: | |
| જો તમે ઉપરોક્ત સૂચિબદ્ધ ખર્ચોમાંથી કોઈપણની જાણ કરતા નથી, તો અમે આને તમારા ઘરના એવા નિવેદન તરીકે ગણીશું કે તમે આ ખર્ચ માટે કપાત પ્રાપ્ત કરવા માંગતા નથી. | | | | | |
| VIII. અધિકૃત પ્રતિનિધિ | | | | | |
| અધિકૃત પ્રતિનિધિ એ એવી વ્યક્તિ છે જેને તમે DSHS ને તમારા ફાયદા વિશે વાત કરવાની મંજૂરી આપો છો. તમે કોઈનું નામ લઈ શકો છો, પરંતુ તમારે તે કરવાની જરૂર નથી. | | | | | |
| શું તમારી પાસે કોઈ અધિકૃત પ્રતિનિધિ છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના | | | | | |
| શું આ વ્યક્તિ તમારા કાનૂની વાલી છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના | | | | | |
| શું આ વ્યક્તિ પાસે પાવર ઓફ એટર્ની છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના | | | | | |
| તમારે અધિકૃત પ્રતિનિધિ ફોર્મ (DSHS 14-532) પૂર્ણ કરવાની જરૂર પડી શકે છે, જો તમે તમારા આરોગ્ય સંભાળ કવરેજને રિન્યૂ કરી રહ્યા હોવ તો. મૂળભૂત ખોરાક માટે, અધિકૃત પ્રતિનિધિ માત્ર પ્રમાણપત્ર સમયગાળા માટે માન્ય છે. | | | | | |
| નામ | સંબંધ | | | ટેલિફોન નંબર: | |
| ટપાલ સરનામું | શહેર | રાજ્ય | પિન કોડ | | |
| સંપત્તિ ચકાસણી માટે અધિકૃતતા | | | | | |
| માત્ર Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (વૃદ્ધ, અંધ અથવા અપંગ) Medicaid પ્રોગ્રામ્સ માટે. | | | | | |
| હું સમજું છું કે સહાય માટે અરજી કરવા અથવા રિન્યૂ કરવા માટે હું જે માહિતી પ્રદાન કરું છું તે ફેડરલ અને રાજ્યના અધિકારીઓ દ્વારા ચકાસણીને આધિન રહેશે જેથી તે સાચી છે કે કેમ તે નક્કી કરી શકાય. હું Washington સ્ટેટ Health Care Authority (આરોગ્ય સંભાળ સત્તાધિકારી, HCA) અને Department of Social and Health Services (સામાજિક અને આરોગ્ય સેવાઓ વિભાગ, DSHS)ને મારી લાયકાત નક્કી કરવા અને મારી નાણાકીય માહિતીની સચોટતા ચકાસવા માટે સંપત્તિ ચકાસણી હાથ ધરવા માટે અધિકૃત કરું છું. હું સમજું છું કે HCA અને DSHS સંપત્તિ ચકાસણી પ્રક્રિયાના ભાગરૂપે કોઈ પણ નાણાકીય સંસ્થા, રાજ્ય અથવા ફેડરલ એજન્સી અથવા ખાનગી ડેટાબેઝની તપાસ કરી શકે છે અને તેનો સંપર્ક કરી શકે છે. હું સમજું છું કે જ્યારે મારી અરજી પર અંતિમ પ્રતિકૂળ નિર્ણય લેવામાં આવે છે, લાભો માટેની મારી લાયકાતનો અંત આવે છે, અથવા જો હું કોઈ પણ સમયે HCA અથવા DSHS ને લેખિત સૂચના આપીને આ અધિકૃતતાને રદ કરું છું ત્યારે આ અધિકૃતતા સમાપ્ત થાય છે. જો હું અધિકૃતતા રદ કરું કે તેનો ઇનકાર કરું તો હું સમજું છું કે હું Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (વૃદ્ધ, અંધ અથવા અપંગ) Medicaid પ્રોગ્રામ માટે લાયક નહીં રહું. | | | | | |

| | | |
|---------------|---|-----------------|
| અરજદારનું નામ | SOCIAL SECURITY NUMBER (સામાજિક સુરક્ષા નંબર) | ગ્રાહક ઓળખ નંબર |
|---------------|---|-----------------|

મતદાર નોંધણી

આ વિભાગ મતદાર નોંધણી સેવાઓ પૂરી પાડે છે, જેમાં ઓટોમેટિક મતદાર નોંધણીનો પણ સમાવેશ થાય છે. **નોંધણી માટે અરજી કરવાથી અથવા મત આપવા માટે નોંધણી કરવાનો ઇનકાર કરવાથી આ એજન્સી તરફથી તમને પ્રાપ્ત થઈ શકે તેવી સેવાઓ અથવા લાભની રકમને અસર થશે નહીં.** જો તમને મતદાર નોંધણી ફોર્મ ભરવામાં મદદ જોઈતી હોય, તો અમે તમને મદદ કરીશું. મદદ લેવી કે સ્વીકારવી તે નિર્ણય તમારો છે. તમે ખાનગીમાં મતદાર નોંધણી ફોર્મ ભરી શકો છો. જો તમે માનતા હોવ કે કોઈએ તમારા નોંધણી કરવાના અધિકારમાં અથવા મત આપવા માટે નોંધણી કરવાનો ઇનકાર કરવાના તમારા અધિકારમાં દખલ કરી છે, તો મતદાન માટે નોંધણી કરાવવી કે નહીં તે નક્કી કરવામાં તમારી ગોપનીયતાના અધિકાર, અથવા તમારા પોતાના રાજકીય પક્ષ અથવા અન્ય રાજકીય પસંદગીને પસંદ કરવાના તમારા અધિકારમાં, તમે અહીં ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

શું તમે મત આપવા માટે નોંધણી કરાવવા અથવા તમારી મતદાર નોંધણી અપડેટ કરવા માંગો છો? હા ના

જો તમે કોઈ પણ બોક્સ ટિક ન કરો, તો અમે તમને આ સમયે મત આપવા માટે નોંધણી ન કરવાનો નિર્ણય લીધો હોવાનું વિચારીશું, સિવાય કે તમે ઓટોમેટિક મતદાર નોંધણી માટે પાત્રતા ધરાવતા હોવ અને નકારશો નહીં.

જ્યાં સુધી તમે "ના" ઉપર ટિક ન કરો ત્યાં સુધી, તમે ઓટોમેટિક મતદાર નોંધણી માટે પાત્ર હોઈ શકો છો. જો તમે આગામી ચૂંટણી સુધીમાં ઓછામાં ઓછા 18 વર્ષના હશો, તમે યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સ ઓફ અમેરિકાના નાગરિક છો, અને DSHS પાસે તમારું નામ, રહેણાંક અને ટપાલ સરનામું, જન્મ તારીખ, નાગરિકતાની માહિતીની ચકાસણી અને આ અરજી પર પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતીની સત્યતા પ્રમાણિત કરતા તમારા હસ્તાક્ષર છે, તો તમે ઓટોમેટિક મતદાર નોંધણી માટે પાત્ર છો.

શું તમે મત આપવા માટે આપમેળે નોંધણી કરાવવા માંગો છો? હા ના

જો તમે "હા" બોક્સ પર ટિક કર્યું છે અથવા કોઈ પણ બોક્સને ટિક કરતા નથી અને તમે ઓટોમેટિક મતદાર નોંધણી યોગ્યતા આવશ્યકતાઓને પૂર્ણ કરો છો, તો DSHS તમારી માહિતી સેક્ટરી ઓફ સ્ટેટની ઓફિસ (રાજ્ય સચિવનું કાર્યાલય)ને મોકલશે અને તમે મત આપવા માટે ઓટોમેટિક નોંધણી કરાવી શકશો.

ઘોષણા અને સહીઓ (તમારી પાત્રતા સમીક્ષા પૂર્ણ કરવા માટે નીચે સહી કરો.)

હું સમજું છું કે મારે આ કરવું જ જોઈએ:

- સાચી માહિતી આપવી અને જાણ કરવાની જરૂરિયાતોને અનુસરવું.
- હું લાયક છું તેનો પુરાવો આપવો.
- જ્યારે હું Temporary Assistance for Needy Families (જરૂરિયાતમંદ પરિવારો માટે કામચલાઉ સહાય, TANF) પ્રાપ્ત કરું ત્યારે Washington રાજ્યને બાળ સહાય માટે અમુક અધિકારો સોંપવા. જો કે, હું DSHS ને કહી શકું છું કે જો બાળ સહાય મને અથવા મારા બાળકોને જોખમમાં મૂકે તો બાળ સહાય ન કરે.
- ખોરાક સહાય કાર્યની જરૂરિયાતોને સહકાર આપવો.

જો હું આ વસ્તુઓ નહીં કરું, તો મને લાભોથી વંચિત રાખવામાં આવી શકે છે અથવા તેમને પાછા ચૂકવવા પડી શકે છે.

હું સમજું છું કે જો હું ઇરાદાપૂર્વક ખોટું નિવેદન આપું અથવા મારે જાણ કરવી જોઈએ તેવી કોઈ બાબતની જાણ કરવામાં નિષ્ફળ જાઉં તો મારી સામે ફોજદારી કાર્યવાહી થઈ શકે છે.

હું લાયક છું તેનો પુરાવો મેળવવામાં મદદ કરે તેવા કિસ્સામાં હું DSHS ને જ્યારે જરૂરી હોય ત્યારે અન્ય વ્યક્તિઓ અથવા એજન્સીઓનો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરું છું.

રોકડ અને ખોરાક માટે: મેં મારા અધિકારો અને જવાબદારીઓ વાંચી છે અથવા મને સમજાવવામાં આવી છે અને ગ્રાહકના અધિકારો અને જવાબદારીઓ, DSHS 14-113ની નકલ મને મળી છે. આરોગ્ય સંભાળ કવરેજ માટે, મેં મારા અધિકારો અને જવાબદારીઓ વાંચી છે અથવા મને સમજાવવામાં આવી છે અને ગ્રાહકના અધિકારો અને જવાબદારીઓ, HCA 18-003ની નકલ મને મળી છે.

હું Washington સ્ટેટના કાયદા હેઠળ ખોટી જુબાનીના દંડ હેઠળ પ્રમાણિત કરું છું અથવા જાહેર કરું છું કે મેં આ અરજીમાં આપેલી માહિતી, જેમાં લાભો માટે અરજી કરતા સભ્યોની નાગરિકતા અને એવિયન સ્ટેટસ સંબંધિત માહિતીનો સમાવેશ થાય છે, તે સાચી અને ખરી છે.

રોકડ માટે, ઘરના તમામ પુખ્ત વયના લોકો (અથવા અધિકૃત પ્રતિનિધિઓ)એ સહી કરવી આવશ્યક છે.

આરોગ્ય સંભાળ કવરેજ માટે, અરજદારે (અથવા અધિકૃત પ્રતિનિધિએ સહી કરવી આવશ્યક છે).

ખાદ્ય સહાય માટે, અરજદાર અને અધિકૃત પ્રતિનિધિ બંનેએ સહી કરવી આવશ્યક છે સિવાય કે ફાઇલ પર વર્તમાન અધિકૃત પ્રતિનિધિ દસ્તાવેજ હોય.

| | | | |
|--|-------|--|-------------------------|
| અરજદારની સહી (જરૂરી) | તારીખ | અરજદારનું છાપેલું નામ | શહેર અને રાજ્ય સહી કરેલ |
| અન્ય પુખ્ત અરજદારની સહી | તારીખ | અન્ય પુખ્ત વયની વ્યક્તિનું છાપેલું નામ | શહેર અને રાજ્ય સહી કરેલ |
| મદદગાર અથવા પ્રતિનિધિની સહી | તારીખ | પ્રતિનિધિનું છાપેલું નામ | શહેર અને રાજ્ય સહી કરેલ |
| સાક્ષીની સહી જો "X" સાથે સહી કરેલ હોય તો | તારીખ | સાક્ષીનું છાપેલું નામ | |