

بازبینی واجد شرایط بودن

اگر برای مطالعه یا تکمیل این فرم نیاز به کمک دارید، لطفاً از ما کمک بگیرید.
این صفحه را برای سوابق خود نگه دارید.

چگونه برای مساعدت نقدی یا غذایی اقدام کنم؟

- شما می توانید اکنون این فرآیند را با ارسال این درخواست به دفتر خدمات محلی **آغاز کنید**. درخواست شما باید شامل نام، آدرس، و امضاء یا امضای نماینده قانونی شما باشد. شما اکنون می توانید درخواست خود را حتی با داشتن تنها سه فقره از این موارد ثبت کنید.
- شما با پر کردن این فرم با جواب دادن به این سوالات، امضای صفحه شماره هفت و دادن فرم بازبینی و اطلاعات مورد نیاز به ما در اسرع وقت می توانید کمک هزینه بیشتری دریافت کنید یا این کمک هزینه ها را زودتر دریافت کنید.
- شما می توانید فرم بازبینی خود را به یک دفتر محلی ببرید یا به شماره 1-888-338-7410 فکس کنید. برای آگاهی از موقعیت های مکانی دفاتر به www.dshs.wa.gov مراجعه کنید.
- فرم بازبینی خود را به آدرس زیر پست کنید:

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

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

- همچنین می توانید به صورت آنلاین از طریق www.washingtonconnection.org فرم بازبینی را پر کنید.
- از فرم بازبینی واجد شرایط بودن تنها می توان برای تمدید بیمه برنامه های **Washington Apple Health** که در این فرم لیست شده است، اقدام کنید www.wahealthplanfinder.org استفاده کرد. برای دیگر پوشش بیمه بهداشت و درمان، شما یا باید به صورت آنلاین از طریق **HCA Application for Health Care Coverage (HCA 18-001)** تماس بگیرید، یا با استفاده از **1-855-923-4633** یا با شماره برای پوشش بیمه بهداشت و درمان اقدام کنید (درخواست)

پس از چه مدت می توانم کمک نقدی یا غذایی را دریافت کنم؟

- اگر بلافاصله به مساعدت غذایی نیاز دارید، سوالات 1 تا 14 را پر کنید و این فرم را به دفتر محلی خود ببرید. ما ظرف مدت 7 روز تصمیم می گیریم آیا شما واجد شرایط مساعدت غذایی هستید، به شرطی که مدارک اثبات هویت خود را ارائه دهید و یکی از موارد زیر برای شما صدق کند:
- ما مزایا را یک روز پس از اینکه تصمیم گرفتیم شما واجد شرایط هستید، صادر می کنیم.
- مساعدت غذایی معمولاً از روزی که ما درخواست شما را دریافت کنیم، آغاز می گردد.
- مساعدت نقدی معمولاً از روزی که ما تمامی اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم گیری در مورد واجد شرایط بودن شما را در اختیار داشته باشیم، آغاز می گردد.
- ما موظفیم طی 30 روز از زمانی که درخواست خود را ارسال کردید، در مورد اینکه آیا شما واجد شرایط مساعدت غذایی هستید یا خیر، تصمیم گیری کنیم.
- اگر درخواست خود را از طریق یک مؤسسه ارسال می کنید، تاریخ شروع همان تاریخ آزادی یا مرخص شدنتان است.

اگر متقاضی دریافت مساعدت غذایی یا دیگر برنامه ها هستید:

- ما موظفیم از قوانین SNAP برای رسیدگی به درخواست شما پیروی کنیم. این امر شامل رسیدگی به درخواست در محدوده زمانی موردنظر، ارسال اطلاعاتی مناسب، و راهنمایی شما در مورد حقوق اداری خود می باشد. ما نمی توانیم درخواست مساعدت غذایی شما را به علت رد شدن درخواستتان در برنامه های مساعدتی دیگر، رد کنیم.

حقوق مدنی و عدم تبعیض

مطابق قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاست های حقوق مدنی U.S. Department of Agriculture (وزارت کشاورزی آمریکا، USDA)، این موسسه اجازه ندارد که بر اساس جنسیت، رنگ پوست، ملیت، جنسیت (از جمله هویت جنسی و گرایش جنسی)، باورهای مذهبی، معلولیت، سن، اعتقادات سیاسی یا انتقام یا تلافی جویی برای فعالیت های حقوق مدنی قبلی کسی را مورد تبعیض قرار دهد.

امکان ارائه اطلاعات مرتبط با برنامه به زبان های دیگر به غیر از انگلیسی نیز وجود دارد. افراد معلولی که برای فهم اطلاعات برنامه به شیوه ارتباطی دیگری نیاز دارند (مثل خط بریل، چاپ با حروف درست، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی) باید با سازمانی (سازمان ایالتی یا محلی) که درخواست دریافت کمک هزینه های خود را ثبت کرده اند تماس بگیرند. افراد ناشنوا، کم شنوا یا دارای اختلال تکلم می توانند از طریق تماس با سرویس افراد دارای مشکل ارتباطی به شماره (800) 877-8339 با وزارت USDA تماس بگیرند.

برای ثبت شکایت به دلیل تبعیض در برنامه، فرد شاکی باید فرم AD-3027 موسوم به فرم شکایت از وزارت USDA به دلیل تبعیض در برنامه ها را تکمیل کند. برای ثبت شکایت به دلیل تبعیض در برنامه، فرد شاکی باید فرم به دلیل تبعیض در USDA موسوم به فرم شکایت از وزارت AD-3027 برنامه ها را تکمیل کند. امکان دسترسی به این فرم از طریق آنلاین با مراجعه به نشانی

یا با (833) 620-1071 تماس با شماره، USDA در دفاتر، <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، وجود دارد. USDA ارسال نامه به

فرم تکمیل شده AD-3027 یا نامه باید از این طریق ارسال شود:

1. ارسال پستی: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314
2. فکس: (833) 256-1665 یا (202) 690-7442
3. ایمیل: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

این سازمان عضو طرح فرصت های برابر است.

وضعیت مهاجرت و Social Security Numbers (شماره های تأمین اجتماعی)

شما ممکن است بتوانید برای بعضی از افرادی که با آن ها زندگی می کنید، مساعدت دریافت کنید؛ حتی اگر افراد دیگری که با شما زندگی می کنند به علت وضعیت مهاجرت خود قادر به این کار نباشند. شما باید به ما وضعیت مهاجرت افراد متقاضی را اعلام کنید. وضعیت مهاجرت اعضای خانواده را USCIS تایید می کند (قبلاً به اسم INS شناخته می شد) اطلاعات دریافتی از USCIS می تواند بر واد شرایط بودن و مقدار مزایا اثرگذار باشد. ما بیمه های درمانی داریم که ممکن است برخی از افراد خارجی را پوشش دهد.

طبق قوانین فدرال 42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6 شما باید Social Security Number (شماره تأمین اجتماعی، SSN) هر فردی را که شما با او زندگی می کنید و او متقاضی Washington Apple Health و TANF یا مساعدت غذایی می باشد، در اختیار ما بگذارد. ما ممکن است هم چنین به SSN های والدین و همسری که با شما زندگی می کنند، اما متقاضی نیستند، نیاز داشته باشیم. ما بیمه های درمانی داریم که افراد فاقد SSN را پوشش می دهد.

تابعیت و هویت برای Washington Apple Health

افرادی آمریکایی باید برای دریافت Washington Apple Health تابعیت و هویت خود را اثبات کنند. ما می توانیم به شما در این زمینه کمک کنیم. اگر شما به مدرکی نیاز دارید که نیازمند پول است، ما این مدرک را می فرستیم و هزینه آن را پرداخت می کنیم. افرادی که به دلیل معلولیت یا Supplemental Security Income (درآمد معیشتی تکمیلی، SSI) یا Medicare یا Social Security Disability Insurance (بیمه معلولیت تأمین اجتماعی، SSDI) دریافت می کنند نیازی به مدرک ندارند.

بازپرداخت هزینه به ایالت برای مراقبت پزشکی و بلند مدت

تحت قانون بازپرداخت از میراث ایالت Washington (قوانین RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) هزینه برخی خدمات و کمکهای پزشکی و بلند مدتی را که شما بعد از 55 سالگی دریافت کردید و ایالت هزینه آن را پرداخت کرده است باید از محل میراث شما پرداخت شود. در صورتی که تنها از خدماتی که بوجه آن ها توسط بازپرداخت از میراث بعد از مرگ شما شروع می شود و زمان پرداخت بعد از مرگ همسر شما است وقتی که بچه های شما 21 ساله می شوند مگر اینکه فرزند شما در زمان مرگ شما نابینا/معلول باشد. ایالت می تواند در هر سنی در صورتی که شما در آسایشگاه زندگی می کنید و احتمالاً به خانه خود برنمی گردید روی مستغلات شما حق گرو اعمال کند. ایالت می تواند در صورت فروش یا انتقال ملک یا بعد از مرگ شما این حق گرو را مطالبه کند. اگر شما به خانه خود برگردید ایالت این حق گرو را بر می دارد. برای خدمات بیشتر از جمله فهرست خدماتی که شامل برنامه بازپرداخت از میراث می شود به فصل WAC 82-527 رجوع کنید.

حریم خصوصی و مساعدت نقدی و غذایی شما

ما با توجه به قانون غذا و تغذیه سال 2008 این اجازه را داریم که اطلاعات درخواست شده در این فرم درخواست را جمع آوری کنیم. ارائه اطلاعات درخواست شده داوطلبانه است اما ارائه نکردن اطلاعات بدون دلیل موجه می تواند منجر به رد شدن کمک هزینه مواد غذایی اساسی شود. ما برخی اطلاعات را با برنامه های تطبیقی کامپیوتری از جمله سیستم Income and Eligibility Verification System (سیستم بازبینی درآمد و واجد شرایط بودن، IEVS) فدرال تایید می کنیم.

ما از این اطلاعات استفاده می کنیم تا:	ما ممکن است این اطلاعات را در اختیار نهادهای ذیل بگذاریم:
<ul style="list-style-type: none">• تصمیم گیری کنیم چه کسی واجد شرایط برای برنامه های ما می باشد.• مطالبه اضافه پرداخت برای کمک غذایی• برنامه خود را مدیریت کنیم.• از پیروی قوانین اطمینان حاصل کنیم.	<ul style="list-style-type: none">• نهاد های فدرال و ایالتی جهت استفاده رسمی.• نهاد های مجری قانون که بدنبال افراد قانون گریز هستند.• نهاد های جمع آوری داده خصوصی جهت گردآوری پرداخت های مازاد مساعدت غذایی.
با توجه اطلاعات گزارش شده به Department of Social and Health Service (سازمان خدمات اجتماعی و بهداشتی) ممکن است واجد شرایط بودن شما برای برخورداری از بیمه پزشکی که متولی آن Health Care Authority (سازمان مراقبت بهداشتی) و سرویس پیدا کردن و خرید بیمه پزشکی است تحت تاثیر قرار بگیرد.	
اخطار مجازات مساعدت غذایی	
ما به وسیله نهادهای دیگر بررسی می کنیم که اطلاعات شما صحیح باشد. اگر هرگونه اطلاعاتی نادرست باشد، افراد متقاضی ممکن است مساعدت غذایی دریافت نکنند.	
هر عضوی که عامدانه از هر کدام از قوانین تخطی کند:	
<ul style="list-style-type: none">• طبق قوانین فدرال و ایالتی، تحت پیگرد قانونی قرار می گیرد.• برای یک سال یا بطور دائم از SNAP منع می شود.• تا \$250,000 جریمه می شود.• می تواند به مدت 20 سال زندانی شود.• در صورت حکم دادگاه، 18 ماه دیگر از SNAP منع می شود.	
اگر دادگاه شما را گناهکار تشخیص دهد به موجب:	
دریافت مزایا در نقل و انتقالی که شامل باشد:	
<ul style="list-style-type: none">• فروش یک ماده مخدر تحت کنترل..... به مدت دو سال یا به طور دائم رد صلاحیت شوید.• فروش سلاح گرم، مهمات، یا مواد منفجره..... به طور دائم رد صلاحیت شوید.• خرید و فروش غیر قانونی مزایای دریافتی روی هم رفته به مبلغ بیش از \$500..... رد صلاحیت دائم.• فریب اقامتی یا هویتی..... رد صلاحیت به مدت 10 سال	

بازبینی واجد شرایط بودن

اگر در پر کردن این فرم نیاز به کمک دارید، از ما کمک بگیرید.

تنها برای کمک غذایی، اگر نتوانید امروز این فرم را تکمیل کنید، این روال را با فرستادن نام، آدرس، و امضای خود شروع کنید. برای کامل کردن این فرم بازبینی واجد شرایط بودن امضای صفحه 7 ضروری است. ما برای تکمیل بازبینی مورد شما ممکن است به اطلاعات بیشتر و انجام مصاحبه نیاز داشته باشیم.

1. نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی	امضاء متقاضی یا نماینده قانونی	2. شماره شناسایی متقاضی (اگر می دانید)
3. نشانی خیابانی که در آن زندگی می کنید	شهر ایالت کد پستی	4. شماره تلفن اصلی <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> پیام
5. نشانی پستی (در صورت تفاوت)	شهر ایالت کد پستی	6. شماره تلفن(های) ثانویه <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> پیام
7. آدرس ایمیل		

8. من درخواست می کنم برای (همه موارد منطبق را تیک بزنید):

کمک نقدی زندگی به کمک دیگران/ آسایشگاه بزرگسالان

غذا خدمات مراقبت بلند مدت خانگی

Medicare Savings Program (برنامه پس انداز Medicare)

آسایشگاه بیماران لا علاج آسایشگاه

پوشش درمانی برای افراد aged, blind, or disabled (سالمند، نابینا، معلول) Healthcare / Workers with Disabilities (مراقبت درمانی/کارگران معلول، HWD)

کمک های ویژه برای خدمات مخصوص افراد بزرگسال

9. من یا کسی در خانواده (تمام موارد قابل اطلاق را انتخاب کنید): در شرایط خشونت خانگی قرار دارم

معلولیت دارم به خاطر مشکلات سلامتی قادر به کار کردن نیستم/نیست

باردار هستم/است؛ نام: _____ تاریخ زایمان: _____

10. پیش بینی می کنید خانوار شما در این ماه چه میزان درآمد داشته باشد؟
\$ _____

11. خانوار شما چه میزان پول نقدی و در حساب های بانکی دارد؟
\$ _____

12. خانوار شما چه میزان برای اجاره یا بازپرداخت وام مسکن پرداخت می کند؟
\$ _____

13. خانوار شما برای چه خدماتی هزینه پرداخت می کند؟ گرمایش/سرمایش تلفن دیگر: _____

14. آیا فردی در خانوار شما کارگر فصلی یا مهاجر مزرعه است؟ خیر بله

15. در صورت درخواست مساعدت غذایی، شما برای چند نفر در خانوار خود غذا می خرید و آماده می کنید؟

فقط برای استفاده ی دفتر - خانوار واجد شرایط برای خدمات شرح: خیر نخستین حروف نام و نام خانوادگی غربالگر: _____ تاریخ: _____

16. اینجانب نیاز به مترجم دارم. من به این زبان صحبت می کنم: یا زبان اشاره؛ نامه های من را ترجمه کنید به: _____

17. تمام افراد خانوار خود را حتی اگر متقاضی درخواست برای آن ها نیستید، فهرست کنید (در صورت نیاز، برگه اضافی ضمیمه کنید).

اختیاری برای اشخاص غیر متقاضی				در صورت درخواست مزایا برای این شخص تیک بزنید	تاریخ تولد	این شخص چه نسبتی با شما دارد؟	جنسیت	نام (کوچک، میانی، خانوادگی)
نام قوم (برای آمریکایی هندی ها، بومیان آلاسکا)	تولد (به مثال های زیر مراجعه کنید)	اگر شهروند آمریکا هستید، تیک بزنید	SOCIAL SECURITY NUMBER (شماره تأمین اجتماعی)					
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		خودم هستم		
		<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"/>				



14078

Barcode label

شماره شناسایی متقاضی	SOCIAL SECURITY NUMBER (شماره تأمین اجتماعی)	نام متقاضی
<p>18. پیشینه قومی من هیسپانیک یا لاتین است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>ارائه اطلاعات پیشینه نژاد و قومیت اختیاری بوده و بر صلاحیت یا میزان مزایا تأثیر نخواهد گذاشت. از این اطلاعات به منظور اطمینان از توزیع مزایای برنامه بدون توجه به نژاد، رنگ پوست، یا ملیت استفاده می شود. برای مساعدت غذایی، USDA الزام می کند چنانچه اطلاعاتی ارائه نشد، ما از طرف شما پاسخ دهیم. ما در صورتی که جواب ندهید گزینه گزارش نشده را انتخاب می کنیم. مثال نژاد: سفید پوست، سیاه پوست یا آمریکایی آفریقایی تبار، آسیایی، بومی هاوایی، مردم جزایر پاسیفیک، آمریکایی هندی، بومی آلاسکا، یا هر ترکیب دیگری از نژادها.</p>		
I. اطلاعات کلی		
<p>1. در 30 روز گذشته، اینجانب از ایالت، قبیله ایالتی، یا منابع دیگر پول یا غذا دریافت کردم: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>2. شخصی که برای او متقاضی درخواست هستم خارج از ایالت Washington زندگی می کند: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر چه کسی: _____</p> <p>3. اینجانب یا شخصی در خانوار من، یک خارجی تحت حمایت مالی است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر چه کسی: _____</p> <p>4. من یا شخصی در خانوارم که 16 ساله به بالا است، در حال تحصیل در یکی از موارد زیر است (تمام مواردی را که صدق می کند علامت بزنید): <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> یک برنامه معادل دبیرستان <input type="checkbox"/> کالج <input type="checkbox"/> مدرسه فنی و حرفه ای چه کسی: _____</p> <p>5. شخصی موقتاً خارج از منزل من می باشد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر چه کسی: _____</p> <p>6. اینجانب یا شخصی در منزل من در U.S. Armed Forces, National Guard یا Reserves خدمت کرده یا وابسته به شخصی یا همسر فردی بوده که خدمت کرده است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، چه کسی: _____</p> <p>7. اینجانب یا شخصی که برای او متقاضی درخواست هستم در حال فرار از قانون برای اجتناب از رفتن به دادگاه یا زندان به علت ارتکاب جرمی جنایی است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>8. اینجانب زندگی می کنم در: <input type="checkbox"/> خانه یا آپارتمان خود <input type="checkbox"/> خانه گروهی <input type="checkbox"/> دیگر: _____ <input type="checkbox"/> تشکیلات (نوع آن را ذکر کنید): _____ تاریخ ورود: _____</p> <p>9. من: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> در رابطه همخانگی قانونی هستم</p> <p>10. اینجانب یا شخصی در منزل من متهم به تبادل مساعدت غذایی برای مواد مخدر پس از تاریخ 22 سپتامبر 1996 است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>11. اینجانب یا شخصی در منزل من متهم به خرید و فروش بیش از \$500 مساعدت غذایی پس از تاریخ 22 سپتامبر، 1996: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>12. اینجانب یا شخصی در منزل من متهم به تبادل مساعدت غذایی با اسلحه، مهمات یا مواد منفجره پس از تاریخ 22 سپتامبر، 1996: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>13. اینجانب یا شخصی در منزل من متهم به دریافت مساعدت غذایی در بیش از یک ایالت پس از تاریخ 22 سپتامبر، 1996 است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>14. اینجانب یا شخصی در منزل من: a. در اعتصاب است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ب. یک مستأجر در خانه کس دیگر است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>15. من یا شخصی در خانواده من مبلغ \$4,500 یا بیشتر در بخت آزمایی یا بازی های قمار برنده شده است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ مثبت است، چه کسی: _____ تاریخ دریافت: _____ مبلغ (مبلغ دلاری قبل از مالیات): _____</p>		
II. اطلاعات بیمه پزشکی (برای برنامه مواد غذایی اساسی نیاز نیست)		
<p>من، همسر یا کسی در خانواده ام:</p> <p>1. می خواهیم وارد مرکز پزشکی (مثل بیمارستان یا آسایشگاه) شویم، یا در چنین مرکز هستیم یا اخیراً چنین مرکزی را ترک کرده ایم: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>2. در پرداخت هزینه های پزشکی سه ماه گذشته به کمک نیاز داریم: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>3. بیمه داریم: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (تمامی موارد قابل اطلاق را انتخاب کنید): Medicare (نه Washington Apple Health) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> بیمه مراقبت بلند مدت Indian Health Services (خدمات بهداشتی سرخ پوستان) <input type="checkbox"/> دیگر بیمه ها:</p>		
III. منابع (مدارک اثباتی را پیوست کنید، برای HWD یا برنامه مواد غذایی اساسی لازم نیست)		
<p>دارایی هر چیزی است که شما در اختیار دارید یا در حال خرید هستید که می توان آن را فروخت، مبادله کرد، یا تبدیل به پول نقد یا پولی کرد که توسط دیگران قابل نگهداری است. دارایی شامل اموال شخصی مانند میلمان، یا البسه نمی شود. مثال هایی از دارایی عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> • پول نقد • حساب های جاری • حساب های پس انداز • کمک هزینه کالج • ودیعه ها • IRA / 401k • خانه ها، زمین یا ساختمان ها • گواهی های سپرده • حساب سپرده بازار سرمایه • اوراق قرضه • صندوق بازنشستگی • وجوه احتیاطی تدفین، طرح های پیش پرداخت • تجهیزات تجاری • دام • بیمه عمر 		

نام متقاضی	SOCIAL SECURITY NUMBER (شماره تأمین اجتماعی)	شماره شناسایی متقاضی
------------	---	----------------------

III. منابع (مدارک اثباتی را پیوست کنید، برای HWD یا برنامه مواد غذایی اساسی لازم نیست) (ادامه دارد)

1. لطفاً دارایی های تحت مالکیت یا در حال خرید را، برای خود، همسر خود، یا هر شخصی که برای او متقاضی درخواست هستید، فهرست کنید:

دارایی	مالک	مکان	ارزش
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

2. اینجانب، همسر من، یا شخصی که برای او متقاضی درخواست هستم، صاحب خودرو، کامیون، ون، قایق، وسیله تفریحی، تریلی یا سایر وسایل نقلیه موتوری است:

سال (مثلاً 1980)	سازنده (مثلاً FORD)	مدل (مثلاً ESCORT)	در صورت اجاره تیک بزنید	اگر وسیله نقلیه برای موارد پزشکی استفاده می شود، تیک بزنید	مقدار بدهی
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. اینجانب، همسر من، یا شخصی که برای او متقاضی درخواست هستم، در پنج سال گذشته یک دارایی را فروخته، مبادله کرده، بخشیده، یا واگذار گردانیده (از جمله ودیعه ها، وسیله نقلیه یا حقوق عمری) [بله] [خیر] اگر بله چه چیزی: _____ چه زمانی: _____

IV. حقوق یا مقرری های سالیانه (سرمایه گذاری های انجام شده توسط هر یک از اعضای خانوار در ازای دریافت پرداخت هایی منظم در زمان حال یا آینده.)

مقرری سالیانه متعلق به چه کسی می باشد؟	شرکت یا مؤسسه؟	مقدار یا ارزش	درآمد ماهیانه	تاریخ خرید
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

اگر شما یا همسر شما به مقرری سالانه علاقه دارید و شما مراقبت بلند مدت Washington Apple Health، بیمه مرتبط با SSI یا CN را می پذیرید، شما باید ایالت Washington را به عنوان ذی نفع باقی مانده مقرری سالانه انتخاب کنید.

5. درآمد کسب شده (مدارک اثبات ضمیمه شود)

1. اینجانب، همسر من، یا شخصی که برای او متقاضی درخواست هستم، شغلی داشت که طی 30 روز گذشته به پایان رسید [بله] [خیر]
2. اینجانب، همسر من، یا شخصی که برای او متقاضی درخواست هستم، از محل کار درآمد دار [بله] [خیر]
 اگر بله، لطفاً این قسمت را تکمیل کنید:

<p>چه کسی این درآمد را کسب می کند</p> <p>نام و شماره تلفن کارفرما</p> <p>تاریخ شروع</p> <p>آیا این شغل به صورت خویش فرما است؟ [بله] [خیر]</p> <p>میزان هزینه ماهیانه خویش فرما: \$</p>	<p>مبلغ دریافتی ناخالص (به دلار قبل از اعمال کسری ها)</p> <p>\$ هر: ساعت هفته</p> <p>دو هفته دو بار در ماه</p> <p>ساعت در هفته:</p> <p>تاریخ دریافت حقوق (برای مثال 1^{ام} و 15^{ام}، یا هر جمعه):</p>
<p>چه کسی این درآمد را کسب می کند</p> <p>نام و شماره تلفن کارفرما</p> <p>تاریخ شروع</p> <p>آیا این شغل به صورت خویش فرما است؟ [بله] [خیر]</p> <p>میزان هزینه ماهیانه خویش فرما: \$</p>	<p>مبلغ دریافتی ناخالص (به دلار قبل از اعمال کسری ها)</p> <p>\$ هر: ساعت هفته</p> <p>دو هفته دو بار در ماه</p> <p>ساعت در هفته:</p> <p>تاریخ دریافت حقوق (برای مثال 1^{ام} و 15^{ام}، یا هر جمعه):</p>

نام متقاضی		SOCIAL SECURITY NUMBER (شماره تأمین اجتماعی)		شماره شناسایی متقاضی
VI. درآمد های دیگر (مدارک اثبات ضمیمه شود؛ برای تمام افراد خانوار گزارش شود)				
• مزایای بیکاری	• Supplemental Security income (درآمد اضافی تأمین اجتماعی، SSI)	• بازنشستگی یا مستمری Veteran Administration (اداره کهنه سربازان، VA) یا مزایای نظامی Labor and Industries (کار و صنایع)	• حمایت کودک یا نفقه ی همسر	• مزایای کارکنان راه آهن
• درآمد تأمین اجتماعی	• درآمد اجاره	• ودیعه ها	• سود / سود سهام	• درآمد از طریق بازی کردن
• درآمد طایفه ای	• مزایای آموزشی (وام های دانشجویی، کمک هزینه ها، کار - درس)			
نوع درآمد غیر مرتبط به شغل		چه کسی این درآمد را میگیرد؟		مبلغ ناخالص ماهانه
				\$
				\$
				\$
				\$
IIIV. هزینه های ماهانه				
اجاره	رهن	اجاره فضا	بیمه مالک خانه	مالیات بر اموال
\$	\$	\$	\$	\$
<p>خانوار شما برای چه تسهیلات دیگری به غیر از اجاره و رهن هزینه می‌کند؟</p> <p>گرمایش (الکتریکی/گاز/...) برق (نه برای گرمایش) تلفن/تلفن همراه فاضلاب زباله</p> <p>شخص یا نهاد دیگری، مانند مسکن یارانه‌ای، به من در پرداخت بخشی از این هزینه‌ها یا همه این هزینه‌ها کمک می‌کند:</p> <p>بله خیر اگر بله چه کسی مبلغ پرداخت شده: \$</p> <p>من در 12 ماه گذشته از Low Income Home Energy Assistance Act (مصوبه مساعدت انرژی مسکن طبقه کم درآمد، LIHEAA) مبلغی دریافت کرده ام.</p> <p>اینجانب، همسر من، یا شخصی در خانوار من برای این موارد هزینه می‌کند یا قرار است هزینه کند (تمام موارد منطبق را تیک بزنید):</p> <p>مراقبت کودک یا مراقبت مربوط به بزرگسالان (به همراه هزینه های حمل و نقل) مبلغ ماهانه: \$ چه کسی پرداخت می‌کند:</p> <p>صورت حساب های پزشکی برای افراد معلول یا بالای 60 سال (به همراه هزینه های حمل و نقل و حق بیمه سلامت) مبلغ ماهانه: \$ چه کسی پرداخت می‌کند:</p> <p>حمایت کودک (مدارک اثبات ضمیمه شود) مبلغ ماهانه: \$ چه کسی پرداخت می‌کند:</p> <p>چنانچه هر یک از هزینه های فوق را گزارش نکنید، ما آن را به عنوان اظهاریه ای از طرف خانوار شما در نظر خواهیم گرفت مبنی بر اینکه شما مایل به دریافت کسری برای این هزینه نیستید.</p>				
8. نماینده قانونی				
<p>نماینده قانونی فردی است که شما به DSHS اجازه مذاکره با او را در رابطه با مزایای خود می‌دهید. شما می‌توانید شخصی را به این منظور معرفی کنید، اما ملزوم به این کار نیستید.</p> <p>آیا شما یک نماینده قانونی دارید؟</p> <p>آیا این شخص سرپرست قانونی (قیم) شما است؟</p> <p>آیا این شخص وکالت دارد؟</p> <p>اگر شما دارید بیمه درمانی خود را تمدید می‌کنید شاید نیاز باشد فرم نماینده قانونی (DSHS 14-532) را تکمیل کنید. برای برنامه مواد غذایی اساسی، نماینده قانونی تنها برای مدت گواهی معتبر است.</p>				
نام	نسبت	شماره تلفن		
نشانی پستی	شهر	ایالت	کد پستی	
اجازه بازبینی داریی				
<p>تتها برای برنامه های Washington Apple Health و Aged, Blind or Disabled (افراد سالمند، نابینا و معلول) و Medicaid</p> <p>من متوجه هستم که اطلاعاتی را که من برای ثبت درخواست یا بررسی دریافت کمک ارائه کرده ام مقامات فدرال و ایالتی بررسی می‌کنند تا درستی آن مشخص شود. اینجانب به سازمان Health Care Authority (سازمان مراقبت درمانی، HCA) و اداره Department of Social and Health Services (اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی، DSHS) ایالت Washington اجازه می‌دهم تا داریی های اینجانب را بازبینی کند تا واجد شرایط بودن من را تعیین کند و تأیید کند که اطلاعات مالی من صحیح است. من متوجه هستم که سازمان های HCA و DSHS ممکن است از هر گونه موسسه مالی، سازمان ایالتی یا فدرال، پایگاه داده خصوصی در روند تحقیقات خود پرس و جو کند و با آن ها تماس بگیرد. اینجانب متوجه هستم که در صورتی که با درخواست اینجانب مخالفت شد این مجوز و واجد شرایط بودن من برای دریافت کمک هزینه ها یا در صورتی که اینجانب این مجوز را در هر زمانی با ارائه اطلاعاتی کتبی به HCA یا DSHS لغو کنم به پایان می‌رسد. در صورتی که اینجانب این مجوز را باطل یا پس بگیرم، اینجانب متوجه هستم که واجد شرایط برنامه های Washington Apple Health یا برنامه Aged, Blind or Disabled (افراد سالخورده، نابینا یا معلول) یا Medicaid نیستم.</p>				

شماره شناسایی متقاضی	SOCIAL SECURITY NUMBER (شماره تأمین اجتماعی)	نام متقاضی
ثبت‌نام رأی‌دهنده		
<p>این اداره، خدمات ثبت‌نام رأی‌دهنده را ارائه می‌دهد از جمله ثبت خودکار نام رأی‌دهنده. درخواست ثبت نام یا عدم ثبت نام برای رأی‌دهی، بر خدمات یا میزان مزایایی که ممکن است از این نهاد دریافت کنید تأثیری نخواهد گذاشت. اگر برای پر کردن فرم ثبت نام رأی‌دهنده نیاز به کمک دارید، ما به شما کمک خواهیم کرد. این شما هستید که باید تصمیم بگیرید کمک درخواست کنید یا کمک بپذیرید. شما می‌توانید فرم ثبت نام رأی‌دهنده را به صورت محرمانه پر کنید. اگر بر این باور هستید که فردی در حق شما برای ثبت‌نام یا عدم ثبت‌نام رأی‌دهی، حق شما برای حفظ حریم خصوصی در تصمیم‌گیری برای ثبت‌نام یا در درخواست ثبت‌نام برای رأی‌دهی، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی یا ترجیحات سیاسی دیگر مداخله کرده است، شما می‌توانید شکایتی در این زمینه به نشانی زیر مطرح کنید: -1) Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (800-448-4881)</p> <p>آیا تمایل دارید برای رأی‌دهی یا به‌روزرسانی ثبت‌نام رأی‌دهی خود اقدام کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>چنانچه هر یک از کادرها را تیک نزنید، این طور برداشت می‌شود که شما تصمیم گرفته‌اید در این زمان برای رأی‌دهی ثبت‌نام نکنید، مگر این که واجد شرایط ثبت نام خودکار رأی‌دهنده باشید و این گزینه را رد نکنید.</p> <p>اگر در قسمت بالا، گزینه "خیر" را علامت نزده باشید، ممکن است واجد شرایط ثبت نام خودکار رأی‌دهنده باشید. اگر تا انتخابات بعدی حداقل 18 سال سن داشته باشید، شهروند ایالات متحده آمریکا هستید، و DSHS نام، آدرس سکونت و پستی، تاریخ تولد، تأییدیه اطلاعات شهروندی شما و امضای شما را که صحت اطلاعات ارائه شده در این درخواست را تأیید می‌کند داشته باشد، واجد شرایط ثبت نام خودکار رأی‌دهندگان هستید.</p> <p>آیا می‌خواهید به طور خودکار برای رأی دادن ثبت نام کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>اگر کادر "بله" را علامت زده باشید، یا هیچ کدام از این کادرها را علامت نزنید و الزامات مربوط به واجد شرایط بودن ثبت نام خودکار رأی‌دهندگان را برآورده کرده باشید، DSHS اطلاعات شما را به دفتر وزیر امور خارجه ارسال خواهد کرد و شما به طور خودکار برای رأی دادن ثبت نام خواهید شد.</p>		
اظهاریه و امضا (بخش زیر را امضا کنید تا بازبینی واجد شرایط بودن خود را کامل کنید.)		
<p>اینجانب متعهد می‌شوم که باید:</p> <ul style="list-style-type: none"> اطلاعات صحیح ارائه دهید و الزامات گزارش‌دهی را رعایت کنید. مدارک اثبات واجد شرایط بودن خود را ارائه دهم. در هنگام دریافت Temporary Assistance for Needy Families (کمک موقت برای خانواده‌های نیازمند، TANF) حقوق مشخصی را به منظور طرح حمایت کودک، به ایالت Washington اختصاص دهم. با این حال، در صورت به خطر انداختن من یا فرزندانم، می‌توانم از DSHS درخواست کنم خواهان ادامه طرح حمایت کودک نباشد. همکاری با شرایط کاری مساعدت غذایی. <p>در صورت عدم انجام این موارد، ممکن است مزایا از من سلب شود یا مجبور به بازپرداخت آن‌ها شوم.</p> <p>اینجانب می‌دانم که ممکن است تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم چنانچه عامدانه اظهارات نادرستی ارائه دهم یا موردی را که باید گزارش دهم، گزارش نکنم.</p> <p>اینجانب به DSHS اجازه می‌دهم تا در صورت لزوم با افراد یا نهاد های دیگر در ارتباط باشد تا به در اثبات واجد شرایط بودن بنده به من کمک کنند.</p> <p>برای کمک نقدی و غذا: اینجانب حقوق و مسئولیت های خود را مطالعه کرده یا به من توضیح داده شده و یک نسخه کپی از Client Rights and Responsibilities (حقوق و مسئولیت‌های مشتری)، DSHS 14-113 را دریافت کرده ام. برای بیمه درمانی، اینجانب حقوق و مسئولیت های خود را مطالعه کرده یا به من توضیح داده شده و یک نسخه کپی از Client Rights and Responsibilities (حقوق و مسئولیت‌های مشتری)، DSHS 14-113 را دریافت کرده ام.</p> <p>اینجانب شهادت می‌دهم یا اظهار می‌نمایم با علم بر مجازات گواهی دروغ تحت قوانین ایالت Washington، اطلاعاتی که در این درخواست ارائه کرده ام، شامل اطلاعات مربوط به شهروندی و وضعیت اعضای خارجی درخواست کننده مزایا، صحیح و درست می‌باشد.</p> <p>برای مساعدت نقدی، تمامی بزرگسالان در خانوار شما (یا نمایندگان قانونی آن‌ها) باید امضا کنند.</p> <p>برای بیمه درمانی، فرد متقاضی (یا نماینده قانونی باید امضا کنند)</p> <p>برای کمک غذایی هم متقاضی و نماینده قانونی باید امضا کنند مگر اینکه سند نماینده مجازی در حال حاضر در پرونده باشد.</p>		
امضای متقاضی (الزامی)	نام متقاضی با حروف بزرگ	شهر و ایالت محل امضا
تاریخ	نام بزرگسال دیگر با حروف بزرگ	شهر و ایالت محل امضا
امضاء متقاضی بزرگسال دیگر	نام نماینده با حروف بزرگ	شهر و ایالت محل امضا
تاریخ	نام شاهد با حروف بزرگ	شهر و ایالت محل امضا
امضاء فرد کمک‌کننده یا نماینده	نام شاهد با حروف بزرگ	شهر و ایالت محل امضا