

Avaliação de Elegibilidade

Se precisar de ajuda para ler ou preencher este formulário, entre em contato conosco.
Guarde esta página para seu registro.

Como posso solicitar assistência alimentar ou financeira?

- É possível **iniciar** o processo imediatamente entregando esta avaliação para o escritório de serviços comunitários. Ela deve ter o seu nome, o seu endereço e a sua assinatura, ou a assinatura do seu representante autorizado. Você pode dar entrada em sua avaliação imediatamente, mesmo que apenas com esses três itens preenchidos.
- Você pode receber mais benefícios ou receber mais rapidamente, se responder todas as perguntas no formulário, assinar a última página e entregar sua avaliação, juntamente com quaisquer informações adicionais requeridas, o mais rapidamente possível.
- Você pode entregar sua avaliação em um escritório local ou enviá-la por fax para 1-888-338-7410. Consulte os locais em www.dshs.wa.gov.
- Entregue sua avaliação pelo correio para um destes endereços:

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
- Você pode preencher essa avaliação on-line em www.washingtonconnection.org
- **Este formulário de Avaliação de Elegibilidade só pode ser usado para renovar a cobertura dos programas Washington Apple Health aqui listados. Para outra cobertura de cuidados de saúde, você deve solicitar on-line em www.wahealthplanfinder.org, ligando para 1-855-923-4633 ou por meio do HCA Application for Health Care Coverage (Solicitação de Cobertura de Saúde) (HCA 18-001).**

Quando posso começar a receber minha ajuda alimentar e financeira?

- Se precisar de assistência alimentar imediatamente, preencha as perguntas 1 a 14 e entregue este formulário a um escritório local. A decisão sobre seu direito à assistência alimentar sairá *dentro de 7 dias*, se você apresentar comprovação de sua identidade e atender às regras de elegibilidade.
- Disponibilizamos os benefícios até o dia seguinte à decisão sobre sua elegibilidade.
- A assistência alimentar geralmente começa no dia do recebimento de sua solicitação.
- A assistência financeira geralmente começa no dia em que forem reunidas todas as informações para a decisão de sua elegibilidade.
- Temos o prazo de 30 dias a partir da data de entrega da sua solicitação para decidir sobre sua elegibilidade para Assistência Alimentar.
- Se estiver entregando sua solicitação a partir de uma instituição, a data de início é contada da sua liberação ou dispensa.

Se estiver solicitando Assistência Alimentar e outros programas:

Devemos seguir as regras do SNAP para processar sua solicitação. Isso inclui o processamento da solicitação dentro dos prazos, a emissão de avisos adequados e a apresentação de informações sobre seus direitos administrativos. Não podemos negar a Assistência Alimentar somente com base na recusa de sua solicitação em outros programas de assistência.

Direitos Cívicos e Não Discriminação

De acordo com a lei federal de direitos civis e com os regulamentos e políticas de direitos civis do U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura dos EUA, USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), credo religioso, deficiência, idade, crenças políticas, ou aplicar represália ou retaliação por atos prévios relacionados a direitos civis.

As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. Pessoas com deficiência que necessitem de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo: braille, letras grandes, gravação de áudio, linguagem americana de sinais) devem entrar em contato com a agência (estadual ou local) em que os benefícios foram solicitados. Pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala podem entrar em contato com o USDA por meio do Federal Relay Service (Serviço de Transmissão Federal) pelo telefone (800) 877-8339.

Para registrar uma reclamação de discriminação do programa, o Reclamante deve preencher o Formulário AD-3027, Formulário de Reclamação do Programa de Discriminação do USDA, o qual pode ser obtido on-line em <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, ou em qualquer escritório do USDA, ou ligando para (833) 620-1071, ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, o endereço, o número de telefone do reclamante e uma descrição da ação discriminatória alegada, com detalhes suficientes para informar o Assistant Secretary for Civil Rights (Secretário Assistente de Direitos Cívicos, ASCR) sobre a natureza e a data da violação dos direitos civis sendo alegada.

O formulário AD-3027 preenchido ou a carta devem ser enviados para:

1. **correio:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; ou
2. **fax:** (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou
3. **e-mail:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta instituição é uma provedora de oportunidades iguais.

Status de Imigração e Números da Seguridade Social

É possível obter assistência para pessoas que moram com você, mesmo que algumas não possam por motivo do status de imigração. Você deve informar o status de imigração de qualquer pessoa solicitando assistência. O status de imigração dos membros do domicílio pode ser verificado pelo USCIS (anteriormente conhecido como INS). As informações recebidas pelo USCIS podem afetar a elegibilidade e os valores dos benefícios. Temos cobertura de saúde que pode abranger algumas pessoas estrangeiras.

De acordo com a Lei Federal (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), você deve fornecer o Social Security Number (Número da Seguridade Social, SSN) de qualquer pessoa morando em seu domicílio inscrita para Washington Apple Health, TANF ou assistência alimentar. Também podemos precisar dos SSNs de pais e cônjuges que morem com você, mas que não estão inscritos. Temos cobertura de saúde para algumas pessoas que não possuem SSNs.

Cidadania e Identidade para o Washington Apple Health

Cidadãos dos EUA devem comprovar sua cidadania e identidade para receber o Washington Apple Health. Podemos ajudar na obtenção de provas. Se precisarmos de um documento que lhe custará algum valor, nós faremos a solicitação e pagaremos os custos. Não precisamos de comprovantes de ninguém em seu domicílio que seja recipiente de Medicare, Social Security Disability Insurance (Seguro da Seguridade Social para Deficiência, SSDI) com base em sua própria deficiência ou Supplemental Security Income (Renda da Seguridade Suplementar, SSI).

Reembolso ao Estado por Cuidados Médicos e de Longo Prazo

De acordo com a lei de Recuperação de Espólio do Estado de Washington (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080), seu espólio pode precisar reembolsar os custos pagos pelo Estado por determinados tipos de serviços médicos e de longo prazo e pelas ajudas recebidas por você após completar 55 anos. Não há limite de idade se você recebeu serviços financiados exclusivamente pelo Estado. A Recuperação de Espólio é iniciada após a sua morte; o pagamento é devido após a morte do seu cônjuge sobrevivente, ou quando seu(s)/sua(s) filho(a)(s) completar(em) 21 anos de idade, a menos que o(a) filho(a) seja pessoa cega/com deficiência no momento da sua morte. O Estado pode apresentar um penhor pré-morte sobre o seu imóvel, em qualquer idade, se você morar em um lar de idosos e houver baixa probabilidade de retornar para sua casa. O Estado pode cobrar este penhor se você vender ou transferir o imóvel, ou após sua morte. No caso de você retornar para sua casa, o Estado removerá a penhora. Para mais informações, incluindo uma lista de serviços sujeitos à Recuperação de Espólio, consulte o Capítulo 182-527 WAC.

Privacidade e Sua Assistência Financeira e Alimentar

Segundo a Lei de Nutrição e Alimentos de 2008, temos permissão para coletar as informações requeridas em sua solicitação. Fornecer as informações solicitadas é um ato voluntário, no entanto, o não fornecimento de informações sem um motivo razoável pode resultar na recusa de benefícios de Alimentação Básica. Algumas informações são verificadas por computador, por meio de programas de buscas, incluindo o Income and Eligibility Verification System (Sistema de Verificação de Renda e Elegibilidade, IEVS) federal.

Usamos as informações para:	Podemos fornecer essas informações para:
<ul style="list-style-type: none">Decidir quem é elegível para nossos programas.Cobrar pagamentos indevidos.Gerenciar nossos programas.Garantir o cumprimento da lei.	<ul style="list-style-type: none">Agências federais e estaduais para uso oficial.Agências policiais em busca de fugitivos.Agências de cobrança privadas para cobrar pagamentos indevidos de assistência alimentar.

As informações comunicadas ao Department of Social and Health Services (Departamento de Serviços Sociais e de Saúde, DSHS) podem afetar a elegibilidade para a cobertura de saúde administrada pela Health Care Authority (Autoridade de Saúde) e pelo Health Benefit Exchange (Mercado de Benefícios de Saúde).

Aviso de Penalidade da Assistência Alimentar

Verificamos com outras agências a veracidade das informações. No caso de informações incorretas, os solicitantes podem ter a Assistência Alimentar recusada.

Qualquer pessoa que for encontrada violando intencionalmente as regras pode:

- Estar sujeita a processo sob quaisquer leis federais e estaduais aplicáveis.
- Ser impedida de receber SNAP por um ano ou permanentemente.
- Receber multa de até US\$ 250.000.
- Ser presa por até 20 anos.
- Ser impedida de receber SNAP por mais 18 meses, se assim for decidido em juízo.

No caso de condenação por:

Recebimento de benefícios em uma transação envolvendo:

Você pode:

- A venda de uma substância controlada Receber desqualificação de dois anos a permanente.
- A venda de armas de fogo, munição ou explosivos Receber desqualificação permanente.
- Tráfico de benefício superando um total de US\$500 Receber desqualificação permanente.
- Fraude de residência ou identidade Receber desqualificação de 10 anos.

Avaliação de Elegibilidade

Entre em contato se precisar de ajuda para preencher este formulário.

Somente para benefícios alimentares, se não conseguir preencher este formulário hoje, inicie o processo enviando seu **nome, endereço e assinatura**. É preciso uma assinatura na **Página 7 para terminar o formulário de avaliação de elegibilidade**. Podem ser necessárias informações adicionais e a realização de uma entrevista para a conclusão da análise de seu caso.

1. NOME INICIAIS DO NOME DO MEIO SOBRENOME	ASSINATURA DO SOLICITANTE OU DO REPRESENTANTE AUTORIZADO	2. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE (SE CONHECIDO)
3. ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA	CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL	4. NÚMERO DE TELEFONE PRINCIPAL <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> RECADO
5. ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA (SE DIFERENTE)	CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL	6. OUTROS NÚMEROS DE TELEFONE <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> RECADO
8. Estou solicitando assistência (marque todas aplicáveis): <input type="checkbox"/> Financeira <input type="checkbox"/> Residência Assistida / Casa de Família para Adultos <input type="checkbox"/> Alimentar <input type="checkbox"/> Serviços de cuidados de longo prazo em casa <input type="checkbox"/> Medicare Savings Program (Programa de Ajuda Financeira do Medicare) <input type="checkbox"/> Lar de idosos <input type="checkbox"/> Instituto Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Healthcare / Workers with Disabilities (Serviços de Saúde para Pessoas Trabalhadoras com Deficiência, HWD) <input type="checkbox"/> Cobertura de saúde para idosos, cegos ou pessoas com deficiência <input type="checkbox"/> Serviços de suporte personalizados para adultos mais velhos		7. ENDEREÇO DE E-MAIL
9. Eu ou alguém em meu domicílio (marque todas aplicáveis): <input type="checkbox"/> Está em situação de violência doméstica <input type="checkbox"/> Tem uma deficiência <input type="checkbox"/> Não pode trabalhar por problemas de saúde <input type="checkbox"/> Está grávida; nome: _____ data do parto: _____		
10. Qual o rendimento esperado, somando todos em seu domicílio, para esse mês? US\$ _____		
11. Somando todos em seu domicílio, qual o valor guardado em dinheiro ou em conta bancária? US\$ _____		
12. Qual o valor gasto com aluguel ou hipoteca em seu domicílio? US\$ _____		
13. Quais serviços essenciais são pagos em seu domicílio? <input type="checkbox"/> Aquecimento/refrigeração <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Outros: _____		
14. Alguém no seu domicílio é trabalhador agrícola sazonal ou migrante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
15. Se estiver solicitando assistência alimentar, para quantas pessoas em seu domicílio você compra e prepara alimentação? _____		

SOMENTE PARA USO INTERNO - Domicílio elegível para serviço rápido: Sim Não Iniciais do avaliador: _____ Data: _____

16. Preciso de intérprete: Eu falo: _____ ou linguagem de sinais; traduzir minhas cartas para: _____

17. Liste todos os membros do seu domicílio, mesmo que não esteja solicitando por essa pessoa (anexe folhas adicionais, se necessário).

NOME (PRIMEIRO, NOME DO MEIO, SOBRENOME)	GÊNERO	QUAL O SEU RELACIONAMENTO COM ESSA PESSOA?	DATA DE NASCIMENTO	MARQUE SE ESTIVER SOLICITANDO BENEFÍCIOS PARA ESSA PESSOA	OPCIONAL PARA NÃO SOLICITANTES			
					NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL	MARQUE SE FOR CIDADÃO AMERICANO	RAÇA (EXEMPLOS ABAIXO)	NOME DA TRIBO (Para indígenas norte-americanos, nativos do Alasca)
		Eu		<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"/>		

Barcode label



14078

NOME DO SOLICITANTE	NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE
---------------------	-----------------------------	------------------------------------

18. Minha origem étnica é hispânica ou latina: Sim Não

As informações sobre origem racial e étnica são voluntárias e não afetarão a elegibilidade ou os valores dos benefícios. Elas são usadas para garantir que os benefícios do programa sejam distribuídos independentemente de raça, cor ou nacionalidade. Para a Assistência Alimentar, o USDA exige que respondamos por você se nenhuma informação for fornecida. Selecionaremos “não relatado” na ausência de uma resposta. **Exemplos de raças:** branca, afro-descendente ou afro-americana, asiática, nativa do Havaí, nativa das ilhas do Pacífico, indígena norte-americana, nativa do Alasca ou qualquer combinação de raças.

I. Informações Gerais

- Nos últimos 30 dias, eu recebi dinheiro ou alimentos de outro estado, tribo, ou outra fonte. Sim Não
- A pessoa para quem estou solicitando mora fora do estado de Washington: Sim Não Quem _____
- Eu, ou alguém em meu domicílio, é uma pessoa estrangeira apoiada Sim Não Quem: _____
- Eu, ou alguém em meu domicílio, com 16 anos ou mais, está em (marque todas aplicáveis): Ensino Médio Programa de equivalência ao Ensino Médio Ensino Superior Escola Técnica Quem: _____
- Há uma pessoa temporariamente fora de minha casa: Sim Não Quem: _____
- Eu, ou alguém em minha casa, já serviu nas Forças Armadas, na Guarda Nacional ou nos Reservistas dos EUA ou é dependente ou cônjuge de alguém que já serviu: Sim Não Se sim, quem: _____
- Eu, ou alguém para quem estou solicitando, está na situação de fugitivo para evitar julgamento ou prisão por um crime: Sim Não
- Estou morando em: Casa ou apartamento próprios Residência coletiva Outro: _____
 Residência (liste o tipo): _____ Data de entrada: _____
- Eu sou: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viúvo(a)
 União Estável
- Eu, ou alguém em minha casa, foi condenado por trocar Assistência Alimentar por drogas após Setembro 22, 1996: Sim Não
- Eu, ou alguém em minha casa, foi condenado por comprar ou vender Assistência Alimentar por valor superior a US\$ 500, após Setembro 22, 1996: Sim Não
- Eu, ou alguém em minha casa, foi condenado por trocar Assistência Alimentar por armas, munições e explosivos após Setembro 22, 1996: Sim Não
- Eu, ou alguém em minha casa, foi condenado por receber Assistência Alimentar em mais de um estado após Setembro 22, 1996: Sim Não
- Eu ou alguém em minha casa é ou está: a. Em greve: Sim Não b. Pensionista: Sim Não
- Eu, ou alguém em meu domicílio, ganhou US\$ 4,500 ou mais em prêmios de loteria ou apostas: Sim Não
Se sim, quem: _____ Data de recebimento: _____
Valor (em dólares antes de impostos): _____

II. Informações de Seguro de Saúde (não necessário para Alimentação Básica)

Eu, meu cônjuge, ou alguém em meu domicílio:

- Planeja entrar, está internado ou saiu recentemente de uma estrutura médica (como um hospital ou lar de idosos) Sim Não
- Precisa de ajuda com contas médicas não pagas nos últimos três meses..... Sim Não
- Tem seguro saúde: Sim Não (marque todas aplicáveis): Medicare (não Washington Apple Health)
 Tricare Seguro Saúde de Longo-Prazo Indian Health Services (Serviços de Saúde Indígena)
 Outro Seguro de Saúde:

III. Recursos (anexar comprovante; não é necessário para HWD ou Alimentação Básica)

Um recurso é qualquer coisa que você possua ou compre e que possa ser vendida, negociada ou convertida em dinheiro ou valor em posse de outras pessoas. Não são considerados como recursos bens pessoais como móveis ou roupas.

Exemplos de recursos:

- Dinheiro em espécie
- Contas corrente
- Contas de poupança
- Fundos para a faculdade
- Fundos
- fiduciários
- IRA / 401k
- Casas, terrenos ou prédios
- CDs
- Conta do mercado monetário
- Títulos
- Fundo de aposentadoria
- Fundos de sepultamento, planos pré-pagos
- Equipamento comercial
- Gado
- Seguro de vida

NOME DO SOLICITANTE		NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE	
III. Recursos (anexar comprovante; não é necessário para HWD ou Alimentação Básica) (Continuação)					
1. Liste os recursos que você, seu cônjuge ou qualquer pessoa para quem você esteja solicitando, possui ou esteja comprando:					
RECURSO		PROPRIETÁRIO		LOCALIZAÇÃO	
				US\$	
2. Eu, meu cônjuge, ou alguém para quem estou solicitando, possui carros, caminhões, vans, barcos, trailers, ou outros tipos veículos motorizados:					
ANO (por exemplo, 1980)	FABRICANTE (por exemplo, FORD)	MODELO (por exemplo, ESCORT)	MARQUE SE ALUGADO	MARQUE SE O VEÍCULO É USADO PARA FINS MÉDICOS	MONTANTE DEVIDO
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$
3. Eu, meu cônjuge, ou alguém para quem estou solicitando, vendeu, negociou, doou ou transferiu um recurso nos últimos cinco anos (incluindo fundos, veículos ou patrimônios vitalícios): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, o quê: _____ quando: _____					
IV. Anuidades (investimentos feitos por qualquer membro do domicílio em troca de pagamentos regulares agora ou no futuro.)					
QUEM É O PROPRIETÁRIO DA ANUIDADE?		EMPRESA OU INSTITUIÇÃO?		MONTANTE OU VALOR	
				US\$	
Se você, ou seu cônjuge, tiver participação em uma anuidade e aceitar a cobertura do Washington Apple Health Cuidado de Longo Prazo, Relacionado a SSI ou cobertura CN, você deve nomear o Estado de Washington como beneficiário remanescente da anuidade.					
V. Renda auferida (anexar comprovante)					
1. Eu, meu cônjuge, ou alguém para quem estou solicitando, teve um emprego que terminou nos últimos 30 dias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
2. Eu, meu cônjuge, ou alguém para quem estou solicitando, tem renda de trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, preencher esta seção:					
RECIPIENTE DA RENDA			VALOR BRUTO RECEBIDO (VALOR EM DÓLARES ANTES DAS DEDUÇÕES)		
NOME E TELEFONE DO EMPREGADOR			US\$ _____: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanal		
DATA DE INÍCIO			<input type="checkbox"/> Bissemanal <input type="checkbox"/> Duas vezes ao mês <input type="checkbox"/> Mensal		
O trabalho é autônomo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Horas por semana: _____		
Valor mensal das despesas com o trabalho autônomo: US\$ _____			Dias de pagamento (por exemplo, 1° e 15°, ou toda sexta-feira):		
RECIPIENTE DA RENDA			VALOR BRUTO RECEBIDO (VALOR EM DÓLARES ANTES DAS DEDUÇÕES)		
NOME E TELEFONE DO EMPREGADOR			US\$ _____: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanal		
DATA DE INÍCIO			<input type="checkbox"/> Bissemanal <input type="checkbox"/> Duas vezes ao mês <input type="checkbox"/> Mensal		
O trabalho é autônomo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Horas por semana: _____		
Valor mensal das despesas com o trabalho autônomo: US\$ _____			Dias de pagamento (por exemplo, 1° e 15°, ou toda sexta-feira):		

NOME DO SOLICITANTE		NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE	
VI. Outra Renda (Anexar comprovante; Relate para todos os membros do domicílio)					
<ul style="list-style-type: none"> • Auxílios desemprego • Renda da Seguridade Social • Renda tribal • Renda de apostas • Benefícios educacionais (empréstimos estudantis, subsídios, trabalho - estudo) 		<ul style="list-style-type: none"> • Supplemental Security income (renda da Seguridade Suplementar, SSI) • Pensão alimentícia para menor ou para cônjuge • Benefícios ferroviários • Renda de aluguel • Aposentadoria ou pensão 		<ul style="list-style-type: none"> • Veteran Administration (Administração de Veteranos, VA) ou benefícios militares • Labor and Industries (Trabalho e Indústrias, L&I) • Fundos fiduciários • Participações / Dividendos 	
TIPO DE RENDIMENTO NÃO SALARIAL		RECIPIENTE DO RENDIMENTO?		VALOR MENSAL BRUTO	
				US\$	
VII. Despesas mensais					
ALUGUEL US\$	HIPOTECA US\$	ALUGUEL DE ESPAÇO US\$	SEGURO DE PROPRIETÁRIO US\$	IMPOSTOS IMOBILIÁRIOS US\$	OUTRAS TAXAS US\$
Em seu domicílio, quais serviços essenciais são pagos <u>separadamente</u> do aluguel ou da hipoteca?					
<input type="checkbox"/> Aquecimento (Elétrico/A gás) <input type="checkbox"/> Eletricidade (sem aquecimento) <input type="checkbox"/> Água <input type="checkbox"/> Telefone residencial/celular <input type="checkbox"/> Esgoto <input type="checkbox"/> Lixo					
Outra pessoa ou agência, como moradia subsidiada, contribui para o pagamento total ou parcial dessas despesas:					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quem: _____ Qual despesa: _____ Valor pago: US\$ _____					
<input type="checkbox"/> Recebi um pagamento da Low Income Home Energy Assistance Act (Lei de Assistência à Energia Elétrica para Residências de Baixa Renda, LIHEAA) nos últimos 12 meses.					
Eu, meu cônjuge, ou alguém de meu domicílio, paga ou deveria pagar (marque todos aplicáveis):					
<input type="checkbox"/> Cuidados com crianças ou adultos dependentes (incluindo custos com transporte)		Valor mensal: US\$		Quem paga:	
<input type="checkbox"/> Contas médicas para pessoas com deficiência ou com mais de 60 anos (incluindo custos com transporte e prêmios de seguro saúde)		Valor mensal: US\$		Quem paga:	
<input type="checkbox"/> Pensão alimentícia para menor (anexar comprovante)		Valor mensal: US\$		Quem paga:	
Se nenhuma das despesas listadas acima for informada, consideraremos como uma declaração de que o domicílio não deseja receber uma dedução pela despesa.					
VIII. Representante Autorizado					
Um Representante Autorizado é alguém que você autoriza a conversar com o DSHS sobre os seus benefícios. Você pode indicar alguém, mas não é obrigatório. Você tem um Representante Autorizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Essa pessoa é sua guardiã legal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Essa pessoa tem procuração? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Talvez seja necessário preencher o formulário de Representante Autorizado (DSHS 14-532) se você estiver renovando sua cobertura de saúde. Para Alimentação Básica, o Representante Autorizado é válido apenas para o período de certificação.					
NOME		RELACIONAMENTO		NÚMERO DE TELEFONE	
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA		CIDADE		ESTADO CÓDIGO POSTAL	
Autorização para Verificação de Ativos					
Somente para os programas para Idosos, Cegos ou Deficientes do Washington Apple Health.					
Entendo que as informações fornecidas para solicitar ou renovar a assistência estarão sujeitas à verificação por funcionários federais e estaduais para determinar sua veracidade. Autorizo a Health Care Authority (Autoridade de Saúde, HCA) do Estado de Washington e o Department of Social and Health Services (Departamento de Serviços Sociais e de Saúde, DSHS) a realizar a verificação de ativos para determinar minha elegibilidade e determinar a veracidade de minhas informações financeiras. Entendo que a HCA e o DSHS podem investigar e entrar em contato com qualquer instituição financeira, agência estadual ou federal, ou banco de dados privado, como parte do processo de verificação de ativos. Entendo que esta autorização termina quando uma decisão final adversa for tomada com relação à minha solicitação, minha elegibilidade para benefícios cessar ou no caso em que eu revogar esta autorização a qualquer momento, fornecendo à HCA ou ao DSHS uma notificação por escrito. Caso eu revogue ou me recuse a fornecer a autorização, entendo que não estarei elegível para nenhum programa de Assistência Médica para Idosos, Cegos ou Deficientes do Washington Apple Health.					

NOME DO SOLICITANTE	NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE	
Registro de Eleitor			
<p>O Departamento oferece serviços de registro de eleitor, incluindo o registro automático de eleitor. Solicitar ou recusar o registro de eleitor não afetará os serviços ou a quantidade de benefícios que você pode receber desta agência. Entre em contato se precisar de ajuda para preencher o registro de eleitor. Você é livre para decidir se quer buscar ou aceitar ajuda. Você pode preencher o formulário de registro de eleitor em sua casa. Se acredita que alguém interferiu em seu direito de solicitar ou recusar o registro de eleitor, no seu direito à privacidade para decidir se registrar ou solicitar o registro de eleitor, ou no direito de escolher um partido político ou outra preferência política, você pode registrar uma reclamação pelo: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p>Deseja se registrar para votar ou atualizar seu registro de eleitor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se não assinalar nenhuma caixa, consideraremos que decidiu não se registrar para votar neste momento, a menos que seja elegível e não recuse o registro automático de eleitor.</p> <p>A menos que tenha marcado “Não” acima, você pode estar qualificado para o registro automático de eleitor. Você é elegível para registro automático de eleitor se tiver 18 anos ou mais na próxima eleição, for cidadão dos Estados Unidos da América e o DSHS tiver seu nome, endereço residencial e postal, data de nascimento, comprovante de cidadania e sua assinatura atestando a veracidade das informações fornecidas neste requerimento.</p> <p>Quer ser registrado automaticamente para votar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se assinalou a caixa “Sim”, ou não tenha assinalado nenhuma caixa e atenda aos requisitos de elegibilidade para o registro automático de eleitor, o DSHS enviará suas informações ao Office of the Secretary of State (Escritório do Secretário de Estado) e você será automaticamente registrado para votar.</p>			
Declaração e Assinaturas (Assine abaixo para concluir sua Avaliação de Elegibilidade.)			
<p>Entendo que devo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações verídicas e da maneira solicitadas. • Fornecer comprovantes de minha elegibilidade. • Ceder alguns direitos sobre pensão alimentícia de menor ao Estado de Washington, quando eu for recipiente da Temporary Assistance for Needy Families (Assistência Temporária para Famílias Carentes, TANF). Entretanto, posso solicitar ao DSHS para abrir mão da pensão alimentícia de menor se isso colocar em risco a mim ou a meus filhos. • Cooperar com os requisitos de trabalho da assistência alimentar. <p>Se eu não seguir as medidas acima, meus benefícios podem ser negados ou ser exigido seu reembolso.</p> <p>Entendo que posso ser alvo de processo criminal se eu intencionalmente apresentar uma informação falsa ou omitir algo necessário.</p> <p>Autorizo o DSHS a entrar em contato com outras pessoas ou agências quando necessário, para me ajudar a obter provas de minha elegibilidade.</p> <p>Para assistência financeira e alimentar: li ou me explicaram sobre meus direitos e responsabilidades, e recebi uma cópia dos Direitos e Responsabilidades do Cliente, DSHS 14-113. Para cobertura de saúde, li ou me explicaram sobre meus direitos e responsabilidades, e recebi uma cópia dos Direitos e Responsabilidades do Cliente, HCA 18-003.</p> <p>Certifico ou declaro, sob pena de perjúrio, de acordo com as leis do Estado de Washington, que as informações que forneci nesta solicitação, incluindo as informações relativas à cidadania e status de pessoa estrangeira dos membros que solicitantes, são verdadeiras e corretas.</p> <p>Para assistência financeira, todos os adultos (ou representantes autorizados) do domicílio devem assinar.</p> <p>Para cobertura de saúde, o solicitante (ou representante autorizado deve assinar).</p> <p>Para assistência alimentar, tanto o solicitante quanto o representante autorizado devem assinar, a menos se já houver um documento de representante autorizado encaminhado.</p>			
ASSINATURA DO SOLICITANTE (OBRIGATÓRIA)	DATA	NOME LEGÍVEL DO SOLICITANTE	CIDADE E ESTADO ASSINADO
ASSINATURA DE OUTRO SOLICITANTE ADULTO	DATA	NOME LEGÍVEL DO OUTRO ADULTO	CIDADE E ESTADO ASSINADO
ASSINATURA DO ACOMPANHANTE OU REPRESENTANTE	DATA	NOME LEGÍVEL DO REPRESENTANTE	CIDADE E ESTADO ASSINADO
ASSINATURA DE TESTEMUNHA SE ASSINADO COM UM "X"	DATA	NOME LEGÍVEL DA TESTEMUNHA	