

Permohonan Washington Apple Health untuk Warga Tua, Buta, Kurang Upaya/Perkhidmatan dan Sokongan Jangka Masa Panjang

Gunakan permohonan ini untuk melihat kelayakan anda untuk perlindungan kesihatan jika:

- Anda memerlukan Perkhidmatan dan Sokongan Jangka Panjang (LTSS) seperti penjagaan rumah kejururawatan, kemudahan tempat tinggal dibantu, rumah keluarga dewasa, program penjagaan di rumah, atau Sokongan Terselaras untuk Orang Dewasa Lebih Tua (TSOA).
- Anda atau seseorang dalam isi rumah anda mempunyai Medicare.
- Anda memerlukan bantuan untuk membayar premium Medicare atau kos koinsurans.
- Anda atau seseorang dalam isi rumah anda berumur 65 tahun atau lebih.
- Anda atau seseorang dalam isi rumah anda mempunyai kecacatan dan tidak mempunyai Medicare.
- Untuk TSOA: Anda berumur 55 tahun atau lebih, dan anda atau penjaga tanpa gaji anda memerlukan sokongan.

Nota: Mohon atau perbaharui perlindungan Apple Health anda secara dalam talian melalui Washington Healthplanfinder di wahealthplanfinder.org atau dengan menghubungi 1-855-923-4633 jika anda:

- Seorang dewasa berumur 19 hingga 64 tahun.
- Memohon untuk kanak-kanak.
- Seorang ibu bapa atau penjaga yang memohon bersama kanak-kanak.
- Mengandung atau memohon untuk seseorang yang mengandung.

Mohon lebih cepat secara dalam talian

- Anda boleh menghantar permohonan dalam talian di washingtonconnection.org

Maklumat yang anda perlukan untuk memohon:

- Nombor keselamatan sosial
- Tarikh lahir
- Status imigresen
- Maklumat pendapatan
- Maklumat sumber dan aset (seperti baki akaun bank, saham, bon, amanah, akaun persaraan)

Kenapa kami meminta begitu banyak maklumat?

- Kami akan menggunakan maklumat tersebut untuk menentukan perlindungan kesihatan yang mungkin layak anda dapatkan. Kami menyimpan maklumat yang anda berikan sebagai rahsia seperti yang dikehendaki oleh undang-undang.

Tempat menghantar permohonan lengkap dan ditandatangani anda

Untuk Apple Health berdasarkan kecacatan, perlindungan Pelarian dan perlindungan untuk warga emas 65+, dan program yang membantu membayar premium dan perbelanjaan Medicare

- Pos permohonan anda ke:
DSHS
Community Services Division - Customer Service Center
PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- Faks permohonan anda ke 1-888-338-7410
- Bawa permohonan anda ke Pejabat Perkhidmatan Komuniti (CSO) setempat.
- Lihat dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office untuk lokasi
- Mohon secara dalam talian di washingtonconnection.org
- Mohon melalui telefon di 1-877-501-2233

Untuk perlindungan perkhidmatan dan sokongan jangka panjang seperti penjagaan rumah kejururawatan, penjagaan peribadi di rumah, kemudahan tempat tinggal dibantu, program rumah keluarga dewasa, dan TSOA

- Pos permohonan anda ke:
DSHS
Home and Community Services
PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826
- Untuk mencari pejabat Home and Community Services (HCS) setempat, layari **dshs.wa.gov/office-locations**
- Faks permohonan anda ke 1-855-635-8305
- Mohon secara dalam talian di **[washingtonconnection.org](https://www.washingtonconnection.org)**
- Untuk lebih banyak sumber LTSS, layari **dshs.wa.gov/altsa/resources**
- Untuk lebih banyak sumber TSOA, hubungi 1-855-567-0252 atau hubungi Area Agency on Aging (AAA) setempat anda untuk bercakap dengan Pakar Penjaga Keluarga. Cari pejabat AAA tempatan anda: **[waclc.org](https://www.waclc.org)**

Hak dan Tanggungjawab Perlindungan Kesihatan Anda

Hak anda (kami mesti) untuk semua program perlindungan kesihatan

Membantu anda membaca dan mengisi semua borang yang diminta. Anda boleh menghubungi Jabatan Perkhidmatan Sosial dan Kesihatan (DSHS) di 1-877-501-2233 untuk bantuan.

Menyediakan perkhidmatan jurubahasa atau penterjemah tanpa kos kepada anda dan tanpa kelewatan ketika berkomunikasi dengan DSHS atau Lembaga Kesihatan (HCA).

Menjaga maklumat peribadi anda secara rahsia tetapi kami mungkin berkongsi beberapa maklumat dengan agensi negeri dan persekutuan lain, institusi kewangan, dan kontraktor HCA untuk tujuan kelayakan dan pendaftaran.

Memberi anda peluang untuk merayu jika anda tidak bersetuju dengan penentuan yang dibuat oleh DSHS atau HCA yang mempengaruhi kelayakan anda untuk perlindungan kesihatan, perkhidmatan dan sokongan jangka panjang (LTSS), atau pelan kesihatan. Jika anda meminta rayuan, kes anda akan disemak. Untuk maklumat tentang rayuan untuk program DSHS, anda boleh menghubungi Pusat Khidmat Pelanggan DSHS di 1-877-501-2233 atau melawat Pejabat Perkhidmatan Komuniti tempatan anda.

Jika rayuan adalah untuk keputusan tentang perlindungan Washington Apple Health, yang tidak diselesaikan melalui semakan kes, anda akan dijadualkan untuk Perbicaraan Pentadbiran.

Melayan anda dengan adil. Diskriminasi adalah menyalahi undang-undang. DSHS dan HCA mematuhi undang-undang hak sivil persekutuan yang berkenaan dan tidak mendiskriminasi berdasarkan bangsa, warna kulit, asal usul negara, umur, kecacatan, atau jantina. DSHS dan HCA tidak mengecualikan orang atau melayan mereka dengan cara yang berbeza kerana bangsa, warna kulit, asal usul negara, umur, kecacatan, atau jantina.

DSHS dan HCA juga mematuhi undang-undang negeri yang berkenaan dan tidak mendiskriminasi berdasarkan kepercayaan, jantina, ekspresi atau identiti jantina, orientasi seksual, status perkahwinan, agama, status veteran yang diberhentikan dengan hormat atau status tentera, atau penggunaan anjing pemandu terlatih atau haiwan perkhidmatan oleh seseorang yang mempunyai kecacatan.

DSHS dan HCA:

- Menyediakan alat bantuan dan perkhidmatan percuma kepada orang kurang upaya supaya mereka dapat berkomunikasi dengan efektif dengan kami, seperti:
 - Penterjemah bahasa isyarat yang berkelayakan
 - Maklumat bertulis dalam format lain (cetak besar, audio, format elektronik yang boleh diakses, format lain)
- Menyediakan perkhidmatan bahasa percuma kepada orang yang bahasa utamanya bukan Bahasa Inggeris, seperti:
 - Penterjemah yang berkelayakan
 - Maklumat bertulis dalam bahasa lain

Jika anda memerlukan perkhidmatan ini, hubungi 1-877-501-2233.

Jika anda percaya bahawa DSHS atau HCA gagal menyediakan perkhidmatan ini atau mendiskriminasi dengan cara lain, anda boleh memfailkan aduan dengan:

• **DSHS**
ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
Faks: 1-888-338-7410
askdshs@dshs.wa.gov

• **HCA Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer
PO Box 42704
Olympia, WA 98504-2704
1-855-682-0787
Faks: 1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov

Anda boleh memfailkan aduan secara peribadi atau melalui telefon, mel, faks, atau email. Jika anda memerlukan bantuan untuk memfailkan aduan, Perkhidmatan Perlembagaan DSHS atau Bahagian Perkhidmatan Undang-undang HCA tersedia untuk membantu anda.

Anda juga boleh memfailkan aduan hak sivil dengan Jabatan Kesihatan dan Perkhidmatan Manusia A.S., Pejabat Hak Sivil secara elektronik di <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, atau melalui mel atau telefon di:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Tanggungjawab anda (anda mesti) untuk semua program perlindungan kesihatan

Pendedahan SSN dan Status Imigresen. Dengan beberapa pengecualian, anda mesti menyediakan Nombor Keselamatan Sosial (SSN) atau nombor dokumen imigresen diri sendiri atau sesiapa sahaja dalam isi rumah anda yang ingin memohon perlindungan kesihatan. SSN diperlukan untuk memohon kredit cukai premium insurans kesihatan. Kami menggunakan maklumat ini untuk menentukan kelayakan anda dengan mengesahkan identiti, kewarganegaraan, status imigresen, tarikh lahir, dan ketersediaan perlindungan kesihatan lain. Kami tidak berkongsi maklumat ini dengan mana-mana agensi imigresen.

Adalah mungkin untuk memohon perlindungan untuk beberapa ahli isi rumah anda, tetapi tidak untuk yang lain. Jika anda tidak mempunyai SSN atau nombor dokumen imigresen untuk semua ahli isi rumah, yang lain masih boleh memohon dan mendapat perlindungan. Sebagai contoh, anda boleh memohon untuk anak anda walaupun anda tidak layak untuk perlindungan. Memohon tidak akan menjejaskan status imigresen anda atau peluang menjadi penduduk tetap atau warganegara.

Terdapat juga beberapa program Apple Health Washington untuk orang yang tidak dapat menunjukkan bahawa mereka berada di negara ini secara sah. Tetapi jika anda memilih untuk tidak memberikan SSN atau nombor dokumen imigresen untuk seseorang dalam isi rumah anda, kami perlu menghubungi anda untuk mendapatkan maklumat tentang pendapatan bukan pemohon.

Jika diminta oleh agensi, berikan sebarang maklumat atau bukti yang diperlukan untuk memutuskan jika anda layak.

Perkara yang perlu anda ketahui untuk semua program perlindungan kesihatan

Terdapat undang-undang negeri dan persekutuan tertentu yang mengawal operasi Washington Connection dan sistem permohonan yang dikendalikan oleh negeri, hak dan tanggungjawab anda sebagai pengguna dan perlindungan yang anda dapatkan daripada penggunaannya. Dengan menggunakan sistem ini, anda bersetuju untuk mematuhi undang-undang yang berkenaan dengan penggunaannya dan perlindungan yang diperolehi sebagai hasilnya.

Akta Pendaftaran Pengundi Nasional 1973 memerlukan semua negeri menyediakan bantuan pendaftaran pengundi melalui pejabat bantuan awam mereka. Memohon untuk mendaftar atau menolak untuk mendaftar untuk mengundi tidak akan menjejaskan perkhidmatan atau manfaat yang akan diberikan oleh agensi ini. Anda boleh mendaftar untuk mengundi di www.vote.wa.gov atau memesan borang pendaftaran pengundi dengan menghubungi 1-800-448-4881.

Akta Kebolehalihragaan dan Akauntabiliti Insurans Kesihatan (HIPAA) menyekat HCA dan DSHS daripada membincangkan maklumat kesihatan anda atau mana-mana ahli isi rumah anda dengan sesiapa sahaja, termasuk wakil yang diberi kuasa, melainkan individu tersebut mempunyai kuasa wakil atau anda telah menandatangani borang persetujuan yang membenarkan pendedahan maklumat ini. Ini termasuk pendedahan maklumat kesihatan mental, HIV, AIDS, keputusan ujian STD, atau rawatan dan perkhidmatan pergantungan kimia.

Akta Penjagaan Mampu Milik menghalang DSHS dan HCA daripada memberikan maklumat yang boleh dikenal pasti secara peribadi (PII) anda atau mana-mana ahli isi rumah anda kepada sesiapa yang tidak diberi kuasa untuk menerimanya, dan tanpa persetujuan anda.

Maklumat yang anda berikan kepada DSHS dan HCA tertakluk kepada pengesahan oleh pegawai persekutuan dan negeri untuk tujuan menentukan kelayakan anda untuk perlindungan kesihatan. Pengesahan boleh termasuk kontak lanjutan daripada kakitangan agensi.

HCA dan DSHS tidak bertanggungjawab untuk mentadbir pelan insurans kesihatan anda. Pembawa insurans kesihatan anda boleh memberikan anda lebih banyak maklumat tentang manfaat anda. **Jika anda mempunyai soalan tentang syarat pelan insurans kesihatan anda, termasuk manfaat yang anda layak, dan membuat tuntutan manfaat atau merayu penolakan manfaat, anda harus menghubungi pembawa insurans kesihatan anda.**

Anda boleh memohon perkhidmatan penguatkuasaan sokongan melalui Bahagian Sokongan Kanak-kanak (DCS). Untuk mendapatkan permohonan untuk perkhidmatan ini, pergi ke www.childsupportonline.wa.gov atau hubungi pejabat DCS tempatan anda.

Hak anda (kami mesti) untuk Washington Apple Health sahaja

Menerangkan kepada anda hak dan tanggungjawab anda jika anda bertanya.

Membenarkan anda menghantar permohonan separa yang termasuk sekurang-kurangnya, nama, alamat, dan tandatangan anda atau tandatangan wakil yang diberi kuasa. Hari kami menerima permohonan separa adalah tarikh permohonan anda, yang mungkin mempengaruhi bila perlindungan anda menjadi berkuat kuasa. Kami tidak akan membuat keputusan akhir tentang perlindungan anda sehingga selepas anda melengkapkan permohonan.

Membenarkan anda menghantar permohonan atau permohonan separa menggunakan mana-mana kaedah yang disenaraikan di bawah WAC 182-503-0005.

Memproses permohonan anda dengan cepat dan tidak lebih lama daripada jangka masa yang dijelaskan dalam WAC 182-503-0060.

Memberi anda 10 hari kalendar untuk memberikan maklumat yang kami perlukan untuk menentukan kelayakan. Jika anda meminta lebih banyak masa, kami akan memberi anda lebih banyak masa. Jika anda tidak memberikan maklumat atau meminta lebih banyak masa, kami mungkin menolak, menutup, atau mengubah perlindungan kesihatan anda.

Membantu anda jika anda menghadapi kesukaran mendapatkan sebarang maklumat atau bukti yang diperlukan untuk kami menentukan jika anda layak. Jika kami memerlukan dokumen yang akan menelan kos, kami akan menghantarnya dan membayar kos tersebut.

Memberitahu anda, dalam kebanyakan kes, sekurang-kurangnya 10 hari sebelum kami menghentikan perlindungan kesihatan anda.

Memberi anda keputusan bertulis, dalam kebanyakan kes, dalam masa 45 hari. Perlindungan kesihatan untuk beberapa kes kecacatan mungkin mengambil masa sehingga 60 hari. Kami memberi keputusan bertulis untuk perubahan kehamilan dalam masa 15 hari.

Membenarkan anda menolak untuk bercakap dengan penyiasat jika kami mengaudit kes anda. Anda tidak perlu membenarkan penyiasat masuk ke rumah anda. Anda boleh meminta penyiasat datang semula pada masa lain. Permintaan sedemikian tidak akan menjejaskan kelayakan anda untuk perlindungan kesihatan.

Meneruskan perlindungan Washington Apple Health sementara kami menentukan jika anda layak untuk program lain mengikut WAC 182-504-0125.

Memberi anda perkhidmatan akses sama rata seperti yang dijelaskan dalam WAC 182-503-0120 jika anda layak.

Tanggungjawab anda (anda mesti) untuk Washington Apple Health sahaja

Melaporkan perubahan seperti yang diperlukan dalam WAC 182-504-0105 dan WAC 182-504-0110 dalam masa 30 hari dari perubahan. Baca surat kelulusan anda untuk melihat perubahan yang perlu anda laporkan.

Melengkapkan pembaharuan apabila diminta.

Memberi penyedia perubatan maklumat yang diperlukan untuk mengebilkan kami untuk perkhidmatan kesihatan.

Memohon Medicare jika anda layak untuknya.

Bekerjasama dengan kakitangan Jaminan Kualiti apabila diminta.

Memohon dan membuat usaha yang munasabah untuk mendapatkan pendapatan berpotensi dari sumber lain apabila anda memohon atau menerima perlindungan Washington Apple Health.

Perkara yang perlu anda ketahui untuk Washington Apple Health sahaja

Dengan meminta dan menerima Washington Apple Health, anda memberikan negeri Washington semua hak kepada sebarang sokongan perubatan dan kepada sebarang pembayaran pihak ketiga untuk kesihatan.

Agensi mungkin berkongsi sejarah imunisasi anak anda dengan Sistem Penjejakan Imunisasi Profil Kanak-kanak.

Maklumat yang anda laporkan mungkin diberikan kepada DSHS untuk menentukan kelayakan dan manfaat bulanan untuk program seperti perlindungan kesihatan, bantuan tunai, bantuan makanan dan subsidi penjagaan anak.

Menurut undang-undang, Negeri Washington mungkin memulihkan kos yang dibayarnya untuk perkhidmatan perubatan tertentu daripada harta pusaka anda melalui Pemulihan Harta Pusaka (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, dan Bab 182-527 WAC). Pemulihan Harta Pusaka tidak berlaku sehingga selepas kematian anda, kematian pasangan anda yang masih hidup, dan anak-anak anda yang masih hidup berumur 21 tahun atau lebih. Pemulihan Harta Pusaka tersebut juga tidak berlaku jika terdapat seorang anak yang masih hidup buta atau cacat pada masa kematian anda. Kos yang boleh dipulihkan termasuk:

- Perkhidmatan dan sokongan jangka panjang Washington Apple Health tertentu jika anda berumur 55 tahun atau lebih pada masa anda menerima perkhidmatan tersebut;
- Perkhidmatan yang dibiayai hanya oleh negeri tertentu, tanpa mengira umur anda pada masa anda menerima perkhidmatan tersebut.

Anda boleh mendapati senarai perkhidmatan yang tertakluk kepada pemulihan kos di bawah WAC 182-527-2742. Anda boleh mendapati senarai aset yang dikecualikan daripada pemulihan di bawah WAC 182-527-2746.

Pemerintah Negeri juga boleh memfailkan lien pra-kematian pada harta tanah anda, pada mana-mana umur, jika anda menjadi terinstitusi secara kekal (WAC 182-527-2734). Pemerintah Negeri boleh memulihkan daripada jualan harta tersebut atau harta pusaka anda melainkan:

- Pasangan anda tinggal di harta tersebut;
- Adik-beradik anda tinggal di harta tersebut, merupakan pemilik bersama, dan memenuhi syarat tertentu.
- Anak anda tinggal di harta tersebut, dan adalah buta atau cacat; atau
- Anak anda tinggal di harta tersebut dan berumur kurang daripada 21 tahun.

Anda boleh mendapati senarai perkhidmatan yang tertakluk kepada pemulihan kos di bawah lien pra-kematian dalam WAC 182-527-2734.

Anda mungkin dihadkan kepada satu penyedia penjagaan kesihatan, satu farmasi, dan/atau satu hospital jika anda mendapatkan perkhidmatan kesihatan yang tidak perlu daripada penyedia.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទេវលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ພຣິໄດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨੁਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚዎችን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

Permohonan Washington Apple Health untuk Warga Tua, Buta, Kurang Upaya/Perkhidmatan dan Sokongan Jangka Masa Panjang

1

Nama pemohon dan maklumat hubungan

Nama pertama (Diri Sendiri)

Nama Tengah

Nama Akhir

Nombor ID Pelanggan (Jika berkenaan)

Tandatangan pemohon atau wakil yang diberi kuasa

Alamat tempat tinggal anda (Diperlukan)

Daerah

Bandar

Negeri

Kod Zipe

Tandakan kotak ini jika anda tidak mempunyai alamat fizikal

Alamat surat-menyurat (jika berbeza)

Daerah

Bandar

Negeri

Kod Zip

Nombor telefon utama

Cell

E-mel

Jika tinggal di kemudahan, senaraikan nama dan alamat kemudahan tersebut, jika berbeza daripada yang di atas:

Nama kemudahan

Alamat kemudahan

Daerah

Bandar

Negeri

Kod Zip



18005

Orang Hitam atau Afrika Amerika

Hawai

Bangsa Lain

Cambodia

Jepun

Samoa

Nama (Pertama, Tengah, Akhir)

Jantina yang ditentukan ketika lahir

Hubungan dengan anda?

Tarikh lahir

Nombor sekuriti sosial (SSN)*

Adakah anda ingin perlindungan untuk orang ini?

Ya Tidak

Status warganegara atau bukan warganegara: **(tanda satu)**

Warganegara A.S. Ya Tidak

Penduduk Washington Ya Tidak

Adakah anda berasal daripada keturunan Hispanik, Latino, atau Sepanyol? (OPSYEN)

Cuba

Mexico/Mexico-Amerika/Chicano

Bukan Sepanyol/Hispanik

Lain-lain Sepanyol/Hispanik

Puerto Rica

Bangsa (OPSYEN – pilih hingga lima yang berkenaan)

Orang Asli Amerika atau Orang Asli Alaska

Cina

Korea

Thai

Asia

Filipino

Laos

Vietnam

Asia India

Guam

Penduduk Pulau Pasifik Lain

Orang Putih

Orang Hitam atau Afrika Amerika

Hawai

Bangsa Lain

Cambodia

Jepun

Samoa

Nama (Pertama, Tengah, Akhir)

Jantina yang ditentukan ketika lahir

Hubungan dengan anda?

Tarikh lahir

Nombor Sekuriti Sosial (SSN)*

Adakah anda ingin perlindungan untuk orang ini?

Ya Tidak

Status warganegara atau bukan warganegara: **(tanda satu)**

Warganegara A.S. Ya Tidak

Penduduk Washington Ya Tidak

Adakah anda berasal daripada keturunan Hispanik, Latino, atau Sepanyol? (OPSYEN)

Cuba

Mexico/Mexico-Amerika/Chicano

Bukan Sepanyol/Hispanik

Lain-lain Sepanyol/Hispanik

Puerto Rica

Bangsa (OPSYEN – pilih hingga lima yang berkenaan)

Orang Asli Amerika atau Orang Asli Alaska	Cina	Korea	Thai
Asia	Filipino	Laos	Vietnam
Asia India	Guam	Penduduk Pulau Pasifik Lain	Orang Putih
Orang Hitam atau Afrika Amerika	Hawai	Bangsa Lain	
Cambodia	Jepun	Samoa	

Nama (Pertama, Tengah, Akhir)

Jantina yang ditentukan ketika lahir

Hubungan dengan anda?

Tarikh lahir

Nombor Sekuriti Sosial (SSN)*

Adakah anda ingin perlindungan untuk orang ini? Ya Tidak

Status warganegara atau bukan warganegara: **(tanda satu)**

Warganegara A.S. Ya Tidak Penduduk Washington Ya Tidak

Adakah anda berasal daripada keturunan Hispanik, Latino, atau Sepanyol? (OPSYEN)

Cuba	Mexico/Mexico-Amerika/Chicano	Bukan Sepanyol/Hispanik
Lain-lain Sepanyol/Hispanik	Puerto Rica	

Bangsa (OPSYEN – pilih hingga lima yang berkenaan)

Orang Asli Amerika atau Orang Asli Alaska	Cina	Korea	Thai
Asia	Filipino	Laos	Vietnam
Asia India	Guam	Penduduk Pulau Pasifik Lain	Orang Putih
Orang Hitam atau Afrika Amerika	Hawai	Bangsa Lain	
Cambodia	Jepun	Samoa	

Nama (Pertama, Tengah, Akhir)

Jantina yang ditentukan ketika lahir

Hubungan dengan anda?

Tarikh lahir

Nombor Sekuriti Sosial (SSN)*

Adakah anda ingin perlindungan untuk orang ini? Ya Tidak

Status warganegara atau bukan warganegara: **(tanda satu)**

Warganegara A.S. Ya Tidak Penduduk Washington Ya Tidak

Adakah anda berasal daripada keturunan Hispanik, Latino, atau Sepanyol? (OPSYEN)

Cuba	Mexico/Mexico-Amerika/Chicano	Bukan Sepanyol/Hispanik
Lain-lain Sepanyol/Hispanik	Puerto Rica	

Bangsa (OPSYEN – pilih hingga lima yang berkenaan)

Orang Asli Amerika atau Orang Asli Alaska	Cina	Korea	Thai
Asia	Filipino	Laos	Vietnam
Asia India	Guam	Penduduk Pulau Pasifik Lain	Orang Putih
Orang Hitam atau Afrika Amerika	Hawaii	Bangsa Lain	
Cambodia	Jepun	Samoa	

*HCA tidak berkongsi maklumat ini dengan mana-mana agensi imigresen untuk tujuan penguatkuasaan imigresen. Biarkan kosong jika anda tidak mempunyai Nombor Keselamatan Sosial (SSN).

6

Maklumat umum

1. Dalam 30 hari yang lalu, saya, pasangan saya, atau seseorang dalam isi rumah saya menerima liputan penjagaan kesihatan dari negeri lain, suku asli atau sumber lain?
Ya Tidak jika ya, terangkan _____
2. Saya, pasangan saya, atau seseorang dalam isi rumah saya menerima Pendapatan Keselamatan Tambahan (SSI) di negeri lain?
Ya Tidak Jika ya, siapa? _____
3. Saya, pasangan saya, atau seseorang dalam isi rumah saya adalah imigran yang ditaja?
Ya Tidak Jika ya siapa? _____
4. Saya, pasangan saya, atau seseorang dalam isi rumah saya telah berkhidmat dalam Angkatan Tentera A.S., Pengawal Nasional, atau Simpanan, atau telah menjadi tanggungan atau pasangan kepada seseorang yang telah berkhidmat:
Ya Tidak Jika ya, siapa? _____
5. Saya mempunyai tanggungan cukai yang belum saya masukkan dalam permohonan saya yang tidak tinggal bersama saya?
Ya Tidak Jika ya, senaraikan namatanggungan cukai(i) _____

6. Saya: Bujang Berkahwin serta tinggal bersama pasangan Berkahwin namun tidak tinggal bersama pasangan Bercerai Duda/Janda Didaftarkan dalam Perhubungan Domestik Sah berpisah

7

Pendapatan pekerjaan atau pekerjaan sendiri (Bukti dilampirkan)

Pendapatan yang diperoleh adalah wang yang diperoleh daripada pekerjaan atau pekerjaan sendiri, beberapa contoh* termasuk

Pekerjaan:

- Gaji, upah atau tip yang dikenakan cukai pendapatan persekutuan pada Borang W-2, kotak 1
- Bonus dan komisen
- Bayaran pelan pencen
- Pendapatan daripada pekerjaan di mana majikan anda tidak menahan cukai (seperti pekerjaan ekonomi gig)

- Memandu kereta untuk perkhidmatan tempahan atau penghantaran
- Melakukan tugas atau tugas
- Menjual barang dalam talian
- Menyediakan perkhidmatan kreatif atau profesional
- Menyediakan kerja sementara, atas permintaan atau kerja bebas lain
- Manfaat daripada mogok kesatuan

Bekerja Sendiri:

- Memiliki atau mengendalikan perniagaan
- Memiliki atau mengendalikan ladang
- Menteri atau ahli pemerintah agama
- Pekerja statutori dan mempunyai pendapatan

***Sumber: irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables**

1. Saya, pasangan saya, atau seseorang yang saya memohon untuk mendapat pendapatan daripada kerja _____ Ya
Tidak Jika ya, sila lengkapkan bahagian ini.

2. _____
Siapa yang memperoleh pendapatan ini: _____ Nama majikan _____ Nombor telefon majikan _____

_____ Adakah pekerjaan ini pekerjaan bekerja sendiri? Ya Tidak
Tarikh mula _____

Jumlah kasar diterima (Jumlah dalam Dolar sebelum potongan) _____ setiap: Jam _____ Minggu _____ Dua minggu _____
Dua kali sebulan _____ Bulan _____

_____ Jam per minggu _____ Tarikh pembayaran (contohnya, 1hb dan 15hb, atau setiap hari Jumaat) _____

3. _____
Siapa yang memperoleh pendapatan ini: _____ Nama majikan _____ Telefon majikan _____

_____ Adakah pekerjaan ini pekerjaan bekerja sendiri? Ya Tidak
Tarikh mula _____

Jumlah kasar diterima (Jumlah dalam Dolar sebelum potongan) _____ setiap: Jam _____ Minggu _____ Dua minggu _____
Dua kali sebulan _____ Bulan _____

8

Pendapatan Lain (Untuk semua ahli isi rumah) (Sertakan bukti)

1. Contoh pendapatan lain adalah:

- Sokongan Kanak-kanak atau Pemeliharaan Pasangan
- Faedah Pendidikan (Pinjaman Pelajar, Geran, Kerja Sambilan)
- Pendapatan Permainan
- Hadiah (Sokongan Tunai/ Kad Hadiah)
- Faedah/Dividen
- Buruh dan Industri (L&I)
- Faedah Kereta Api
- Pendapatan Sewaan
- Persaraan atau Pencen
- Kontrak Jualan/Nota Promissory
- Keselamatan Sosial
- Pendapatan Tambahan Keselamatan (SSI)
- Pendapatan Suku Asli
- Amanah
- Faedah Pengangguran
- Pentadbiran Veteran (VA) atau Faedah Tentera
- Lain-lain

2. Senarai pendapatan lain yang anda, pasangan anda, atau sesiapa yang anda memohon untuk menerima:

_____	_____	_____	_____	_____
Jenis pendapatan lain	Siapa yang menerima pendapatan	Jumlah bulanan kasar	Siapa yang menerima pendapatan	Jumlah bulanan kasar
_____	_____	_____	_____	_____
Jenis pendapatan lain	Siapa yang menerima pendapatan	Jumlah bulanan kasar	Siapa yang menerima pendapatan	Jumlah bulanan kasar
_____	_____	_____	_____	_____
Jenis pendapatan lain	Siapa yang menerima pendapatan	Jumlah bulanan kasar	Siapa yang menerima pendapatan	Jumlah bulanan kasar
_____	_____	_____	_____	_____
Jenis pendapatan lain	Siapa yang menerima pendapatan	Jumlah bulanan kasar	Siapa yang menerima pendapatan	Jumlah bulanan kasar
_____	_____	_____	_____	_____
Jenis pendapatan lain	Siapa yang menerima pendapatan	Jumlah bulanan kasar	Siapa yang menerima pendapatan	Jumlah bulanan kasar

3. Saya, pasangan saya, atau seseorang dalam isi rumah saya menerima pendapatan daripada pelaburan anuiti? Ya Tidak

_____ Siapa pemilik anuiti	_____ Syarikat atau institut	_____ Jumlah atau nilai	_____ Pendapatan bulanan	_____ Tarikh pembelian
_____ Siapa pemilik anuiti	_____ Syarikat atau insitut	_____ Jumlah atau nilai	_____ Pendapatan bulanan	_____ Tarikh pembelian

9

Perbelanjaan Perumahan (Lampirkan bukti jika memohon untuk LTSS)

_____ Sewa	_____ Pinjaman Rumah	_____ Sewa ruang	_____ Bayaran bulanan pemilik rumah.	_____ Cukai harta	_____ Perbelanjaan lain
---------------	-------------------------	---------------------	---	----------------------	----------------------------

Adakah anda menerima bantuan dari individu atau agensi lain, seperti perumahan subsidi yang membayar semua atau sebahagian daripada perbelanjaan ini?

Ya Tidak Jika ya, siapa? _____

10

Potongan

1. Saya, pasangan saya, atau seseorang yang saya mohon untuk membayar atau sepatutnya membayar:

_____ Penjagaan kanak-kanak atau dewasabergantung	_____ Jumlah bulanan	_____ Siapa yang membayar
_____ Sokongan kanak-kanak yang diarahkan oleh mahkamah	_____ Jumlah bulanan	_____ Siapa yang membayar
_____ Yuran penerima	_____ Jumlah bulanan	_____ Siapa yang membayar
_____ Yuran penjaga	_____ Jumlah bulanan	_____ Siapa yang membayar
_____ Yuran peguam yang diarahkan oleh mahkamah	_____ Jumlah bulanan	_____ Siapa yang membayar
_____ Perbelanjaan perubatan berulang (termasuk premium Medicare atau insurans kesihatan lain yang anda bayar)	_____ Jumlah bulanan	_____ Siapa yang membayar

2. Saya, pasangan saya, atau seseorang yang saya mohonkan mempunyai hutang perubatan?

_____ Jenis perbelanjaan perubatan	_____ Tarikh dibelanja	_____ Jumlah terhutang	_____ Siapa yang berhutang
_____ Jenis perbelanjaan perubatan	_____ Tarikh dibelanja	_____ Jumlah terhutang	_____ Siapa yang berhutang
_____ Jenis perbelanjaan perubatan	_____ Tarikh dibelanja	_____ Jumlah terhutang	_____ Siapa yang berhutang

3. Saya, pasangan saya, atau seseorang yang saya mohon mempunyai kecacatan dan sedang bekerja serta mempunyai perbelanjaan yang menyokong pekerjaan? Ini dipanggil Perbelanjaan Kerja Berkaitan Kekacatan (IRWE):

Ya Tidak Jika ya, berikan jumlah IRWE _____

11

Sumber-sumber (Lampirkan Bukti)

(Langkau bahagian ini jika hanya memohon Program Simpanan Medicare (MSP) atau Apple Health untuk Pekerja dengan Kekacatan (HWD))

1. Sumber ialah apa-apa yang anda miliki atau sedang beli yang boleh dijual, diperdagangkan, atau ditukarkan kepada wang tunai atau wang yang dipegang oleh orang lain. Sumber tidak termasuk harta peribadi seperti perabot, barang rumah tangga, atau pakaian. Contoh-contoh sumber adalah:

- Wang Tunai
- Akaun Semasa
- Akaun Simpanan
- CD (Sijil Deposit)
- Akaun Pasaran Wang
- Bon Simpanan
- Bon
- Dana Bersama
- Saham
- Anuiti
- Amanah
- IRA (Akaun Persaraan Individu)
- 401K
- Dana Persaraan
- Rumah, termasuk yang anda diami
- Dana Pengkebumian
- Kondominium
- Tanah
- Kontrak Jualan
- Bangunan
- Harta Hayat
- Insurans Hayat
- Pelan Pengebumian Prabayar
- Dana Kolej
- Hak Milik Berkongsi
- Peralatan Perniagaan
- Peralatan Ladang
- Ternakan

2. Senaraikan sumber yang anda, pasangan anda, atau sesiapa yang anda mohonkan miliki atau sedang beli:

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Jenis sumber	Siapa pemilik	Lokasi	Nilai	Siapa pemilik	Lokasi	Nilai
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Jenis sumber	Siapa pemilik	Lokasi	Nilai	Siapa pemilik	Lokasi	Nilai
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Jenis sumber	Siapa pemilik	Lokasi	Nilai	Siapa pemilik	Lokasi	Nilai
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Jenis sumber	Siapa pemilik	Lokasi	Nilai	Siapa pemilik	Lokasi	Nilai

3. Saya, pasangan saya, atau seseorang yang saya mohonkan memiliki kereta, trak, van, bot, RV, treler, atau kenderaan bermotor lain.:

_____	_____	_____	_____
Tahun (cth., 2010)	Buatan (cth., Ford)	Model (cth., Escort)	Jumlah terhutang
_____	_____	_____	_____
Tanda jika dipajak	Tanda jika digunakan untuk tujuan perubatan		
_____	_____	_____	_____
Tahun (cth., 2010)	Buatan (cth., Ford)	Model (cth., Escort)	Jumlah terhutang
_____	_____	_____	_____
Tanda jika dipajak	Tanda jika digunakan untuk tujuan perubatan		

12

Sumber LTSS tambahan (Lengkapkan hanya jika anda memohon untuk perkhidmatan LTSS)

1. Saya, pasangan saya, atau seseorang yang saya mohonkan memiliki atau sedang membeli rumah yang merupakan kediaman utama:

_____	_____	_____
Alamat harta	Nilai semasa (Per penilai)	Jumlah pinjaman yang terhutang pada harta
_____	_____	_____
Alamat harta	Nilai semasa (Per penilai)	Jumlah pinjaman yang terhutang pada harta

2. Saya, pasangan saya, atau seseorang yang saya pohonkan telah menjual, mendagangmemberi, atau memindahkan sumber daya dalam lima tahun terakhir (termasuk hartanah amanah, kenderaan, wang tunai, atau harta seumur hidup)?

Ya Tidak Jika ya, lengkapkan yang berikut: (lampirkan helaian tambahan, jika perlu)

_____	_____	_____	_____
Jenis sumber	Tarikh dipindah	Nilai sumber yang dipindah	Pindah kepada siapa
_____	_____	_____	_____
Jenis sumber	Tarikh dipindah	Nilai sumber yang dipindah	Pindah kepada siapa

13

Insurans Penjagaan Jangka Panjang (Tidak diperlukan untuk Program Simpanan Medicare)

Saya/kami mempunyai insurans penjagaan jangka panjang? Ya Tidak Adakah ini polisi Rakan Kongsi Penjagaan

Jangka Panjang (LTCP) yang layak? Ya Tidak

Jika ya, sila senaraikan nama(-nama) syarikat insurans dan siapa yang dilindungi oleh polisi tersebut:

_____	_____	_____	_____	_____
Syarikat insurans	Nombor polisi	Nama pemegang polisi	Orang yang dilindungi	Nilai dolar (jika LTCP)
_____	_____	_____	_____	_____
Syarikat insurans	Nombor polisi	Nama pemegang polisi	Orang yang dilindungi	Nilai dolar (jika LTCP)

Untuk menyertakan sebarang komen tambahan bagi permohonan ini, lampirkan helaian dengan maklumat tersebut.

14

Maklumat Wakil yang Dibenarkan

Wakil yang dibenarkan adalah mana-mana orang dewasa yang mengetahui keadaan isi rumah dan dibenarkan oleh isi rumah untuk bertindak bagi pihak isi rumah bagi tujuan kelayakan.

Dengan melantik wakil yang dibenarkan, anda memberi kebenaran kepada wakil yang dibenarkan untuk:

- Menandatangani permohonan bagi pihak anda;
- Menerima notis berkaitan dengan permohonan dan akaun anda; dan
- Bertindak bagi pihak anda untuk semua urusan berkaitan permohonan dan akaun.

1. Adakah anda melantik wakil yang sah? Ya Tidak

2. Adakah anda mahu wakil sah anda menerima notis yang berkaitan dengan permohonan dan akaun anda? Ya Tidak

3. Adakah wakil sah ini penjaga yang sah di sisi undang-undang

Ya Tidak Jika ya, untuk siapa: _____

4. Adakah wakil sah ini mempunyai kuasa wakil?

Ya Tidak Jika ya, untuk siapa: _____

Nama / org wakil yang sah

Nombor telefon

Alamat e-mel

Alamat surat wakil sah

Membayar Balik Negeri untuk Liputan Penjagaan Kesihatan dan Penjagaan Jangka Panjang:

Menurut undang-undang, Negeri Washington mungkin memulihkan kos yang dibayarnya untuk perkhidmatan perubatan tertentu daripada harta pusaka anda melalui Pemulihan Harta Pusaka (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, dan Bab 182-527 WAC). Pemulihan Harta Pusaka tidak berlaku sehingga selepas kematian anda, kematian pasangan anda yang masih hidup, dan anak-anak anda yang masih hidup berumur 21 tahun atau lebih. Pemulihan Harta Pusaka tersebut juga tidak berlaku jika terdapat seorang anak yang masih hidup buta atau cacat pada masa kematian anda. Kos yang boleh dipulihkan termasuk: Perkhidmatan dan sokongan jangka panjang Washington Apple Health tertentu jika anda berumur 55 tahun atau lebih pada masa anda menerima perkhidmatan tersebut.

Perkhidmatan yang dibiayai hanya oleh negeri tertentu, tanpa mengira umur anda pada masa anda menerima perkhidmatan tersebut.

Untuk maklumat lanjut, anda boleh mendapati senarai perkhidmatan yang tertakluk kepada pemulihan kos di bawah WAC 182-527-2742. Anda boleh mendapati senarai aset yang dikecualikan daripada pemulihan di bawah WAC 182-527-2746.

Pemerintah Negeri juga boleh memfailkan lien pra-kematian pada harta tanah anda, pada mana-mana umur, jika anda menjadi terinstitusi secara kekal (WAC 182-527-2734). Pemerintah Negeri boleh memulihkan daripada jualan harta tersebut atau harta pusaka anda melainkan:

- Pasangan anda tinggal di harta tersebut;
- Adik-beradik anda tinggal di harta tersebut, merupakan pemilik bersama, dan memenuhi syarat tertentu.
- Anak anda tinggal di harta tersebut, dan adalah buta atau cacat; atau
- Anak anda tinggal di harta tersebut dan berumur kurang daripada 21 tahun.

Anda boleh mendapati senarai perkhidmatan yang tertakluk kepada pemulihan kos di bawah lien pra-kematian dalam WAC 182-527-2734.

Penyerahan Hak dan Kerjasama:

Dengan menerima liputan Washington Apple Health, anda menyerahkan bayaran pihak ketiga untuk penjagaan perubatan kepada Negeri Washington. Ini bermaksud bahawa Negeri akan mengebil mana-mana pelan insurans lain yang diwajibkan secara sah untuk menanggung sebarang perbelanjaan perubatan anda (ini boleh menjadi pelan insurans bekas pasangan atau ibu bapa yang anda tidak lagi tinggal bersama). Pelanggan pelan insurans tersebut boleh menerima maklumat mengenai perbelanjaan perubatan anda yang dibayar oleh pelan tersebut. Jika anda percaya ini boleh membahayakan anda atau anak-anak anda, anda boleh meminta kami untuk tidak mengejar bayaran pihak ketiga untuk penjagaan perubatan. Dengan menerima liputan Washington Apple Health, anda menyerahkan bayaran pihak ketiga untuk penjagaan perubatan kepada Negeri Washington.

Pendedahan Anuiti:

Jika anda atau pasangan anda mempunyai kepentingan dalam anuiti dan anda menerima faedah Penjagaan Jangka Panjang Washington Apple Health (Medicaid), anda mesti menamakan Negeri Washington sebagai penerima baki anuiti tersebut.

Hak Pendengaran Pentadbiran:

Jika anda tidak bersetuju dengan keputusan mengenai liputan penjagaan kesihatan atau perkhidmatan penjagaan jangka panjang anda, anda mempunyai hak untuk merayu melalui proses pendengaran pentadbiran. Anda juga boleh meminta penyelia dan pentadbir untuk menyemak keputusan atau tindakan yang dipertikaikan tanpa menjejaskan hak anda kepada pendengaran pentadbiran.

Saya faham bahawa maklumat yang saya berikan untuk memohon atau memperbaharui bantuan akan tertakluk kepada pengesahan oleh pegawai persekutuan dan negeri untuk menentukan kesahihannya. Saya memberi kuasa kepada Pihak Berkuasa Penjagaan Kesihatan Negeri Washington (HCA) dan Jabatan Perkhidmatan Sosial dan Kesihatan (DSHS) untuk menjalankan pengesahan aset untuk menentukan kelayakan saya dan mengesahkan ketepatan maklumat kewangan saya. Saya faham HCA dan DSHA akan menyiasat dan menghubungi mana-mana institusi kewangan sebagai sebahagian daripada proses pengesahan aset. Saya faham kebenaran ini berakhir apabila keputusan buruk akhir dibuat pada permohonan saya, kelayakan saya untuk faedah berakhir, atau jika saya membatalkan kebenaran ini pada bila-bila masa dengan memberikan notis bertulis kepada HCA atau DSHS. Sekiranya saya membatalkan atau menolak untuk memberikan kebenaran, saya faham bahawa saya tidak akan layak untuk sebarang program Medicaid untuk Warga Tua, Buta, atau Kurang Upaya (berkaitan SSI) Washington Apple Health.

Membatalkan atau menolak untuk membenarkan pengesahan aset tersebut tidak menjejaskan kelayakan untuk Sokongan Terselaras untuk Orang Dewasa Lebih Tua (TSOA).

Jabatan menawarkan perkhidmatan pendaftaran pengundi, termasuk pendaftaran pengundi automatik.

Memohon untuk mendaftar atau menolak untuk mendaftar untuk mengundi tidak akan menjejaskan perkhidmatan atau jumlah faedah yang anda terima daripada agensi ini. Jika anda memerlukan bantuan untuk mengisi borang pendaftaran pengundi, kami akan membantu anda. Jika anda memerlukan bantuan untuk mengisi borang pendaftaran pengundi, kami akan membantu anda. Anda boleh melengkapkan borang tersebut secara peribadi. Jika anda percaya seseorang telah mengganggu hak anda untuk mendaftar atau menolak untuk mendaftar untuk mengundi, hak anda terhadap privasi dalam memutuskan sama ada untuk mendaftar, atau hak anda untuk memilih parti politik atau pilihan politik anda sendiri, anda boleh mengajukan aduan kepada Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, email elections@sos.wa.gov, atau hubungi 1-800-448-4881.

Adakah anda ingin mendaftar untuk mengundi atau mengemas kini pendaftaran pengundi anda? Ya Tidak

Jika anda tidak menandakan mana-mana kotak, kami akan menganggap anda memutuskan untuk tidak mendaftar untuk mengundi pada masa ini, kecuali jika anda layak untuk, dan tidak menolak, pendaftaran pengundi automatik.

Kecuali anda menandakan "Tidak" di atas, anda mungkin layak untuk pendaftaran pengundi automatik. Anda layak untuk pendaftaran pengundi automatik jika anda akan berumur sekurang-kurangnya 18 tahun pada pilihan raya akan datang, anda adalah warganegara Amerika Syarikat, dan DSHS mempunyai nama, alamat kediaman dan surat-menyurat, tarikh lahir, pengesahan maklumat kewarganegaraan, dan tandatangan anda yang mengesahkan kebenaran maklumat yang diberikan dalam permohonan ini.

Adakah anda mahu didaftarkan secara automatik untuk mengundi? Ya Tidak

Jika anda menandakan kotak bertanda "Ya," atau tidak menandakan mana-mana kotak dan anda memenuhi syarat kelayakan pendaftaran pengundi automatik, DSHS akan menghantar maklumat anda kepada Pejabat Setiausaha Negara dan anda akan didaftarkan secara automatik untuk mengundi.

Untuk berkongsi komen atau menyertakan maklumat tambahan, lampirkan helaian tambahan.

Saya telah membaca dan memahami maklumat dalam permohonan ini. Saya mengisytiharkan, di bawah hukuman sumpah palsu di bawah undang-undang Negeri Washington, bahawa maklumat yang saya berikan dalam permohonan ini, termasuk maklumat tentang kewarganegaraan dan status imigresen ahli yang memohon faedah, adalah benar, tepat, dan lengkap mengikut pengetahuan saya.

Tandatangan klien

Nombor telefon

Tarikh

Tandatangan pasangan

Nombor telefon

Tarikh

Tandatangan ibu bapa untuk klien anak di bawah umur

Nombor telefon

Tarikh

Tandatangan wakil atau pembantu sah

Nombor telefon

Tarikh