

طلب Washington Apple Health للدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA)

Washington Apple Health Application for Tailored Supports for Older Adults (TSOA)

<p>الدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA) هو برنامج يساعد مقدمي الرعاية الذين يرعون أحد أفراد العائلة مجاناً. ويمكن أن يقدم أيضاً بعض المساعدة إذا لم يكن لديك فرد في العائلة يمكنه مساعدتك. تشمل الخدمات:</p> <ul style="list-style-type: none"> الرعاية لإعطاء مهلة أو وجبات يتم توصيلها إلى المنزل. يمكن أن تستأجر الرعاية لإعطاء مهلة شخصاً لإعطاء مقدم الرعاية مهلة للراحة. المعدات والإمدادات الطبية، مثل مقعد الاستحمام أو الإمدادات الخاصة بالسلس، مثل الحفاضات المخصصة للبالغين. التدريب والتعليم، مثل تدريب Powerful Tools for Caregivers. الأشياء التي يمكن أن تساعد مقدم الرعاية الخاص بك، مثل استشارة الصحة العقلية أو العلاج بالتدليك. بعض المساعدة بشأن احتياجات الرعاية الشخصية إذا لم يكن لديك مقدم رعاية في العائلة. 	<p>ما هو الدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA)؟</p>
<ul style="list-style-type: none"> يصل سنك إلى 55 عاماً أو أكثر. لديك فرد في العائلة يساعدك مجاناً، ولكن يحتاج مقدم الرعاية لك إلى مساعدة؛ أو تحتاج إلى مساعدة وليس لديك فرد في العائلة يساعدك بصفة منتظمة. 	<p>من يستطيع الحصول على الدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA)؟</p>
<p>للتقديم عبر الإنترنت، انتقل إلى www.washingtonconnection.org</p>	<p>يمكنك ملء هذه الاستمارة أو التقديم عبر الإنترنت.</p>
<ul style="list-style-type: none"> رقم التأمين الاجتماعي تاريخ الميلاد الحالة الاجتماعية وضع الهجرة الدخل معلومات مصدر الدخل (مثل أرصدة الحسابات البنكية، والأسهم، والسندات، والودائع، وحسابات المعاشات) 	<p>المعلومات التي تحتاجها للتقديم: (إذا كنت متزوجاً/متزوجة، فقدم/فقدمي لنا معلومات زوجتك/زوجك، أيضاً.)</p>
<p>يتوجب علينا معرفة إن كنت مؤهلاً أم لا. نحن نحفظ بخصوصية معلوماتك وفقاً للقانون.</p>	<p>لماذا نطلب كل هذه المعلومات؟</p>
<ul style="list-style-type: none"> تأكد من التوقيع على طلبك. أرسله بالبريد إلى: DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826 أرسله بالفاكس إلى 1-855-635-8305؛ أو سلمه إلى المكتب المحلي لخدمات المنزل والمجتمع (HCS). راجع http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm للمواقع؛ أو قم بالتقديم عبر الإنترنت على www.washingtonconnection.org 	<p>لقد ملأت طلبي. ماذا بعد ذلك؟</p>
<ul style="list-style-type: none"> اتصل على الرقم الخالي من الرسوم 1-855-567-0252 اتصل بالمكتب المحلي لوكالة المنطقة للمسنين (AAA) واطلب التحدث مع متخصص في شئون مقدمي الرعاية في العائلة. ابحث عن المكتب المحلي لوكالة المنطقة للمسنين (AAA) لديك من هنا: www.waclc.org لتحديد موقع المكتب المحلي لخدمات المنزل والمجتمع (HCS) راجع http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm لدينا ورقة معلومات تفيدك بشأن الدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA) والبرامج الأخرى. قد لا يكون الدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA) هو الخيار المناسب لك. 	<p>لمزيد من المعلومات:</p>

(الدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA) الحقوق والمسئوليات

يتوجب علينا إخبارك بهذه المعلومات. فلا تتجاهلها.

أن نشرح لك حقوقك ومسئولياتك

إذا استفسرت عنها.

تقديم المساعدة إذا كنت تعاني من إعاقة ما. ونحن نوضح هذه المساعدة في القانون. راجع قانون واشنطن الإداري WAC 182-503-0120.

سنساعدك على قراءة أي استمارة وملنها إذا كنت تحتاج إلى مساعدة. اتصل بمكتب خدمات المنزل والمجتمع المحلي لديك. ستجد المواقع في:

<http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm>

إذا كنت تحتاج إلى خدمات الترجمة بما في ذلك الترجمة الفورية، فأبلغنا بذلك. لن نطالبك برسوم. سوف نوفر لك مترجمًا فورًا.

سوف نحفظ بخصوصية معلوماتك الشخصية. سوف نشارك المعلومات فقط مع الوكالات التابعة للولاية والوكالات الفدرالية الأخرى لكي نتحقق من أهليتك ولإدخالك في البرنامج.

نحن نتخذ القرار في أسرع وقت ممكن.

وسوف نخبرك إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات. سوف نتاح لك 10 أيام تقويمية لتقدم لنا هذه المعلومات. وسوف نعطيك وقتًا أكثر إذا طلبت المزيد من الوقت. قدم لنا المعلومات خلال 10 أيام تقويمية أو اطلب منا المزيد من الوقت. إذا لم تقم بذلك، فلن تحصل على الدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA).

سوف نساعدك إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على المعلومات التي نحتاجها.

وسوف نعطيك قرارًا كتابيًا، في معظم الحالات، خلال 45 يومًا.

لست مضطرًا إلى التحدث إلى محقق إذا كنا نراقب حالتك. ولست مضطرًا إلى إدخال محقق في بيتك. لن يؤثر عدم التحدث إلى محقق على حصولك على الدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA) من عدمه.

نعطيك فرصة الطعن إذا كنت لا توافق على قرار اتخذته إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) ويؤثر على أهليتك للدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA). وبمجرد أن تتطلب الطعن، سوف يتم تحديد موعد جلسة إدارية لك

نعاملك بإنصاف. التمييز ضد القانون. تلتزم

DSHS / HCA بقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا تقوم بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل أو السن أو الإعاقة أو الجنس. لا تستبعد إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية و هيئة الرعاية الصحية ولا تستبعد DSHS / HCA الناس أو تعاملهم بنوع من التمييز بسبب العرق أو اللون أو الأصل أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

تلتزم DSHS / HCA / هيئة الرعاية الصحية أيضًا بقوانين الولاية المطبقة، ولا تميز على أساس العرق أو الجنس أو الهوية الجنسية والتميز الجنسي أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية أو الدين أو كونك محاربًا قديمًا تم إعفاؤه من الخدمة بشرف أو حالتك العسكرية أو استخدام الحيوانات المدربة كدليل أو حيوانات الخدمة المستخدمة بواسطة الأشخاص ذوي الإعاقة.

إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية و هيئة الرعاية الصحية:

• توفر مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة ليتواصلوا معنا بفعالية مثل:

• مترجمون مؤهلون للغة الإشارات

• معلومات مكتوبة في تنسيقات أخرى (مطبوعات كبيرة، ومواد صوتية، وتنسيقات إلكترونية متيسرة، وتنسيقات أخرى)

• توفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تعد اللغة الإنجليزية لغتهم الأساسية، مثل:

• مترجمون مؤهلون

• معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل على 1-855-567-0252

إذا كنت تعتقد أن إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية أو هيئة الرعاية الصحية قد قصرت في توفير هذه الخدمات أو مارست التمييز بشكل آخر على أساس العرق أو اللون أو الأصل أو السن أو الإعاقة أو الجنس، يمكنك رفع تظلم عبر:

• DSHS

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

• HCA Division of Legal Services

ATTN: Compliance Officer
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
الفاكس: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

يمكنك رفع تظلم شخصيًا أو عبر البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت تحتاج إلى مساعدة في رفع تظلم، فإن قسم الشؤون القانونية التابع لـ Washington Health Benefit Exchange / قسم الخدمات القانونية بهيئة الرعاية الصحية متاح لمساعدتك.

يمكنك أيضًا رفع شكوى حقوق مدنية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية إلكترونيًا على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> أو عن طريق البريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services
Independence Avenue SW 200
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (خدمة TDD للصم).

استمارات الشكاوى متاحة على

www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

مسئولياتك (يجب عليك):

في حالة طلب الوكالة هذه المعلومات، قدم أي معلومات أو إثبات مطلوب لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على التغطية.

الإفصاح عن رقم التأمين الاجتماعي (SSN) ووضع الهجرة. يجب عليك تقديم رقم التأمين الاجتماعي (SSN) أو رقم بطاقة الهجرة لنا. فنحن نحتاج إلى ذلك لتقرير مدى أهليتك. ونستخدم رقم التأمين الاجتماعي (SSN) الخاص بك لتأكيد هويتك، وجنسيتك، ووضع الهجرة، وتاريخ ميلادك، وإن كنت مشتركًا في غطاء تأمين صحي آخر. نحن لا نشارك هذه المعلومات مع الأمن الوطني.

الإبلاغ عن التغييرات وفقًا لما هو مطلوب في القوانين الخاصة بنا خلال 30 يومًا من التغيير. قراءة خطاب القبول الخاص بك لمعرفة التغييرات التي يجب عليك إبلاغنا بها.

استكمال التجديدات عندما نطلب منك ذلك.

التعاون مع طاقم ضمان الجودة إذا طلبنا منك ذلك.

أشياء ينبغي لك معرفتها:

هناك قوانين خاصة بالولاية وقوانين فدرالية تحكم كيفية معالجتنا لطلبك. وهي تحكم أيضًا حقوقك ومسئولياتك بصفقتك مقدم الطلب وعندما تحصل على خدمات الدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA) أيضًا. يعد تقديمك للطلب موافقة منك على اتباع هذه القوانين. إذا حصلت على الدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA) فإنك توافق على اتباع القوانين المعمول بها.

يلزمنا القانون الفدرالي بمساعدتك على التسجيل في الانتخاب إذا أردت ذلك. تستطيع أن تقرر إن كنت تريد التسجيل أم لا. لن يؤثر هذا القرار على قرارنا بشأن الخدمات أو المزايا. يمكنك التسجيل في الانتخاب أيضًا على www.vote.wa.gov أو الحصول على استمارة تسجيل ناخب عن طريق الاتصال على 1-800-448-4881.

تمنع القيود المفروضة من قبل قانون إخضاع التأمين الصحي للنقل والمسؤولية (HIPAA) هيئة الرعاية الصحية (HCA) وإدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) من مناقشة المعلومات الصحية الخاصة بك أو أي من أفراد أسرتك مع أي شخص، بما في ذلك الممثل المفوض، إلا إذا كان هذا الشخص يحمل توكيدًا رسميًا أو إذا كنت قد وقعت استمارة موافقة على الإفصاح عن هذه المعلومات. ويشمل ذلك الإفصاح عن معلومات الصحة العقلية، أو نتائج اختبار مرض نقص المناعة (HIV)، ومرض نقص المناعة المكتسبة (AIDS)، والأمراض المنقولة جنسيًا (STD) أو خدمات العلاج أو الاعتماد على المواد الكيميائية.

يمنع قانون الرعاية ذو الكلفة المناسبة إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) من تقديم المعلومات المعرفة للشخصية (PII) الخاصة بك أو بأي من أفراد أسرتك لأي شخص غير مكلف باستلامها.

تخضع المعلومات التي تقدمها لإدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) للتحقق من قبل المسؤولين الفدراليين ومسؤولي الولاية لتحديد مدى أهليتك لبرنامج الدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA). وقد يشمل التحقق اتصالات المتابعة من طاقم إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS).

[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 አገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነድ ትርጉም አገልግሎት 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 1-800-562-3022 (TRS: 711).

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

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារចេញផ្សាយ គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទេស 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] ການບໍລິການເຕີບືບນຳພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ພຽນ ການແປຂອກສາບຕີພິມ, ມີໄວ້ເພື່ອໃຫ້ບໍລິການ. 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. با شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨੁਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫ਼ਤ 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] ትርጉምትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልግሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[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).

طلب الدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA)

I. اسم مقدم الطلب ومعلومات الاتصال		
1. الاسم الأول	الحرف الأوسط الاسم الأخير	()
2. رقم تعريف العميل (إن كنت تعرفه)		
3. العنوان الذي تقيم فيه	المدينة	الولاية
4. عنوان المراسلة (إن كان مختلفاً)	المدينة	الولاية
5. رقم الهاتف الرئيسي	منزل	خلوي
6. رقم الهاتف الثانوي	منزل	خلوي
رسائل	رسائل	رسائل
()	()	()
II. اسم مقدم الرعاية ومعلومات الاتصال		
7. اسم مقدم الرعاية لك	رقم الهاتف	منزل
8. رقم الهاتف	منزل	خلوي
رسائل	رسائل	رسائل
()	()	()
9. عنوان مقدم الرعاية	المدينة	الولاية
10. علاقته بك		
III. معلومات الممثل المفوض		
<p>الممثل المفوض هو شخص بالغ تفوضه ليتصرف بالنيابة عنك بشأن طلبك. ويمكن لممتلك المفوض التوقيع على طلبك وتقديمه بالنيابة عنك ويمكنه تلقي الخطابات المتعلقة به منا. ويمكن أن تكون مؤسسة ما ممتلك المفوض إذا كانت المؤسسة وصية عليك.</p>		
1. هل لديك ممثل مفوض؟	نعم	لا
2. هل ترغب في أن يتلقى ممثلك المفوض الخطابات منا بشأن طلبك؟	نعم	لا
3. هل ممثلك المفوض هو أيضاً الوصي الشرعي لك؟	نعم	لا
إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، من هو:	_____	
4. هل ممثلك المفوض هو أيضاً حامل توكيلك الرسمي؟	نعم	لا
إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، من هو:	_____	
5. هل ممثلك المفوض هو أيضاً مقدم الرعاية لك؟	نعم	لا
6. اسم/مؤسسة الممثل المفوض	7. رقم الهاتف	()
8. عنوان المراسلة للممثل المفوض		
IV. الحالة الاجتماعية		
غير متزوج/غير متزوجة	<input type="checkbox"/>	
متزوج/متزوجة ويقوم/تقوم مع الزوجة/الزوج	<input type="checkbox"/>	
متزوج/متزوجة ويقوم/تقوم بعيداً عن الزوجة/الزوج	<input type="checkbox"/>	
في شراكة منزلية مسجلة	<input type="checkbox"/>	

HCA 18-008 AR (7/20) Arabic



18008

V. معلومات عن أسرتك (أدرج/أدرجي فقط اسمك واسم الزوجة/الزوج، في حالة الزواج)

اختياري لزوجتك/زوجك إذا لم تتقدم/يتقدم بطلب الدعم المخصص للبالغين المسنين (TSOA)		حدد هذا الخيار في حالة الحصول على الجنسية الأمريكية	رقم التأمين الاجتماعي	حدد هذا الخيار إذا كنت ترغب في تقديم الخدمات لهذا الشخص	تاريخ الميلاد	ما هي علاقتك بهذا الشخص؟	الجنس: ذكر أو أنثى	الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)
اسم القبيلة (للهنود الأمريكيين ومواطني ألاسكا الأصليين)	العرق (انظر أدناه)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		أنا		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		الزوج/الزوجة		

VI. معلومات عامة

1. خلفيتي العرقية إسبانية أو لاتينية: نعم لا **ملاحظة:** معلومات الخلفية العرقية اختيارية. (أمثلة على العرق: أبيض، أو أسود أو أمريكي من أصل إفريقي، أو آسيوي، أو من السكان الأصليين لهاواي، أو من سكان جزر المحيط الهادئ، أو هندي أمريكي، أو من مواطني ألاسكا الأصليين، أو أي خليط من السلالات)

2. أنا أو زوجتي/زوجي أجنب تحت الرعاية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، من هو؟ _____

3. أحتاج إلى مترجم فوري. أنا أتحدث: _____ أو لغة الإشارات: _____ أريد ترجمة خطاباتي إلى: _____

VII. الدخل المكتسب (قم بإرفاق الدليل – على سبيل المثال أرومة الشيك أو بيان من صاحب العمل)

ملاحظة: لا يضطر الهنود الأمريكيين/مواطني ألاسكا الأصليين إلى الإبلاغ عن دخل محدد، مثل التوزيعات من مؤسسات مواطني ألاسكا الأصليين وشركات إدارة الأموال وتسويتها، والأملاك المحتجزة، وملكية الموارد الطبيعية والتأمينات، والمدفوعات من الصيد، واستخراج الموارد الطبيعية والمحاصيل الزراعية، والمدفوعات من ملكية المقتنيات التي لها أهمية دينية، أو روحانية، أو تقليدية، أو ثقافية، والدعم المالي للطلاب من مكتب شئون الهنود الأمريكيين.

1. أحصل على دخل من العمل؟ نعم لا

هاتف صاحب العمل التاريخ الذي بدأت فيه هذه الوظيفة هل هذا العمل حر؟ نعم لا

إجمالي المبلغ المكتسب (المبلغ بالدولار قبل الخصومات) \$ _____ كل: ساعة أسبوع أسبوعان مرتان في الشهر شهرياً

الساعات في الأسبوع: _____ أيام السداد (مثال، اليوم الأول واليوم الخامس عشر، أو كل يوم جمعة): _____

2. زوجي/زوجتي يحصل/تحصل على دخل من العمل؟ نعم لا

هاتف صاحب العمل للزوج/الزوجة التاريخ الذي بدأ فيه الزوج/الزوجة هذه الوظيفة هل هذا العمل حر؟ نعم لا

إجمالي المبلغ المكتسب (المبلغ بالدولار قبل الخصومات) \$ _____ كل: ساعة أسبوع أسبوعان مرتان في الشهر شهرياً

الساعات في الأسبوع: _____ أيام السداد (مثال، اليوم الأول واليوم الخامس عشر، أو كل يوم جمعة): _____

VIII. إجمالي الدخل الآخر (أنت أو زوجتك)

قم بإرفاق الدليل - على سبيل المثال، خطابات المنح، والكشوفات، والمستندات السنوية)

الأمثلة هي:

- التأمين الاجتماعي
- إعانات البطالة
- حساب المعاش الفردي (IRA) / (k)401
- المعاش
- الفوائد/توزيعات الأرباح
- إدارة العمل والصناعات (L&I)
- مزايا العاملين في السكك الحديدية
- عقود البيع/السندات الإذنية
- إعانة الزوج
- الدخل من القبيلة
- مزايا إدارة المحاربين القدماء (VA) أو المزايا العسكرية
- الهدايا (الدعم النقدي)/بطاقات الهدايا
- الدخل من التأجير
- الودائع السنوية

نوع الدخل غير المكتسب	من يحصل على الدخل	إجمالي المبلغ الشهري	من يحصل على الدخل	إجمالي المبلغ الشهري
		دولار		دولار
		دولار		دولار

IX. الموارد (قم بإرفاق الدليل- على سبيل المثال، نسخ كشوفات الحساب البنكية، أو المستندات القانونية، أو وثائق التأمين)

المورد هو أي شيء تمتلكه أو تشتريه ويمكن بيعه، أو تداوله، أو تحويله إلى أموال نقدية. وهذا يشمل الأشياء التي بحوزة الآخرين. المورد لا يشمل الممتلكات الشخصية مثل الأثاث، والملابس، والمتعلقات الشخصية، بما في ذلك المجوهرات.

الأمثلة على الموارد هي:

- الأموال النقدية
- حسابات الشيكات/شهادات الإيداع (CD)
- الأسهم/السندات
- الصناديق التعاونية
- منزل
- حساب المعاش الفردي /401K/(IRA)
- صناديق المعاشات الأراضى/ممتلكات أخرى
- الممتلكات مدى الحياة
- وثائق التأمين على الحياة
- الصناديق الجامعية
- الممتلكات المشتركة لفترة زمنية محددة
- الودائع/المدفوعات السنوية
- الترتيبات الجنائزية
- معدات المزارع/الماشية
- المعدات المتعلقة بالأعمال
- عقود البيع

نوع المورد	المالك	الموقع	القيمة	نوع المورد	المالك	الموقع	القيمة
			دولار				دولار
			دولار				دولار
			دولار				دولار

المركبات: قم بإدراج أي مركبات تمتلكها/تمتلكها أنت أو زوجتك/زوجك. وهذا يشمل: السيارات، أو الشاحنات، أو سيارات فان، أو المراكب، أو سيارات الكرفان (RV)، أو المركبات ذات محركات.

السنة (مثال، 2010)	الماركة (تويوتا)	الموديل (كامري)	حدده إذا كانت مؤجرة	المبلغ مستحق الأداء
			<input type="checkbox"/>	دولار
			<input type="checkbox"/>	دولار

X. يرجى القراءة بعناية قبل التوقيع

حقوق الجلسة الإدارية: إذا كنت لا توافق على قرار اتخذناه، يمكنك الطعن لتحديد لك جلسة استماع. ويجوز لك أيضًا طلب المساعدة من مشرف ومسئول. ويستمر حقك في جلسة الاستماع إذا طلبت هذه المساعدة.

XI. تسجيل الناخب

توفر الإدارة خدمات تسجيل الناخبين، بما في ذلك التسجيل التلقائي للناخبين.

ولن يؤثر تقديم طلب التسجيل أو إلغاء التسجيل للانتخاب على الخدمات أو مبلغ الاستحقاقات التي قد تحصل عليها من هذه الوكالة. إذا أردت المساعدة في ملء طلب تسجيل الناخب، فسندم لك المساعدة. ويرجع قرار البحث عن المساعدة أو الموافقة عليها إليك وحدك. ويمكنك ملئ نموذج تسجيل الناخب بخصوصية تامة. وإذا كنت تعتقد بتعطيل شخص ما لحقك في التسجيل من أجل التصويت أو إلغاء التصويت، أو حقك في خصوصية تقرير التسجيل من عدمه، أو حقك في اختيار حزبك السياسي الخاص، أو تفضيلاتك السياسية الأخرى، يمكنك تقديم الشكوى إلى: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)

هل ترغب في تسجيل صوتك أو تحديث سجل الناخب الخاص بك؟ نعم لا

إذا لم تحدد أي مربع، فسنعبر أنك قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت، إلا إذا كنت مستحقاً للتسجيل التلقائي للناخبين ولا ترفضه. ما لم تكن قد اخترت "لا" الموضحة أعلاه، فقد تكون مستحقاً للتسجيل التلقائي للناخبين. ومستحقاً للتسجيل التلقائي للناخبين إذا كان عمرك لا يقل عن 18 عاماً قبل الانتخابات القادمة، وكنت من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية، ولدى إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) اسمك وعنوان السكن والبريد وتاريخ الميلاد والتحقق من معلومات الجنسية، وتوقيعك الذي يثبت صدق المعلومات المقدمة في هذا الطلب.

هل تريد أن تكون مسجلاً تلقائياً للتصويت؟ نعم لا

إذا اخترت المربع "نعم"، أو لم تختَر أي من المربعات وتفي بمتطلبات أحقية التسجيل التلقائي للناخبين، فسترسل إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) معلوماتك إلى مكتب وزير الخارجية وسيتم تسجيلك تلقائياً للتصويت.

XII. الإقرار والتوقيع

لقد قرأت المعلومات المكتوبة في هذا الطلب وفهمتها. وأنا أقر، مع معرفتي بعقوبة الحلف الكاذب بموجب قوانين ولاية واشنطن، بأن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب، بما في ذلك المعلومات الخاصة بجنسيتي ووضع الهجرة، حقيقية، وصحيحة، وكاملة على حد معرفتي.

توقيع مقدم الطلب أو الممثل المفوض	التاريخ
الاسم المطبوع لمقدم الطلب أو الممثل المفوض	