

Demande Washington Apple Health pour les services et aides à long terme destinés aux personnes âgées, aveugles, handicapées

Utilisez cette demande pour découvrir l'assurance maladie à laquelle vous pouvez avoir droit :

- Vous avez besoin de services et d'aides à long terme, tels que des soins dans une maison de soins, une résidence services, un foyer pour adultes, des programmes de soins à domicile, ou des aides sur mesure pour adultes âgés (TSOA).
- Vous ou une autre personne de votre foyer bénéficiez de l'assurance Medicare.
- Vous avez besoin d'aide pour payer votre cotisation Medicare ou votre coassurance.
- Vous ou une autre personne de votre foyer avez 65 ans ou plus.
- Vous ou une autre personne de votre foyer souffrez d'un handicap et ne bénéficiez pas de l'assurance Medicare.
- Pour les TSOA : vous avez 55 ans ou plus, et vous ou votre assistant(e) volontaire avez besoin d'aide.

Remarque : Introduisez une demande ou renouvelez votre couverture Apple Health en ligne via Washington Healthplanfinder sur wahealthplanfinder.org ou en appelant le 1-855-923-4633 si vous :

- Êtes un adulte âgé de 19 à 64 ans.
- Introduisez la demande pour des enfants.
- Êtes un parent ou assistant qui introduit une demande avec des enfants.
- Êtes enceinte ou introduisez une demande pour une personne enceinte.

Demande plus rapide en ligne

- Il est possible d'envoyer la demande en ligne sur washingtonconnection.org

Renseignements nécessaires pour votre demande :

- Numéros de sécurité sociale
- Dates de naissance
- Statut d'immigration
- Informations sur le revenu
- Informations sur les ressources et actifs (solde du compte bancaire, actions, bons, fiducies, comptes retraite)

Pourquoi demandons-nous tant d'informations ?

- Ces renseignements serviront à déterminer l'assurance maladie à laquelle vous pouvez avoir droit. Les informations que vous nous fournissez restent confidentielles, conformément à la loi.

Où envoyer votre demande remplie et signée

Pour l'assurance Apple Health pour handicap, l'assurance pour réfugiés, l'assurance pour les séniors de 65 ans et plus, et les programmes qui participent au paiement des cotisations et frais Medicare

- Envoyez votre demande par courrier à :
DSHS
Community Services Division – Customer Service Center
PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- Faxez votre demande au 1-888-338-7410
- Remettez votre demande dans un bureau des services communautaires.
- Retrouvez les emplacements sur dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office
- Introduisez la demande en ligne sur washingtonconnection.org
- Introduisez la demande par téléphone au 1-877-501-2233

Pour les services et aides à long terme, tels que les programmes de soins dans une maison de soins, de soins à domicile, de résidence services, de foyer pour adultes et TSOA

- Envoyez votre demande par courrier à :
DSHS
Home and Community Services
PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826
- Pour trouver un bureau des Services à domicile et à la communauté (Home and Community Services, HCS), rendez-vous sur **dshs.wa.gov/office-locations**
- Faxez votre demande au 1-855-635-8305
- Introduisez la demande en ligne sur **[washingtonconnection.org](https://www.washingtonconnection.org)**
- Pour obtenir plus de ressources sur les LTSS, rendez-vous sur **dshs.wa.gov/altsa/resources**
- Pour obtenir plus de ressources sur les TSOA, appelez le 1-855-567-0252 ou contactez votre Agence locale des services aux personnes âgées (Area Agency on Aging, AAA) pour discuter avec un spécialiste des soignants familiaux. Pour trouver votre AAA local, rendez-vous sur : **[waclc.org](https://www.waclc.org)**

Droits et responsabilités relatifs à l'assurance maladie

Vos droits (nos obligations) concernant tous les programmes d'assurance maladie

Vous aider à lire et remplir tous les formulaires requis. Il est possible de contacter le Département des services sociaux et de santé (Department of Social and Health Services, DSHS) au 1-877-501-2233 afin d'obtenir de l'aide.

Fournir des services de traduction ou d'interprétariat gratuitement et sans retard pour vos communications avec le DSHS ou l'Autorité des soins de santé (Health Care Authority, HCA).

Conserver vos informations personnelles de façon confidentielle, mais nous pouvons être amenés à partager certaines données avec d'autres agences fédérales, institutions financières et sous-traitants de la HCA à des fins d'admissibilité et d'inscription.

Vous donner l'opportunité d'introduire un appel si vous contestez une décision prise par le DSHS ou la HCA qui affecte votre admissibilité à l'assurance maladie, aux services et aides à long terme ou à un régime d'assurance. Si vous introduisez un appel, votre dossier sera examiné. Pour obtenir plus d'informations au sujet des appels pour les programmes du DSHS, veuillez contacter votre centre de service à la clientèle du DSHS au 1-877-501-2233 ou rendez-vous dans votre bureau des services communautaires local.

Si l'appel concerne une décision pour une assurance Washington Apple Health, non résolue après l'examen du dossier, une audience administrative sera fixée.

Vous traiter de manière équitable. La loi interdit la discrimination. Le DSHS et la HCA sont conformes à la loi fédérale sur les droits civils applicable, et ne pratiquent pas de discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine ethnique, l'âge, le handicap ou le sexe. Le DSHS et la HCA n'excluent pas les personnes ni ne les traitent différemment selon leur race, couleur, origine ethnique, âge, handicap ou sexe.

Le DSHS et la HCA se conforment également aux lois d'État applicables et ne font aucune discrimination fondée sur la foi, le sexe, l'expression ou l'identité sexuelle, l'orientation sexuelle, l'état marital, la religion, l'état militaire ou le statut d'ancien combattant honorablement libéré de ses fonctions ou l'utilisation d'un chien guide d'aveugle dressé ou d'un animal d'assistance par une personne souffrant d'un handicap.

Le DSHS et la HCA :

- Offrent une aide et des services gratuits aux personnes handicapées pour communiquer efficacement avec nous tels que :
 - Interprètes en langue des signes certifiés
 - Informations écrites en d'autres formats (gros caractères, audio, formats électroniques accessibles, autres formats)
- Offrent des services linguistiques gratuits aux personnes dont la langue principale n'est pas l'anglais, tels que :
 - Interprètes certifiés
 - Informations écrites en d'autres langues

Si vous avez besoin de ces services, contactez le 1-877-501-2233.

Si vous estimez que le DSHS ou la HCA n'a pas offert ces services ou a fait de la discrimination de quelque autre manière que ce soit, vous pouvez déposer une plainte auprès de :

- **DSHS**

ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
Fax : 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
Fax : 1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov

Vous pouvez déposer une plainte en personne, par courrier, par fax ou par e-mail. Si vous avez besoin d'aide pour déposer une plainte, la division des services aux constituants du DSHS ou la division des services juridiques de la HCA peuvent vous aider.

Vous pouvez aussi déposer une plainte de droits civils auprès du Bureau des droits civils du Département de la santé et des services sociaux des États-Unis de manière électronique sur <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou par e-mail ou téléphone via :

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).

Des formulaires de plaintes sont disponibles sur www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Vos responsabilités (vos obligations) concernant tous les programmes d'assurance maladie

Divulgence du numéro de sécurité sociale et du statut d'immigration. Hormis certaines exceptions, vous devez fournir un numéro de sécurité sociale (SSN) ou le numéro de votre document d'immigration, ou celui de toute autre personne de votre foyer qui souhaite obtenir une assurance maladie. Un SSN est requis pour demander des crédits d'impôt pour cotisation d'assurance maladie. Nous utilisons cette information pour déterminer votre admissibilité en confirmant votre identité, votre statut de citoyenneté, votre statut d'immigration, votre date de naissance et la disponibilité d'autres assurances maladie.

Nous ne partageons ces données avec aucune agence d'immigration.

Il est possible d'introduire une demande d'assurance pour certains membres de votre foyer, mais pas d'autres. Si vous n'avez pas de SSN ou de numéro de document d'immigration pour tous les membres de votre foyer, les autres membres peuvent toutefois introduire une demande et obtenir une assurance. Vous pouvez par exemple introduire une demande pour votre enfant, même si vous n'avez pas droit à une assurance. Introduire une demande n'aura aucun impact sur votre statut d'immigration ou vos chances de devenir un résident permanent ou un citoyen.

Il existe aussi certains programmes Washington Apple Health pour les personnes qui sont incapables de prouver qu'elles sont légalement présentes dans le pays. Si vous décidez de ne pas fournir un SSN ou un numéro de document d'immigration pour un membre de votre foyer, nous devrons vous contacter afin d'obtenir des informations sur le revenu du demandeur qui n'a pas rempli la demande.

Si l'agence le demande, fournissez toute information ou preuve nécessaire pour déterminer votre admissibilité.

Ce que vous devez savoir concernant tous les programmes d'assurance maladie

Il existe certaines lois fédérales ou d'État qui régissent l'opération de Washington Connection et des systèmes de demande gérés par l'État, vos droits et devoirs en tant qu'utilisateur de ces systèmes et l'assurance que vous obtenez via ces systèmes. En utilisant ces systèmes, vous acceptez de respecter les lois qui s'appliquent à leurs utilisateurs et à l'assurance obtenue via cette utilisation.

La loi National Voter Registration Act de 1973 stipule que tous les États doivent apporter une assistance à l'inscription sur les listes électorales par le biais des bureaux d'aide publique. Effectuer une demande d'inscription ou refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'affectera pas vos prestations ou les allocations que vous obtiendrez via cette agence. Il est possible de s'inscrire en tant qu'électeur sur www.vote.wa.gov ou de demander des formulaires d'inscription sur les listes électorales en appelant le 1-800-448-4881.

La loi Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA) applique des restrictions qui interdisent au DSHS et à la HCA de discuter de vos informations de santé ainsi que de celles des membres de votre foyer avec toute personne, y compris un représentant autorisé, sauf si cette personne dispose d'une procuration ou si vous avez signé un formulaire d'accord autorisant la divulgation de ces informations. Ces informations comprennent les données de santé mentale, les résultats de tests de dépistage du SIDA, du VIH et des STD, et le traitement ou les services relatifs à la toxicomanie.

La loi Affordable Care Act interdit au DSHS et à la HCA de fournir des données permettant de vous identifier, vous ou tout autre membre de votre foyer, à toute personne qui n'est pas autorisée à les recevoir, et sans votre accord.

Les informations que vous fournissez au DSHS et à la HCA peuvent être contrôlées par des agents fédéraux ou d'État afin de déterminer votre admissibilité à l'assurance maladie. Ce contrôle peut comprendre des contacts de suivi par le personnel de l'agence.

La HCA et le DSHS ne sont pas responsables de la gestion de votre régime d'assurance maladie. Votre compagnie d'assurance maladie peut vous fournir plus de renseignements concernant vos prestations. **En cas de question concernant les modalités de votre régime d'assurance maladie, dont les prestations auxquelles vous avez droit, et concernant une demande de remboursement ou l'appel d'un refus de remboursement, veuillez contacter votre compagnie d'assurance maladie.**

Il est possible de demander des services d'exécution d'une pension alimentaire via la Division des pensions alimentaires (DCS).

Pour obtenir une demande pour ces services, rendez-vous sur www.childsupportonline.wa.gov ou contactez votre bureau local de la DCS.

Vos droits (nos obligations) concernant Washington Apple Health uniquement

Vous expliquer vos droits et devoirs si vous le demandez.

Vous permettre d'introduire une demande partielle qui comprenne au minimum votre nom, adresse et signature ou la signature du représentant autorisé du demandeur. La date de réception de la demande partielle représente la date de votre demande, ce qui peut avoir un impact sur la date d'entrée en vigueur de votre assurance. Nous ne prendrons pas de décision définitive concernant votre assurance avant que vous ne complétiez la demande.

Vous permettre d'introduire une demande ou une demande partielle à l'aide de toute méthode indiquée dans le WAC 182-503-0005.

Traiter votre demande rapidement et dans le respect des délais indiqués dans le WAC 182-503-0060.

Vous accorder 10 jours civils pour fournir les renseignements nécessaires pour déterminer votre admissibilité. Si vous demandez un délai supplémentaire, nous vous l'accorderons. Si vous ne fournissez pas les renseignements ou ne demandez pas un délai supplémentaire, nous pouvons refuser, clôturer ou modifier vos assurance maladie.

Vous aider si vous avez du mal à fournir toute information ou preuve nécessaire pour déterminer votre admissibilité. Si nous avons besoin d'un document pour lequel vous devez déboursier des fonds, nous viendrons chercher ce document et nous paierons pour le coût.

Vous avertir, dans la plupart des cas, au moins 10 jours avant l'arrêt de votre assurance maladie.

Vous informer de la décision par écrit, en général, dans les 45 jours. Pour certains dossiers de personnes handicapées, l'assurance maladie peut prendre jusqu'à 60 jours. Vous informer de la décision par écrit dans les 15 jours en cas de grossesse.

Vous autoriser à refuser de vous adresser à un agent de contrôle en cas d'audit de votre dossier. Vous pouvez refuser de laisser un agent de contrôle entrer dans votre domicile. Vous pouvez demander à l'agent de contrôle de repasser à un autre moment. Cela n'affectera pas votre admissibilité à l'assurance maladie.

Poursuivre l'assurance Washington Apple Health pendant que nous déterminons si vous avez droit à un autre programme conformément au WAC 182-504-0125.

Vous offrir des services d'accès équitable tel qu'indiqué dans le WAC 182-503-0120 si vous y avez droit.

Vos responsabilités (vos obligations) concernant Washington Apple Health uniquement

Signaler tout changement comme requis par le WAC 182-504-0105 et le WAC 182-504-0110 dans les 30 jours suivant le changement. Lisez votre lettre d'approbation pour identifier les changements que vous devez signaler.

Remplir les renouvellements lorsqu'on vous le demande.

Fournir les données des fournisseurs médicaux nécessaires pour nous facturer les services de soins de santé.

Demander l'assurance Medicare si vous y avez droit.

Coopérer avec le personnel de contrôle de qualité lorsqu'on vous le demande.

Effectuer une demande et vous efforcer d'obtenir des revenus potentiels d'autres sources lorsque vous demandez ou percevez l'assurance Washington Apple Health.

Ce que vous devez savoir concernant Washington Apple Health uniquement

En demandant et en bénéficiant de l'assurance Washington Apple Health, vous autorisez l'État de Washington à percevoir toute aide médicale et tout paiement de tiers pour des soins de santé.

L'Agence peut partager l'historique de vaccination de votre enfant avec le système de suivi des vaccinations infantiles.

Les informations que vous fournissez peuvent être communiquées au DSHS afin de déterminer votre admissibilité et vos prestations mensuelles pour certains programmes comme l'assurance maladie, l'aide financière, l'aide alimentaire et les allocations pour garde d'enfant.

En vertu de la loi, l'État de Washington peut recouvrer les frais qu'il a déboursés pour certains types de services médicaux via vos propriétés par le biais du recouvrement sur les propriétés (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 et Chapitre 182-527 du WAC). Le recouvrement sur les propriétés n'intervient pas avant votre décès et le décès de votre conjoint survivant, et avant que vos enfants n'aient 21 ans ou plus. Il n'intervient pas non plus si un de vos enfants est aveugle/ infirme au moment de votre décès. Les frais recouvrables comprennent :

- Certains services et aides à long terme du programme Washington Apple Health, si vous avez 55 ans ou plus au moment où vous bénéficiez des services ;
- Certains services financés par l'État uniquement, quel que soit votre âge au moment où vous bénéficiez des services.

Retrouvez la liste des services concernés par le recouvrement des frais dans le WAC 182-527-2742. Retrouvez la liste des propriétés exemptées du recouvrement dans le WAC 182-527-2746.

L'État peut aussi demander un privilège avant décès sur votre bien immobilier, à tout âge, si vous vivez en institution de manière définitive (WAC 182-527-2734). L'État peut recouvrer des frais via une vente de propriété, ou de votre patrimoine, sauf si :

- Votre conjoint(e) réside à la propriété ;
- Un de vos frères ou sœurs réside à la propriété, est copropriétaire de la propriété, et répond à certains critères.
- Votre enfant réside à la propriété, et il/elle est aveugle/infirmes ; ou
- Votre enfant réside à la propriété, et il/elle a moins de 21 ans.

Retrouvez la liste des services concernés par le recouvrement via privilège avant décès dans le WAC 182-527-2734.

Vous pouvez être limité à un seul fournisseur de soins de santé, pharmacie, et/ou hôpital si vous cherchez à obtenir des soins médicaux superflus auprès des prestataires.

[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 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[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 1-800-562-3022 تماس بگیرید. (TRS: 711)

[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).

Demande Washington Apple Health pour les services et aides à long terme destinés aux personnes âgées, aveugles, handicapées

1

Nom et coordonnées du demandeur

Prénom Initialle du deuxième prénom Nom

Numéro d'identifiant client (le cas échéant) Signature du demandeur ou de son représentant autorisé

Adresse où vous résidez (obligatoire)

Comté Ville État Code postal

Cochez cette case si vous n'avez pas d'adresse physique

Adresse postale (si différente)

Comté Ville État Code postal

Numéro de téléphone principal Portable Adresse e-mail

Si vous vivez en institution, indiquez le nom et l'adresse de l'institution, si elle ne correspond pas à l'adresse ci-dessus :

Nom de l'institution

Adresse de l'institution

Comté Ville État Code postal



18005

2**Programme concerné par la demande**

Mon/ma conjoint(e), un membre de mon foyer ou moi-même introduisons une demande pour :

Services d'aide de soins à domicile

Assurance maladie pour personnes âgées, aveugles ou handicapées

Résidence services/foyer pour adultes

Programme d'épargne Medicare

Maison de soins

Apple Health pour travailleurs handicapés (HWD)

Aides sur mesure pour adultes âgés (TSOA)

3**Informations sur les factures médicales impayées**

Est-ce que vous ou une personne pour laquelle vous introduisez la demande avez besoin d'aide pour régler des factures médicales impayées encourues au cours des trois (3) mois précédant immédiatement le mois en cours ? Oui Non Si oui, qui :

4**Informations linguistiques**

Est-ce que vous ou toute autre personne pour laquelle vous introduisez la demande avez besoin de faire appel à un interprète ou de recevoir des documents dans une autre langue ? Oui Non

Si oui, de quelle langue ou quel autre format avez-vous besoin ? Indiquez toutes les réponses pertinentes : _____

5**Informations sur votre famille et vous**

Indiquez votre conjoint(e) et vous ainsi que toute personne à charge vivant avec vous, même si vous n'introduisez aucune demande en leur nom (joignez des feuilles supplémentaires, si nécessaire).

		MOI-MÊME	
_____	_____	_____	_____
Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)	Sexe assigné à la naissance	Relation avec vous ?	Date de naissance

_____	_____	_____	_____
Numéro de sécurité sociale (SSN)*	Demandez-vous une couverture pour cette personne ?	Oui	Non

Citoyen(ne) ou non citoyen(ne) : (cochez une réponse)

_____	_____	_____	_____
Citoyen(ne) américain(e)	Oui	Non	Résident(e) de l'État de Washington
			Oui
			Non

Êtes-vous d'origine hispanique, latino ou espagnole ? (FACULTATIF)

Cubain(e)

Mexicain(e)/Mexicain(e)-américain(e)/Chicano

Pas d'origine espagnole/hispanique

Autre origine espagnole/hispanique

Portoricain(e)

Groupe ethnique (FACULTATIF – sélectionnez jusqu'à cinq groupes pertinents)

Amérindien ou Autochtone de l'Alaska

Chinois

Coréen

Thai

Asiatique

Philippin

Laotien

Vietnamien

Indien

Guamien

Autre

Blanc

Noir ou Afro-Américain

Natif d'Hawaï

Autre groupe ethnique

Cambodgien

Japonais

Natif de Samoa

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)

Sexe assigné à la naissance

Relation avec vous ?

Date de naissance

Numéro de sécurité sociale (SSN)*

Demandez-vous une couverture pour cette personne ?

Oui Non

Citoyen(ne) ou non citoyen(ne) : **(cochez une réponse)**

Citoyen(ne) américain(e) Oui Non

Résident(e) de l'État de Washington Oui Non

Êtes-vous d'origine hispanique, latino ou espagnole ? (FACULTATIF)

Cubain(e)

Mexicain(e)/Mexicain(e)-américain(e)/Chicano

Pas d'origine espagnole/hispanique

Autre origine espagnole/hispanique

Portoricain(e)

Groupe ethnique (FACULTATIF – sélectionnez jusqu'à cinq groupes pertinents)

Amérindien ou Autochtone de l'Alaska

Chinois

Coréen

Thaï

Asiatique

Philippin

Laotien

Vietnamien

Indien

Guamien

Natif des îles du Pacifique

Blanc

Noir ou Afro-Américain

Natif d'Hawaï

Autre groupe ethnique

Cambodgien

Japonais

Natif de Samoa

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)

Sexe assigné à la naissance

Relation avec vous ?

Date de naissance

Numéro de sécurité sociale (SSN)*

Demandez-vous une couverture pour cette personne ?

Oui Non

Citoyen(ne) ou non citoyen(ne) : **(cochez une réponse)**

Citoyen(ne) américain(e) Oui Non

Résident(e) de l'État de Washington Oui Non

Êtes-vous d'origine hispanique, latino ou espagnole ? (FACULTATIF)

Cubain(e)

Mexicain(e)/Mexicain(e)-américain(e)/Chicano

Pas d'origine espagnole/hispanique

Autre origine espagnole/hispanique

Portoricain(e)

Groupe ethnique (FACULTATIF – sélectionnez jusqu'à cinq groupes pertinents)

Amérindien ou Autochtone de l'Alaska	Chinois	Coréen	Thaï
Asiatique	Philippin	Laotien	Vietnamien
Indien	Guamien	Natif des îles du Pacifique	Blanc
Noir ou Afro-Américain	Natif d'Hawaï	Autre groupe ethnique	
Cambodgien	Japonais	Natif de Samoa	

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille) Sexe assigné à la naissance Relation avec vous ? Date de naissance

Numéro de sécurité sociale (SSN)* Demandez-vous une couverture pour cette personne ? Oui Non

Citoyen(ne) ou non citoyen(ne) : (cochez une réponse)

Citoyen(ne) américain(e) Oui Non Résident(e) de l'État de Washington Oui Non

Êtes-vous d'origine hispanique, latino ou espagnole ? (FACULTATIF)

Cubain(e) Mexicain(e)/Mexicain(e)-américain(e)/Chicano Pas d'origine espagnole/hispanique
Autre origine espagnole/hispanique Portoricain(e)

Groupe ethnique (FACULTATIF – sélectionnez jusqu'à cinq groupes pertinents)

Amérindien ou Autochtone de l'Alaska	Chinois	Coréen	Thaï
Asiatique	Philippin	Laotien	Vietnamien
Indien	Guamien	Natif des îles du Pacifique	Blanc
Noir ou Afro-Américain	Natif d'Hawaï	Autre groupe ethnique	
Cambodgien	Japonais	Natif de Samoa	

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille) Sexe assigné à la naissance Relation avec vous ? Date de naissance

Numéro de sécurité sociale (SSN)* Demandez-vous une couverture pour cette personne ? Oui Non

Citoyen(ne) ou non citoyen(ne) : (cochez une réponse)

Citoyen(ne) américain(e) Oui Non Résident(e) de l'État de Washington Oui Non

Êtes-vous d'origine hispanique, latino ou espagnole ? (FACULTATIF)

Cubain(e) Mexicain(e)/Mexicain(e)-américain(e)/Chicano Pas d'origine espagnole/hispanique
Autre origine espagnole/hispanique Portoricain(e)

Groupe ethnique (FACULTATIF – sélectionnez jusqu'à cinq groupes pertinents)

Amérindien ou Autochtone de l'Alaska	Chinois	Coréen	Thaï
Asiatique	Philippin	Laotien	Vietnamien
Indien	Guamien	Natif des îles du Pacifique	Blanc
Noir ou Afro-Américain	Natif d'Hawaï	Autre groupe ethnique	
Cambodgien	Japonais	Natif de Samoa	

* La HCA ne partage ces données avec aucune agence d'immigration à des fins d'application des règles d'immigration. Laissez ce champ vide si vous n'avez pas de numéro SSN.

6

Informations générales

1. Au cours des 30 derniers jours, mon/ma conjoint(e), moi ou une autre personne de mon foyer avons reçu une couverture d'assurance maladie d'un autre État, d'une tribu ou d'une autre source.

Oui Non Si oui, veuillez expliquer _____

2. Mon/ma conjoint(e), moi ou une autre personne de mon foyer avons reçu une allocation de complément de ressource (Supplemental Security Income, SSI) dans un autre État.

Oui Non Si oui, qui ? _____

3. Mon/ma conjoint(e), moi ou une autre personne de mon foyer est un immigrant parrainé.

Oui Non Si oui, qui ? _____

4. Mon/ma conjoint(e), moi ou une autre personne de mon foyer avons servi dans les Forces armées américaines, la Garde Nationale, ou la Réserve ou a été une personne à charge ou un(e) conjoint(e) de quelqu'un qui a servi :

Oui Non Si oui, qui ? _____

5. J'ai une personne à charge fiscale que je n'ai pas encore incluse sur ma demande et qui n'habite pas avec moi.

Oui Non Si oui, indiquez le nom de la/des personne(s) à charge fiscale _____

6. Je suis : Célibataire Marié(e) et habitant avec le/la conjoint(e) Marié(e) et n'habitant pas avec le/la conjoint(e)
Divorcé(e) Veuf/veuve En union libre enregistrée Séparé(e) légalement

7

Revenu de travail (indépendant) (Joindre un justificatif)

Le revenu désigne tout montant gagné provenant de l'emploi ou du travail indépendant. Certains exemples* peuvent comprendre

Travail :

- Rémunérations, salaire ou pourboires assujettis à la retenue de l'impôt fédéral sur le revenu à la case 1 du formulaire W-2
- Bonus et commissions
- Cotisations de plans de retraite
- Revenu d'un emploi sur lequel l'employeur ne prélève pas d'impôt (comme le travail à la tâche)

- Conduire un véhicule pour des courses ou livraisons à la demande
- Faire des commissions ou des tâches
- Vendre des produits en ligne
- Offrir des services créatifs ou professionnels
- Effectuer un autre travail intérimaire, à la demande ou indépendant
- Prestations d'une grève syndicale

Travail indépendant :

- Posséder ou gérer une entreprise
- Posséder ou gérer une exploitation agricole
- Prêtre/pasteur ou membre d'une communauté religieuse
- Employé statutaire avec revenu

***Source : [irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-tables](https://www.irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-tables)**

1. Mon/ma conjoint(e), moi ou une personne pour laquelle j'introduis la demande avons un revenu professionnel Oui Non Si oui, veuillez remplir cette section.

2. _____
 Qui gagne ce revenu : Nom de l'employeur Numéro de téléphone de l'employeur

_____ S'agit-il d'un travail d'indépendant ? Oui Non

_____ Date de début

Montant brut perçu (montant en dollars avant retenues) _____ par : Heure Semaine Deux semaines

Deux fois par mois Mois

_____ Heures par semaine _____ Dates de paie (p. ex., les 1er et 15e du mois, ou chaque vendredi)

3. _____
 Qui gagne ce revenu : Nom de l'employeur Numéro de téléphone de l'employeur

_____ S'agit-il d'un travail d'indépendant ? Oui Non

_____ Date de début

Montant brut perçu (montant en dollars avant retenues) _____ par : Heure Semaine Deux semaines

Deux fois par mois Mois

8 Autre revenu (pour tous les membres du foyer) (Joindre un justificatif)

1. Exemples d'autres revenus :

- Pension alimentaire
- Prestations d'éducation (prêts étudiants, bourses, emploi-études)
- Revenus du jeu
- Cadeaux (aide en espèces/ cartes-cadeaux)
- Intérêts/dividendes
- Travail et industries (Labor and Industries, L&I)
- Prestations des chemins de fer
- Revenu de location
- Retraite ou pension
- Contrats de vente/billets à ordre
- Sécurité sociale
- Complément de ressources (SSI)
- Revenus tribaux
- Fiducies
- Allocations de chômage
- Prestations militaires ou de l'Administration des anciens combattants (Veteran Administration, VA)
- Autre

2. Indiquez les autres revenus que vous, votre conjoint(e) ou une autre personne pour laquelle vous introduisez la demande percevez :

_____	_____	_____	_____	_____
Type d'autre revenu	Qui perçoit le revenu	Montant mensuel brut	Qui perçoit le revenu	Montant mensuel brut
_____	_____	_____	_____	_____
Type d'autre revenu	Qui perçoit le revenu	Montant mensuel brut	Qui perçoit le revenu	Montant mensuel brut
_____	_____	_____	_____	_____
Type d'autre revenu	Qui perçoit le revenu	Montant mensuel brut	Qui perçoit le revenu	Montant mensuel brut
_____	_____	_____	_____	_____
Type d'autre revenu	Qui perçoit le revenu	Montant mensuel brut	Qui perçoit le revenu	Montant mensuel brut
_____	_____	_____	_____	_____
Type d'autre revenu	Qui perçoit le revenu	Montant mensuel brut	Qui perçoit le revenu	Montant mensuel brut

3. Mon/ma conjoint(e), un membre de mon foyer ou moi-même recevons un revenu d'un investissement de rentes ? Oui Non

_____	_____	_____	_____	_____
À qui appartient la rente	Société ou institution	Montant ou valeur	Revenu mensuel	Date d'achat
_____	_____	_____	_____	_____
À qui appartient la rente	Société ou institution	Montant ou valeur	Revenu mensuel	Date d'achat

9 Frais de logement (Joindre un justificatif pour les demandes de LTSS)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Loyer	Prêt immobilier	Location d'espace	Assurance de propriétaire	Impôts fonciers	Autres frais

Bénéficiez-vous de l'aide d'une autre personne ou d'une agence, telle que les logements subventionnés qui paient la totalité ou une partie de ces dépenses ?

Oui Non Si oui, qui ? _____

10 Déductions

1. Mon/ma conjoint(e), moi ou une personne pour laquelle j'introduis la demande payons ou sommes tenus de payer :

_____	_____	_____
Garde des enfants ou des adultes à charge	Montant mensuel	Qui paie
_____	_____	_____
Pension alimentaire fixée par le tribunal	Montant mensuel	Qui paie
_____	_____	_____
Frais de bénéficiaire	Montant mensuel	Qui paie
_____	_____	_____
Frais de tutelle	Montant mensuel	Qui paie
_____	_____	_____
Honoraires d'avocat ordonnés par un tribunal	Montant mensuel	Qui paie
_____	_____	_____
Frais médicaux périodiques	Montant mensuel	Qui paie

(dont Medicare ou les autres cotisations d'assurance maladie que vous payez)

2. Mon/ma conjoint(e), moi ou une personne pour laquelle j'introduis la demande avons des frais médicaux dûs.

_____	_____	_____	_____
Type de frais médicaux	Date du service	Montant dû	Qui doit payer
_____	_____	_____	_____
Type de frais médicaux	Date du service	Montant dû	Qui doit payer
_____	_____	_____	_____
Type de frais médicaux	Date du service	Montant dû	Qui doit payer

3. Mon/ma conjoint(e), moi ou une personne pour laquelle j'introduis la demande souffrons d'un handicap et avons des frais de soutien à l'emploi. Ces derniers sont appelés frais de travail relatifs au handicap (Impairment Related Work Expenses, IRWE) :

Oui Non Si oui, indiquez le montant des IRWE _____

11

Ressources (Joindre les justificatifs)

(Ignorez cette section si vous introduisez une demande pour les programmes d'épargnes Medicare (MSP) ou Apple Health pour les travailleurs souffrant d'un handicap (HWD))

1. Une ressource est un élément que vous possédez ou que vous achetez, et qui peut être vendu, échangé ou converti en liquidités, ou des liquidités détenues par des tiers. Une ressource n'inclut pas les biens personnels comme le mobilier, les articles ménagers ou les vêtements.

Exemples de ressources :

- Liquidités
- Comptes courants
- Comptes d'épargne
- Certificats de placement (CD)
- Compte de dépôt du marché monétaire
- Obligations d'épargne
- Obligations
- Fonds mutuel
- Actions
- Rentes
- Fiducies
- Compte de retraite individuel (IRA)
- Compte de retraite individuel (401K)
- Fonds de retraite
- Maisons, y compris celle dans laquelle vous habitez
- Fonds funéraires
- Copropriété
- Terrain
- Contrat de vente
- Immeubles
- Domaine viager
- Assurance vie
- Plans funéraires prépayés
- Fonds d'éducation
- Part donnant vocation à l'attribution en jouissance
- Équipement d'entreprise
- Machines agricoles
- Bétail

2. Indiquez les ressources que votre conjoint(e), vous ou une personne pour laquelle vous introduisez la demande possédez ou achetez :

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Type de ressource	Propriétaire	Lieu	Valeur	Propriétaire	Lieu	Valeur
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Type de ressource	Propriétaire	Lieu	Valeur	Propriétaire	Lieu	Valeur
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Type de ressource	Propriétaire	Lieu	Valeur	Propriétaire	Lieu	Valeur
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Type de ressource	Propriétaire	Lieu	Valeur	Propriétaire	Lieu	Valeur

3. Mon/ma conjoint(e), une personne pour laquelle j'introduis la demande ou moi-même possédons des automobiles, des camions, des fourgonnettes, des bateaux, des véhicules récréatifs, des remorques ou d'autres véhicules à moteur :

_____	_____	_____	_____
Année (p. ex., 2010)	Marque (p. ex., Ford)	Modèle (p. ex., Escort)	Montant dû
Cochez si le véhicule est en crédit-bail		Cochez si le véhicule est utilisé à des fins médicales	
_____	_____	_____	_____
Année (p. ex., 2010)	Marque (p. ex., Ford)	Modèle (p. ex., Escort)	Montant dû
Cochez si le véhicule est en crédit-bail		Cochez si le véhicule est utilisé à des fins médicales	

12

Ressources LTSS supplémentaires (À remplir uniquement si vous demandez des services LTSS)

1. Mon/ma conjoint(e), moi ou une personne pour laquelle j'introduis la demande possédons ou achetons un domicile qui est une résidence principale :

_____	_____	_____
Adresse de la propriété	Valeur actuelle (selon l'estimateur)	Montant du prêt dû pour la propriété
_____	_____	_____
Adresse de la propriété	Valeur actuelle (selon l'estimateur)	Montant du prêt dû pour la propriété

2. Mon/ma conjoint(e), une personne pour laquelle j'introduis la demande ou moi-même avons vendu, échangé, donné ou transféré une ressource au cours des cinq dernières années (notamment, des fiducies de placement immobilier, des véhicules, des liquidités ou des domaines viagers). Oui Non Si oui, remplissez la partie suivante : (joignez des feuilles supplémentaires si nécessaire)

Type de ressource Date du transfert Valeur de la ressource transférée Bénéficiaire du transfert

Type de ressource Date du transfert Valeur de la ressource transférée Bénéficiaire du transfert

13

Assurance de soins à long terme (Pas nécessaire pour les programmes d'épargne Medicare)

Je suis/nous sommes couvert(s) par une assurance de soins à long terme. Oui Non S'agit-il d'une police LTC Partnership (LTCP) éligible? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de la/des compagnie(s) d'assurance et les personnes couvertes par la police :

Compagnie d'assurance Numéro de la police Nom du titulaire de la police Personne couverte Valeur en dollars (si LTCP)

Compagnie d'assurance Numéro de la police Nom du titulaire de la police Personne couverte Valeur en dollars (si LTCP)

Pour inclure tout commentaire supplémentaire à cette demande, veuillez joindre une feuille contenant les informations.

14

Données du représentant autorisé

Un représentant autorisé est tout adulte qui connaît la situation du foyer et qui est autorisé par le foyer à agir au nom du foyer à des fins d'admissibilité.

En désignant un représentant autorisé, vous accordez à votre représentant autorisé l'autorisation de :

- Signer la demande en votre nom ;
- Recevoir des avis relatifs à votre demande et votre compte ; et
- Agir en votre nom pour toute question relative à la demande et au compte.

1. Désignez-vous un représentant autorisé? Oui Non

2. Souhaitez-vous que votre représentant autorisé reçoive des avis relatifs à votre demande et votre compte? Oui Non

3. Ce représentant autorisé a-t-il le statut de tuteur légal?

Oui Non Si oui, pour qui : _____

4. Ce représentant autorisé a-t-il procuration?

Oui Non Si oui, pour qui : _____

Nom/organisation du représentant autorisé

Téléphone

Adresse e-mail

Adresse postale du représentant autorisé

Rembourser l'État pour l'assurance maladie et les soins à long terme :

En vertu de la loi, l'État de Washington peut recouvrer les frais qu'il a déboursés pour certains types de services médicaux via vos propriétés par le biais du recouvrement sur les propriétés (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 et Chapitre 182-527 du WAC). Le recouvrement sur les propriétés n'intervient pas avant votre décès et le décès de votre conjoint survivant, et avant que vos enfants n'aient 21 ans ou plus. Il n'intervient pas non plus si un de vos enfants est aveugle/infirmes au moment de votre décès. Les frais recouvrables comprennent :

Certains services et aides à long terme du programme Washington Apple Health, si vous avez 55 ans ou plus au moment où vous bénéficiez des services.

Certains services financés par l'État uniquement, quel que soit votre âge au moment où vous bénéficiez des services.

Retrouvez la liste des services concernés par le recouvrement des frais dans le WAC 182-527-2742. Retrouvez la liste des propriétés exemptées du recouvrement dans le WAC 182-527-2746.

L'État peut aussi demander un privilège avant décès sur votre bien immobilier, à tout âge, si vous vivez en institution de manière définitive (WAC 182-527-2734). L'État peut recouvrer des frais via une vente de propriété, ou de votre patrimoine, sauf si :

- Votre conjoint(e) réside à la propriété ;
- Un de vos frères ou sœurs réside à la propriété, est copropriétaire de la propriété, et répond à certains critères.
- Votre enfant réside à la propriété, et il/elle est aveugle/infirmes ; ou
- Votre enfant réside à la propriété, et il/elle a moins de 21 ans.

Retrouvez la liste des services concernés par le recouvrement via privilège avant décès dans le WAC 182-527-2734.

Cession des droits et coopération :

Vous êtes conscient(s) que vous accordez à l'État de Washington des paiements tiers au titre des soins médicaux lorsque vous bénéficiez d'une couverture Washington Apple Health. Cela signifie que l'État de Washington facturera tout autre régime d'assurance qui est légalement tenu de couvrir vos frais médicaux (il peut s'agir du régime d'assurance d'un(e) ex-époux/se ou d'un parent avec qui vous ne vivez plus). L'assuré de ce régime pourrait recevoir des informations concernant vos frais médicaux couverts par le régime. Si vous craignez que cela puisse représenter un danger pour vos enfants et vous, vous pouvez nous demander de ne pas chercher à obtenir des paiements tiers pour les soins médicaux.

Divulgarion de rente :

Si vous ou votre conjoint(e) acceptez les prestations de soins à long terme Washington Apple Health (Medicaid) alors que vous avez un intérêt dans une rente, vous devez nommer l'État de Washington en tant que bénéficiaire résiduel de la rente.

Droits d'audience administrative :

Si vous contestez une décision que nous avons prise concernant votre couverture médicale ou des services à long terme, vous avez le droit de faire appel via la procédure d'audience administrative. Vous pouvez demander à un superviseur et un administrateur de ré-examiner la décision ou l'action contestée sans que cela n'affecte vos droits à une audience administrative.

Je suis conscient(s) que les informations que je fournis pour demander ou renouveler une assistance peuvent être vérifiées par des représentants fédéraux ou d'État afin de déterminer leur véracité. J'autorise l'Autorité des soins de santé de l'État de Washington (HCA) et le Département des services de santé et des services sociaux (DSHS) à vérifier mes biens afin de déterminer mes droits et de vérifier la précision de mes données financières. Je suis conscient(e) que la HCA et le DSHS peuvent rechercher et contacter toute institution financière, agence d'État ou fédérale, ou base de données privée dans le cadre du processus de vérification. Je suis conscient(e) que cette autorisation prendra fin dès qu'une décision définitive aura été prise concernant ma demande, à la fin de mes allocations ou si je révoque cette autorisation en faisant parvenir un avis par écrit à la HCA ou au DSHS. En cas de retrait ou de refus de fournir cette autorisation, je suis conscient(e) que je n'aurai pas droit à tout programme d'assistance Medicaid pour personnes âgées, aveugles et infirmes (SSI) Washington Apple Health.

Le retrait de l'autorisation ou le refus de la vérification des biens n'a aucun impact sur le droit aux aides sur mesure pour adultes âgés (programme TSOA).

Le Département offre des services d'inscription sur les listes électorales, dont l'inscription automatique sur les listes électorales. **Effectuer une demande d'inscription ou refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'affectera pas vos prestations ou le montant des allocations que vous pourriez obtenir de cette agence.** Si vous souhaitez une assistance pour remplir le formulaire d'inscription sur les listes électorales, nous vous y aiderons. La décision de rechercher ou d'accepter une aide est de votre ressort. Vous pouvez remplir votre formulaire d'inscription sur les listes électorales en privé. Si vous pensez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit d'inscription ou de refus d'inscription sur les listes électorales, votre droit de confidentialité dans votre décision de vous inscrire ou lors d'une demande d'inscription, ou votre droit de choisir votre propre parti ou préférence politique, vous pouvez porter plainte auprès de la Division électorale de l'État de Washington, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, par e-mail à l'adresse elections@sos.wa.gov, ou en appelant le 1-800-448-4881.

Souhaitez-vous vous inscrire sur les listes électorales ou mettre à jour votre inscription sur les listes

électorales? **Oui** **Non**

Si vous ne cochez aucune case, nous considèrerons que vous avez décidé de ne pas vous inscrire sur les listes électorales à l'heure actuelle, sauf si vous êtes éligible pour, et que vous ne refusez pas, l'inscription automatique sur les listes électorales.

À moins d'avoir coché la case « Non » ci-dessus, vous pouvez être éligible pour l'inscription automatique sur les listes électorales. Vous êtes éligible pour l'inscription automatique sur les listes électorales si vous aurez au moins 18 ans au moment des prochaines élections, vous êtes citoyen(ne) des États-Unis d'Amérique, le DSHS possède votre nom, votre adresse de résidence et postale, votre date de naissance, les données de vérification de votre citoyenneté, et votre signature attestant de la véracité des informations fournies sur cette demande.

Souhaitez-vous être automatiquement inscrit(e) sur les listes électorales? **Oui **Non****

Si vous avez coché la case « Oui », ou que vous n'avez coché aucune case mais que vous répondez aux critères d'éligibilité à l'inscription automatique sur les listes électorales, le DSHS enverra vos données à l'Office du Secrétaire d'État et vous serez automatiquement inscrit(e) sur les listes électorales.

Pour partager tout commentaire ou inclure des informations supplémentaires, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

J'ai lu et compris les informations indiquées sur cette demande. Je certifie ou déclare sous peine de parjure, conformément aux lois de l'État de Washington, avoir donné dans ce formulaire de demande des informations qui sont, à ma connaissance, exactes, correctes et complètes, notamment en ce qui concerne la nationalité et le statut d'immigration des membres de mon foyer qui demandent des prestations.

Signature du client

Téléphone

Date

Signature de l'époux(se)

Téléphone

Date

Signature du parent de l'enfant mineur client

Téléphone

Date

Signature du représentant autorisé ou assistant

Téléphone

Date