

Өндөр настай, Харааны бэрхшээлтэй ба сохор, Тахир дутуу хүмүүсийн Washington Apple Health-ийн Даатгалын өргөдөл/ Удаан хугацааны Үйлчилгээ ба Дэмжлэг

Энэ өргөдлийг эрүүл мэндийн даатгалд яг юуг хамаардаг ба үүнд юу ордгийг харахаар хэрэглэнэ үү:

- Танд гэр асаргааны үйлчилгээ, гэр орон сууцын туслалцаа, насанд хүрэгсдийн гэр байрны туслалцааны хөтөлбөрүүд эсвэл Өндөр Настангуудын Зохио Дэмжлэг (TSOA) зэргийн Удаан Хугацааны Үйлчилгээ ба Дэмжлэгүүд (LTSS) хэрэгцээтэй
- Та эсвэл таны гэрийн хэн нэгэн Медикартай (Medicare).
- Та Медикарын (Medicare) анхдагч эсвэл хамтран даатгагчийн төлбөрийг төлөх тусламж авах хэрэгтэй.
- Та эсвэл таны гэр бүлийн хэн нэгэн 65 нас ба илүү настай.
- Та эсвэл таны гэр бүлийн хэн нэгэн тахир дутуу ба Медикаргүй (Medicare).
- TSOA-д: Та 55 нас ба үүнээс дээш настай, эсвэл та эсвэл таны төлбөр төлдөөгүй тэтгэгчид дэмжлэг хэрэгтэй.

Жич: Аппл Эрүүл Мэндийн тэтгэлэгээ Washington Healthplanfinder онлайн wahealthplanfinder.org-ийн дагуу эсвэл 1-855-923-4633 руу доорх нөхцлүүдийг та бүрдүүлж байвал дуудлага өгөх:

- Насанд хүрсэн 19 настай эсвэл 64 настай.
- Хүүхдүүдэд зориулж өргөдөл гаргаж байгаа.
- Эцэг эх эсвэл хүүхдүүдэд зориулж өргөдөл гаргагч.
- Жирэмсэн эсвэл хэн нэгэн жирэмсэн нэгний өмнөөс өргөдөл гаргаж байгаа.

Онлайнаар илүү хурдан өргөдөл гаргах

- Та онлайн өргөдлийг washingtonconnection.org-д өгж болно

Таны өргөдөлдөө оруулах хэрэгцээтэй мэдээлэл:

- Нийгмийн даатгалын дугаар
- Төрсөн огноонууд
- Цагаачийн байдал
- Орлогын мэдээлэл
- Эх сурвалж ба хөрөнгийн мэдээлэл (банкийн дансын балансууд, үнэт цаас, бонд, данснаас гаргасан мэдээлэл)

Яагаад бид ийм мэдээлэл асууж байна вэ?

- Бид энэ мэдээллийг танд ямар эрүүл мэндийн даатгал хэрэгтэй болохыг тодорхойлохоор ашиглана. Хуулинд заасны дагуу бид энэ мэдээллийг нууцлах болно.

Таны бөглөсөн ба гарын үсэг зурсан өргөдлийг хаашаа илгээх вэ

Apple Health тахир дутуу байдал, Цагаачийн тэтгэмж ба 65+ настай өндөр настангуудын тэтгэмж ба анхдагч Medicare ба зарлагыг төлөх хөтөлбөрүүдэд

- Өргөдлөө илгээх э-мэйл:
DSHS
Community Services Division - Customer Service Center
PO BOX 11699, Tacoma WA 98411-6699
- Өргөдлөө 1-888-338-7410 рүү факсаар илгээх
- Өргөдлөө орон нутгийн Олон Нийтийн Үйлчилгээний Офис (CSO).
- dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office-ыг байрлал үзэхээр хар
- Онлайн washingtonconnection.org-д өргөдөл гаргана уу
- Утсаар 1-877-501-2233 - д өргөдөл гаргах

Удаан хугацааны үйлчилгээ ба асрамжийн байрны туслах, гэрт асрах, туслалцаатай орон сууц, насанд хүрэгчдийн гэрийн хөтөлбөр ба TSOA зэргийн тэтгэмжийн даатгал авах

- Өргөдлөө илгээх э-мэйл:
DSHS
Home and Community Services
PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826
- Хэсгийн Гэр ба Нийтийн Үйлчилгээний (HCS) офисыг байршлыг мэдэхээр dshs.wa.gov/office-locations-д орно уу
- Өргөдлөө 1-855-635-8305 руу факсаар илгээнэ үү
- Онлайн [washingtonconnection.org](https://www.washingtonconnection.org)–д өргөдөл гаргана уу
- Илүү их LTSS эх сурвалж авахаар dshs.wa.gov/altsa/resources
- Илүү их TSOA эх сурвалж авахаар 1-855-567-0252 утсаар асуух эсвэл өөрийн Өндөр Настны Бүсийн Агентлаг (AAA) руу Асрамжийн Мэргэжилтэнтэй ярихаар холбогдоно уу. Өөрийн хэсгийн AAA офисыг олно уу: [wacalc.org](https://www.waclc.org)

Эрүүл Мэндийн Даатгалын Эрх ба Хариуцлага

Бүх төрлийн эрүүл мэндийн тгэгэмжийн таны эрх (шаардлагатай)

Бүх санаа болгох маягтуудыг уншиж бөглөхөд туслуулах Та ЭРҮҮЛ МЭНД БА НИЙГМИЙН ХЭЛТЭС (DSHS) 1-877-501-2233 угсаар туслалцаа авахаар холбоо барьж болно.

DSHS эсвэл Эрүүл Мэндийн Тусламжийн Захиргаа (HCA)-тай ярилцахдаа үнэ төлбөргүйгээр ба хурдан шуурхай танд хэлмэрч эсвэл орчуулагч гаргаж өгч болдог.

Өөрийнхөө хувийн мэдээллийг нууцлалтай байлгана, гэхдээ бид зарим мэдээллийг улсын буюу засгийн газрын агентлагуудтай, мөн HCA гэрээт байгууллагуудтай хуваалцах эрхтэй.

Хэрвээ та DSHS эсвэл HCA-аар хийгдсэн таны эрүүл мэндийн даатгалын эрх, удаан хугацааны үйлчилгээ ба тэтгэлэг (LTSS) эсвэл эрүүл мэндийн төлөвлөлтийн эрхийг хамарсан тодорхойлолтой санаа нийлэхгүй байвал та энэ хүү байдлыг шүүхээр даван заалдах боломжтой. Хэрэв та давж заалдах хүсэлт гаргавал таны хэргийг хянан үзэх болно. DSHS хөтөлбөрийн даван заалдалтын тухай мэдээлэлд, та DSHS Үйлчлүүлэгчийн Алба Холбоо барих Төв рүү 1-877-501-2233 эсвэл өөрийн хэсгийн Нийтийн Үйлчилгээний Албад очно уу.

Хэрвээ шүүхэд хандалт нь Washington Apple Health -ийн даатгалд хамрах ба үүнийг хэргийг үзэн шалгаад шийдээгүй бол, та Захиргааны Шүүхийн сонголд томилогдоно.

Шударга ханд. Ялгаварлан гадуурхалт бол хуулийн эсрэг. DSHS ба HCA нь Холбооны иргэний эрхийн тухай хууль тогтоомжийг дагаж мөрддөг бөгөөд арьсны өнгө, үндэс угсаа, нас, хөгжлийн бэрхшээл эсвэл хүйсээр ялгаварлан гадуурхдаггүй. DSHS болон HCA нь хүмүүсийг арьс өнгө, арьсны өнгө, үндэс угсаа, нас, хөгжлийн бэрхшээл, хүйсээр нь ялгаж, ялгаж харьцдаггүй.

DSHS ба HCA нь муж улсын холбогдох хууль тогтоомжийг дагаж мөрддөг бөгөөд шашин шүтлэг, хүйс, хүйсийн илэрхийлэл, мөн чанар, бэлгийн чиг баримжаа, гэр бүлийн байдал, шашин шүтлэг, цэргийн алба хаасан ахмад дайчин эсвэл цэргийн статусаар нь, эсвэл сургалттай нохойны үйлчилгээ эсвэл тахир дутуу хүнд туслах амьтны үйлчилгээ ашиглах зэргээр ялгаварлан гадуурхдаггүй.

DSHS ба HCA:

- Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүмүүст үнэ төлбөргүй тусламж, үйлчилгээг үзүүлснээр тэд бидэнтэй үр дүнтэй харилцах боломжтой, тухайлбал:
 - Мэргэжлийн дохионы хэл хэлмэрч
 - Өөр нэгэн форматаар бичгээр хийсэн мэдээлэл (том принт, аудио, хүртээмжтэй цахим формат, бусад форматууд)
- Эх хэл нь Англи хэл биш хүмүүст үнэ төлбөргүй хэлмэрчийн үйлчилгээ олгох:
 - Мэргэжлийн хэлмэрчид
 - Бусад хэлээр бичсэн мэдээллүүд

Хэрвээ танд энэхүү үйлчилгээ хэрэгтэй бол, 1-877-501-2233 руу холбогд.

Хэрэв та DSHS эсвэл HCA эдгээр үйлчилгээг үзүүлж чадаагүй эсвэл өөр байдлаар ялгаварлан гадуурхсан гэж үзэж байгаа бол та дараах хаягаар гомдол гаргаж болно:

• DSHS

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

Та өөрийн биеэр болон утас, шуудан, факс, цахим шуудангаар гомдлоо гаргаж болно. Хэрвээ танд гомдол гаргахад тусламж хэрэгтэй бол DSHS Гомдлын Үйлчилгээ эсвэл HCA Хууль Зүйн Үйлчилгээний хэлтэс танд туслахад бэлэн.

Та мөн иргэний эрхийн гомдлоо АНУ-ын Эрүүл мэнд, хүний үйлчилгээний яам, Иргэний эрхийн албанд <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> вэб хаягаар эсвэл цахим хэлбэрээр эсвэл утсаар гаргаж болно:

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).

Гомдлын маягыг www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html-оос авч болно.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний бүх хөтөлбөрт таны үүрэг хариуцлага (та заавал үйлдэнэ).

SSN болон Цагаачлалын статус Зарим үл хамаарах зүйлийг эс тооцвол та өөрийн болон гэр бүлийнхээ эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд хамрагдахыг хүссэн хэн нэгний Нийгмийн Даатгалын Дугаар (SSN) эсвэл цагаачлалын баримт бичгийн дугаарыг өгөх ёстой. Эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлийн татварын хөнгөлөлтөд хамрагдахын тулд SSN шаардлагатай. Бид энэ мэдээллийг таны биеийн байцаалт, иргэншил, цагаачлалын байдал, төрсөн огноо болон бусад эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд хамрагдах боломжтой эсэхийг баталгаажуулах замаар таны шалгуурыг тодорхойлоход ашигладаг. Бид энэ мэдээллийг аливаа нэгэн цагаачлалын агентлагтай хуваалцдаггүй.

Энэ нь танай өрхийн зарим гишүүдэд хамрагдах боломжтой боловч заримд нь хамрагдахгүй. Хэрвээ танд өрхийн бүх гишүүдийн SSN эсвэл цагаачлалын баримт бичгийн дугаар байхгүй бол бусад хүмүүс өргөдөл гаргаж, үүнд хамрагдах боломжтой. Жишээ нь, та даатгалд хамрагдах эрхгүй байсан ч хүүхдийнхээ төлөө өргөдөл гаргаж болно. Өргөдөл гаргах нь таны цагаачлалын статус эсвэл байнгын оршин суугч эсвэл иргэн болох боломжид нөлөөлөхгүй.

Мөн тус улсад хууль ёсоор байгаа гэдгээ харуулах боломжгүй хүмүүст зориулсан Washington Apple Health-ийн хөтөлбөрүүд байдаг. Гэхдээ хэрвээ та гэр бүлийнхээ хэн нэгэнд SSN эсвэл цагаачлалын бичиг баримтын дугаар өгөхгүй гэж шийдсэн бол бид өргөдөл гаргагчийн орлогын талаарх мэдээллийг авахын тулд тантай холбогдох шаардлагатай болно.

Хэрвээ агентлаг үүнийг шаардсан бол, таныг тэнцэх эсэхийг шаардлагатай бүх мэдээлэл эсвэл нотлох баримтыг өгнө үү.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний бүх хөтөлбөрүүдийн талаар мэдэх ёстой зүйлс

Washington Connection ба муж улсын удирдлагатай хэрэглээний системүүдийн үйл ажиллагаа, тэдгээрийг ашиглаж буй хүний хувьд таны эрх, үүрэг, тэдгээрийг ашигласнаар авах хамрах хүрээг зохицуулдаг муж, холбооны тодорхой хууль тогтоомжууд байдаг. Энэ системүүдийг хэрэглэхдээ та тэдгээрийг ашиглаж байгаа хэн нэгэнд хамаарах хууль тогтоомж, үүний үр дүнд тэдний хамрагдах хамрах хүрээг дагаж мөрдөхийг зөвшөөрч байгаа болно.

1973 оны Үндэсний сонгогчийн бүртгэлийн тухай хуулиар бүх муж улс төрийн тусламжийн газраар дамжуулан сонгогчдын бүртгэлийн тусламж үзүүлэхийг шаарддаг. Бүртгүүлэх хүсэлт гаргах эсвэл санал өгөхөөс татгалзах нь танд энэ байгууллагаас үзүүлэх үйлчилгээ, үр өгөөжид нөлөөлөхгүй. Та www.vote.wa.gov хаягаар орж санал өгөх эсвэл 1-800-448-4881 утсаар сонгогчийн бүртгэлийн маягт захиалах боломжтой.

Эрүүл Мэндийн Даатгалын Зөвшөөрлөх Чадвар ба Хариуцлагын тухай хуулийн (HIPAA) хязгаарлалт нь тухайн хүн итгэмжлэлгүй эсвэл та зөвшөөрөл олгох зөвшөөрлийн хуудсанд гарын үсэг зураагүй тохиолдолд HCA болон DSHS нь таны эсвэл танай өрхийн аль нэг гишүүний эрүүл мэндийн мэдээллийг хэн нэгэнтэй, тэр дундаа итгэмжлэгдсэн төлөөлөгчтэй хэлэлцэхийг хориглодог. Үүнд сэтгэцийн эрүүл мэндийн мэдээлэл, ХДХВ, ДОХ, БЗДХ-ын шинжилгээний үр дүн, эмчилгээ, химийн бодисоос хамааралтай байдлын үйлчилгээг задруулах зэрэг орно.

Хямд Үнэтэй Тусламж үйлчилгээний тухай хууль нь DSHS ба HCA-ыг таны болон танай өрхийн аль нэг гишүүний хувийн мэдээллийг (PII) хүлээн авах эрхгүй хэн нэгэнд, таны зөвшөөрөлгүйгээр мэдээлэл өгөхөөс сэргийлдэг.

Таны DSHS ба HCA-д өгж байгаа мэдээллийг улсын ба мужийн улсын албан тушаалтнуудын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд хамрагдах эрхээ тодорхойлох зорилгоор баталгаажуулах ёстой. Баталгаажуулалтад агентлагийн ажилтнуудын дараагийн холбоо барих мэдээллийг багтааж болно.

HCA ба DSHS нь таны эрүүл мэндийн даатгалын төлөвлөгөөг хариуцахгүй. Таны эрүүл мэндийн даатгалын үйлчилгээ үзүүлэгч таны тэтгэмжийн талаар нэмэлт мэдээлэл өгөх боломжтой. **Хэрэв танд эрүүл мэндийн даатгалын төлөвлөгөөний нөхцлийн талаар асуулт байгаа бол, үүнд ямар тэтгэмж авах боломжтой, тэтгэмжийн нэхэмжлэл гаргах эсвэл тэтгэмж авахаас татгалзсан тохиолдлууд орно, та эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагатайгаа холбоо барина уу.**

Та Хүүхдийн Тэтгэмжийн Дэмжлэг (DCS)-ээр дамжуулан тэтгэмж сайжруулах хүсэлт гаргаж болно.

Эдгээр үйлчилгээнд хамрагдах хүсэлтийг авахын тулд www.childsupportonline.wa.gov хаягаар зочлох эсвэл харьяа DCS оффистой холбогдоно уу.

Таны эрх (шаардлагатай) зөвхөн Washington Apple Health-ийн даатгалд

Танд таны эрх ба хариуцлагыг тайлбарлах, хэрвээ та асуувал.

Таны нэр, хаяг, гарын үсэг эсвэл өргөдөл гаргагчийн итгэмжлэгдсэн төлөөлөгчийн гарын үсгийг багтаасан хэсэгчилсэн өргөдөл гаргахыг зөвшөөрнө үү. Хэсэгчилсэн өргөдөл хүлээн авсан өдөр бол таны өргөдлийн огноо бөгөөд энэ нь таны хамрах хүрээ хүчин төгөлдөр болох үед нөлөөлж болзошгүй. Таныг өргөдлийг бөглөж дуустал бид таны хамрах хүрээний талаар эцсийн шийдвэр гаргахгүй.

WAC 182-503-0005-д жагсаалтад буй дурын аргыг ашиглан өргөдөл эсвэл хэсэгчилсэн өргөдөл гаргахыг зөвшөөрнө үү.

Өргөдлөө WAC 182-503-0060-д заасан хугацаанаас хэтрүүлэхгүйгээр шуурхай боловсруулна уу.

Таны хариуцлага эрхийг тодорхойлохоор мэдээлэл өгөхөд 10 хуанлийн өдөр өгнө. Хэрвээ танд илүү их цаг хугацаа хэрэгтэй тохиолдолд, бид танд илүү цаг өгөх болно. Хэрвээ та бидэнд мэдээлэл өгөхгүй эсвэл нэмэлт хугацаа хүсээгүй бол бид таны эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хамрах хүрээг үгүйсгэх, хаах эсвэл өөрчлөх боломжтой.

Хэрвээ та шаардлага хангасан эсэхээ шийдэхийн тулд бидэнд шаардлагатай мэдээлэл, нотлох баримт авахад асуудал гарвал танд тусална уу. Хэрэв бид танд мөнгө шаардагдах бичиг баримт шаардах юм бол бид үүнийг илгээж, зардлыг төлнө.

Ихэнх тохиолдолд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээгээ зогсоохоос 10-аас доошгүй хоногийн өмнө танд мэдэгдэнэ.

Танд бичгэн шийдвэр өгнө, олонтаа тохиолдолд, 45 хоногийн дотор гардаг. Зарим тахир дутуу байдлын тохиолдлуудад эрүүл мэндийн даатгал нь 60 хоногоос илүү хугацаа шаарддаг. Бид жирэмсний бичгэн шийдвэрийг 15 хоногийн дотор гаргадаг.

Хэрэв бид таны хэргийг шалгаж байгаа бол мөрдөн байцаагчтай ярихаас татгалзахыг зөвшөөрөх Та мөрдөн байцаагчийг гэртээ оруулах шаардлагагүй. Та мөрдөн байцаагчийг дараагаар гэртээ ирэхийг хүсэх эрхтэй. Энэ хүсэлт таны эрүүл мэндийн даатгалын эрхийг зогсоож хөндөхгүй.

Бид таныг WAC 182-504-0125-ын дагуу өөр хөтөлбөрт хамрагдах боломжтой эсэхийг шийдэх хүртэл Washington Apple Health-ийн хамрах хүрээг үргэлжлүүлээрэй.

Хэрвээ та эрхтэй бол WAC 182-503-0120-т тайлбарласны дагуу ижил нэвтрэх үйлчилгээ үзүүлнэ.

Зөвхөн Washington Apple Health-ийн үүрэг хариуцлага (та заавал байх ёстой).

Өөрчлөлтөөс хойш 30 хоногийн дотор WAC 182-504-0105 болон WAC 182-504-0110-д шаардлагатай өөрчлөлтийг мэдээлнэ үү. Та ямар өөрчлөлтийг мэдээлэх ёстойг харахын тулд зөвшөөрлийн бичгээ уншина уу.

Хүссэн бол шинэчлэлийг бөглөнө үү.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний төлбөрийг төлөхөд шаардлагатай мэдээллийг эмч нарт өгнө.

Хэрэв та үүнийг авах эрхтэй бол Medicare-д өргөдөл гаргана уу.

Асуусан тохиолдолд Чанар Даатгалтай хамтран ажиллана.

Та Washington Apple Health-ийн даатгалд хамрагдахыг хүсэх эсвэл хүлээн авахдаа өөр эх үүсвэрээс орлого олохын тулд боломжит хүчин чармайлт гаргаж, хүсэлт гаргана уу.

Таны зөвхөн Washington Apple Health-ийн талаар мэдэх ёстой зүйлс

Washington Apple Health-ийг хүсч, хүлээн авснаар та Вашингтон мужид эмнэлгийн тусламж авах, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний төлбөрийг гуравдагч этгээдээс авах бүх эрхийг олгоно.

Агентлаг нь таны хүүхдийн дархлаажуулалтын түүхийг Хүүхдийн дархлаажуулалтын хяналтын системтэй хуваалцаж болно.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ, мөнгөн тусламж, хүнсний тусламж, хүүхэд асрах татаас зэрэг хөтөлбөрт хамрагдах эрх, сар бүр тэтгэмжийг тодорхойлохын тулд таны мэдээлсэн мэдээллийг DSHS-д өгч болно.

Хуулиараа Вашингтон муж нь зарим төрлийн эмнэлгийн үйлчилгээнд төлсөн зардлаа үл хөдлөх хөрөнгөө нөхөн сэргээх замаар (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, Бүлэг 182-527 WAC) дамжуулан таны эд хөрөнгөөс нөхөж болно. Үл хөдлөх хөрөнгийн нөхөн сэргээлт нь таны нас барсны дараа, таны амьд үлдсэн хань ижил нас барсны дараа, таны амьд үлдсэн хүүхдүүд 21 ба түүнээс дээш настай байх хүртэл хийгддэггүй. Таны нас барах үед амьд үлдсэн хүүхэд хараагүй/тахир дулуу байсан бол энэ тохиолддоггүй. Нөхөн сэргээх зардалд дараахь зүйлс орно:

- Хэрэв та үйлчилгээ авсан үедээ 55 ба түүнээс дээш настай бол Washington Apple Health-ийн тодорхой урт хугацааны үйлчилгээ, дэмжлэг;
- Таныг үйлчилгээ авах үеийн наснаас үл хамааран зөвхөн төрөөс санхүүждэг зарим үйлчилгээ.

Та зардлаа нөхөх үйлчилгээний жагсаалтыг WAC 182-527-2742-оос олж болно. Та WAC 182-527-2746-ийн дагуу сэргээхээс хасагдсан хөрөнгийн жагсаалтыг олж болно.

Хэрэв та байнгын байгууллагад шилжсэн бол төр ямар ч насны үл хөдлөх хөрөнгөө нас барахаас өмнө барьцаалж болно (WAC 182-527-2734). Төр дараахь тохиолдолд үл хөдлөх хөрөнгө эсвэл таны үл хөдлөх хөрөнгийг худалдсанаас нөхөн төлбөр авч болно.

- Таны хань уг эзэмшилд амьдардаг;
- Таны дүү тус байранд амьдардаг, хамтран өмчлөгч бөгөөд тодорхой нөхцөлийг хангасан.
- Таны хүүхэд тус байранд амьдардаг бөгөөд хараагүй/хөгжлийн бэрхшээлтэй; эсвэл
- Таны хүүхэд тус байранд амьдардаг бөгөөд 21 нас хүрээгүй.

Та нас барахаас өмнөх барьцааны дагуу зардлаа нөхөх үйлчилгээний жагсаалтыг WAC 182-527-2734-ээс олж болно.

Хэрэв та үйлчилгээ үзүүлэгчдээс шаардлагагүй эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авахыг хүсвэл нэг эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгч, эмийн сан болон/эсвэл эмнэлэгээр хязгаарлагдаж болно.

[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] ተርጉምትን 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).

Өндөр настай, Харааны бэрхшээлтэй ба сохор, Тахир дутуу хүмүүсийн Washington Apple Health-ийн Даатгалын өргөдөл/ Удаан хугацааны Үйлчилгээ ба Дэмжлэг

1

Өргөдөл гаргагчийн овог нэр ба холбоо барих мэдээлэл

Эхний нэр (Өөрийн)

M.I.

Сүүлийн нэр

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ID ДУГААР (Хэрэв боломжтой бол)

Өргөдөл гаргагчийн эсвэл хуулийн зөвшөөрөлтэй төлөөлөгчийн гарын үсэг

Таны оршин суугаа хаяг (Шаардлагатай)

Бүс

Хот

Муж

Зип код

Хэрвээ танд байнгын орших хаяг байхгүй бол энэ дөрвөлжинг шалга

Э-мэйл хаяг (хэрвээ өөр бол)

Бүс

Хот

Муж

Зип код

Анхдагч утасны дугаар

Гар утас

Е-мэйл

Хэрвээ байранд амьдардаг бол, хэрвээ дээрхтэй ижил биш бол, байрны нэр ба хаягийг өгнө үү:

Байрны нэр

Байрны хаяг

Бүс

Хот

Муж

Зип код



18005

2**Өргөдөл гаргаж байгаа хөтөлбөр**

Би, миний хань эсвэл миний гэр бүлийн хэн нэг нь доорх өргөдөл гаргаж байна:

Гэрийн Асрагчийн Үйлчилгээ	Өндөр настай, Сохор эсвэл Тахир Дулуу хүмүүсийн Эрүүл Мэндийн туслалцаа
Туслалцаатай Амьдрал/Насанд Хүрэгчийн Гэр Бүлийн Байр	Medicare Savings Program (Медикар Хадгаламжийн Хөтөлбөр)
Гэрийн Сувилгааны Туслалцаа	Тахир дулуу Ажилчдын Apple Эрүүл Мэнд (HWD)
Насанд Хүрэгчдийн Тусгай Дэмжлэг (TSOA)	

3**Төлөөгүй эрүүл мэндийн тасалбарын мэдээлэл**

Та эсвэл таны хүсэлт гаргаж буй хэн нэгэнд тухайн сараас өмнөх 3 сарын аль нэгийн хугацаанд төлөгдөөгүй эмнэлгийн төлбөрийг төлөхөд тусламж хэрэгтэй байна уу? Тийм Үгүй Хэрвээ "Тийм" бол, дурьдана уу:

4**Хэлний тухай мэдээлэл**

Танд болон таны хүсэлт гаргаж буй хэн нэгэнд хэлмэрч хэрэгцээтэй эсэх эсвэл өөр хэлээр бичиг баримт хүлээн авах уу? Тийм Үгүй

Хэрвээ тийм бол, ямар хэл эсвэл боломжийн формат танд хэрэгтэй вэ? Бүх хүсэлтийн жагсаалт гарга: _____

5**Та ба таны гэр бүлийн тухай мэдээлэл**

Өөрийгөө, хань ба та хүсэлт гаргаагүй ч гэсэн тантай хамт амьдардаг хамаатнууд (хэрвээ хэрэгцээтэй бол нэмэлт хуудсуудыг хавсарга).

	ӨӨРӨӨ		
Нэр (Эхний, Дунд, Сүүлийн)	Төрөхийн хүйс	Танд хамаатай эсэх	Төрсөн огноо

Нийгмийн Даатгалын Дугаар (SSN)* Та энэ хүнийг даатгах хүсэлтэй байна уу? Тийм Үгүй

Иргэн эсвэл харьяат бус байдал: (нэгийг нь шалгана уу)

АНУ иргэн Тийм Үгүй Вашингтон хотын оршин суугч Тийм Үгүй

Та Испани, Латин эсвэл Испаник гаралтай юу? (ЗААВАЛ БИШ)

Куба	Мексик/Мексик-Америк/Чикано	Испани/Испани биш
Бусад Испани/Испаник	Пуэрто Рик	

Арьсны өнгө (ДУРААР – өргөдөл гаргахдаа таваас дээшийг сонго)

Америкийн индиан эсвэл Аляскийн уугуул	Хятад	Солонгос	Тайланд
Ази	Филлипин	Лаос	Вьетнам
Азийн Энэтхэг	Гуамани	Бусад Номхон Далайн Арлын уугуул	Цагаан

Хар эсвэл Африкийн Америк	Хавайн	Бусад Арьсны Өнгө	
Камбож	Япон	Самоа	
Нэр (Эхний, Дунд, Сүүлийн)		Төрөхийн хүйс	Таны хамаатан?
Нийгмийн Даатгалын Дугаар (SSN)*		Та энэ хүнийг даатгах хүсэлтэй байна уу?	Тийм үгүй
Иргэн эсвэл харьяат бус байдал: (нэгийг нь шалгана уу)			
АНУ иргэн	Тийм	Үгүй	Вашингтон хотын оршин суугч
Та Испани, Латин эсвэл Испаник гаралтай юу? (ЗААВАЛ БИШ)			
Куба	Мексик/Мексик-Америк/Чикано		Испани/Испани биш
Бусад Испани/Испаник	Пуэрто Рик		
арьсны өнгө (ЗААВАЛ БИШ – тохиромжтой тав хүртэлхийг сонгоно уу)			
Америкийн индиан эсвэл Аляскийн уугуул	Хятад	Солонгос	Тайланд
Ази	Филиппин	Лаос	Вьетнам
Азийн Энэтхэг	Гуамаян	Номхон далайн бусад арлын хүн	Цагаан
Хар эсвэл Африкийн Америк	Хавайн	Бусад Арьсны Өнгө	
Камбож	Япон	Самоа	

Нэр (Эхний, Дунд, Сүүлийн)		Төрөхийн хүйс	Таны хамаатан?	Төрсөн огноо
Нийгмийн Даатгалын Дугаар (SSN)*		Та энэ хүнийг даатгах хүсэлтэй байна уу?	Тийм	үгүй
Иргэн эсвэл харьяат бус байдал: (нэгийг нь шалгана уу)				
АНУ иргэн	Тийм	Үгүй	Вашингтон хотын оршин суугч	Тийм
Та Испани, Латин эсвэл Испаник гаралтай юу? (ЗААВАЛ БИШ)				
Куба	Мексик/Мексик-Америк/Чикано		Испани/Испани биш	
Бусад Испани/Испаник	Пуэрто Рик			

арьсны өнгө (ЗААВАЛ БИШ – тохиромжтой тав хүртэлхийг сонгоно уу)

Америкийн индиан эсвэл Аляскийн уугуул	Хятад	Солонгос	Тайланд
Ази	Филипин	Лаос	Вьетнам
Азийн Энэтхэг	Гуамаян	Номхон далайн бусад арлын хүн	Цагаан
Хар эсвэл Африкийн Америк	Хавайн	Бусад Арьсны Өнгө	
Камбож	Япон	Самоа	

Нэр (Эхний, Дунд, Сүүлийн)

Төрөхийн хүйс

Таны хамаатан?

Төрсөн огноо

Нийгмийн Даатгалын Дугаар (SSN)*

Та энэ хүнийг даатгах хүсэлтэй байна уу?

Тийм

үгүй

Иргэн эсвэл харьяат бус байдал: (нэгийг нь шалгана уу)

АНУ иргэн

Тийм

Үгүй

Вашингтон хотын оршин суугч

Тийм

Үгүй

Та Испани, Латин эсвэл Испаник гаралтай юу? (ЗААВАЛ БИШ)

Куба	Мексик/Мексик-Америк/Чикано	Испани/Испани биш
Бусад Испани/Испаник	Пуэрто Рик	

арьсны өнгө (ЗААВАЛ БИШ – тохиромжтой тав хүртэлхийг сонгоно уу)

Америкийн индиан эсвэл Аляскийн уугуул	Хятад	Солонгос	Тайланд
Ази	Филипин	Лаос	Вьетнам
Азийн Энэтхэг	Гуамаян	Номхон далайн бусад арлын хүн	Цагаан
Хар эсвэл Африкийн Америк	Хавайн	Бусад Арьсны Өнгө	
Камбож	Япон	Самоа	

Нэр (Эхний, Дунд, Сүүлийн)

Төрөхийн хүйс

Таны хамаатан?

Төрсөн огноо

Нийгмийн Даатгалын Дугаар (SSN)*

Та энэ хүнийг даатгах хүсэлтэй байна уу?

Тийм

үгүй

Иргэн эсвэл харьяат бус байдал: (нэгийг нь шалгана уу)

АНУ иргэн

Тийм

Үгүй

Вашингтон хотын оршин суугч

Тийм

Үгүй

Та Испани, Латин эсвэл Испаник гаралтай юу? (ЗААВАЛ БИШ)

Куба	Мексик/Мексик-Америк/Чикано	Испани/Испани биш
Бусад Испани/Испаник	Пуэрто Рик	

арьсны өнгө (ЗААВАЛ БИШ – тохиромжтой тав хүртэлхийг сонгоно уу)

Америкийн индиан эсвэл Аляскийн уугуул	Хятад	Солонгос	Тайланд
Ази	Филиппин	Лаос	Вьетнам
Азийн Энэтхэг	Гуамаян	Номхон далайн бусад арлын хүн	Цагаан
Хар эсвэл Африкийн Америк	Хавайн	Бусад Арьсны Өнгө	
Камбож	Япон	Самоа	

*НСА нь цагаачлалын хууль тогтоомжийг хэрэгжүүлэх зорилгоор энэ мэдээллийг цагаачлалын агентлагтай хуваалцдаггүй. Хэрэв танд SSN байхгүй бол үүнийг хоосон орхино уу

6

Ерөнхий мэдээлэл

1. Өнгөрсөн 30 хоногт би, миний хань, эсвэл манай гэр бүлийн хэн нэгэн өөр муж, овог, өөр эх сурвалжаас эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авсан уу?

Тийм Үгүй Хэрвээ тийм бол, тайлбарла _____

2. Би, миний хань, эсвэл манай гэр бүлийн хэн нэгэн өөр мужид нэмэлт аюулгүй байдлын орлого (SSI) авсан уу?

Тийм Үгүй Хэрвээ тийм бол, хэн? _____

3. Би, миний хань, эсвэл манай гэрийн хэн нэгэн ивээн тэтгэгдсэн цагаач мөн үү?

Тийм Үгүй Хэрвээ тийм бол, хэн? _____

4. Би, миний хань, эсвэл манай гэр бүлийн хэн нэгэн АНУ-ын Зэвсэгт хүчин, Үндэсний гвардид эсвэл нөөцөд алба хааж байсан эсвэл би дараах алба хааж байсан хэн нэгний хараат эсвэл хань байсан.

Тийм Үгүй Хэрвээ тийм бол, хэн? _____

5. Өргөдөлдөө хараахан оруулаагүй татварын хамааралтай хүн байгаа бөгөөд тэр хамт амьдардаггүй байх тохиолдолтой юу?

Тийм Үгүй Хэрвээ тийм бол, татварт хамаатай хүний нэр (нэрс) _____

6. Би Ганц бие Гэрлэсэн ханьтайгаа хамт амьдардаг Гэрлэсэн ханиасаа саланги амьдардаг Салсан Бэлэвсэн

Бүртгүүлсэн хамтран амьдрагч Хууль зүйн тусдаа амьдардаг

7

Ажил ба хувиараа эрхлэх ажлын орлого (Нотолгоог хавсарга)

Олсон орлого бол ажил эрхлэлт эсвэл хувиараа хөдөлмөр эрхэлснээс олсон мөнгө бөгөөд зарим жишээнд* орно

Ажил:

- Цалин, цалин эсвэл холбооны орлогын албан татварыг суутгах зөвлөмжийг W-2 маягт, 1-р хайрцагт
- Урамшуулал ба комисс.
- Тэтгэврийн төлөвлөгөөний төлбөр.
- Таны ажил олгогч татвар суутгаагүй ажлын орлого (жишээ нь, эдийн засгийн томоохон ажил гэх мэт)

- Захиалсан унаа эсвэл хүргэлтэнд зориулж машин жолоодох
- Даалгавраа гүйцэтгэх эсвэл ажил хийх
- Онлайнаар бараа зарах
- Бүтээлч эсвэл мэргэжлийн үйлчилгээ үзүүлэх
- Бусад түр зуурын, захиалгаар эсвэл бие даасан ажлаар хангах
- Холбооны ашиг

Хувиараа ажил эрхэлдэг:

- Өөрийн бизнес эрхлэх эсвэл бизнес эрхлэх
- Ферм эзэмших эсвэл ажиллуулах
- Сайд эсвэл шашны бүлгийн гишүүн
- Хуульд заасан ажилтан, орлоготой

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

1. Би, миний хань, эсвэл миний өргөдөл гаргаж буй хэн нэгэн ажлын орлоготой Тийм Үгүй хэрвээ тийм бол энэ хэсгийг бөглөнө үү.

2. _____ Хэн орлого оруулдаг вэ: _____ Ажил олгогчийн нэр _____ Ажил олгогчийн утасны дугаар _____

_____ Энэ ажил хувиараа хөдөлмөр эрхэлдэг үү? Тийм Үгүй

Эхлэх огноо

Хүлээн авсан нийт дүн (суутгалын өмнөх долларын дүн) _____ тусдаа: Цаг Долоо хоног Хоёр долоо хоног

Сард хоёр удаа Сар

Долоо хоног бүрийн цагууд

Төлбөрийн огноо (жишээ нь, 1 ба 15, эсвэл Баасан гараг бүрт)

3. _____ Хэн орлого оруулдаг вэ: _____ Ажилтны нэр _____ Ажилтны утасны дугаар _____

_____ Энэ ажил хувиараа хөдөлмөр эрхэлдэг үү? Тийм Үгүй

Эхлэх огноо

Хүлээн авсан нийт дүн (суутгалын өмнөх долларын дүн) _____ тусдаа: Цаг Долоо хоног Хоёр долоо хоног

Сард хоёр удаа Сар

8

Бусад орлого (Өрхийн бүх гишүүдийн хувьд) (Нотолгоог хавсаргана уу)

1. Бусад орлогын жишээнүүд бол:

- Хүүхдийн тэтгэлэг эсвэл эхнэр, нөхрийн тэтгэмж
- Боловсролын тэтгэмж (Оюутны зээл, Тэтгэлэг, Ажилд суралцах)
- Тоглоомын орлого
- Бэлэг (Бэлэн мөнгөний дэмжлэг/ Бэлгийн карт)
- Хүү/Ногдол ашиг
- Хөдөлмөр ба үйлдвэрүүд (L&I)
- Төмөр замын ашиг тус
- Түүрэсийн орлого
- Тэтгэвэр эсвэл тэтгэвэр
- Борлуулалтын гэрээ/Вексель
- Нийгмийн даатгал
- Нэмэлт аюулгүй байдлын орлого (SSI)
- Овгийн орлого
- Итгэл
- Ажилгүйдлийн тэтгэмж
- Ахмад дайчдын удирдлага (VA) эсвэл цэргийн тэтгэмж
- Бусад

2. Та, эхнэр, нөхөр эсвэл таны авахыг хүссэн хэн нэгний авах бусад орлогыг жагсаана уу:

Бусад орлогын хэлбэр	Орлогыг хэн олдог	Сарын нийт хэмжээ	Орлогыг хэн олдог	Сарын нийт хэмжээ
Бусад орлогын хэлбэр	Орлогыг хэн олдог	Сарын нийт хэмжээ	Орлогыг хэн олдог	Сарын нийт хэмжээ
Бусад орлогын хэлбэр	Орлогыг хэн олдог	Сарын нийт хэмжээ	Орлогыг хэн олдог	Сарын нийт хэмжээ
Бусад орлогын хэлбэр	Орлогыг хэн олдог	Сарын нийт хэмжээ	Орлогыг хэн олдог	Сарын нийт хэмжээ
Бусад орлогын хэлбэр	Орлогыг хэн олдог	Сарын нийт хэмжээ	Орлогыг хэн олдог	Сарын нийт хэмжээ

3. Би, миний хань, эсвэл манай гэр бүлийн хэн нэгэн хөрөнгө оруулалтаас орлого авдаг уу? Тийм Үгүй

Зээлийг хэн эзэмшдэг вэ _____ Компани эсвэл байгууллага _____ Дүн эсвэл үнэ цэнэ _____ Мөнгөн орлого _____ Худалдсан огноо _____

Зээлийг хэн эзэмшдэг вэ _____ Компани эсвэл байгууллага _____ Дүн эсвэл үнэ цэнэ _____ Мөнгөн орлого _____ Худалдсан огноо _____

9

Орон сууцны зардал (Хэрэв LTSS өргөдөл гаргах бол нотлох баримтыг хавсаргана уу)

Зээл _____ Ипотек _____ Түрээсийн байр _____ Байр эзэмшигчийн даатгал _____ Өмчийн татвар _____ Бусад зардалууд _____

Та эдгээр зардлыг бүхэлд нь эсвэл хэсэгчлэн төлдөг хөнгөлөлттэй орон сууц гэх мэт өөр хүн эсвэл агентлагаас тусламж авдаг уу?

Тийм Үгүй Хэрвээ тийм бол, хэн? _____

10

Хасалтууд

1. Би, миний хань, эсвэл миний өргөдөл гаргаж буй хэн нэгэн төлбөр төлдөг эсвэл төлөх ёстой:

Хүүхэд эсвэл насанд хүрэгчид хамаарлын тусламж _____ Сарын хэмжээ _____ Хэн төлдөг вэ _____

Шүүхээр шийдэгдсэн хүүхдийн халамж _____ Сарын хэмжээ _____ Хэн төлдөг вэ _____

Хүлээн авагчийн хураамж _____ Сарын хэмжээ _____ Хэн төлдөг вэ _____

Асрагчийн хураамж _____ Сарын хэмжээ _____ Хэн төлдөг вэ _____

Шүүхээр шийдэгдсэн захиргааны хураамж _____ Сарын хэмжээ _____ Хэн төлдөг вэ _____

Давталттай эрүүл мэндийн зардал
(таны төлж байгаа Medicare эсвэл өөр нэгэн эрүүл
мэндийн даатгалын шагналууд орно) _____ Сарын хэмжээ _____ Хэн төлдөг вэ _____

2. Би, миний хань, эсвэл миний өргөдөл гаргаж буй хэн нэгэн эмчилгээний зардлын өртэй юу?

Эрүүл мэндийн зардалын хэлбэр _____ Олгосон огноо _____ Авсан хэмжээ _____ Хэн эзэмшдэг вэ _____

Эрүүл мэндийн зардалын хэлбэр _____ Олгосон огноо _____ Авсан хэмжээ _____ Хэн эзэмшдэг вэ _____

Эрүүл мэндийн зардалын хэлбэр _____ Олгосон огноо _____ Авсан хэмжээ _____ Хэн эзэмшдэг вэ _____

3. Та эдгээр зардлыг бүхэлд нь эсвэл хэсэгчлэн төлдөг хөнгөлөлттэй орон сууц гэх мэт өөр хүн эсвэл агентлагаас тусламж авдаг уу? Эдгээрийг Үнэ цэнийн Бууралттай Холбоотой Ажлын Зардал (IRWE) гэж нэрлэдэг:

Тийм ҮгүйХэрэв тийм бол,IRWE-ийн нийт хэмжээг өгнө үү _____

11

Нөөцүүд (Нотолгоог хавсаргах)

(Зөвхөн Medicare Хадгаламжийн Хөтөлбөр (MSP) эсвэл Хөгжлийн бэрхшээлтэй ажилчдад зориулсан Apple-ийн эрүүл мэнд (HWD)-д өргөдөл гаргаж байгаа бол энэ хэсгийг алгасах)

1. Нөөц гэдэг нь таны эзэмшиж байгаа эсвэл худалдаж авч байгаа, худалдах, арилжих, бэлэн мөнгө эсвэл бусдын эзэмшиж буй мөнгө болгон хөрвүүлэх боломжтой бүх зүйл юм. Нөөцөд тавилга, гэр ахуйн бараа, хувцас зэрэг хувийн өмч ордоггүй. Нөөцийн жишээнүүд бол:

- бэлэн мөнгө
- Шалгах дансууд
- Хадгаламж
- СД
- Мөнгөний зах зээлийн данс
- Хадгаламжийн бонд
- Бонд
- Хамтын сан
- Хувьцаа
- Аннуитет
- Итгэл
- IRA
- 401K
- Тэтгэврийн сан
- Байшин, түүний дотор таны амьдардаг байшин
- Оршуулгын сан
- Кондоминиум
- Газар
- Борлуулалтын гэрээ
- Барилга байгууламж
- Амьд үл хөдлөх хөрөнгө
- Амь даатгал
- Урьдчилсан төлбөрт оршуулгын төлөвлөгөө
- Коллежийн сан
- Хугацаа
- Бизнесийн тоног төхөөрөмж
- Газар тариалангийн тоног төхөөрөмж
- Мал

2. Өөрийнхөө, хань ижил, эсвэл таны эзэмшиж буй эсвэл худалдаж авч буй нөөцөө жагсаалт:

Эх сурвалжийн хэлбэр	Хэн эзэмшдэг вэ	Байрлал	Үнэ цэнэ	Хэн эзэмшдэг вэ	Байрлал	Үнэ цэнэ
Эх сурвалжийн хэлбэр	Хэн эзэмшдэг вэ	Байрлал	Үнэ цэнэ	Хэн эзэмшдэг вэ	Байрлал	Үнэ цэнэ
Эх сурвалжийн хэлбэр	Хэн эзэмшдэг вэ	Байрлал	Үнэ цэнэ	Хэн эзэмшдэг вэ	Байрлал	Үнэ цэнэ
Эх сурвалжийн хэлбэр	Хэн эзэмшдэг вэ	Байрлал	Үнэ цэнэ	Хэн эзэмшдэг вэ	Байрлал	Үнэ цэнэ

3. Би, миний хань, эсвэл миний өргөдөл гаргаж буй хэн нэгэн машин, ачааны машин, фургон, завь, RV, чиргүүл эсвэл бусад моторт тээврийн хэрэгсэлтэй:

Жил (жишээ нь, 2010)	Хийц (жишээ нь, Форд)	Загвар (жишээ нь, Эскорт)	Эзэмшсэн хэмжээ
Түрээслэгдсэн эсэхийг шалга	Эмнэлгийн зорилгод ашиглагдаж байгаа эсэхийг шалга		
Жил (жишээ нь, 2010)	Хийц (жишээ нь, Форд)	Загвар (жишээ нь, Эскорт)	Эзэмшсэн хэмжээ
Түрээслэгдсэн эсэхийг шалга	Эмнэлгийн зорилгод ашиглагдаж байгаа эсэхийг шалга		

12

Нэмэлт LTSS Эх сурвалжууд (Зөвхөн LTSS үйлчилгээнд хамрагдах хүсэлт гаргаж байгаа бол бөглөнө үү)

1. Би, миний хань, эсвэл миний өргөдөл гаргаж буй хэн нэгэн үндсэн оршин суух байр болох орон сууц эзэмшдэг эсвэл худалдаж авч байгаа хүмүүс:

Эзэмшлийн хаяг	Одоогийн үнэ (Үнэлэгч бүрт)	Үл хөдлөх хөрөнгийн зээлийн хэмжээ
Эзэмшлийн хаяг	Одоогийн үнэ (Үнэлэгч бүрт)	Үл хөдлөх хөрөнгийн зээлийн хэмжээ

2. Би, миний хань, эсвэл миний өргөдөл гаргаж буй хэн нэгэн сүүлийн таван жилийн хугацаанд нөөцөө зарсан, арилжсан, бусдад өгсөн эсвэл шилжүүлсэн /үүнд үл хөдлөх хөрөнгө, тээврийн хэрэгсэл, бэлэн мөнгө, амь насыг үл хөдлөх хөрөнгө гэх мэт/ Тийм Үгүй Хэрэв тийм бол дараах зүйлийг бөглөнө үү: (шаардлагатай бол нэмэлт хуудас хавсаргана уу)

Нөөцийн хэлбэр Шилжүүлгийн огноо Шилжүүлсэн нөөцийн хэмжээ Үүнийг хэнд шилжүүлсэн

Нөөцийн хэлбэр Шилжүүлгийн огноо Шилжүүлсэн нөөцийн хэмжээ Үүнийг хэнд шилжүүлсэн

13

Урт хугацааны асрамжийн даатгал (Medicare хадгаламжийн хөтөлбөрт шаардлагагүй)

Би/бид урт хугацааны асрамжийн даатгалтай юу? Тийм Үгүй Энэ нь LTC Түншлэлийн (LTCF) шаардлага хангасан бодлого мөн үү?

Тийм Үгүй Хэрэв тийм бол даатгалын компанийн нэр (нэрс) болон даатгалын бодлогод хэн хамрагдаж байгааг бичнэ үү.

Даатгалын компани Бодлогын дугаар Бодлого эзэмшигчийн нэр Даатгуулсан хүн Үнэ доллараар (хэрвээ LTCF)

Даатгалын компани Бодлогын дугаар Бодлого эзэмшигчийн нэр Даатгуулсан хүн Үнэ доллараар (хэрвээ LTCF)

Энэ аппликейшнд нэмэлт тайлбар оруулахын тулд мэдээлэл бүхий хуудсыг хавсаргана уу.

14

Эрх бүхий төлөөлөгчийн мэдээлэл

Итгэмжлэгдсэн төлөөлөгч гэдэг нь тухайн өрхийн нөхцөл байдлыг мэддэг, тухайн өрхийн нэрийн өмнөөс үйл ажиллагаа явуулах эрх олгосон насанд хүрсэн хүн юм.

Итгэмжлэгдсэн төлөөлөгчөө томилсноор та итгэмжлэгдсэн төлөөлөгчдөө дараахь зүйлийг хийх зөвшөөрлийг олгож байна.

- Өөрийн өмнөөс өргөдөл гарын үсэг зурах;
- Өөрийн өргөдөл болон бүртгэлтэй холбоотой мэдэгдэл хүлээн авах; болон
- Аппликейшн болон бүртгэлтэй холбоотой бүх асуудлаар таны өмнөөс ажиллана.

1. Та итгэмжлэгдсэн төлөөлөгч томилох уу? Тийм Үгүй

2. Таны итгэмжлэгдсэн төлөөлөгч таны өргөдөл, данстай холбоотой мэдэгдэл хүлээн авахыг хүсч байна уу? Тийм Үгүй

3. Энэ итгэмжлэгдсэн төлөөлөгч хууль ёсны асран хамгаалагчтай эсэх

Тийм Үгүй хэрвээ тийм бол, хэн: _____

4. Энэ итгэмжлэгдсэн төлөөлөгч хууль ёсны захиргааны эрхтэй эсэх

Тийм Үгүй хэрвээ тийм бол, хэн: _____

Хуулийн зөвшөөрөлтэй төлөөлөгчийн нэр/байгууллага

Утасны дугаар

Э-мэйл хаяг

Хуулийн зөвшөөрөлтэй төлөөлөгчийн шуудангийн хаяг

Эрүүл мэндийн даатгал, урт хугацааны тусламж үйлчилгээний төлбөрийг төрөөс төлөх:

Хуулиараа Вашингтон муж нь зарим төрлийн эмнэлгийн үйлчилгээнд төлсөн зардлаа үл хөдлөх хөрөнгөө нөхөн сэргээх замаар (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, Бүлэг 182-527 WAC) дамжуулан таны эд хөрөнгөөс нөхөж болно. Үл хөдлөх хөрөнгийн нөхөн сэргээлт хийдэггүй. Таныг нас барсны дараа, таны амьд үлдсэн хань ижил нас барах хүртэл, таны амьд үлдсэн хүүхдүүд 21 ба түүнээс дээш настай байх хүртэл тохиолддог. Таны нас барах үед амьд үлдсэн хүүхэд хараагүй/тахир дутуу болсон тохиолдолд энэ нь бас тохиолддоггүй. Нөхөн сэргээх зардалд дараахь зүйлс орно:

Хэрэв та үйлчилгээ авах үедээ 55 ба түүнээс дээш настай бол Washington Apple Health-ийн тодорхой урт хугацааны үйлчилгээ, дэмжлэг.

Таныг үйлчилгээ авах үеийн наснаас үл хамааран зөвхөн төрөөс санхүүждэг зарим үйлчилгээ.

Та зардлаа нөхөх үйлчилгээний жагсаалтыг WAC 182-527-2742-оос олж болно. Та хөрөнгийн жагсаалтыг олох боломжтой WAC 182-527-2746-ийн дагуу сэргээхээс хасагдсан.

Хэрэв та байнгын байгууллагад шилжсэн бол төр ямар ч насны үл хөдлөх хөрөнгөө нас барахаас өмнө барьцаалж болно (WAC 182-527-2734). Төр дараах тохиолдолд үл хөдлөх хөрөнгө эсвэл таны үл хөдлөх хөрөнгийг худалдсанаас нөхөн төлбөр авч болно.

- Таны эхнэр тухайн байранд амьдардаг;
- Таны дүү тус байранд амьдардаг, хамтран өмчлөгч бөгөөд тодорхой нөхцөлийг хангасан.
- Таны хүүхэд тус байранд амьдардаг бөгөөд хараагүй/хөгжлийн бэрхшээлтэй; эсвэл
- Таны хүүхэд тус байранд амьдардаг бөгөөд 21 нас хүрээгүй.

Та нас барахаас өмнө барьцааны дагуу зардлаа нөхөх үйлчилгээний жагсаалтыг WAC 182-527-2734-ээс олж болно.

Эрхийн хуваарилалт ба Хамтын ажиллагаа:

Та Washington Apple Health-ийн даатгалд хамрагдахдаа гуравдагч этгээдийн эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний төлбөрийг Вашингтон мужид хуваарилдаг гэдгээ ойлгож байгаа. Энэ нь Вашингтон муж таны эрүүл мэндийн зардлыг хуулиар төлөх үүрэгтэй бусад даатгалын төлөвлөгөөг төлнө гэсэн үг юм (энэ нь таны хамт амьдрахаа больсон хуучин эхнэр, эцэг эхийн даатгалын төлөвлөгөө байж болно). Тэр даатгалын төлөвлөгөөг захиалагч таны эмчилгээний зардлын талаарх мэдээллийг авах боломжтой. Хэрэв та энэ нь таңд болон таны хүүхдүүдэд аюул учруулж болзошгүй гэж эмээж байгаа бол эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний төлбөрийг гуравдагч этгээдээс авахгүй байхыг биднээс хүсч болно.

Зээлийн тодруулга:

Хэрэв та эсвэл таны эхнэр, нөхөр тань аннуитет авах сонирхолтой бөгөөд та Washington Apple Health-ийн (Medicaid) урт хугацааны асрамжийн тэтгэмжийг хүлээн зөвшөөрч байгаа бол та Вашингтон мужийг тэтгэмжийн үлдэгдлийг хүлээн авагч гэж нэрлэх ёстой.

Захиргааны сонсголын эрх:

Хэрэв та эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ эсвэл урт хугацааны тусламж үйлчилгээний талаар бидний гаргасан шийдвэртэй санал нийлэхгүй байгаа бол захиргааны сонсголын журмаар дамжуулан шийдвэрийг давж заалдах эрхтэй. Та мөн ахлагч, администратороос маргаантай шийдвэр, үйлдлийг захиргааны сонсголд оролцох эрхийг хөндөхгүйгээр хянаж үзэхийг хүсч болно.

Тусламж авах хүсэлт гаргах эсвэл сунгахын тулд миний өгсөн мэдээллийг холбооны болон муж улсын албан тушаалтнууд үнэн зөв эсэхийг нь шалгах ёстой гэдгийг би ойлгож байна. Би Вашингтон мужийн Эрүүл Мэндийн Газар (HCA) болон Нийгмийн болон эрүүл мэндийн үйлчилгээний хэлтэст (DSHS) миний шаардлагад нийцэж байгаа эсэхийг тодорхойлох, санхүүгийн мэдээллийн үнэн зөвийг шалгахын тулд хөрөнгийн баталгаажуулалт хийхийг зөвшөөрч байна. HCA болон DSHS нь хөрөнгийн баталгаажуулалтын үйл явцын нэг хэсэг болгон аливаа санхүүгийн байгууллагыг судалж, холбоо барьж болно гэдгийг би ойлгож байна. Миний өргөдөлд эцсийн сөрөг шийдвэр гарах, тэтгэмж авах эрх дуусгавар болох, эсвэл би HCA эсвэл DSHS-д бичгээр мэдэгдэл хүргүүлснээр энэ зөвшөөрлийг цуцалснаар би энэ зөвшөөрөл дуусгавар болно гэдгийг ойлгож байна. Хэрэв би зөвшөөрлийг цуцлах эсвэл өгөхөөс татгалзвал Washington Apple Health-ийн насны, хараагүй эсвэл хөгжлийн бэрхшээлтэй (SSI-тэй холбоотой) Medicaid хөтөлбөрт хамрагдах эрхгүй гэдгээ ойлгож байна.

Хөрөнгийн баталгаажуулалтыг хүчингүй болгох эсвэл татгалзах нь ахмад настнуудад зориулсан тусгай тусламж (TSOA)-д хамаарахгүй.

Тус хэлтэс нь сонгогчдын бүртгэлийн үйлчилгээг, тэр дундаа сонгогчийн автомат бүртгэлийг санал болгодог.

Бүртгүүлэх өргөдөл гаргах эсвэл санал өгөхөөс татгалзах нь таны энэ агентлагаас авах үйлчилгээ, тэтгэмжийн хэмжээнд нөлөөлөхгүй. Хэрэв та сонгогчийн бүртгэлийн маягт бөглөхөд туслахыг хүсвэл бид танд туслах болно. Тусламж хайх эсвэл хүлээн авах эсэх нь таны хүслээр. Сонгогчийн бүртгэлийн маягыг нууцаар бөглөж болно. Хэрэв та хэн нэгэн таны сонгуульд бүртгүүлэх, бүртгүүлэхээс татгалзах эрхэнд хөндлөнгөөс оролцсон гэж үзэж байгаа бол бүртгүүлэх, бүртгүүлэх хүсэлт гаргах, өөрийн улс төрийн намыг сонгох, эсвэл өөр улс төрийн давуу эрхийг сонгоход таны хувийн нууцыг хамгаалах эрх, та Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, Elections@sos.wa.gov цахим шуудангаар эсвэл 1-800-448-4881 утсаар гомдол гаргаж болно.

Та санал өгөхдөө бүртгүүлэх үү эсвэл сонгогчийн бүртгэлээ шинэчлэх үү? Тийм Үгүй

Хэрэв та аль нэг хайрцгийг сонгоогүй бол, бид таныг сонгогчийн автомат бүртгэлд хамрагдах эрхгүй, мөн татгалзахгүй бол энэ удаад санал өгөхөөр бүртгүүлэхгүй гэж шийдсэн гэж үзнэ.

Хэрэв та дээрх "Үгүй" гэснийг сонгоогүй бол сонгогчийн автомат бүртгэлд хамрагдах боломжтой. Хэрэв та дараагийн сонгуулиар дор хаяж 18 нас хүрсэн, та Америкийн Нэгдсэн Улсын иргэн мөн байх, DSHS-д таны нэр, оршин суугаа газар, шуудангийн хаяг, төрсөн он, сар, өдөр, иргэний харьяаллыг баталгаажуулсан ба таны гарын үсэг энэ өргөдөлд буй мэдээллүүдийн үнэн зөвийг баталгаажуулсан бол та сонгогчийн автомат бүртгэлд хамрагдах боломжтой.

Та санал өгөхдөө автоматаар бүртгүүлмээр байна уу? Тийм Үгүй

Хэрэв та "Тийм" гэж тэмдэглэсэн нүдийг чагталсан эсвэл аль нэг нүдийг сонгоогүй бөгөөд сонгогчийн бүртгэлийн эрхийг автоматаар хангасан бол DSHS таны мэдээллийг Төрийн нарийн бичгийн даргын албанд илгээх бөгөөд таныг автоматаар санал өгөхөөр бүртгүүлнэ.

Сэтгэгдэл хуваалцах эсвэл нэмэлт мэдээлэл оруулах бол нэмэлт хуудас хавсаргана уу.

Би энэ аппликейшн дээрх мэдээллийг уншаад ойлгосон. Би Вашингтон муж улсын хууль тогтоомжийн дагуу худал мэдүүлэг өгөх шийтгэлийн дор энэхүү өргөдөлд өгсөн мэдээлэл, тэр дундаа тэтгэмж авах хүсэлт гаргасан гишүүдийн иргэний харьяалал, цагаачлалын байдлын талаарх мэдээлэл үнэн зөв, үнэн зөв, бүрэн гүйцэд гэдгийг мэдэгдэж байгаа бөгөөд өөрийн мэдлэгийн хамгийн сайнаар бөглөсөн болно.

Үйлчлүүлэгчийн гарын үсэг

Утасны дугаар

Огноо

Ханийн гарын үсэг

Утасны дугаар

Огноо

Насанд хүрээгүй хүүхэд болох үйлчлүүлэгчийн эцэг эхийн гарын үсэг

Утасны дугаар

Огноо

Зөвшөөрөгдсөн төлөөлөгч эсвэл туслагчийн гарын үсэг

Утасны дугаар

Огноо