

Medicare ਬੱਚਤਾਂ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ

ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੜ੍ਹੋ

ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਿਆਂ, Medicare ਸੇਵਿੰਗਸ (MSP) ਤੁਹਾਡੇ ਉਹਨਾਂ Medicare ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰਨਾਂ ਲਾਗਤਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ Medicare ਵਲੋਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਕਟੌਤੀਆਂ, ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਸਬਮਿਟ ਕਰਨ ਦੇ ਪੰਜ ਤਰੀਕੇ ਹਨ:

- **ਡਾਕ:**
DSHS
CSD Customer Service Center
PO BOX 11699
TACOMA WA 98411-6699
- **ਫ਼ੋਨ:** 1-888-338-7410
- **ਆਨਲਾਈਨ:** washingtonconnection.org
- **ਫੇਨ:** 1-877-501-2233
- **ਆਪ ਜਾਕੇ:** dshs.wa.gov/office-locations 'ਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਸਥਾਨਕ ਭਾਈਚਾਰਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਵਿਖੇ ਡ੍ਰਾੱਪ ਬਾੱਕਸ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਓ

1

ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ (ਸਵੈ)

ਵਿਚਲਾ ਅੱਖਰ।

ਆਖਰੀ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਿਛਲਾ ਨਾਂ

ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ)

ਤੁਹਾਡੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਦਾ ਪਤਾ

ਸਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜਿਪ ਕੋਡ

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਮੂਲ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਬਾੱਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ

ਡਾਕ ਪਤਾ (ਜੇ ਵੱਖਰਾ ਹੈ)

ਸਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜਿਪ ਕੋਡ

ਮੁੱਖ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਦੂਜਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ:

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਜਿਸ ਸ਼ਖ਼ਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਉਸ ਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਪਏਗੀ ਜਾਂ ਉਸ ਲਈ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਲੈਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪਏਗੀ?

ਨਹੀਂ

ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸਦੀ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਬਦਲਵੇਂ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਲੋੜ ਹੈ? ਲਾਗੂ ਸਾਰੇ ਚੁਣੋ:

ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਬਾਲਗ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਉਸ ਨੂੰ ਪਰਿਵਾਰ ਵਲੋਂ ਅਖਤਿਆਰ ਮਿਲਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਿਆਂ ਲਈ ਮੰਜੂਰੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ:

- ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨਾ;
- ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਖਾਤੇ ਸਬੰਧੀ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨੇ; ਅਤੇ
- ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਖਾਤੇ ਸਬੰਧੀ ਸਾਰੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨਾ।

1. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ
2. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਖਾਤੇ ਸਬੰਧੀ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ
3. ਕੀ ਇਸ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਕੋਲ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਕੌਣ: _____
4. ਕੀ ਇਸ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਕੋਲ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਕੌਣ: _____

ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ/ਸੰਸਥਾ

ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਡਾਕ-ਪਤਾ

ਈ-ਮੇਲ ਪਤਾ

ਆਪਣੇ ਆਪ ਬਾਰੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿ ਰਹੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਅਤੇ ਆਸਰਿਤਾਂ ਬਾਰੇ ਲਿਖੋ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਪਾ ਰਹੇ (ਜੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਸ਼ੀਟਾਂ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)।

ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ)	ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਤੈਅ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਲਿੰਗ	ਸਵੈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ?	ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ
-----------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN)* ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸ਼ਖ਼ਸ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਦਰਜਾ: (ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦਾ ਵਸਨੀਕ ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਰਿਸਪੈਨਿਕ, ਲੈਟੀਨੋ ਜਾਂ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ? (ਅਖਤਿਆਰੀ)

ਕਿਉਬਨ	ਮੈਕਸਿਕਨ/ਮੈਕਸਿਕਨ ਅਮਰੀਕਨ/ਚਿਕੈਨੋ	ਸਪੈਨਿਸ਼/ਰਿਸਪੈਨਿਕ ਨਹੀਂ
ਹੋਰ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਰਿਸਪੈਨਿਕ	ਪਿਉਰਤੋ ਰਿਕਨ	

ਬੰਸ (ਅਖਤਿਆਰੀ - ਪੰਜ ਤੱਕ ਚੁਣੋ, ਜੇ ਅਪਲਾਈ ਹੁੰਦੇ ਹਨ)

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ	ਚੀਨੀ	ਕੋਰੀਅਨ	ਥਾਈ
ਏਸ਼ੀਆਈ	ਫਿਲੀਪੀਨੋ	ਲਾਓਸੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮੈਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਗੋਰਾ
ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫ਼ਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕਨ	ਹਵਾਈਅਨ	ਹੋਰ ਬੰਸ	
ਕੰਬੋਡੀਅਨ	ਜਪਾਨੀ	ਸਮੇਅਨ	

ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਿਉਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ – ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਹਤ-ਨਿਰਪੱਖਤਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।

ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ) ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਤੈਅ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਲਿੰਗ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ? (ਜਿਵੇਂ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ, ਬੱਚਾ) ਜਨਮ- ਤਾਰੀਖ

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN)* ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸ਼ਖਸ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਦਰਜਾ: (ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦਾ ਵਸਨੀਕ ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਰਿਸਪੈਨਿਕ, ਲੈਟੀਨੋ ਜਾਂ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ? (ਅਖ਼ਤਿਆਰੀ)

ਕਿਉਬਨ ਮੈਕਸਿਕਨ/ਮੈਕਸਿਕਨ ਅਮਰੀਕਨ/ਚਿਕੈਨੋ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਰਿਸਪੈਨਿਕ ਨਹੀਂ

ਹੋਰ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਰਿਸਪੈਨਿਕ ਪਿਉਰਤੇ ਰਿਕਨ

ਬੰਸ (ਅਖ਼ਤਿਆਰੀ - ਪੰਜ ਤੱਕ ਚੁਣੋ, ਜੇ ਅਪਲਾਈ ਹੁੰਦੇ ਹਨ)

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ	ਚੀਨੀ	ਕੋਰੀਅਨ	ਥਾਈ
ਏਸ਼ਿਆਈ	ਫ਼ਿਲੀਪੀਨੋ	ਲਾਓਸੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ਿਆਈ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮੈਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਗੋਰਾ
ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫ਼ਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕਨ	ਹਵਾਈਅਨ	ਹੋਰ ਬੰਸ	
ਕੰਬੋਡੀਅਨ	ਜਪਾਨੀ	ਸਮੇਅਨ	

ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਿਉਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ – ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਹਤ-ਨਿਰਪੱਖਤਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।

ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ) ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਤੈਅ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਲਿੰਗ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ? (ਜਿਵੇਂ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ, ਬੱਚਾ) ਜਨਮ- ਤਾਰੀਖ

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN):* ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸ਼ਖਸ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਦਰਜਾ: (ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦਾ ਵਸਨੀਕ ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਰਿਸਪੈਨਿਕ, ਲੈਟੀਨੋ ਜਾਂ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ? (ਅਖ਼ਤਿਆਰੀ)

ਕਿਉਬਨ ਮੈਕਸਿਕਨ/ਮੈਕਸਿਕਨ ਅਮਰੀਕਨ/ਚਿਕੈਨੋ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਰਿਸਪੈਨਿਕ ਨਹੀਂ

ਹੋਰ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਰਿਸਪੈਨਿਕ ਪਿਉਰਤੇ ਰਿਕਨ

ਬੰਸ (ਅਖ਼ਤਿਆਰੀ - ਪੰਜ ਤੱਕ ਚੁਣੋ, ਜੇ ਅਪਲਾਈ ਹੁੰਦੇ ਹਨ)

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ	ਚੀਨੀ	ਕੋਰੀਅਨ	ਥਾਈ
ਏਸ਼ੀਆਈ	ਫਿਲੀਪੀਨੋ	ਲਾਓਸੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮੈਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਗੋਰਾ
ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕਨ	ਹਵਾਈਅਨ	ਹੋਰ ਬੰਸ	
ਕੰਬੋਡੀਅਨ	ਜਪਾਨੀ	ਸਮੇਅਨ	

ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਿਉਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ – ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਹਤ-ਨਿਰਪੱਖਤਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।

ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ) ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਤੈਅ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਲਿੰਗ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ? (ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ, ਬੱਚਾ) ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN)* ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸ਼ਖਸ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਦਰਜਾ: (ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦਾ ਵਸਨੀਕ ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਰਿਸਪੈਨਿਕ, ਲੈਟੀਨੋ ਜਾਂ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ? (ਅਖ਼ਤਿਆਰੀ)

ਕਿਉਬਨ ਮੈਕਸਿਕਨ/ਮੈਕਸਿਕਨ ਅਮਰੀਕਨ/ਚਿਕੈਨੋ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਰਿਸਪੈਨਿਕ ਨਹੀਂ
 ਹੋਰ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਰਿਸਪੈਨਿਕ ਪਿਉਰਤੋ ਰਿਕਨ

ਬੰਸ (ਅਖ਼ਤਿਆਰੀ - ਪੰਜ ਤੱਕ ਚੁਣੋ, ਜੇ ਅਪਲਾਈ ਹੁੰਦੇ ਹਨ)

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ	ਚੀਨੀ	ਕੋਰੀਅਨ	ਥਾਈ
ਏਸ਼ੀਆਈ	ਫਿਲੀਪੀਨੋ	ਲਾਓਸੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮੈਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਗੋਰਾ
ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕਨ	ਹਵਾਈਅਨ	ਹੋਰ ਬੰਸ	
ਕੰਬੋਡੀਅਨ	ਜਪਾਨੀ	ਸਮੇਅਨ	

ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਿਉਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ – ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਹਤ-ਨਿਰਪੱਖਤਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।

ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ) ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਤੈਅ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਲਿੰਗ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ? (ਜਿਵੇਂ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ, ਬੱਚਾ) ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN):* ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸ਼ਖਸ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਦਰਜਾ: (ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦਾ ਵਸਨੀਕ ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਿਸਪੈਨਿਕ, ਲੈਟੀਨੋ ਜਾਂ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ? (ਅਖ਼ਤਿਆਰੀ)

ਕਿਉਂਬਨ ਮੈਕਸਿਕਨ/ਮੈਕਸਿਕਨ ਅਮਰੀਕਨ/ਚਿਕੈਨੋ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਨਹੀਂ

ਹੋਰ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਪਿਉਰਤੇ ਰਿਕਨ

ਬੰਸ (ਅਖ਼ਤਿਆਰੀ - ਪੰਜ ਤੱਕ ਚੁਣੋ, ਜੇ ਅਪਲਾਈ ਹੁੰਦੇ ਹਨ)

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ	ਚੀਨੀ	ਕੋਰੀਅਨ	ਥਾਈ
ਏਸ਼ੀਆਈ	ਫਿਲੀਪੀਨੋ	ਲਾਓਸੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮੈਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਗੋਰਾ
ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫ਼ਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕਨ	ਹਵਾਈਅਨ	ਹੋਰ ਬੰਸ	
ਕੰਬੋਡੀਅਨ	ਜਪਾਨੀ	ਸਮੋਅਨ	

ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਿਉਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ – ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਹਤ-ਨਿਰਪੱਖਤਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।

*HCA ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਏਜੰਸੀ ਨਾਲ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ SSN ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਥਾਂ ਖ਼ਾਲੀ ਛੱਡ ਦਿਓ।

4 ਮੈਡੀਕਲ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਮਿਲ ਰਹੀ ਹੈ: **Medicare ਹਿੱਸਾ A**

ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ।

ਖ਼ੁਦ ਨਹੀਂ ਹਾਂ Medicare ਨੰਬਰ: _____

ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਨਹੀਂ ਹਾਂ Medicare ਨੰਬਰ: _____

ਹੋਰ ਨਹੀਂ ਹਾਂ Medicare ਨੰਬਰ: _____

ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਮਿਲ ਰਹੀ ਹੈ: **Medicare ਹਿੱਸਾ B**

ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ।

ਖ਼ੁਦ ਨਹੀਂ ਹਾਂ Medicare ਨੰਬਰ: _____

ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਨਹੀਂ ਹਾਂ Medicare ਨੰਬਰ: _____

ਹੋਰ ਨਹੀਂ ਹਾਂ Medicare ਨੰਬਰ: _____

ਮੇਰੀ/ਸਾਡੀ ਹੋਰ ਮੈਡੀਕਲ ਕਵਰੇਜ ਹੈ। ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਹੜਾ ਬੀਮਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਕੋਣ ਆਉਂਦਾ ਹੈ?

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ ਕਿਹੜੇ ਮਹੀਨੇ

5

ਆਮਦਨ

ਆਪਣੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿ ਰਹੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਦੀ ਆਮਦਨ ਲਿਖੋ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ)। ਕਟੌਤੀਆਂ (ਜਿਵੇਂ ਟੈਕਸ ਜਾਂ ਬੀਮਾ) ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨ ਲਿਖੋ। ਆਮਦਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਹੈ:

- ਉਜਰਤਾਂ
- ਸੈਸਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਲਾਭ
- SSI/ਸਰਕਾਰੀ ਸਹਾਇਤਾ
- ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ
- ਸਾਬਕਾ ਫ਼ੌਜੀਆਂ ਦੇ ਲਾਭ
- ਪੇਨਸ਼ਨਾਂ/ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ
- ਕਮੀਸ਼ਨਾਂ
- ਗੁਜ਼ਾਰੇ-ਭੱਤੇ ਦੇ ਲਾਭ
- ਲਾਭ-ਅੰਸ਼ ਅਤੇ ਵਿਆਜ
- ਕਮਰਾ ਅਤੇ ਬੋਰਡ/ਕਿਰਾਇਆ
- ਬੇਰੋਜ਼ਗਾਰੀ ਜਾਂ ਵਰਕਰ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ
- ਹੋਰ
- ਰੇਲਵੇ ਦੇ ਲਾਭ
- ਟ੍ਰਾਈਬਲ ਆਮਦਨ*

*ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਟ੍ਰਾਈਬਲ ਆਮਦਨ ਦੱਸਣਯੋਗ ਹੈ, ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਲਈ ਟ੍ਰਾਈਬਲ ਆਮਦਨ ਡੈਸਕ ਸਹਾਇਤਾ ਵੇਖੋ:
hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf

ਨਾਂ	ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ ਜਾਂ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸ੍ਰੋਤ	ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ ਮਿਲੀ?

6

ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ

ਵਿਭਾਗ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਆਂਟੇਮੈਟਿਕ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਵਾਸਤੇ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਾਉਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ 'ਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਰਕਮ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ, ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਏਜੰਸੀ ਤੋਂ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਨ ਲਈ ਮਦਦ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਾਂਗੇ। ਮਦਦ ਲੈਣ ਜਾਂ ਨਾ ਲੈਣ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਤੁਹਾਡਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਫ਼ਾਰਮ ਇਕੱਲਿਆਂ ਵੀ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵੋਟ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਜਾਂ ਵੋਟ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ, ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਜਾਂ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਦੀ ਨਿੱਜਤਾ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਖ਼ੁਦ ਦੀ ਸਿਆਸੀ ਪਾਰਟੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਿਆਸੀ ਤਰਜੀਹ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਨੇ ਦਖ਼ਲਅੰਦਾਜ਼ੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਕੋਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, ਈਮੇਲ elections@sos.wa.gov ਜਾਂ 1-800-448-4881 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵੋਟ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਾਉਣਾ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨਵਿਆਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਦੋਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਖਾਨੇ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਨਹੀਂ ਲਾਉਂਦੇ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਮੰਨਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਮੇਂ ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਾਉਣ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਂਟੇਮੈਟਿਕ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ ਅਤੇ ਮਨ੍ਹਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ।

ਜਦ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ "ਨਹੀਂ" 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਨਹੀਂ ਲਾਉਂਦੇ, ਤੁਸੀਂ ਆਂਟੇਮੈਟਿਕ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਆਂਟੇਮੈਟਿਕ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅਗਲੀ ਚੋਣ ਤੱਕ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 18 ਸਾਲ ਦੇ ਹੋ ਜਾਓਗੇ, ਤੁਸੀਂ ਅਮਰੀਕਾ ਦੇ ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ ਅਤੇ DSHS ਕੋਲ ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਂ, ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਅਤੇ ਡਾਕ ਦਾ ਪਤਾ, ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ਼, ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸੱਚਾਈ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਆਂਟੇਮੈਟਿਕ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?

ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ "ਹਾਂ" ਵਾਲੇ ਖਾਨੇ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਉਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਦੋਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਖਾਨੇ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਨਹੀਂ ਲਾਉਂਦੇ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਯੋਗਤਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ DSHS ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੈਕਿਊਰਿਟੀ ਆਂਡ ਸਟੇਟ ਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਭੇਜੇਗੀ ਅਤੇ ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋ ਜਾਓਗੇ।

7

ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਮੈਨੂੰ, ਆਪਣੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿਚਲੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਬਦੀਲੀ ਬਾਰੇ ਫ਼ੋਰਨ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀ ਦੇ ਡਿਜ਼ਾਇਨੀ ਨੂੰ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਟੈਲੀਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਜ਼ਰੂਰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਦੇਰ ਨਾਲ ਦੱਸਣ 'ਤੇ ਗ਼ਲਤ ਲਾਭ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਮੇਰੀ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਸਟੇਟ ਜਾਂ ਫ਼ੈਡਰਲ ਦੀਆਂ ਹੋਰਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਵਲੋਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- ਮਦਦ ਲੈਣ ਲਈ, ਮੰਗੋ ਜਾਣ 'ਤੇ ਮੈਨੂੰ ਸਬੂਤ ਜ਼ਰੂਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਇਨੀ ਸਬੂਤ ਹਾਸਿਲ ਕਰਨ ਲਈ ਮੇਰੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸ ਲਈ ਹੋਰਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਕਹਿਣ ਅਤੇ ਹਾਸਿਲ ਕਰਨ ਲਈ, ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਨੂੰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਲਈ ਸਾਰੇ ਹੱਕਾਂ ਲਈ ਵਾੱਸਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ।

ਟਿੱਪਣੀਆਂ ਸਾਂਝੀਆਂ ਕਰਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਸ਼ੀਟ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

8

ਐਲਾਨਨਾਮਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ

ਮੈਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਝੂਠੀ ਗੁਆਹੀ ਦੀ ਸਜ਼ਾ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦਿਆਂ, ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਜਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੈਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਹੈ, ਮੇਰੀ ਬਿਹਤਰੀਨ ਸਮਝ ਮੁਤਾਬਿਕ ਉਹ ਸੱਚੀ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਹੈ।

ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ

ਤਾਰੀਖ

ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ)

ਸੰਸਥਾ

ਤਾਰੀਖ

HCA ਅਤੇ DSHS ਫ਼ੈਡਰਲ ਅਤੇ ਵਾੱਸਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਦੇ ਸਾਰੇ ਲਾਗੂ ਸਿਵਿਲ ਹੱਕਾਂ ਸਬੰਧੀ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਇਕਸਾਰ ਪਹੁੰਚ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਵਚਨਬੱਧ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਫ਼ਾੱਰਮੈਟ ਜਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-501-2233 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।