

درخواستی Washington Apple Health برای حمایت های سالمندان، نابینایان، معلولین/طولانی مدت

- از این درخواستی استفاده کنید تا ببینید که پوشش مراقبت های صحتی ممکن برای چه چیزی واجد شرایط باشید اگر:
- شما به خدمات و حمایت های طولانی مدت (LTSS) مانند مراقبت در خانه سالمندان، تسهیلات زندگی کمکی، خانه خانواده بزرگسالان، برنامه های مراقبت در خانه، یا حمایت های مناسب برای بزرگسالان مسن (TSOA) نیاز دارید.
 - شما یا کسی در خانواده تان Medicare دارد.
 - شما در پرداخت حق بیمه Medicare یا هزینه های بیمه مشترک نیاز به کمک دارید.
 - شما یا کسی در خانواده شما 65 سال یا بیشتر سن دارد.
 - شما یا کسی در خانواده شما دارای معلولیت است و Medicare ندارد.
 - برای TSOA: شما 55 ساله یا بیشتر هستید، و شما یا مراقب بدون معاش تان نیاز به حمایت دارید.

یادداشت: اگر شما هستید، برای پوشش Apple Health خود بشکل آنلاین از طریق Washington Healthplanfinder در wahealthplanfinder.org یا با تماس گرفتن با 1-855-923-4633 درخواستی دهید یا تمديد کنید:

- یک شخص بالغ 19 تا 64 ساله.
- درخواستی دادن برای اطفال.
- والد/والده یا مراقب که با اطفال درخواست می دهد.
- حامله هستید یا درخواستی دادن برای کسی که حامله است.

- بشکل آنلاین سریعتر درخواستی بدهید
- شما میتوانید درخواستی آنلاین را به آدرس ارسال کنید washingtonconnection.org

معلومات که شما برای درخواست نیاز دارید:

- شماره تامین اجتماعی
- تاریخ های تولد
- وضعیت مهاجرت
- معلومات درآمد
- معلومات منابع و دارایی (مانند بیلانس حساب بانکی، سهام، اوراق قرضه، اعتمادها، حساب های تقاعد)

چرا ما اینقدر معلومات می خواهیم؟

- ما از معلومات برای تشخیص اینکه شما برای چه پوشش مراقبت صحتی واحد شرایط هستید استفاده خواهیم کرد. ما معلومات که شما فراهم می سازد را طوریکه قانون نیاز دارد محرم نگه میداریم.

درخواستی تکمیل شده و امضاء شده تان را به کجا ارسال کنید

- برای Apple Health مبتنی بر معلولیت، پوشش پناهندگان و پوشش برای سالمندان 65+، و برنامه های که در پرداخت حق بیمه و مصارف Medicare کمک میکند
- درخواستی خود را پست کنید به:

DSHS

Community Services Division - Customer Service Center

PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699

- درخواستی خود فکس کنید به 1-888-338-7410
- درخواستی خود را به دفتر خدمات اجتماعی (CSO) محلی ببرید.
- ببینید dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office بخاطر مکان ها
- آنلاین درخواستی بدهید در washingtonconnection.org
- درخواستی دادن از طریق تلفون: در 1-877-501-2233

برای خدمات طولانی مدت و پوشش حمایتی، مانند مراقبت از خانه سالمندان، مراقبت شخصی در خانه، مرکز زندگی کمکی، برنامه های خانه خانواده بزرگسالان، و TSOA

- درخواستی خود را پست کنید به:

DSHS

Home and Community Services

PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826

- برای یافتن یک دفتر محلی خدمات خانه و اجتماع (HCS) مراجعه کنید **dshs.wa.gov/office-locations**
- درخواستی خود را فکس کنید به 1-855-635-8305
- آنلاین درخواستی بدهید در **washingtonconnection.org**
- برای منابع بیشتر LTSS مراجعه کنید به **dshs.wa.gov/altsa/resources**
- برای منابع بیشتر TSOA با 1-855-567-0252 تماس بگیرید یا با اداره محلی تان در مورد پیری (AAA) تماس بگیرید تا با یک متخصص مراقب خانواده صحبت کنید. دفتر محلی AAA خود را پیدا کنید: **wacalc.org**

حقوق و مسئولیت های پوشش مراقبت های صحی

حقوق شما (ما باید) برای تمام برنامه های پوشش مراقبت های صحی

به شما کمک کنیم تا تمام فورم های درخواست شده را بخوانید و خانه پری کنید. شما میتوانید با وزارت خدمات اجتماعی و صحت (DSHS) در 1-877-501-2233 برای کمک تماس بگیرید.

خدمات ترجمان شفاهی را بدون هزینه برای شما و بدون تاخیر در هنگام ارتباط با DSHS یا اداره مراقبت های صحی (HCA) فراهم سازیم.

معلومات شخصی تانرا محرم نگه داریم. مگر ما ممکن بعضی از معلومات را با دیگر ادارات ایالتی و فدرال، نهاد های مالی، و قراردادی های HCA به منظور واجد شرایط بودن و ثبت نام به اشتراک بگذاریم.

اگر شما با تصمیم گرفته شده توسط DSHS یا HCA که واجد شرایط بودن شما برای پوشش صحی، خدمات و حمایت های طولانی مدت (LTSS) یا یک پلان صحی را متاثر میسازد، مخالف هستید، به شما فرصت تجدید نظر بدهیم. اگر شما درخواست تجدیدنظر کنید، پرونده شما بررسی خواهد شد. برای معلومات در مورد درخواست تجدیدنظرها برای برنامه های DSHS، شما میتوانید با مرکز تماس خدمات مشتریان DSHS در 1-877-501-2233 تماس بگیرید یا از دفتر خدمات اجتماع محلی تان مراجعه کنید.

اگر درخواست تجدیدنظر برای یک تصمیم در مورد پوشش صحت اپل واشنگتن باشد، که توسط یک بررسی قضیه حل نشده است، برای شما یک جلسه استماعیه اداری تنظیم خواهید شد.

با شما عادلانه رفتار شود. تبعیض خلاف قانون است. DSHS و HCA با قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال مطابقت دارند و بر اساس نژاد، رنگ، منشاء ملی، سن، ناتوانی یا جنس تبعیض قایل نمی شوند. DSHS و HCA مردم را به علت نژاد، رنگ، منشاء ملی، سن، معلولیت یا جنس شان محروم نمیکند یا با آنها رفتار متفاوت نمیکند.

DSHS و HCA همچنان از قوانین قابل اجرا ایالت پیروی میکنند و بر اساس عقیده، جنس، بیان جنس یا هویت، گرایش جنسی، وضعیت تاهل، مذهب، وضعیت سرباز یا نظامی که با افتخار مرخص شده اند، یا استفاده از یک راهنما سگ آموزش دیده یا حیوان خدماتی توسط یک شخص دارای معلولیت تبعیض قایل نمی شوند.

DSHS و HCA:

- ارائه کمک ها و خدمات رایگان برای افراد دارای معلولیت تا آنها بتوانند با ما ارتباط موثر داشته باشند، مانند:
- ترجمان های شفاهی واحد شرایط زبان اشاره
- معلومات کتبی در فارمت های دیگر (چاپ بزرگ، صوتی، فارمت های الکترونیکی قابل دسترس، فارمت های دیگر)
- ارائه خدمات زبانی رایگان برای افرادی که زبان اصلی شان انگلیسی نیست، مانند:
- ترجمانان های شفاهی واحد شرایط
- معلومات نوشته شده به زبان های دیگر

اگر شما به این خدمات نیاز دارید، با 1-877-501-2233 تماس بگیرید.

اگر شما باور دارید که DSHS یا HCA در ارائه این خدمات ناکام مانده است یا به روش دیگری تبعیض کرده است، شما میتوانید یک شکایت را ثبت کنید با:

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

شما میتوانید یک شکایت را شخصاً یا از طریق تلفون، پست، فکس، یا ایمیل ثبت کنید. اگر شما در ثبت شکایت نیاز به کمک دارید، خدمات اساسی DSHS یا بخش خدمات حقوقی HCA برای کمک به شما در دسترس است.

شما همچنان میتوانید شکایت حقوق مدنی را با اداره ذیل ثبت کنید the وزارت صحت و خدمات بشری ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی | از طریق پست یا تلفون در: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**

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

فورم های شکایات درینجا موجود است **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**

مسئولیت های شما (شما باید) برای تمام پروگرام های پوشش مراقبت صحتی

SSN، و افشاء وضعیت مهاجرت. با بعضی از استثناها، شما باید یک شماره امنیت اجتماعی (SSN) یا شماره سند مهاجرت خود یا هر شخص دیگری در خانواده تان که میخواهد برای پوشش مراقبت صحتی درخواست دهد، ارائه کنید. یک SSN برای درخواست کرایدیت های مالییه حق بیمه صحتی نیاز است. ما از این معلومات برای تعیین واجد شرایط بودن شما با تأییدی هویت، تابعیت، وضعیت مهاجرت، تاریخ تولد و موجودیت سایر پوشش های مراقبت های صحتی استفاده می کنیم. ما این معلومات را با هیچ اداره مهاجرت شریک نمی سازیم.

این ممکن است که برای پوشش برای بعضی از اعضای خانواده تان درخواست دهید، مگر برای دیگران نه. اگر شما یک SSN یا شماره سند مهاجرت برای تمام اعضای خانواده ندارید، دیگران همچنان میتوانند برای پوشش درخواست دهند و بدست بیاورند. بطور مثال، شما میتوانید برای طفل تان درخواست دهید حتی اگر شما واجد شرایط پوشش نباشید. درخواستی دادن وضعیت مهاجرت یا چانس های اقامت دائمی یا شهروند شدن شما را متأثر نخواهد ساخت.

همچنان بعضی از پروگرام های Washington Apple Health برای مردم که نمیتوانند نشان دهند که آنها بشکل قانونی در کشور هستند وجود دارد. مگر اگر شما انتخاب کنید که یک SSN یا شماره سند مهاجرت را برای کسی در خانواده تان فراهم نکنید، ما باید با شما پیگیری کنیم تا در مورد عاید غیر متقاضی معلومات بدست بیاوریم.

اگر توسط اداره درخواست گردد، هر معلومات یا مدرک مورد نیاز برای تصمیم گیری در مورد اینکه آیا شما واجد شرایط هستید یا خیر ارائه کنید.

چیزهایی که شما باید برای تمام برنامه های پوشش مراقبت های صحتی بدانید

قوانین مشخص ایالتی و فدرال وجود دارد که عملیات Washington Connection و سیستم های کاربردی اداره شده توسط ایالت، حقوق و مسئولیت های شما منحصراً از آنها استفاده میکند، و پوشش که شما از استفاده آنها بدست میاورید را اداره میکند. با استفاده از این سیستم ها، شما موافقت می کنید که از قوانین که در مورد کسی که از آنها استفاده میکند و پوشش که آنها در نتیجه بدست میاورند پیروی کنید.

قانون ملی ثبت نام رای دهندگان 1973 از تمام ایالت ها میخواهد تا از طریق دفاتر کمک عامه شان کمک ثبت نام رای دهندگان را فراهم سازند. درخواست برای ثبت نام یا امتناع از ثبت نام برای رای دادن بر خدمات یا مزایای که توسط این اداره به شما فراهم میگردد تأثیر نخواهد گذاشت. شما میتوانید برای رای دادن در www.vote.wa.gov ثبت نام کنید یا فورم های ثبت نام رای دهندگان را با تماس گرفتن به 1-800-448-4881 سفارش دهید.

محدودیت های قانون انتقال و پاسخگویی بیمه صحتی (HIPAA) مانع HCA و DSHS از بحث در مورد معلومات صحتی شما یا هر عضو خانواده شما با هر کسی، بشمول یک نماینده مجاز میگردد، مگر اینکه آن فرد دارای وکالت باشد یا شما یک فورم رضایت را امضاء کرده باشید که افشاء این معلومات را مجاز میسازد. این شامل افشاء کردن معلومات صحت روانی، آچ آی وی، ایدز، نتایج تست STD، یا خدمات وابستگی به تداوی و مواد کیمیاوی میگردد.

قانون مراقبت مقرون به صرفه از دادن معلومات شخصی قابل شناسایی (PII) شما یا هر عضو خانواده شما به هر کسی که مجاز دریافت آن نیست و بدون رضایت شما، از DSHS و HCA جلوگیری می کند.

معلومات که شما به DSHS و HCA می دهید در معرض تأیید توسط مقامات فدرال و ایالتی برای تعیین واجد شرایط بودن شما برای پوشش مراقبت های صحتی قرار دارد. تأیید میتواند شامل تماس های پیگیری از کارمندان اداره باشد.

DSHS و HCA مسؤل اداره پلان بیمه صحتی شما نیستند. شرکت بیمه صحتی شما میتواند معلومات بیشتر در مورد مزایای شما به شما فراهم سازد. اگر شما در مورد شرایط پلان بیمه صحتی تان سوال دارید، بشمول اینکه شما واجد شرایط چه مزایا هستید، و ادعای مزایا یا درخواست تجدید نظر در مورد رد مزایا، شما باید با حامل بیمه صحتی تان تماس بگیرید.

شما میتوانید از طریق بخش حمایت از اطفال (DCS) برای خدمات اجرای حمایت درخواستی دهید. برای بدست آوردن یک درخواست برای این خدمات، به www.childsupportonline.wa.gov بروید یا با دفتر DCS محلی تان تماس بگیرید.

حقوق شما (ما باید) فقط برای Washington Apple Health

اگر شما بخواهید حقوق و مسئولیت های تان را برای شما توضیح دهیم.

به شما اجازه دهید تا یک درخواست جزئی را ارائه کنید که حداقل شامل نام، آدرس و امضاء یا امضاء نماینده مجاز متقاضی باشد. روزی که ما یک درخواستی جزئی دریافت میکنیم تاریخ درخواست شما است، که ممکن زمانیکه پوشش شما موثر میگردد تاثیر بگذارد. ما در مورد پوشش شما تا زمانیکه شما درخواستی را تکمیل نکنید تصمیم نهایی نخواهیم گرفت.

به شما اجازه میدهیم تا یک درخواستی یا درخواستی جزئی را با استفاده از هر میتود که تحت WAC 182-503-0005 لیست شده است ارائه کنید.

درخواست خود را به سرعت و نه دیرتر از جدول زمانی تشریح شده در WAC 182-503-0060 پروسس کنیم.

به شما 10 روز تقویمی وقت بدهیم تا معلومات را که ما برای تعیین واجد شرایط بودن نیاز داریم فراهم سازید. اگر شما وقت بیشتر بخواهید، ما به شما وقت بیشتر خواهیم داد. اگر شما معلومات را به ما ندهید یا برای وقت بیشتر درخواست نکنید، ما ممکن پوشش مراقبت صحتی شما را رد، بسته یا تغییر دهیم.

اگر شما در بدست آوردن هر معلومات یا مدرک که برای تصمیم گیری در مورد اینکه آیا شما واجد شرایط هستید یا خیر، مشکل دارید، به شما کمک کنیم. اگر ما به یک سند نیاز داشته باشیم که برای شما هزینه داشته باشد، ما برای آن ارسال خواهیم کرد و هزینه را پرداخت خواهیم کرد.

در بسیاری از موارد، حداقل 10 روز قبل از اینکه ما پوشش مراقبت های صحتی شما را متوقف کنیم، به شما اطلاع دهیم.

در بسیاری قضایا، در جریان 45 روز یک تصمیم کتبی به شما بدهیم. پوشش مراقبت صحتی برای بعضی از موارد معلولیت ممکن تا 60 روز طول بکشد. ما یک تصمیم کتبی در مورد طبی حامله داری در جریان 15 روز میدهیم.

اگر ما قضیه شما را تفتیش کنیم به شما اجازه دهیم تا از صحبت کردن با یک محقق خودداری کنیم. شما نیازی ندارید که به یک محقق اجازه دهید تا به خانه تان داخل شود. شما میتوانید از محقق بخواهید تا در یک زمان دیگر برگردد. چنین یک درخواست واجد شرایط بودن شما برای پوشش مراقبت صحتی را متأثر نخواهد ساخت.

پوشش Washington Apple Health را ادامه دهید در حالیکه ما تصمیم میگیریم که آیا شما برای یک برنامه دیگر واجد شرایط هستید یا خیر WAC 182-504-0125.

اگر شما واجد شرایط هستید خدمات دسترسی مساوی را طوریکه در WAC 182-503-0120 تشریح شده است به شما بدهیم.

مسئولیت های شما (شما باید) فقط برای Washington Apple Health

تغییرات را طوریکه در WAC 182-504-0105 و WAC 182-504-0110 نیاز است در جریان 30 روز تغییر گزارش دهید. نامه تائید خود را بخوانید تا ببینید چه تغییراتی را باید گزارش دهید.

زمانیکه خواسته شود تمدید ها را تکمیل کنید.

معلومات مورد نیاز برای صورت حساب خدمات مراقبت صحتی را به فراهم کنندگان طبی بدهید.

اگر شما مستحق آن هستید برای **Medicare درخواستی بدهید.**

زمانیکه از شما خواسته شود با کارمندان تضمین کیفیت همکاری کنید.

زمانیکه شما پوشش Washington Apple Health را میخواهید یا دریافت میکنید، برای بدست آوردن عاید احتمالی از منابع دیگر **درخواست دهید و تلاش مناسب انجام دهید.**

چیزهایی که شما باید فقط برای Washington Apple Health بدانید

با درخواست و دریافت Washington Apple Health، شما به ایالت واشنگتن تمام حقوق هرگونه حمایت طبی و هرگونه پرداخت شخص ثالث برای مراقبت های صحتی را می دهید.

اداره ممکن سوابق واکسیناسیون طفل شما را با سیستم ردیابی واکسیناسیون مشخصات طفل به اشتراک بگذارد.

معلومات که شما گزارش میدهید ممکن به DSHS فراهم گردد تا واجد شرایط بودن و مزایای ماهانه های مانند پوشش مراقبت صحتی، کمک نقدی، کمک غذایی، و سببیدی های مراقبت از اطفال تعیین گردد.

نظر به قانون، ایالت واشنگتن ممکن هزینه های که برای انواع معین خدمات طبی از طریق بازیابی ملکیت (RCW 43.20B.080, RCW 41.05A.090) و فصل 182-527 WAC) پرداخت کرده است را از ملکیت شما جبران کند. بهبود ملکیت تا زمانیکه شما بعد از مرگ شما، مرگ همسر زنده شما، و اطفال زنده شما 21 سال یا بیشتر سن داشته باشند اتفاق نمی افتد. این همچنان اتفاق نمیافتد اگر یک طفل زنده در زمان مرگ شما کور/معلول باشد. زینه های قابل جبران شامل موارد زیر است

- بعضی از خدمات و حمایت های طولانی مدت Washington Apple Health، اگر شما در زمان دریافت خدمات 55 سال یا بیشتر سن داشته باشید؛
- بدون در نظر داشت سن شما در زمان دریافت خدمات، بعضی از خدمات تمویل شده فقط توسط ایالت.

شما میتوانید یک لیست خدمات را که در معرض بازیابی هزینه قرار دارد تحت 182-527-2742 WAC پیدا کنید. شما میتوانید یک لیست دارایی های محروم شده از بازیابی را تحت 182-527-2746 WAC پیدا کنید.

اگر شما بشکل دایمی نهاده شده شوید، ایالت همچنان ممکن یک وثیقه قبل از مرگ را در ملکیت حقیقی شما در هر سن ثبت کند (WAC 182-527-2734). ایالت ممکن از فروش ملکیت یا ملکیت شما بهبود یابد، مگر اینکه:

- همسر شما در ملکیت زندگی میکند؛
- خواهر و برادر شما در ملکیت زندگی میکند، مالک مشترک است و شرایط معین را برآورده میسازد.
- طفل شما در ملکیت زندگی میکند و کور/معلول است؛ یا
- طفل شما در این ملکیت زندگی میکند و کمتر از 21 سال سن دارد.

شما میتوانید یک لیست خدمات را که تحت یک حق وثیقه قبل از مرگ است در 182-527-2734 WAC پیدا کنید.

اگر شما خدمات مراقبت صحی غیرضروری را از ارائه دهندگان جستجو کنید، ممکن است به یک ارائه دهنده مراقبت های صحی، فارمسی و/یا شفاخانه محدود شوید.

[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 ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 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)。

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

[French] Des services d'aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 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, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې دپوهیدلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادیبي په وړیا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسی موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنگ ووهئ (د اوریدلو یا خبرو کولو معلولیت لرونکي خلکو د زنگ و هلو شمېره (TRS): 711)

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

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

[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).

[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] ተርጓሚትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተራያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓዝ 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).

درخواستی Washington Apple Health برای خدمات و حمایت های سالمندان، نابینایان، معلولین/طولانی مدت

نام متقاضی و معلومات تماس

1

نام مکمل خودم _____ M.I. _____ تخلص _____

شماره شناسه مشتری (اگر قابل اجرا باشد) _____ امضای متقاضی یا نماینده با صلاحیت _____

آدرس جایگاه شما زندگی میکنید (ضروری) _____

کاونتی _____ شهر _____ ایالت _____ زیپ کد _____

چک این صندوق اگر آدرس فیزیکی ندارید

آدرس پستی (اگر متفاوت باشد) _____

کاونتی _____ شهر _____ ایالت _____ زیپ کد _____

شماره تلفن اولی _____ تلفن ۱۱ _____ ایمیل: _____

اگر در یک مرکز زندگی می کنید، نام و آدرس مرکز را لیست کنید، اگر همانند بالا نباشد:

نام مرکز _____

آدرس مرکز _____

کاونتی _____ شهر _____ ایالت _____ زیپ کد _____



18005

من، همسر، یا کسی در خانواده من برای موارد زیر درخواست می‌دهد:

خدمات مراقب در خانه	پوشش مراقبت صحتی برای سالمندان، نابینایان یا معلولین
زندگی کمکی/خانه خانواده بزرگسالان	برنامه پس انداز Medicare
مراقبت خانه سالمندان	برای کارگران دارای معلولیت (HWD)
حمایت های مناسب برای بزرگسالان مسن (TSOA)	

معلومات صورت حساب های طبی پرداخت نشده

3

آیا شما یا هر کسی که شما برایش درخواستی می‌دهند نیاز به کمک در پرداخت صورت حساب های طبی پرداخت نشده که در هر یک از 3 ماه بلافاصله قبل از ماه جاری متحمل شده است دارد؟

بلی خیر اگر بلی، ذکر کنید کی:

معلومات زبان	4
--------------	---

آیا شما یا هر کسی که برایش درخواست می‌دهید به یک ترجمان شفاهی یا دریافت اسناد به زبان دیگری نیاز دارید؟

بلی خیر

اگر بلی، شما به کدام زبان یا فارمت بدیل نیاز دارید؟ تمام موارد قابل تطبیق را ذکر کنید:

معلومات درباره شما و خانواده شما

5

خود، همسر، و وابستگان که با شما زندگی می‌کنند لیست کنید حتی اگر شما برای آنها درخواست نمی‌دهید (در صورت لزوم ورق های اضافی را ضمیمه کنید).

اسم (نام، نام وسطی، تخلص)	جنس تعیین شده در تولد	ارتباط با	خودم	شما؟ تاریخ تولد
---------------------------	-----------------------	-----------	------	-----------------

شماره تامین اجتماعی (SSN)*

آیا می‌خواهید این شخص را تحت پوشش قرار دهید؟

بلی خیر

وضعیت شهروند یا غیر شهروند: (یکی را چک کنید)

شهروند ایالت متحده بلی خیر مقیم واشنگتن بلی خیر

آیا شما هسپانوی، لاتین، یا اسپانوی هستید؟ (اختیاری)

کوبایی	مکسیکویی/مکسیکویی-امریکایی/چیکانو	اسپانیایی/هسپانوی نیست
دیگر اسپانیایی/هسپانوی	پورتو ریکویی	

نژاد (اختیاری - تا پنج مورد را انتخاب کنید)

سرخ پوست امریکایی یا بومی الاسکا	چینایی	کوریایی	تایلندی
آسیایی	فلیپینی	لائوسی	ویتنامی
هندی آسیایی	گوامانی	دیگر جزیره نشین اقیانوس	سفید پوست

سیاه پوست یا افریقایی امریکایی	هاوایی	موارد دیگر نژاد
کمبودیایی	جاپانی	ساموآ

اسم (نام، نام وسطی، تخلص)	جنس تعیین شده در تولد	ارتباط با شما؟	تاریخ تولد
---------------------------	-----------------------	----------------	------------

شماره تامین اجتماعی (SSN)*

وضعیت شهروند یا غیر شهروند: (یکی را چک کنید)

شهروند ایالت متحده بلی نخیر مقیم واشنگتن بلی نخیر

آیا شما هسپانوی، لاتین، یا اسپانوی هستید؟ (اختیاری)

کوبایی مکسیکوئی/مکسیکوئی-امریکایی/چیکانو اسپانیایی/هسپانوی نیست

دیگر اسپانیایی/هسپانوی پورتو ریکویی

نژاد (اختیاری - تا پنج مورد را انتخاب کنید که قابل اجرا باشد)

سرخ پوست امریکایی یا بومی الاسکا چینایی کوریایی تایلندی

آسیایی فلیپینی لائوسی ویتنامی

هندی آسیایی گوامانی دیگر جزیره نشین اقیانوس سفید پوست

سیاه پوست یا افریقایی امریکایی هاوایی موارد دیگر نژاد

کمبودیایی جاپانی ساموآ

اسم (نام، نام وسطی، تخلص)	جنس تعیین شده در وقت تولد	ارتباط با شما؟	تاریخ of تولد
---------------------------	---------------------------	----------------	---------------

شماره تامین اجتماعی (SSN)*

وضعیت شهروند یا غیر شهروند: (یکی را چک کنید)

شهروند ایالت متحده بلی نخیر مقیم واشنگتن بلی نخیر

آیا شما هسپانوی، لاتین، یا اسپانوی هستید؟ (اختیاری)

کوبایی مکسیکوئی/مکسیکوئی-امریکایی/چیکانو اسپانیایی/هسپانوی نیست

دیگر اسپانیایی/هسپانوی پورتو ریکویی

نژاد (اختیاری - تا پنج مورد را انتخاب کنید که قابل اجرا باشد)

سرخ پوست امریکایی یا بومی الاسکا	چینایی	کوریایی	تایلندی
آسیایی	فلپینی	لائوسی	ویتنامی
هندی آسیایی	گوامانی	دیگر جزیره نشین اقیانوس	سفید پوست
سیاه پوست یا افریقایی امریکایی	هاوایی	موارد دیگر نژاد	
کمبودیایی	جاپانی	ساموآ	

اسم (نام، نام وسطی، تخلص)	جنس تعیین شده در تولد	ارتباط با ما	تاریخ تولد
شماره تامین اجتماعی (SSN)*	آیا می خواهید این شخص را تحت پوشش قرار دهید؟		
وضعیت شهروند یا غیر شهروند: (یکی را چک کنید)	☐ بلی ☐ نخیر		
شهروند ایالت متحده	مقیم واشنگتن	بلی	نخیر
آیا شما هسپانوی، لاتین، یا اسپانوی هستید؟ (اختیاری)			
کوبایی	مکسیکویی/مکسیکویی-امریکایی/چیکانو	اسپانیایی/هسپانوی نیست	
دیگر اسپانیایی/هسپانوی	پورتو ریکویی		

نژاد (اختیاری - تا پنج مورد را انتخاب کنید که قابل اجرا باشد)

سرخ پوست امریکایی یا بومی الاسکا	چینایی	کوریایی	تایلندی
آسیایی	فلپینی	لائوسی	ویتنامی
هندی آسیایی	گوامانی	دیگر جزیره نشین اقیانوس	سفید پوست
سیاه پوست یا افریقایی امریکایی	هاوایی	موارد دیگر نژاد	
کمبودیایی	جاپانی	ساموآ	

اسم (نام، نام وسطی، تخلص)	جنس تعیین شده در وقت تولد	ارتباط با شما	تاریخ تولد
شماره تامین اجتماعی (SSN)*	آیا می خواهید این شخص را تحت پوشش قرار دهید؟		
وضعیت شهروند یا غیر شهروند: (یکی را چک کنید)	☐ بلی ☐ نخیر		
شهروند ایالت متحده	مقیم واشنگتن	بلی	نخیر
آیا شما هسپانوی، لاتین، یا اسپانوی هستید؟ (اختیاری)			
کوبایی	مکسیکویی/مکسیکویی-امریکایی/چیکانو	اسپانیایی/هسپانوی نیست	
دیگر اسپانیایی/هسپانوی	پورتو ریکویی		

نژاد (اختیاری - تا پنج مورد را انتخاب کنید که قابل اجرا باشد)

سرخ پوست امریکایی یا بومی الاسکا	چینایی	کوریایی	تایلندی
آسیایی	فلیپینی	لائوسی	ویتنامی
هندی آسیایی	گوامانی	دیگر جزیره نشین اقیانوس	سفید پوست
سیاه پوست یا افریقایی امریکایی	هاوایی	موارد دیگر نژاد	
کمبودیایی	جاپانی	ساموآ	

*HCA این معلومات را با هیچ اداره مهاجرت برای مقاصد اجرای مهاجرت به اشتراک نمی گذارد. اگر SSN ندارید این را خالی بگذارید.

معلومات عمومی

6

1. در 30 روز گذشته، من، همسر، یا کسی در خانواده من پوشش مراقبت های صحتی را از شخص دیگری دریافت کردیم ایالت، قبیله یا منبع دیگر؟

بلی نخیر، اگر بلی، تشریح کنید _____

2. آیا من، همسر من، یا کسی در خانواده من عاید تامینی تکمیلی (SSI) را در ایالت دیگری دریافت کرده است؟

بلی نخیر اگر بلی؟ _____

3. من، همسر، یا کسی در خانه من یک مهاجر حمایت شده است؟

بلی نخیر اگر بلی کی؟ _____

4. من، همسر، یا کسی در خانواده ام در قوای مسلح ایالات متحده، گارد ملی یا ذخیره ها خدمت کرده ام یا وابسته یا همسر کسی بوده ایم که خدمت کرده است:

بلی نخیر اگر بلی، کی؟ _____

5. من یک وابسته مالیه دارم که من تا حالا در درخواست خود شامل نکرده ام کسیکه با من زندگی نمی کند؟

بلی نخیر اگر بلی، نام (های) وابسته مالیه را ذکر کنید _____

6. من هستم: مجرد متاهل زندگی با همسر متاهل زندگی جدا از همسر طلاق شده بیوه

در یک مشارکت داخلی ثبت شده جدا شده قانونی

درآمد اشتغال یا شغل آزاد (سند ضمیمه کنید)

7

عاید بدست آمده پول است که از اشتغال یا شغل آزاد بدست میاید، بعضی از مثال ها * شامل استخدام

استخدام:

- دستمزدها، معاش یا بخشی که مالیات بر درآمد فدرال در فرم W-2، باکس 1 نگهداری می شود
- پاداش ها و کمیشن.
- پرداخت های پلان تقاعد.
- عاید از یک وظیفه که در آن کارفرمای شما مالیه را نگه نمیدارد (مانند کار اقتصاد گیگ)

شغل آزاد:

- رانندگی یک موتر برای سواری های ریزرف شده یا دلیوری ها
- انجام دادن ماموریت ها یا انجام دادن وظایف
- فروش اجناس به صورت آنلاین
- ارائه خلاقیات یا خدمات مسلکی
- ارائه سایر کارهای موقتی، بر اساس تقاضا یا آزاد
- مزایای اعتصاب اتحادیه
- مالک یا اداره یک تجارت
- مالک یا اداره یک مزرعه
- کشیش یا عضو یک نظم دینی
- کارمند قانونی و دارای درآمد

1. من، همسر، یا کسیکه من برایش درخواستی میدهم عاید از کار دارد بلی نخیر اگر بلی، لطفاً این بخش را تکمیل کنید.

2. کی درآمد کسی می کند: _____
 اسم کارفرما _____
 شماره تلفن کارفرما _____

آیا این وظیفه شغل آزاد است؟ _____ بلی نخیر
 تاریخ شروع _____
 مقدار ناخالص دریافت شده (مبلغ دالر قبل از کسرات) _____ هر: _____ ساعت هفته دو هفته
 دوبار در ماه ماه

ساعت ها در هفته _____
 تاریخ های پرداخت (مثلاً 1 و 15، یا هر جمعه) _____

3. این درآمد را کی کسبی کند: _____
 نام کارفرما _____
 شماره تلفن کارفرما _____

آیا این وظیفه شغل آزاد است؟ _____ بلی نخیر
 تاریخ شروع _____
 مقدار ناخالص دریافت شده (مبلغ دالر قبل از کسرات) _____ هر: _____ ساعت هفته دو هفته
 دوبار در ماه ماه

دیگر عواید (برای تمام اعضای خانواده) (سند را ضمیمه کنید)

8

1. مثال های درآمد عبارت اند از:
- حمایت از طفل یا نفقه همسر
 - مزایای تعلیمی
 - (قرضه های متعلم یا محصل، کمک های مالی، کار-مطالعه)
 - درآمد بازی
 - تحفه ها (حمایت نقدی/ کارت های تحفه)
 - سود/سود سهام
 - کار و صنایع (L&I)
 - مزایای راه آهن
 - درآمد کرایه
 - تقاعد یا بازنشستگی
 - قراردادهای فروش/سفته ها
 - تامین اجتماعی
 - درآمد تأمین اجتماعی
 - تکمیلی (SSI)
 - درآمد قبيله ای
 - امانت ها
 - مزایای بیکاری
 - اداره امور کهنه سربازان (VA) یا مزایای نظامی
 - دیگر

2. سایر درآمدهایی که شما، همسران یا هر کسی که برای آن درخواستی میدهند دریافت میکند را ذکر کنید:

نوع دیگر درآمد	کی درآمد را می گیرد	مقدار ماهوار ناخالص	کی درآمد را میگیرد	مقدار ماهوار ناخالص
نوع دیگر درآمد	کی درآمد را میگیرد	مقدار ماهوار ناخالص	کی درآمد را میگیرد	مقدار ماهوار ناخالص
نوع دیگر درآمد	کی درآمد را میگیرد	مقدار ماهوار ناخالص	کی درآمد را میگیرد	مقدار ماهوار ناخالص
نوع دیگر درآمد	کی درآمد را میگیرد	مقدار ماهوار ناخالص	کی درآمد را میگیرد	مقدار ماهوار ناخالص
نوع دیگر درآمد	کی درآمد را میگیرد	مقدار ماهوار ناخالص	کی درآمد را میگیرد	مقدار ماهوار ناخالص

3. من، همسر من یا یکی از اعضای خانواده‌ام از محل سرمایه‌گذاری مستمری درآمد کسب میکنیم؟ بلی نخیر

کی مالک شرکت است	یا موسسه مستمری است	مقدار یا ارزش	درآمد ماهوار	تاریخ خرید
کی مالک شرکت است	یا موسسه مستمری است	مقدار یا ارزش	درآمد ماهوار	تاریخ خرید

هزینه‌های مسکن (در صورت درخواست LTSS، مدارک مربوطه را ضمیمه کنید)

9

کرایه	گرو	کرایه خانه	مالک خانه	ملکیت مالیات	سایر مصارف
آیا از شخص یا سازمان دیگری، مانند مسکن سبب‌سازیدی که تمام یا بخشی از این هزینه‌ها را پرداخت میکند، کمک دریافت میکنید؟					
بلی نخیر اگر بلیکی؟					

کسرات

10

1. من، همسر من، یا کسی که من برایش درخواستی میدهم پرداخت میکند یا قرار است پرداخت کند:

مراقبت طفل یا کلان سالوابسته	مقدار ماهوار	کی پرداخت می کند
حمایت طفل مطابق فرمانمحکمه	مقدار ماهوار	کی پرداخت می کند
فیس های پرداختشونده	مقدار ماهوار	کی فیس های سرپرستی را
پرداخت می کند	مقدار ماهوار	کی پرداخت می کند
فیس های سارنوالی صادر شده توسط محکمه	مقدار ماهوار	کی پرداخت می کند
مصارف مکرر طبی (شامل Medicare یا سایر حق بیمه های صحتی که شما پرداخت می کنید)	مقدار ماهوار	کی پرداخت می کند

2. من، همسر من، یا کسیکه من برایش درخواست میدهم مدیون مصارف طبی هستیم؟

نوع مصرف طبی	تاریخ وضع	مقدار مدیون	کی مدیون است
نوع مصرف طبی	تاریخ وضع	مقدار مدیون	کی مدیون است
نوع مصرف طبی	تاریخ وضع	مقدار مدیون	کی مدیون است

3. من، همسر من، یا کسیکه من برایش درخواستی میدهم دارای معلولیت است و کار میکند و مصارف دارد که اشتغال را حمایت میکند؟ اینها مصارف کار مرتبط به اختلال (IRWE) نامیده میشوند:

بلی خیر، اگر بلی مقدار IRWE را بدهید.

11

منابع (سند را ضمیمه کنید)

(اگر صرف برای برنامه های پس انداز مدیکر (MSP) یا Apple Health برای کارگران دارای معلولیت (HWD) درخواستی میدهند، این بخش را رد کنید)

1. یک منبع هر چیزی است که شما مالک آن هستید یا خریداری میکنید که میتواند فروخته شود، معامله شود، یا به پول نقد یا پول که توسط دیگران نگهداری میشود تبدیل گردد. یک منبع شامل ملکیت شخصی مانند فرنیچر، وسایل خانه، یا لباس نمیشود. مثال های منابع عبارت اند از:

- پول نقد
- حساب های جاری
- حساب های پس انداز
- CD ها
- حساب بازار پول
- اوراق قرضه پس انداز
- اوراق قرضه
- تمویل متقابل
- سهام
- مستمری
- امانت ها
- IRA
- 401K
- وحوه تقاعد
- خانه ها، از جمله خانه ای که در آن زندگی میکنید
- وحوه تکفین
- کاندومینیوم
- زمین
- قرارداد فروشات
- ساختمان ها
- ملکیت زندگی
- بیمه زندگی
- پلان های پیش پرداخت
- تشییع جنازه
- وحوه کالج
- اشتراک زمانی
- وسایل و کسب و کار
- تجهیزات مزرعه
- مواشی

2. منابع را که شما، همسر تان، یا هر کسی که شما برای آن درخواستی می دهید مالک آن است یا خریداری میکند لیست کنید:

نوع منابع	کی مکان رادر	اختیاردارد	ارزش	کی مکان را	در اختیاردارد	ارزش
نوع منابع	کی مکان رادر	اختیاردارد	ارزش	کی مکان را	در اختیاردارد	ارزش
نوع منابع	کی مکان رادر	اختیاردارد	ارزش	کی مکان را	در اختیاردارد	ارزش
نوع منابع	کی مکان رادر	اختیاردارد	ارزش	کی مکان را	در اختیاردارد	ارزش

3. من، همسر من، یا کسیکه من برایش درخواست میدهم موتر، تروک، ون، کشتی، RV، تریلر، یا دیگر موترها دارد:

سال (مثال، 2010)	ساخت (مثال فوردر)	مدل (مثال اسکورت)	مقدارمدیون
چک کنید اگر اجاره باشد	چک کنید که آیا برای مقاصد طبی استفاده میشود یا خیر		
سال (مثال 2010)	ساخت (مثال فوردر)	مدل (مثال، اسکورت)	مقدارمدیون
چک کنید اگر اجاره باشد	چک کنید که آیا برای مقاصد طبی استفاده میشود یا خیر		

12

منابع اضافی LTSS (صرف در صورتیکه شما برای خدمات LTSS درخواستی میدهند تکمیل گردد)

1. من، همسر من، یا کسیکه من برایش درخواستی میدهم مالک یک خانه است یا خریداری می کند که محل اقامت اولیه است:

آدرس ملکیت	ارزش فعلی (براساس ارزیابی کننده)	مقدار قرضهس ملکیت
آدرس ملکیت	ارزش فعلی (براساس ارزیابی کننده)	مقدار قرضه ملکیت

2. من، همسر من، یا کسیکه من برایش درخواستی میدهم یک منبع را در پنج سال اخیر فروخته، تجارت کرده، داده یا انتقال داده است (بشمول امانت های ملکیت، موترها، پول نقد، یا املاک زندگی)؟ بلی نخیر اگر بلی، موارد ذیل را تکمیل کنید: (در صورت لزوم ورق های اضافی را ضمیمه کنید)

نوع منابع	تاریخ انتقال	ارزش منبع انتقال شده	به کی انتقال داده شد
نوع منبع	تاریخ انتقال	ارزش منبع انتقال شده	به کی انتقال داده شد

13 بیمه مراقبت طولانی مدت (برای برنامه های پس انداز Medicare نیاز نیست)

آیا من/ما بیمه مراقبت طولانی مدت داریم؟ بلی نخیر آیا این یک پالیسی واجد شرایط همکاری (LTCP) LTC است؟ بلی نخیر اگر بلی، لطفاً نام(ها) شرکت بیمه و اینکه پالیسی چه کسی را پوشش میدهد لیست کنید:

شرکت بیمه	شماره بیمه	نام دارنده بیمه	شخص تحت پوشش	ارزش دالری (اگر LTCP)
شرکت بیمه	شماره بیمه	نام دارنده بیمه	شخص تحت پوشش	ارزش دالری (اگر LTCP)

برای شامل ساختن هر نظر اضافی برای این درخواستی، یک ورق با معلومات ضمیمه کنید.

14 معلومات نماینده مجاز

یک نماینده مجاز هر شخص بزرگسال است که از شرایط خانواده آگاهی داشته باشد و توسط خانواده مجاز باشد تا از طرف خانواده برای مقاصد واجد شرایط بودن عمل کند.

با تعیین یک نماینده مجاز، شما به نماینده مجاز خود اجازه می دهید که:

- درخواستی را از طرف خود امضاء کنید؛
- اطلاعاتی مرتبط به درخواستی و حساب تان را دریافت کنید؛ و
- از طرف شما برای تمام مسایل مربوط به درخواستی و حساب عمل کنید.

1. آیا شما یک نماینده مجاز را تعیین می کنید؟ بلی نخیر

2. آیا میخواهید که نماینده مجاز تان اطلاعاتی مرتبط به درخواستی

و حساب تان را دریافت کند؟ بلی نخیر

3. آیا این نماینده با صلاحیت قیمومیت قانونی دارد

بلی نخیر اگر بلی، برای کی:

4. آیا این نماینده با صلاحیت وکالت نامهدارد؟

بلی نخیر اگر بلی، برای کی:

نام نماینده مجاز / سازمان

ایمیل آدرس

تلفون نمبر

آدرس پستی نماینده باصلاحیت

بازپرداخت ایالت برای پوشش مراقبت های صحتی و مراقبت های طولانی مدت:

نظر به قانون، ایالت واشنگتن ممکن هزینه های که برای انواع معین خدمات طبی از طریق بازبایی ملکیت (RCW 41.05A.090، RCW 43.20B.080، و فصل 182-527 WAC) پرداخت کرده است را از ملکیت شما جبران کند. بهبود ملکیت تا زمانیکه شما بعد از مرگ شما، مرگ همسر زنده شما، و اطفال زنده شما 21 سال یا بیشتر سن داشته باشند اتفاق نمی افتد. این همچنان اتفاق نمی افتد اگر یک طفل زنده در زمان مرگ شما کور/معلول باشد. زینه های قابل جبران شامل موارد زیر است

بعضی از خدمات و حمایت های طولانی مدت Washington Apple Health، اگر شما در زمان دریافت خدمات 55 سال یا بیشتر سن داشته باشید.

بدون در نظر داشت سن شما در زمان دریافت خدمات، بعضی از خدمات تمویل شده فقط توسط ایالت.

شما میتوانید یک لیست خدمات را که در معرض بازبایی هزینه قرار دارد تحت WAC 182-527-2742 پیدا کنید. شما میتوانید یک لیست دارایی های محروم شده از بازبایی را تحت WAC 182-527-2746 پیدا کنید.

اگر شما بشکل دایمی نهاده شده باشید، ایالت همچنان ممکن یک وثیقه قبل از مرگ را در ملکیت حقیقی شما در هر سن ثبت کند (WAC 182-527-2734). ایالت ممکن از فروش ملکیت یا ملکیت شما بهبود یابد، مگر اینکه:

- همسر شما در ملکیت زندگی میکند؛
- خواهر و برادر شما در ملکیت زندگی میکند، مالک مشترک است و شرایط معین را برآورده میسازد.
- طفل شما در ملکیت زندگی میکند و نابینا/معلول است؛ یا
- طفل شما در این ملکیت زندگی میکند و کمتر از 21 سال سن دارد.

شما میتوانید یک لیست خدمات را که تحت یک حق وثیقه قبل از مرگ است در WAC 182-527-2734 پیدا کنید.

تفویض حقوق و همکاری:

شما میدانید که شما پرداخت های شخص ثالث را برای مراقبت های طبی به ایالت واشنگتن زمانیکه پوشش Washington Apple Health را دریافت میکنید اختصاص میدهید. به این معنی که ایالت واشنگتن هر پلان بیمه دیگری را که از نظر قانونی مکلف به پوشش هر یک از مصارف طبی شما باشد (این میتواند پلان بیمه یک همسر سابق یا یک پدر یا مادر باشد که شما دیگر با او زندگی نمی کنید) صورت حساب خواهد کرد. مشترک آن پلان بیمه میتواند در مورد مصارف طبی شما که توسط آن پلان پرداخت میشود معلومات دریافت کند. اگر شما میترسید که این ممکن شما یا اطفال تان را به خطر بیندازد، شما میتوانید از ما بخواهید که پرداخت های شخص ثالث را برای مراقبت های طبی دنبال نکنیم.

افشای مستمری:

اگر شما یا همسر تان در یک مستمری علاقه دارید و شما مزایای مراقبت طولانی مدت (Washington Apple Health (Medicaid را قبول میکنید، شما باید ایالت واشنگتن را به عنوان ذینفع باقیمانده سالانه نامگذاری کنید.

حقوق اداری استماعیه:

اگر شما با تصمیمی که ما در مورد پوشش مراقبت صحتی یا خدمات مراقبت طولانی مدت شما گرفته ایم مخالف هستید، شما حق دارید که از طریق پروسه استماعیه اداری در مورد تصمیم تجدید نظر کنید. شما همچنان میتوانید از یک سرپرست و مدیر بخواهید تا تصمیم یا عمل مورد مناقشه را بدون اینکه حقوق شما را در یک جلسه استماعیه اداری متأثر سازد، مرور کند.

من درک میکنم که معلومات که من برای درخواستی یا تمديد کمک فراهم میسازم در معرض تأیید توسط مقامات فدرال و ایالتی قرار خواهد داشت تا مشخص گردد که آیا درست است یا خیر. من به اداره مراقبت صحتی ایالت واشنگتن (HCA) و وزارت خدمات اجتماعی و صحتی (DSHS) اجازه میدهم تا تأیید دارایی را برای تعیین واجد شرایط بودن من و تأیید دقت معلومات مالی من انجام دهد. من درک میکنم که HCA و DSHS ممکن به عنوان بخشی از پروسه تأییدی دارایی با هر نهاد مالی تحقیق و تماس بگیرند. من درک میکنم که این مجوز زمانی به پایان میرسد که یک تصمیم نهایی نامطلوب در مورد درخواست من گرفته شود، واجد شرایط بودن من برای مزایا به پایان برسد، یا اگر من این مجوز را در هر زمان با ارائه اطلاعیه کتبی به HCA یا DSHS لغو کنم. اگر من اجازه را لغو یا رد کنم، من درک میکنم که من برای هیچ برنامه ای Medicaid سالمندان، نابینایان یا معلولین Washington Apple Health (مربوط به SSI) واجد شرایط نخواهم بود.

لغو یا امتناع از اجازه تأییدی دارایی واجد شرایط بودن برای حمایت های مناسب برای بزرگسالان مسن (TSOA) را متأثر نمی سازد.

این دیپارتمنت خدمات ثبت نام رای دهنده را ارائه میکند، بشمول ثبت نام اتومات رای دهنده.
درخواستی دادن برای ثبت نام یا رد کردن ثبت نام برای رای دادن بر خدمات یا مقدار مزایای که شما ممکن از این اداره دریافت کنید تاثیر نخواهد گذاشت. اگر شما میخواهید که در خانه پری کردن فورم ثبت نام رای دهنده کمک کنید، ما به شما کمک خواهیم کرد.
 تصمیم اینکه آیا کمک را جستجو کنید یا قبول کنید از شما است. شما میتوانید فورم ثبت نام رای دهنده را به صورت خصوصی خانه پری کنید. اگر شما باور دارید که کسی در حق شما برای ثبت نام یا امتناع از ثبت نام برای رای دادن، حق حریم خصوصی شما در تصمیم گیری در مورد ثبت نام یا در درخواست برای ثبت نام برای رای دادن، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی خود یا سایر ترجیحات سیاسی مداخله کرده است، می توانید شکایتی را به Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504 ثبت کنید از طریق ایمیل elections@sos.wa.gov. یا با تماس گرفتن با شماره 1-800-448-4881.

آیا میخواهید برای رای دادن ثبت نام کنید یا ثبت نام رای دهنده تان را به روز کنید؟ **بلی** **نخیر**
اگر شما هیچ یک از باکس ها را چک نکنید، ما شما را تصمیم گیری کرده اید که در این وقت برای رای دادن ثبت نام نکنید، مگر اینکه شما واجد شرایط ثبت نام اتومات رای دهنده باشید و رد نکنید.

مگر اینکه شما "نخیر" را در بالا چک کرده اید، شما ممکن برای ثبت نام اتومات رای دهنده واجد شرایط باشید. اگر شما در انتخابات بعدی حداقل 18 سال سن داشته باشید، شهروند ایالات متحده آمریکا باشید و DSHS نام، آدرس محل اقامت و پستی، تاریخ تولد، تائیدی معلومات شهروندی و امضاء شما را داشته باشد که صحت معلومات ارائه شده در این درخواست را تایید می کند، واجد شرایط ثبت نام اتومات رای دهنده هستید.

آیا میخواهید که بطور اتومات برای رای دادن ثبت نام کنید؟ **بلی** **نخیر**
اگر شما بکس نشانی شده "بلی" را چک کرده اید، یا هیچ یک از باکس ها را چک نکنید و شما شرایط واجد شرایط بودن ثبت نام اتومات رای دهنده را برآورده کنید، DSHS معلومات شما را به دفتر وزیر خارجه ارسال خواهد کرد و شما بطور اتومات برای رای دادن ثبت نام خواهید کرد.

برای به اشتراک گذاشتن نظریات یا شامل ساختن معلومات بیشتر، یک ورق اضافی را ضمیمه کنید.

ابلاغیه و امضاء

18

من معلومات این درخواستی را خوانده و درک کرده ام. من ابلاغ میدارم، تحت مجازات سوگند دروغ تحت قوانین ایالت واشنگتن، که معلومات که من در این درخواستی داده ام، بشمول معلومات مربوط به شهروندی و وضعیت مهاجرت اعضای که برای مزایا درخواستی میدهند، تا حدی که من میدانم درست، دقیق و کامل است.

امضای متقاضی	شماره تلفون	تاریخ
امضای همسر	شماره تلفون	تاریخ
امضای والدین متقاضی طفر خرد سال	شماره تلفون	تاریخ
امضای نماینده با صلاحیت یا کمک کننده	شماره تلفون	تاریخ