

Washington Apple Health Application (ワシントン州アップル・ヘルス申請書) (高齢者、視覚障害者、障害者/長期サービスおよびサポート向け)

この申請書を使用し、どの医療保険が適用されるかをご確認ください。

- あなたが、ナーシングホームケア、アシスティッド・リビング、成人ファミリーホーム、在宅医療プログラム、Tailored Supports for Older Adults (TSOA) 等の長期サービスおよびサポートが必要な場合。
- ご自身またはご家族のどなたかがMedicare (メディケア) に加入している場合。
- ご自身が、Medicare (メディケア) の保険料または共同保険の支払いの支援を必要としている場合。
- ご自身またはご家族のどなたかが65歳以上である場合。
- ご自身またはご家族のどなたかに障害があり、Medicareに加入していない場合。
- TSOAの場合: ご自身が55歳以上で、自身または無償介護者が支援を必要としている場合。

注記: Apple Healthへの加入、または更新に関しては wahealthplanfinder.org または 1-855-923-4633 までお問い合わせください。但し以下に該当する場合に限りです。

- 19歳から64歳の方。
- 子供の申請をされる方。
- 子供と一緒に申請する両親または世話人。
- 妊娠中の方、または妊婦の代わりに申請される方。

オンラインでスピード申請

- オンライン申請を行うことができます: washingtonconnection.org

申請に必要な情報:

- 社会保障番号
- 生年月日
- 滞在(在留)資格
- 所得情報
- リソースと資産情報(例: 銀行口座残高、株式、債券、投資信託、退職積立勘定)

これほど多くの情報が必要な理由とは?

- この情報は適用される医療保険を決定する目的で使用されます。法律で義務付けられている通り、あなたの情報は第三者に提供されることはありません。

申請書の送付先

障害者向けApple Health、難民向け保険、65歳以上の高齢者向け保険、Medicareの保険料と費用の支払いを支援するプログラムの場合

- 申請書の郵送先:
DSHS
Community Services Division - Customer Service Center
PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- 申請書のファクス送信先番号: 1-888-338-7410
- 申請書を地域のCommunity Services Office (CSO) (社会事業局) に持参。
- 所在地の確認: dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office
- オンライン申請先: washingtonconnection.org
- 電話申請: 1-877-501-2233

**ナーシングホームケア、アシスティッド・リビング、成人ファミリーホーム、在宅医療プログラム、
Tailored Supports for Older Adults (TSOA) 等の長期サービスおよびサポート保障の場合**

- 申請書の郵送先:

DSHS

Home and Community Services

PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826

- お近くのHome and Community Services (HCS) は dshs.wa.gov/office-locations から検索できます。
- 申請書のファクス送信先: 1-855-635-8305
- オンライン申請先: washingtonconnection.org
- その他のLTSSリソースについては、dshs.wa.gov/altsa/resources にアクセスしてください
- その他のTSOAリソースについては、1-855-567-0252にお電話いただくか、地域のArea Agency on Aging (AAA) にご連絡の上、Family Caregiver Specialist (家族介護スペシャリスト) にご相談ください。お近くのAAAオフィスを検索: wacalc.org

医療保障の権利と義務

すべての医療保障プログラムについてのあなたの権利(当機関がしなければならないこと)

必要フォームをお読みの上、すべて記入してください。サポートに関しては、保険福祉省(DSHS)、1-877-501-2233までご連絡ください。

DSHSまたはHealth Care Authority(HCA)にご連絡の際は、無償で**通訳・翻訳サービス**をご利用いただけます。

あなたの個人情報は機密に取り扱われますが、州および連邦機関、金融機関およびHCA請負業者との間で、適格性と加入目的の確認のために一部情報を共有することがあります。

DSHSまたはHCAによる、医療保障、介護サービスとサポート(LTSS)または医療保険の適格性に関する決定に同意いただけない場合、**異議申し立てを行うことができます**。異議申し立てを行う場合、あなたの訴えが審理されます。DSHSプログラムに対する異議申し立ての詳細は、DSHSカスタマーサービスコンタクトセンター(Customer Service Contact Center)(1-877-501-2233)にご連絡いただくか、地域のCommunity Services Office(社会事業局)にお尋ねください。

異議申し立てがWashington Apple Health保障に係る決定に対するもので、ケースレビューによって未解決の場合、行政審判(Administrative Hearing)が開かれます。

公平に対応いたします。差別は法に違反する行為です。DSHSおよびHCAは、適用の連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出生地、年齢、障害、性別による差別をしません。DSHSおよびHCAは、人種、肌の色、出生地、年齢、障害、性別によって人を排除したり、扱いを変えることはありません。

DSHSおよびHCAは、適用の州法を遵守し、信条、性別、性表現またはアイデンティティ、性的指向、婚姻区分、宗教、名誉除隊兵役経験者や軍人身分、あるいは障害者による訓練を受けた誘導犬や介助犬の使用を理由に差別することはありません。

DSHSおよびHCA:

- 障害者が以下などの点について私たちと効果的なコミュニケーションを図ることができるようにする目的でサポートやサービスを無償で提供します:
 - 有資格の手話通訳者
 - その他の形式(大きな書体、音声、アクセス可能な電子形式、その他の形式)での記載された情報
- 母国が英語以外の方を対象に、以下のような言語サービスを無償で提供します:
 - 有資格の通訳者
 - 他言語で記載された情報

これらのサービスが必要な場合、1-877-501-2233にお電話ください。

DSHSまたはHCAがこうしたサービスを提供できなかったり、別の方法で差別を行ったとお考えの場合、次により苦情を申し立てることができます:

• DSHS

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

苦情は、直接当課にて、または電話、郵送、ファクス、電子メールで申し立てることができます。苦情申し立てに際してサポートが必要な場合、DSHS Constituent ServicesまたはHCA法務サービス課(Division of Legal Services)がお手伝いいたします。

さらに公民権に関する苦情は、アメリカ合衆国保健福祉省(DHHS)公民権局(U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights)宛てに電子的方法(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)、または郵送や電話で申し立てることができます。

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)。

苦情申し立てにはこちらのフォームをご利用ください: www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

すべての医療保障プログラムにおける責任

SSNおよび滞在(在留)資格の開示。一部の例外があるものの、ご自身または医療保障の申請をご希望の世帯の他の方の社会保障番号(SSN)または出入国管理文書番号(immigration document number)をご提供いただく必要があります。SSNは、医療保険料税額免除の申請に必要となります。私たちはこうした情報を使用し、アイデンティティ、市民権、滞在(在留)資格、生年月日、その他の医療保障の利用可能性を確認してあなたの適格性を判断します。こうした情報を出入国管理機関とは共有しません。

あなたが世帯の他の方向けの保障を申請することは可能ですが、その他の人による申請は不可です。あなたが世帯の方全員のSSNまたは出入国管理文書番号(immigration document number)をご存じでない場合、その他の方による申請および保障の受領が可能です。たとえば、あなたが保障に適格でなくとも、お子さんの申請を行うことは可能です。申請はあなたの滞在(在留)資格、または永住権資格取得の可能性には影響を及ぼしません。

また、合法的に国内に滞在していることを証明できない方向けのWashington Apple Healthプログラムも用意されています。ただし、世帯内のどなたかのSSNまたは出入国管理文書番号をご提供いただけないと、非申請者の所得情報を入手する目的であなたにご連絡を差し上げることになります。

機関によって要請された場合、あなたが適格であるかどうかを判断するのに必要な情報あるいは証拠をご提供ください。

すべての医療保障プログラムについて理解すべき項目

Washington Connectionおよび州管理の申請システム、これらを使用する人としてのあなたの権利や責任、ならびにこれらの使用によってあなたが得る保障を支配する**特定の州および連邦法があります**。あなたは、こうしたシステムを使用することにより、これらを使用する人、ならびに結果として得られる保障に適用される法を遵守することに同意します。

1973年全国有権者登録法(National Voter Registration Act of 1973)に基づき、すべての州には、公的支援局を通して有権者登録支援を提供することが義務付けられています。有権者登録の申請または申請却下は、この機関から提供されるサービスまたは給付金額には影響を及ぼしません。**www.vote.wa.gov**にて有権者登録を行うか、1-800-448-4881までご連絡いただき有権者登録フォームをリクエストすることができます。

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA:医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律)では、個人に代理権がないか、またはあなたがこのような情報の開示を承認する同意書に署名していない限り、HCAおよびDSHSが、正当な権限を持つ代表者を含め、いかなる人もあなたやそのご家族の医療情報について話し合うことを禁止しています。これには、メンタルヘルスに関する情報、HIV、AIDS、STD検査結果、または治療および薬物依存関連のサービスの開示が含まれます。

Affordable Care Act (医療保険制度改革法)は、DSHSおよびHCAが、あなたの同意を得ることなく、それを受け取ることを許可されていない方に、あなたやそのご家族の個人識別情報(PII)を提供することを禁止しています。

あなたがDSHSおよびHCAに提供する情報は、あなたの医療保障の適格性を判断するために、連邦および州の職員による認証を受けます。認証には、機関職員によるフォローアップの連絡が含まれる可能性があります。

HCAおよびDSHSは、あなたの医療保険プランの管理については責任を負いません。給付についての詳細は、ご利用の医療保険業者にお尋ねください。**適格の給付を含む医療保険プラン、ならびに給付金請求や給付金支払い却下に対する異議申し立てについてのご質問は、加入している医療保険会社にお問い合わせください**。

Division of Child Support (DCS) からサービスの申請をすることができます。

サービスの申請は、**www.childsupportonline.wa.gov**、または、お近くのDCSまでご連絡ください。

Washington Apple Healthにおけるあなたの権利(当機関がしなければならないこと)

権利と責任に関してご不明な点がありましたら、ご説明いたします。

あなたの氏名、住所および申請者の正当な権限を持つ代表者の署名が記入されている場合、**一部記入済みの申請書をご提出いただけます**。私たちがその申請書を受領する日があなたの申請日となり、この日付は、保障の効力発生日に影響を与える場合があります。すべて記入された申請書を受領するまでは、あなたの保障についての最終的な決定は行われません。

WAC 182-503-0005に基づき、**申請書または一部記入済みの申請書の提出が可能です**。

申請書を早急に、かつWAC 182-503-0060に明示されている期日までに処理します。

10暦日以内に適格性の判断に必要な情報をご提供ください。期日の延長をご希望の場合、お知らせください。情報をご提供いただけない、または期日延長のお申し出がない場合、あなたの医療保障は却下、閉鎖または変更される場合があります。

ご自身の適格性を判断するのに必要な情報や証拠を用意できない場合は、**お手伝いします**。手数料が発生する書類が必要な場合、私たちが請求を行い、手数料をお支払いします。

通常、医療保障が停止となる10日前までにお知らせします。

通常、45日以内に**決定通知書をお渡します**。一部の障害者対象の医療保障の場合、最長60日かかることがあります。妊娠医療保障についての決定通知書は、15日以内にお渡します。

ケースの監査を行う場合に、調査員との面談を**拒否することができます**。その場合、調査員をご自宅に招き入れる必要はありません。調査員に対し、別の時間に再訪問するよう依頼していただくことができます。これらは、医療保障の適格性には影響を及ぼしません。

WAC 182-504-0125に準ずる別のプログラムに適格であるかどうかの決定中、**Washington Apple Healthの保障は継続されます**。

適格である場合、WAC 182-503-0120に明示されている**平等なアクセスサービスが付与されます**。

Washington Apple Healthにおけるお客様の責任

変更から30日以内に、WAC 182-504-0105およびWAC 182-504-0110の要求にしたがって変更を報告してください。承認状をお読みの上、あなたが報告すべき変更点についてご確認ください。

要請があった場合に**更新を完了します**。

医療請求の際に必要な**情報を医療従事者に提供してください**。

適格である場合は、**Medicare(メディケア)に申請してください**。

要請があった場合は、**品質保証スタッフにご協力ください**。

Washington Apple Health保障を申請、または受領される場合は、**申請等によって他からの所得を確保できるように努めてください**。

Washington Apple Healthについて理解すべき項目

あなたは、**Washington Apple Healthへの申請および受領を行うことにより**、ワシントン州に対し、一切の医療支援および医療目的の第三者支払いについてのすべての権利を与えるものとします。

機関は、あなたのお子様の予防接種歴をChild Profile Immunization Tracking Systemと共有する場合があります。

適格性、ならびに医療保障、現金給付、食糧支援、保育手当等の毎月の給付を決定する目的で、**ご報告いただいた情報**が、DSHSに提供される場合があります。

ワシントン州は、法により、あなたの財産に係る一定の種類医療サービスについて負担した費用をEstate Recovery (財産回復)を通して回収することがあります (RCW 41.05A.090、RCW 43.20B.080およびChapter 182-527 WAC)。Estate Recoveryは、あなたや配偶者が生存中、ならびにお子様が21歳未満の場合は効力を発揮しません。また、生存する子どもが、あなたの死亡時点で、視覚障害者/障害者である場合にも発生しません。回収可能費用には以下が含まれます：

- あなたが受領時点で55歳以上の場合、一定のWashington Apple Health介護サービスやサポート。
- 受領時点の年齢によらず、一定の州単独の出資サービス。

WAC 182-527-2742に基づく費用回収が適用となるサービス一覧をご確認いただけます。WAC 182-527-2746に基づく回収対象外の資産一覧をご確認いただけます。

さらに州は、あなたが恒久的に施設に収容される場合、あなたの不動産に対して死亡前差し押さえを実施することがあります (WAC 182-527-2734)。州は以下に該当しない限り、不動産または財産の売却益から費用を回収しません：

- あなたの配偶者が該当の不動産に居住している場合。
- あなたの兄弟姉妹が該当の不動産に居住し、共同所有者であって一定条件を満たす場合。
- お子さんが該当の不動産に居住し、視覚障害者/障害者である場合。
- お子さんが該当の不動産に居住し、21歳未満の場合。

WAC 182-527-2734の死亡前差し押さえに基づく費用回収の対象となるサービス一覧をご確認いただけます。

不必要な医療サービスを請求する場合には、**医療従事者、薬局、病院の利用は1名および1つに制限される場合があります。**

[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 အခမဲ့ရရှိပါသည်။ 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] 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).

Washington Apple Health Application (ワシントン州アップル・ヘルス申請書) (高齢者、視覚障害者、障害者/長期サービスおよびサポート向け)

1

申請者の氏名と連絡先

名前 (申請者本人) M.I. 苗字

お客様ID番号 (該当する場合) 申請者または代表者署名

現住所 (必須)

郡 市 州 郵便番号

住所がない場合はこちらにチェックしてください

郵送先住所 (自宅の住所と異なる場合)

郡 市 州 郵便番号

電話番号 携帯電話 メール

施設にお住まいで、上記内容と異なる場合は、施設名と住所を記載してください

施設名称

施設住所

郡 市 州 郵便番号



18005

2

申請プログラム

私、配偶者、家族のいずれかが以下について申請します。

在宅介護サービス

高齢者、視覚障害者、障害者向け医療保障

アシスティッド・リビング/成人ファミリーホーム

Medicare貯蓄プログラム

ナーシングホームケア

障害を持つ労働者 (HWD) 向けApple Health

Tailored Supports for Older Adults (TSOA)

3

未払いの医療費情報

ご自身または申請者のいずれかで、3ヶ月以内に発生した未払いの医療費の支払い支援が必要な方はいらっしゃいますか? はい いいえ はいと答えた場合 該当者:

4

言語情報

ご自身または申請者のいずれかで、通訳または英語以外の言語での文書が必要な方はいらっしゃいますか? はい いいえ

はいと答えた場合、希望する言語を教えてください。該当するものをすべて記入: _____

5

ご自身とご家族に関する情報

ご自身、配偶者、扶養申請していない場合でも、同居している扶養家族を記入してください(必要であれば追加シートを添付)。

本人

氏名(名前、ミドルネーム、苗字) 出生時の性別 あなたとの関係性 生年月日

社会保障番号(SSN)* この方への補償をご希望ですか? はい いいえ

市民/それ以外(該当するものにチェック)

米国市民 はい いいえ ワシントン在住 はい いいえ

ヒスパニック、ラテン系、スペイン系ですか?(任意)

キューバ人 メキシコ人/メキシコ系アメリカ人/チカーノ スペイン系/ヒスパニック系ではない

その他のスペイン系/ヒスパニック系 プエルトルコ人

人種(任意-該当するものを最大5つ選択)

アメリカ先住民/アラスカ先住民 中国人 韓国人 タイ人
アジア人 フィリピン人 ラオス人 ベトナム人
アジアン・インディアン グアム人 その他太平洋諸国 白人

黒人またはアフリカ系アメリカ人 ハワイ人 その他
カンボジア人 日本人 サモア人

氏名(名前、ミドルネーム、苗字) 出生時の性別 あなたとの関係性 生年月日

社会保障番号(SSN)* この方への補償をご希望ですか? はい いいえ

市民/それ以外(該当するものにチェック)

米国市民 はい いいえ ワシントン在住 はい いいえ

ヒスパニック、ラテン系、スペイン系ですか?(任意)

キューバ人 メキシコ人/メキシコ系アメリカ人/チカーノ スペイン系/ヒスパニック系ではない
その他のスペイン系/ヒスパニック系 プエルトルコ人

人種(任意—該当するものを最大5つ選択)

アメリカ先住民/アラスカ先住民 中国人 韓国人 タイ人
アジア人 フィリピン人 ラオス人 ベトナム人
アジアン・インディアン グアム人 その他太平洋諸国 白人
黒人またはアフリカ系アメリカ人 ハワイ人 その他
カンボジア人 日本人 サモア人

氏名(名前、ミドルネーム、苗字) 出生時の性別 あなたとの関係性 生年月日

社会保障番号(SSN)* この方への補償をご希望ですか? はい いいえ

市民/それ以外(該当するものにチェック)

米国市民 はい いいえ ワシントン在住 はい いいえ

ヒスパニック、ラテン系、スペイン系ですか?(任意)

キューバ人 メキシコ人/メキシコ系アメリカ人/チカーノ スペイン系/ヒスパニック系ではない
その他のスペイン系/ヒスパニック系 プエルトルコ人

人種(任意-該当するものを最大5つ選択)

アメリカ先住民/アラスカ先住民	中国人	韓国人	タイ人
アジア人	フィリピン人	ラオス人	ベトナム人
アジアン・インディアン	グアム人	その他太平洋諸国	白人
黒人またはアフリカ系アメリカ人	ハワイ人	その他	
カンボジア人	日本人	サモア人	

氏名(名前、ミドルネーム、苗字)

出生時の性別

あなたとの関係性

生年月日

社会保障番号(SSN)*

この方への補償をご希望ですか?

はい

いいえ

市民/それ以外(該当するものにチェック)

米国民 はい いいえ

ワシントン在住 はい いいえ

ヒスパニック、ラテン系、スペイン系ですか?(任意)

キューバ人 メキシコ人/メキシコ系アメリカ人/チカーノ スペイン系/ヒスパニック系ではない

その他のスペイン系/ヒスパニック系 プエルトルコ人

人種(任意-該当するものを最大5つ選択)

アメリカ先住民/アラスカ先住民	中国人	韓国人	タイ人
アジア人	フィリピン人	ラオス人	ベトナム人
アジアン・インディアン	グアム人	その他太平洋諸国	白人
黒人またはアフリカ系アメリカ人	ハワイ人	その他	
カンボジア人	日本人	サモア人	

氏名(名前、ミドルネーム、苗字)

出生時の性別

あなたとの関係性

生年月日

社会保障番号(SSN)*

この方への補償をご希望ですか?

はい

いいえ

市民/それ以外(該当するものにチェック)

米国民 はい いいえ

ワシントン在住 はい いいえ

ヒスパニック、ラテン系、スペイン系ですか?(任意)

キューバ人 メキシコ人/メキシコ系アメリカ人/チカーノ スペイン系/ヒスパニック系ではない

その他のスペイン系/ヒスパニック系 プエルトルコ人

人種(任意—該当するものを最大5つ選択)

アメリカ先住民/アラスカ先住民	中国人	韓国人	タイ人
アジア人	フィリピン人	ラオス人	ベトナム人
アジアン・インディアン	グアム人	その他太平洋諸国	白人
黒人またはアフリカ系アメリカ人	ハワイ人	その他	
カンボジア人	日本人	サモア人	

*HCAは、この情報を移民法執行の目的で出入国在留管理庁に共有することはありません。SSNがない場合は、記入の必要はありません。

6

一般情報

1. 過去30日以内に、ご自身、配偶者、家族のいずれかが、別の州、民族あるいはその他から医療保障を受けましたか？

はい いいえ はいと答えた場合は記入してください _____

2. ご自身、配偶者、家族のいずれかが、別の州で追加補償所得 (SSI) を受給しましたか？

はい いいえ はいと答えた場合、それはどなたですか？ _____

3. ご自身、配偶者、家族に移民はいらっしゃいますか？

はい いいえ はいと答えた場合、それはどなたですか？ _____

4. ご自身、配偶者、家族に米軍、州兵、予備役軍にいた方、またはその扶養家族、配偶者はいらっしゃいますか？

はい いいえ はいと答えた場合、それはどなたですか？ _____

5. 申請書に記入していない別居の扶養家族はいらっしゃいますか？

はい いいえ はいと答えた場合、その方のお名前を教えてください。 _____

6. 婚姻関係： 未婚 既婚・配偶者と同居 既婚・配偶者と別居 離婚 死別

ドメスティックパートナーとして登録 法的別居

7

雇用または自営業の収入 (証明する書類を添付)

勤労所得とは、雇用や自営業で得た金銭のことで、次のようなもの*があります。

雇用：

- 連邦所得税が源泉徴収されている賃金、給与、チップ(フォームW-2、欄1)
- ボーナスおよび手数料
- 年金制度の支払い
- 雇用主が源泉徴収していない業務(ギグ・エコノミーなど)からの収入

- 予約乗車や配達
- 雑用や業務
- オンラインでの商品販売
- クリエイティブ/プロフェッショナルなサービス
- その他派遣、オンデマンド、フリーランス
- 労働組合のストライキによる利益

自営業：

- 会社を所有・経営
- 農場を所有・経営
- 牧師または宗教団体の会員
- 法定雇用者で収入がある

*情報源: [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. ご自身、配偶者、あなたが申請している方のいずれかに収入がある方はいらっしゃいますか はい いいえ はいと答えた場合、このセクションを記入してください。

2. _____ 収入がある方を教えてください 従業員氏名 従業員電話番号

_____ 自営業ですか? はい いいえ

開始日 _____
 総収入金額(控除前)(ドル) _____ 毎時 毎週 隔週

1か月に2回 毎月

_____ 週当たりの時間 _____ 給与日(例:1日、15日、毎週金曜日)

3. _____ どのような所得ですか 雇用主氏名 雇用主電話番号

_____ 自営業ですか? はい いいえ

開始日 _____
 総収入金額(控除前)(ドル) _____ 毎時 毎週 隔週

1か月に2回 毎月

8 その他の所得(世帯全員分)(証明する書類を添付)

1. その他の所得例:

- 養育費または配偶者への慰謝料
- 教育給付金(学生ローン、奨学金、ワークスタディ(Work-Study))
- ギャンブル収入
- 贈答(現金支援/ギフトカード)
- 利子/配当
- 雇用・産業給付(Labor and Industries:L&I)
- 鉄道従業員給付(Railroad Benefit)
- 家賃収入
- 退職金または年金
- 販売契約/約束手形
- 社会保障
- 連邦補足的保障所得(Supplemental Security Income:SSI)
- 部族収入(Tribal Income)
- 信託
- 失業給付金
- 復員軍人援護局(Veteran Administration:VA)または軍人給付金(Military Benefits)
- その他

2. ご自身、配偶者、受給者のいずれかが得ているその他の収入を記入してください。

_____	_____	_____	_____	_____
その他収入の種類	収入を得ている方	毎月の総収入金額	収入を得ている方	毎月の総収入金額

_____	_____	_____	_____	_____
その他収入の種類	収入を得ている方	毎月の総収入金額	収入を得ている方	毎月の総収入金額

_____	_____	_____	_____	_____
その他収入の種類	収入を得ている方	毎月の総収入金額	収入を得ている方	毎月の総収入金額

_____	_____	_____	_____	_____
その他収入の種類	収入を得ている方	毎月の総収入金額	収入を得ている方	毎月の総収入金額

_____	_____	_____	_____	_____
その他収入の種類	収入を得ている方	毎月の総収入金額	収入を得ている方	毎月の総収入金額

3.ご自身、配偶者ご家族のいずれかで年金保険による収入を得ている方はいらっしゃいますか？ はい いいえ

それはどなたですか	企業・機関	金額	毎月の収入	購入日
それはどなたですか	企業・機関	金額	毎月の収入	購入日

9 住居費 (LTSS申請の場合は証明する書類を添付)

賃貸	住宅ローン	スペース賃貸	住宅保有者	固定資産税	その他費用
----	-------	--------	-------	-------	-------

これらの全部または一部の費用の支払いに対して、他社や機関から住宅補助等の支援を受けていますか？

はい いいえ はいと答えた場合、それはどなたですか？ _____

10 控除

1.私、私の配偶者または私が申請を行う誰かが支払う、あるいは支払うことになっている：

扶養手当 (子供または成人)	毎月の金額	支払者
裁判所命令の児童扶養手当	毎月の金額	支払者
支払手数料	毎月の金額	支払者
後見人費用	毎月の金額	支払者
裁判所の命令による弁護士費用	毎月の金額	支払者
定期的な医療費 (支払い中のMedicare (メディケア) またはその他の保険料を含む)	毎月の金額	支払者

2. ご自身、配偶者、あなたが申請している方のいずれかが、現在医療費を支払う義務はありますか？

医療費の種類	発生日	金額	所有者
医療費の種類	発生日	金額	所有者
医療費の種類	発生日	金額	所有者

3. ご自身、配偶者、あなたが申請している方のいずれかが、障害者で仕事をしており、雇用を支援する経費を負担していますか？これらは、impairment related work expenses (IRWE) と呼ばれます。

はい いいえ はいと答えた場合、IRWEの金額を教えてください _____

11

リソース (証明する書類を添付)

(Medicare貯蓄プログラム (MSP) またはApple Health for Workers with Disabilities (HWD) のみ申請する場合は、このセクションを飛ばしてください。)

1. リソースとは、あなたが所有するあらゆるもの、または購入、取引、あるいは現金もしくは他人が保有するお金に換金可能な購入物のことです。家具、家財道具、衣類など個人的な所有物は含まれません。リソース例:

- 現金
- 当座預金口座
- 貯蓄口座
- 定期預金証書
- MMA (マネーマーケットアカウント)
- 貯蓄債
- 債券
- 投資信託 (ミュチュアルファンド)
- 株式
- 年金
- 信託
- IRA (個人退職年金)
- 401K (確定拠出年金)
- 退職年金基金
- 居住している家を含む家屋
- Burial funds (埋葬資金)
- コンドミニウム
- 土地
- 販売契約
- 建物
- Life estate (生涯不動産権)
- 生命保険
- 前払式葬儀プラン
- 大学進学資金
- タイムシェア
- ビジネス機器や装置
- 農業用機器や装置
- 家畜

2. ご自身、配偶者、あなたが申請している方のいずれかが所有する、あるいは購入しようとしているリソースを教えてください。

リソース種類	所有者	場所	金額	所有者	場所	金額

3. ご自身、配偶者、あなたが申請している方のいずれかが、車、トラック、バン、ボート、RV車、トレーラーまたは他の動力車を所有していますか？

年式 (例: 2010年)	メーカー (例: フォード)	モデル (例: エスコート)	金額

リースしているものにチェックしてください 医療目的で使用しているものにチェックしてください

12

追加の LTSS リソース (LTSS を申請している場合のみ記入してください)

1. ご自身、配偶者、あなたが申請している方のいずれかが、家主として居住用の家屋を所有、あるいは購入しようとしていますか。

物件所在地	現在の価値 (査定者ごと)	所有する物件のローン金額

2.ご自身、配偶者、あなたが申請している方のいずれかが、過去5年間にリソース(信託財産、車、現金、生涯不動産権を含む)を売却、売買、贈与、譲渡したことがありますか? はい いいえ はいと答えた場合、それはどなたですか?

リソースの種類 譲渡日 リソースの価値譲渡日 譲渡された人物

リソースの種類 譲渡日 リソースの価値譲渡日 譲渡された人物

13

長期介護保険 介護保険 (Medicare貯蓄プログラムには不要)

長期介護保険に加入していますか? はい いいえ これは適格LTCパートナーシップ(LTCP)保険ですか?

はい いいえ

はいと答えた場合、保険会社名と被保険者を教えてください。

保険会社 証券番号 証券保有者氏名 対象者 金額(ドル) (LTCPの場合)

保険会社 証券番号 証券保有者氏名 対象者 金額(ドル) (LTCPの場合)

本申請にコメントを追加する場合には、別紙を添付してください。

14

正当な権限を持つ代理人の情報

正当な権限を持つ代理人とは、世帯の状況を把握し、適格性を得る目的から、世帯を代表して行動することが世帯によって承認されている成人です。

あなたは、正当な権限を持つ代理人を任命することで、かかる代表者に以下についての許可を付与します:

- あなたを代表して申請書に署名を付すこと。
- あなたの申請書や口座/勘定に関連する通知を受領すること。
- 申請書や口座/勘定に関連する一切の事項についてあなたを代表して行動すること。

1. あなたは正当な権限を持つ代理人を任命しますか? はい いいえ

2. あなたは正当な権限を持つ代理人に、自身の申請書や口座/勘定に関連する通知を受領して欲しいですか? はい いいえ

3. 正当な権限を持つ代理人は法定後見人ですか?

はい いいえ はいと答えた場合、それはどなたですか? _____

4. 正当な権限を持つ代理人は弁護士の権限を有しますか?

はい いいえ はいと答えた場合、それはどなたですか? _____

代理人の氏名/組織

電話番号

メールアドレス

代理人のメールアドレス

州への、医療保障および長期介護の返済：

ワシントン州は、法により、あなたの財産に係る一定の種類の医療サービスについて負担した費用を Estate Recovery (財産回復) を通して回収することがあります (RCW 41.05A.090、RCW 43.20B.080 および Chapter 182-527 WAC)。Estate Recovery (財産回収) は、あなたや生存する配偶者が生存中、ならびに生存する子どもが21歳未満の場合は発生しません。あなたの死亡時に、残された子供が視覚障害/障害を負っている場合は発生しません。回収可能費用には以下が含まれます：

あなたが受給時点で55歳以上の場合の、一定の Washington Apple Health 長期サービスおよびサポート。

受領時点の年齢によらず、一定の州単独の出資サービス

WAC 182-527-2742 に基づく費用回収が適用となるサービス一覧をご確認いただけます。WAC 182-527-2746 に基づく回収対象外の資産一覧をご確認いただけます。

さらに州は、あなたが恒久的に施設に収容される場合、あなたの不動産に対して死亡前差し押さえを実施することがあります (WAC 182-527-2734)。州は以下に該当しない限り、不動産または財産の売却益から費用を回収しません：

- あなたの配偶者が該当の不動産に居住している場合。
- あなたの兄弟姉妹が該当の不動産に居住し、共同所有者であって、一定条件を満たす場合。
- お子さんが該当の不動産に居住し、視覚障害者/障害者である場合。
- お子さんが該当の不動産に居住し、21歳未満の場合。

WAC 182-527-2734 の死亡前差し押さえに基づく費用回収の対象となるサービス一覧をご確認いただけます。

権利の委譲と協力：

あなたは、自身が Washington Apple Health 保障を受ける際、医療に係るサードパーティ支払いをワシントン州に委譲することを理解します。すなわちワシントン州は、あなたの医療費を保障することが法律で義務付けられているその他の保険プランの請求を行います (これは、あなたとも同居していない前配偶者や親の保険プランである可能性があります)。そうした保険プランの保険加入者は、かかるプランによって支払われる医療費についての情報を受領する可能性があります。このことがご自身やお子さんを脅かすことになるのではないかとご不安の場合、医療に係るサードパーティ支払いの実施を行わないよう請求していただくことができます。

年金の開示：

あなたまたは配偶者が年金に利害を持ち、あなたが Washington Apple Health (Medicaid (メディケイド)) あなたは、ワシントン州を年金の残りの受益者に指定する必要があります。

行政審判の権利：

あなたの医療保障または介護サービスについて私たちが下す決定に同意いただけない場合、行政審判 (administrative hearing) プロセスにて不服申し立てを行うことができます。またあなたは、行政審判に係る自身の権利に影響を及ぼすことなく、係争中の決定や措置の再検討を監督者や管理者に要請することもできます。

私は、補助の申請や更新目的で提供する情報が、正確であるかどうかを判断するために、連邦および州の職員の認証を受けることを理解します。私は、Washington State Health Care Authority (HCA) および保険社会福祉省 (Department of Social and Health Services: DSHS) に対し、資産認証を実施して自身の適格性を判断し、自らの金融情報の正確さを検証する権利を付与します。私は、HCA および DSHS が資産検証プロセスの一環として精査を行い、金融機関に連絡を行う場合があることを理解します。私は、最終的に自身の申請に対して不利な決定が下される、自身の給付適格性が終了する、または自身が HCA や DSHS に書面通知を発することで自らの権限付与を撤回する場合に、この権限付与が無効となることを理解します。私は、自身が権限付与の提供を撤回または却下する場合、Washington Apple Health 高齢者、視覚障害者、障害者 (SSI 関連) メディケイド (Medicaid) プログラムの資格対象外となることを理解します。

資産確認の取り消しや拒否は、Tailored Supports for Older Adults (TSOA) の資格には影響しません。

私たちは、児童有権者登録を含む有権者登録サービスを提供します。

有権者登録の申請または申請拒否は、この機関から提供されるサービスまたは給付金額に影響を及ぼしません。有権者登録フォームの記入にあたってサポートが必要であれば、私たちがお手伝いします。サポートを受諾するかどうかの判断はあなたに委ねられています。内密に有権者登録フォームの記入を行うことができます。有権者登録をする権利や拒否する権利、有権者登録をするかどうかを決める権利や有権者登録を申請する際のプライバシーの権利、政党やその他の政治的嗜好を選択する権利を妨害されたと思われる場合は、ワシントン州選挙課 (PO Box 40229, Olympia, WA 98504) に苦情を申し立てるか、メール (elections@sos.wa.gov)、または電話 (1-800-448-4881) にてお問い合わせください。

有権者登録または有権者登録の更新をご希望ですか？ はい いいえ

いずれのボックスにもチェックマークが入っていない場合、自動有権者登録資格をお持ちでないか、そうした登録を拒否している限り、現段階ではあなたが有権者登録を行わないことをお決めになったものとみなします。

上記で「いいえ」にチェックマークを入れられていない限り、あなたは自動有権者登録資格者です。次回の選挙までに満18歳以上で、かつアメリカ合衆国市民である場合、あなたは自動有権者登録資格者とし、DSHSはあなたの氏名、居住している住所と郵送先住所、生年月日、市民権情報の認証、ならびに本申請について提供された情報の真正性を証明するあなたの署名を保有します。

自動有権者登録をご希望ですか？ はい いいえ

「はい」にチェックを入れた方、またはどちらにもチェックを入れず、自動有権者登録の適格性要件を満たす場合、DSHSはあなたの情報をOffice of the Secretary of Stateに送ることで、自動的に有権者登録されます。

ご意見や追加情報がある場合は、用紙を添付してください。

私は本申請書の情報を読み、理解しました。私は、ワシントン州法に準じ、偽証罪によって罰せられるという条件で、給付申請対象の市民権についての情報や滞在資格を含む、本申請書に明示された情報が、自身の認識する限り、正確で完全であることを宣誓します。

お客様署名

電話番号

日付

配偶者署名

電話番号

日付

未成年の保護者署名

電話番号

日付

代理人またはヘルパー署名

電話番号

日付