

ਬਜ਼ੁਰਗ, ਨੇਤਰਹੀਣ, ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪਾਹਜ)/ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ

Washington Apple Health ਸਬੰਧੀ ਅਰਜ਼ੀ

ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇਹ ਵੇਖਣ ਲਈ ਕਰੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜੋ:

- ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ (LTSS) ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਕੇਅਰ, ਸਹਾਇਕ ਰਹਿਣ ਦੀ ਸਹੂਲਤ, ਬਾਲਗ ਫੈਮਿਲੀ ਹੋਮ, ਘਰ ਵਿੱਚ ਸੰਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਾਂ ਬਾਲਗਾਂ ਲਈ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਤਿਆਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸਹਾਇਤਾ (TSOA)
- ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਕੋਲ ਮੈਡੀਕੇਅਰ (Medicare) ਹੈ
- ਤੁਹਾਨੂੰ Medicare ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਜਾਂ ਸਹਿ-ਬੀਮਾ ਲਾਗਤਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ
- ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ 65 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦਾ ਕੋਈ ਸ਼ਖ਼ਸ ਹੈ
- ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪਾਹਜ) ਹੈ ਅਤੇ ਕੋਲ ਮੈਡੀਕੇਅਰ (Medicare) ਨਹੀਂ ਹੈ।
- TSOA ਲਈ: ਤੁਸੀਂ 55 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬਿਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲੇ ਕੇਅਰਗਿਵਰਾਂ ਨੂੰ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: wahealthplanfinder.org 'ਤੇ ਜਾਂ 1-855-923-4633 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਐਪਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਆਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ ਜਾਂ ਰੀਨਿਊ ਕਰੋ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ:

- 19 ਤੋਂ 64 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਇੱਕ ਬਾਲਗ ਹੋ।
- ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ।
- ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹੋ।
- ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਗਰਭਵਤੀ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ।

ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਆਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨਾ

- ਤੁਸੀਂ washingtonconnection.org 'ਤੇ ਆਨਲਾਈਨ ਅਰਜ਼ੀ ਸਬਮਿਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪਏਗੀ:

- ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ
- ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖਾਂ
- ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ
- ਆਮਦਨ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ
- ਸ੍ਰੋਤ ਅਤੇ ਅਸਾਸੇ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਜਿਵੇਂ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਦੇ ਬਕਾਏ, ਸਟਾੱਕ, ਬੌਂਡ, ਟ੍ਰਸਟ, ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਸਬੰਧੀ ਖਾਤੇ)

ਅਸੀਂ ਇੰਨੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਉਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ?

- ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਲੋੜੀਂਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਗੁਪਤ ਵਜੋਂ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ।

ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਿਆਂ ਲਈ ਮੁਕੰਮਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤਸ਼ੁਦਾ ਅਰਜ਼ੀ ਕਿੱਥੇ ਭੇਜਣੀ ਹੈ:

ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪਾਹਜ) ਅਧਾਰਤ Apple Health ਲਈ ਰਿਫ਼ਊਜ਼ੀ ਕਵਰੇਜ ਅਤੇ 65+ ਦੇ ਸੀਨੀਅਰ ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, ਜੋ Medicare ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਅਤੇ ਖ਼ਰਚਿਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ

- ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ:
DSHS
Community Services Division - Customer Service Center
PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- 1-888-338-7410 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਫ਼ੈਕਸ ਕਰੋ
- ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਸਥਾਨਕ ਭਾਈਚਾਰੇ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਦਫ਼ਤਰ (CSO) ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਓ।
- ਥਾਵਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਲਈ dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office ਵੇਖੋ
- washingtonconnection.org 'ਤੇ ਆਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ
- 1-877-501-2233 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਕੇ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ

ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਕੇਅਰ, ਘਰ ਵਿੱਚ ਨਿੱਜੀ ਸੰਭਾਲ, ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਸਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਾਲੀ ਸਹੂਲਤ, ਬਾਲਗ ਫੈਮਿਲੀ ਹੋਮ ਸਬੰਧੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ TSOA ਵਰਗੀਆਂ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਕਵਰੇਜ ਲਈ

- ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ:

DSHS

Home and Community Services

PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826

- ਘਰ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਭਾਈਚਾਰਕ ਸੇਵਾਵਾਂ (HCS) ਬਾਰੇ ਸਥਾਨਕ ਦਫ਼ਤਰ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਲਈ dshs.wa.gov/office-locations 'ਤੇ ਜਾਓ
- 1-855-635-8305 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਫ਼ੈਕਸ ਕਰੋ
- [washingtonconnection.org](https://www.washingtonconnection.org) 'ਤੇ ਆਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ
- ਹੋਰ LTSS ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ dshs.wa.gov/altsa/resources 'ਤੇ ਜਾਓ
- TSOA ਦੇ ਹੋਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ 1-855-567-0252 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਫੈਮਿਲੀ ਕੇਅਰਗਿਵਰ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ ਬੁਢੇਪੇ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਇਲਾਕੇ ਦੀ ਏਜੰਸੀ (AAA) ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ AAA ਦਫ਼ਤਰ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਓ: [waclc.org](https://www.waclc.org)

ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਹੱਕ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ

ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਸਬੰਧੀ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ (ਅਸੀਂ ਜ਼ਰੂਰ ਸਿਰੇ ਚਾੜ੍ਹਦੇ ਹਾਂ)

ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਫ਼ਾਰਮ ਪੜ੍ਹਣ ਅਤੇ ਭਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨਾ। ਤੁਸੀਂ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ 1-877-501-2233 'ਤੇ ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ (DSHS) ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

DSHS ਜਾਂ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ (HCA) ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਵੇਲੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਦੇਰੀ ਕੀਤੀਆਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆਂ ਜਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨੀਆਂ।

ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਰੱਖਣਾ, ਪਰ ਅਸੀਂ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਐਨਰੇਲਮੈਂਟ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਫ਼ੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੀਆਂ ਹੋਰਨਾਂ ਮਾਲੀ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਅਤੇ HCA ਦੇ ਠੇਕੇਦਾਰਾਂ ਨਾਲ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣਾ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ DSHS ਜਾਂ HCA ਵਲੋਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਫ਼ੈਸਲੇ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ, ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ (LTSS) ਜਾਂ ਸਿਹਤ-ਪਲਾਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦਾ ਜਾਇਜ਼ਾ ਲਿਆ ਜਾਏਗਾ। DSHS ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਅਪੀਲਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ 1-877-501-2233 'ਤੇ DSHS ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਸੰਪਰਕ ਸੈਂਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਆਪਣੀਆਂ ਸਥਾਨਕ ਭਾਈਚਾਰਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਦਫ਼ਤਰ ਵਿੱਚ ਜਾਓ।

ਜੇ ਇਹ ਅਪੀਲ Washington Apple Health ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲਈ ਹੈ, ਜੇ ਕੇਸ ਦੇ ਜਾਇਜ਼ੇ ਰਾਹੀਂ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇੱਕ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ।

ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਢੁਕਵਾਂ ਵਿਹਾਰ ਕਰਨਾ। ਪੱਖਪਾਤ ਕਰਨਾ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਹੈ। DSHS ਅਤੇ HCA ਫ਼ੈਡਰਲ ਸਿਵਿਲ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਢੁਕਵੇਂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਬੰਸ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪਾਹਜ) ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਪੱਖਪਾਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। DSHS ਅਤੇ HCA ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਬੰਸ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪਾਹਜ) ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਕਰਕੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨਾਲ ਵੱਖਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਵਿਹਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ।

DSHS ਅਤੇ HCA ਰਾਜ ਦੇ ਢੁਕਵੇਂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਵੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਧਰਮ-ਸਿਧਾਂਤ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ ਪ੍ਰਗਟਾਵੇ ਜਾਂ ਪਛਾਣ, ਜਿਨਸੀ ਰੁਝਾਨ, ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ, ਧਰਮ, ਸਤਿਕਾਰ ਸਹਿਤ ਰਿਟਾਇਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਵੈਟਰਨ ਜਾਂ ਫ਼ੌਜੀ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪਾਹਜ) ਵਿਅਕਤੀ ਵਲੋਂ ਸਿਖਲਾਈ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਡਾਕਟਰ ਗਾਈਡ ਜਾਂ ਸਰਵਿਸ ਐਨੀਮਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਪੱਖਪਾਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ।

DSHS ਅਤੇ HCA:

- ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪਾਹਜ) ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਸਹਾਇਕ ਉਪਕਰਣ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਅਸਰਦਾਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰ ਸਕਣ, ਜਿਵੇਂ:
 - ਯੋਗਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਸੰਕੇਤ ਭਾਸ਼ਾ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
 - ਹੋਰਨਾਂ ਰੂਪਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਵੱਡੇ ਅੱਖਰ, ਆਂਡੀਓ, ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫ਼ਾੱਰਮੈਟ, ਹੋਰ ਫ਼ਾੱਰਮੈਟ)
- ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨੀਆਂ, ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਮਾਂ-ਬੋਲੀ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ:
 - ਯੋਗਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
 - ਹੋਰਨਾਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-877-501-2233 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ DSHS ਜਾਂ HCA ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਨਾਕਾਮ ਰਹੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਪੱਖਪਾਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਕੋਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">DSHS
ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
ਫ਼ੈਕਸ: 1-888-338-7410
askdshs@dshs.wa.gov | <ul style="list-style-type: none">HCA Division of Legal Services
ATTN: Compliance Officer
PO Box 42704
Olympia, WA 98504-2704
1-855-682-0787
ਫ਼ੈਕਸ: 1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov |
|--|--|

ਤੁਸੀਂ ਆਪ ਜਾਂ ਕੋ ਫੋਨ, ਡਾਕ, ਫੈਕਸ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ DSHS ਦੀਆਂ ਸੰਵਿਧਾਨਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ HCA ਡਿਵੀਜ਼ਨ ਦੀਆਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਤੁਸੀਂ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 'ਤੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਅਮਰੀਕੀ ਵਿਭਾਗ, ਸਿਵਿਲ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਦਫ਼ਤਰ ਕੋਲ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਜਾਂ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਸਿਵਿਲ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਵੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

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).

www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html 'ਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਸਬੰਧੀ ਫ਼ਾਰਮ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਸਬੰਧੀ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ (ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)

SSN ਅਤੇ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨਾ। ਕੁਝ ਛੋਟੇ ਨਾਲ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸ਼ਖਸ, ਜੋ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਦਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ (SSN) ਜਾਂ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰਬਰ ਜ਼ਰੂਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ SSN ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ, ਨਾਗਰਿਕਤਾ, ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ, ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਉਪਲਬਧਤਾ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਕੇ, ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਏਜੰਸੀ ਨਾਲ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ।

ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਕੁਝ ਮੈਂਬਰਾਂ, ਪਰ ਹੋਰਨਾਂ ਲਈ ਨਹੀਂ, ਵਾਸਤੇ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨਾ ਸੰਭਵ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਘਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ SSN ਜਾਂ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰਬਰ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਹੋਰ ਲੋਕ ਅਜੇ ਵੀ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕਵਰੇਜ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਪਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ ਪੱਕਾ ਵਸਨੀਕ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕ ਬਣਨ ਦੇ ਮੌਕਿਆਂ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।

Washington Apple Health ਦੇ ਕੁਝ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਵੀ ਹਨ, ਜੋ ਇਹ ਨਹੀਂ ਦਰਸਾ ਸਕਦੇ ਕਿ ਉਹ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਪਰ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਘਰ ਵਿਚਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ SSN ਜਾਂ ਇਮੀਗ੍ਰੇਟ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰਬਰ ਮੁਹੱਈਆ ਨਾ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾ ਪਾਉਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਅੱਗੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨੀ ਪਏਗੀ।

ਜੇ ਏਜੰਸੀ ਵਲੋਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਹੋ, ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਸਬੂਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਓ।

ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲਾਂ, ਜਿਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਫ਼ੈਡਰਲ ਦੇ ਕੁਝ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ, ਜੋ ਵਾੱਸਿੰਗਟਨ ਕਨੈਕਸ਼ਨ ਅਤੇ ਸਟੇਟ ਵਲੋਂ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਵਰਤੋਂ ਸਬੰਧੀ ਸਿਸਟਮਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਕੋਈ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਹਨੀ ਕਵਰੇਜ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਨਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਸਿਸਟਮਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਅਤੇ ਉਸਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਉਸ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਕਵਰੇਜ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਾਨੂੰਨ, 1973 ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਾਰੀਆਂ ਸਟੇਟਾਂ, ਆਪਣੇ ਸਰਕਾਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦਫ਼ਤਰਾਂ ਰਾਹੀਂ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਹਾਇਤਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਣ। ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਵਾਸਤੇ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਾਉਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ 'ਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ, ਜੋ ਇਸ ਏਜੰਸੀ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਏ ਜਾਣਗੇ। ਤੁਸੀਂ www.vote.wa.gov 'ਤੇ ਵੋਟ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ 1-800-448-4881 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਫ਼ਾਰਮਾਂ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀ ਪੋਰਟੇਬਿਲਟੀ (ਕੰਪਨੀ ਬਦਲਣ) ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਬਾਰੇ ਕਾਨੂੰਨ (HIPAA) ਦੀਆਂ ਪਾਬੰਦੀਆਂ HCA ਅਤੇ DSHS ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਨਾਲ ਵੀ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਖ਼ਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਮੁਖ਼ਤਾਰਨਾਮਾ (ਪਾਵਰ ਆੱਫ਼ ਅਟੌਰਨੀ) ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, HIV, AIDS, STD ਦੇ ਟੈਸਟ ਨਤੀਜੇ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸਰਾਬ ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਆਦੀ ਲੋਕਾਂ ਦੀਆਂ ਇਲਾਜ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਕਿਫ਼ਾਇਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਕਾਨੂੰਨ, HCA ਅਤੇ DSHS ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸ਼ਖਸ ਨੂੰ, ਜਿਸ ਕੋਲ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਮਤੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਨਿਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਛਾਣੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (PII) ਦੇਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ DSHS ਅਤੇ HCA ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਫ਼ੈਡਰਲ ਅਤੇ ਸਟੇਟ ਦੇ ਅਫ਼ਸਰ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਏਜੰਸੀ ਦੇ ਸਟਾਫ਼ ਵਲੋਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅੱਗੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

HCA ਅਤੇ DSHS ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਲਾਨ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਲਾਨ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਬਾਰੇ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸੁਆਲ ਹਨ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ ਅਤੇ ਲਾਭ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਲਾਭ ਦੇਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਅਪੀਲ ਕਰਨਾ, ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਡਿਵੀਜ਼ਨ (DCS) ਰਾਹੀਂ ਐਨਫ਼ੋਰਸਮੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਲੈਣ ਲਈ ਅਪਲਾਈਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ www.childsupportonline.wa.gov 'ਤੇ ਜਾਓ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ DCS ਦਫ਼ਤਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਸਿਰਫ਼ Washington Apple Health ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ (ਸਾਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੁੱਛਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਬਾਰੇ ਸਮਝਾਉਣਾ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਸ਼ਕ ਅਰਜ਼ੀ ਸਬਮਿਟ ਕਰਨ ਦਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣਾ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਂ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਜਾਂ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜਿਸ ਦਿਨ ਸਾਨੂੰ ਅੰਸ਼ਕ ਅਰਜ਼ੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਉਹੀ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਮਿਲਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਤਾਰੀਖ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਹੋਣ ਵੇਲੇ ਲਾਗੂ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜਦ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਮੁਕੰਮਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਅੰਤਮ ਫ਼ੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਕਰਾਂਗੇ।

WAC 182-503-0005 ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਿਆਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਅਰਜ਼ੀ ਸਬਮਿਟ ਕਰਨ ਦਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣਾ।

ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨਾ ਅਤੇ WAC 182-503-0060 ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਮਿਆਦਾਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਨਹੀਂ।

ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ 10 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨ ਦਿੱਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਦਿਆਂਗੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਖਾਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ, ਬੰਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਜਾਂ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ, ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਸਬੂਤ ਹਾਸਿਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਰੇਸ਼ਾਨੀ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਾਂਗੇ। ਜੇ ਸਾਨੂੰ ਇੱਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੈਸੇ ਦੇਣੇ ਪੈਣਗੇ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਲਾਗਤ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੈਸੇ ਭੇਜਾਂਗੇ।

ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਬੰਦ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਬਹੁਤੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 10 ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਸਾਂਗੇ।

ਬਹੁਤੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ 45 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਫ਼ੈਸਲਾ ਦਿਆਂਗੇ। ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪਾਹਜ) ਸਬੰਧੀ ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ 60 ਦਿਨ ਤੱਕ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਸਬੰਧੀ ਮੈਡੀਕਲ ਬਾਰੇ 15 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲਿਖਤੀ ਫ਼ੈਸਲਾ ਦਿਆਂਗੇ।

ਜੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦਾ ਆਡਿਟ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੜਤਾਲਕਰਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ ਦਾ ਮੌਕਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਪੜਤਾਲਕਰਤਾ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਪੜਤਾਲਕਰਤਾ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਮੇਂ ਫਿਰ ਤੋਂ ਆਉਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਜਿਹੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।

ਜਦ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ WAC 182-504-0125 ਅਨੁਸਾਰ, ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ, **Washington Apple Health** ਕਵਰੇਜ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ, ਤਾਂ WAC 182-503-0120 ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕੋ ਜਿਹੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ।

ਸਿਰਫ਼ Washington Apple Health ਲਈ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ (ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)

ਤਬਦੀਲੀ ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ WAC 182-504-0105 ਅਤੇ WAC 182-504-0110 ਵਿੱਚ ਲੋੜੀਂਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਾ। ਇਹ ਵੇਖਣ ਲਈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਲਈ ਪ੍ਰਵਾਣਗੀ ਸਬੰਧੀ ਚਿੱਠੀ ਪੜ੍ਹੋ।

ਜਦੋਂ ਕਿਹਾ ਜਾਏ, ਤਾਂ ਨਵਿਆਉਣ ਸਬੰਧੀ ਅਮਲ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਸਾਡੇ ਵਾਸਤੇ ਬਿਲਿੰਗ ਕਰਨ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਵਾਈਡਰਾਂ ਸਬੰਧੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਓ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ Medicare (ਮੈਡੀਕੇਅਰ) ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨਾ।

ਜਦੋਂ ਕਿਹਾ ਜਾਏ, ਤਾਂ ਕੁਆਲਿਟੀ ਐਸਿਓਰੈਂਸ ਸਟਾਫ਼ ਨਾਲ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਨਾ।

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ Washington Apple Health ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੋਰਨਾਂ ਸ੍ਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਸੰਭਵ ਆਮਦਨ ਲੈਣ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਢੁਕਵੀਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨਾ।

ਸਿਰਫ਼ Washington Apple Health ਬਾਰੇ ਉਹ ਗੱਲਾਂ, ਜਿਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

Washington Apple Health ਹੈਲਥ ਲਈ ਕਹਿਣ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਵਾੱਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਦੇ ਸਾਰੇ ਹੱਕ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।

ਏਜੰਸੀ, ਬੱਚੇ ਦੀ ਟੀਕਾਕਰਣ ਰਿਪੋਰਟ 'ਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਸਿਸਟਮ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਟੀਕਾਕਰਣ ਸਬੰਧੀ ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਜਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ, ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ, ਭੋਜਨ-ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਬਾਲ-ਸੰਭਾਲ ਸਬਸਿਡੀਆਂ ਵਰਗੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ DSHS ਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕਾਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ, ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਉਹ ਲਾਗਤਾਂ ਵਸੂਲ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਇਸਨੇ ਐਸਟੇਟ ਰਿਕਵਰੀ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 ਅਤੇ ਚੈਪਟਰ 182-527 WAC) ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਐਸਟੇਟ ਤੋਂ ਮੈਡੀਕਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਕਿਸਮਾਂ ਲਈ ਕੀਤਾ ਸੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡੇ ਪਿੱਛੇ ਰਹਿ ਗਏ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਦੀ ਮੌਤ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਜਿਉਂਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਉਮਰ 21 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਹੋਣ ਤੱਕ ਐਸਟੇਟ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ। ਇਹ ਵਸੂਲੀ ਉਸ ਸਮੇਂ ਵੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਵੇਲੇ ਜਿਉਂਦਾ ਬੱਚਾ ਨੇਤਰਹੀਣ/ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪਾਹਜ) ਸੀ। ਵਸੂਲੀ ਵਾਲੀਆਂ ਲਾਗਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- Washington Apple Health ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ, ਜੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 55 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਹੈ;
- ਸਿਰਫ਼ ਸਟੇਟ ਦੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਹੜੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ।

WAC 182-527-2742 ਹੇਠ ਤੁਸੀਂ ਲਾਗਤ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ। WAC 182-527-2746 ਹੇਠ ਤੁਸੀਂ ਵਸੂਲੀ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰੱਖੇ ਗਏ ਅਸਾਇਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਰਸਿੰਗ ਸਹੂਲਤ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸਟੇਟ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਮਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਸਲ ਜਾਇਦਾਦ 'ਤੇ ਮੌਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੱਕ-ਰਖਾਈ ਵੀ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ (WAC 182-527-2734)। ਸਟੇਟ ਸੰਪਤੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਐਸਟੇਟ ਵੇਚਕੇ ਵਸੂਲੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ:

- ਤੁਹਾਡਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ;
- ਤੁਹਾਡੇ ਭੈਣ-ਭਰਾ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੇ, ਸਹਿ-ਮਾਲਕ ਨਹੀਂ ਹਨ ਅਤੇ ਕੁਝ ਸ਼ਰਤਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ।
- ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ ਅਤੇ ਨੇਤਰਹੀਣ/ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪਾਹਜ) ਨਹੀਂ ਹੈ; ਜਾਂ
- ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ ਅਤੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ WAC 182-527-2734 ਵਿੱਚ ਮੌਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੱਕ-ਰਖਾਈ ਹੇਠ ਲਾਗਤ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰਾਂ ਤੋਂ ਗ਼ੈਰਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ, ਫਾਰਮੇਸੀ ਅਤੇ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਬਜ਼ੁਰਗ, ਨੇਤਰਹੀਣ, ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪਾਰਜ)/ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ Washington Apple Health ਅਰਜ਼ੀ

1

ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ (ਖੁਦ)

ਵਿਚਲਾ ਅੱਖਰ

ਅੰਤਮ ਨਾਂ

ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਪਤਾ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ (ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ)

ਕਾਉਂਟੀ

ਸ਼ਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਭੌਤਿਕ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ

ਡਾਕ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇ ਵੱਖ ਹੈ)

ਕਾਉਂਟੀ

ਸ਼ਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਮੁਢਲਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਸੈੱਲ

ਈਮੇਲ

ਜੇ ਇੱਕ ਸਹੂਲਤ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸਹੂਲਤ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ ਲਿਖੋ, ਜੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ:

ਸਹੂਲਤ ਦਾ ਨਾਂ

ਸਹੂਲਤ ਦਾ ਪਤਾ

ਕਾਉਂਟੀ

ਸ਼ਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ



18005

ਮੈਂ, ਮੇਰਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਵਿਚਲਾ ਕੋਈ ਸ਼ਖਸ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਿਆਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹੈ:

ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੇਅਰਗਿਵਰ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਸਹਾਇਤਾ ਵਾਲਾ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ/ਬਾਲਗ਼ ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਹੋਮ

ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਕੇਅਰ

ਬਜ਼ੁਰਗ ਬਾਲਗ਼ਾਂ ਲਈ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਤਿਆਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸਹਾਇਤਾ (TSOA)

ਬਜ਼ੁਰਗ, ਨੇਤਰਹੀਣ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪਾਹਜ) ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ

Medicare ਬੱਚਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪਾਹਜ) ਵਰਕਰਾਂ ਲਈ ਐਪਲ ਹੈਲਥ (HWD)

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਜਿਸ ਸ਼ਖਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਮੌਜੂਦਾ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਬਿਲਕੁਲ ਪਹਿਲੇ ਦੇ ਕਿਸੇ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਖਰਚ ਕੀਤੇ ਗਏ ਬਿਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਦੱਸੋ ਕੌਣ ਹੈ:

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਕੀ ਕਿਸੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ? ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਭ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ: _____

ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ, ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿ ਰਹੇ ਆਸਰਿਤਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੇ (ਜੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਸ਼ੀਟਾਂ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)।

_____	_____	ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ	_____
ਨਾਂ (ਪਹਲਾ, ਵਚਿਲਾ, ਅੰਤਮ)	ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਨਰਿਧਾਰਤ ਲਾਗ	ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਸਿਤਾ?	ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ

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

ਨਾਗਰਕ ਜਾਂ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ ਸਥਿਤੀ: (ਇੱਕ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ)

ਵਾਸਗਿਟਨ ਨਵਿਸੀ _____ ਹਾਂ ਨਹੀਂ _____ ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਕ _____ ਹਾਂ ਨਹੀਂ _____

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਸਿਪੈਨਕਿ, ਲੈਟਨਿ, ਜਾਂ ਸਪੈਨਸਿ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ? (ਵਕਿਲਪਕਿ)

ਕਊਬਨ	ਮੈਕਸੀਕਨ/ਮੈਕਸੀਕਨ-ਅਮਰੀਕਨ/ਚਕਿਨੋ	ਸਪੈਨੀ/ਹਸਿਪੈਨਕਿ ਨਹੀਂ
ਹੋਰ ਸਪੈਨਸਿ/ਹਸਿਪੈਨਕਿ	ਪੋਰਟੋ ਰੀਕਨ	

ਜਾਤੀ (ਵਕਿਲਪਕਿ - ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਪੰਜ ਤੱਕ ਚੁਣੋ)

ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ	ਚੀਨੀ	ਕੋਰੀਅਨ	ਥਾਈ
ਏਸ਼ੀਆਈ	ਫਲਿਪੀਨੋ	ਲਾਓਟੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ੀਅਨ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮਾਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਪੈਸੀਫਕਿ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਸਫੈਦ

ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ	ਹਵਾਈਅਨ	ਹੋਰ ਜਾਤੀ
ਕਬੋਡੀਅਨ	ਜਾਪਾਨੀ	ਸਮੋਆਨ

ਨਾਂ (ਪਹਲਾ, ਵਚਿਲਾ, ਅੰਤਮ) ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਨਰਿਧਾਰਤ ਲਗਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਸ਼ਿਤਾ? ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ

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

ਗਰਕਿ ਜਾਂ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕਿ ਸਥਿਤੀ: (ਇੱਕ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ)

ਵਾਸਗਿਟਨ ਨਵਿਸੀ ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਕਿ ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਸਿਪੈਨਕਿ, ਲੈਟਨਿੰ, ਜਾਂ ਸਪੈਨਸ਼ਿ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ? (ਵਕਿਲਪਕਿ)

ਕਊਬਨ ਮੈਕਸੀਕਨ/ਮੈਕਸੀਕਨ-ਅਮਰੀਕਨ/ਚਕਿਨੋ ਸਪੈਨੀ/ਹਸਿਪੈਨਕਿ ਨਹੀਂ

ਹੋਰ ਸਪੈਨਸ਼ਿ/ਹਸਿਪੈਨਕਿ ਪੋਰਟੋ ਰੀਕਨ

ਜਾਤੀ (ਵਕਿਲਪਕਿ - ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਪੰਜ ਤੱਕ ਚੁਣੋ)

ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ	ਚੀਨੀ	ਕੋਰੀਅਨ	ਥਾਈ
ਏਸ਼ੀਆਈ	ਫਲੀਪੀਨੋ	ਲਾਓਟੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ੀਅਨ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮਾਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਪੈਸੀਫਕਿ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਸਫੈਦ
ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ	ਹਵਾਈਅਨ	ਹੋਰ ਜਾਤੀ	
ਕਬੋਡੀਅਨ	ਜਾਪਾਨੀ	ਸਮੋਆਨ	

ਨਾਂ (ਪਹਲਾ, ਵਚਿਲਾ, ਅੰਤਮ) ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਨਰਿਧਾਰਤ ਲਗਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਸ਼ਿਤਾ? ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ

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

ਗਰਕਿ ਜਾਂ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕਿ ਸਥਿਤੀ: (ਇੱਕ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ)

ਵਾਸਗਿਟਨ ਨਵਿਸੀ ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਕਿ ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਸਿਪੈਨਕਿ, ਲੈਟਨਿੰ, ਜਾਂ ਸਪੈਨਸ਼ਿ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ? (ਵਕਿਲਪਕਿ)

ਕਊਬਨ ਮੈਕਸੀਕਨ/ਮੈਕਸੀਕਨ-ਅਮਰੀਕਨ/ਚਕਿਨੋ ਸਪੈਨੀ/ਹਸਿਪੈਨਕਿ ਨਹੀਂ

ਹੋਰ ਸਪੈਨਸ਼ਿ/ਹਸਿਪੈਨਕਿ ਪੋਰਟੋ ਰੀਕਨ

ਜਾਤੀ (ਵਕਿਲਪਕਿ - ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਪੰਜ ਤੱਕ ਚੁਣੋ)

ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ	ਚੀਨੀ	ਕੋਰੀਅਨ	ਥਾਈ
ਏਸ਼ੀਆਈ	ਫਲਿਪੀਨੋ	ਲਾਓਟੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ੀਅਨ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮਾਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਸਫੈਦ
ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ	ਹਵਾਈਅਨ	ਹੋਰ ਜਾਤੀ	
ਕਬੋਡੀਅਨ	ਜਾਪਾਨੀ	ਸਮੇਆਨ	

ਨਾਂ (ਪਹਲਾ, ਵਚਿਲਾ, ਅੰਤਮ) ਜਨਮ ਸਮੇ ਨਰਿਧਾਰਤ ਲਗਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਸਿਤਾ? ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ

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

ਗਰਕਿ ਜਾਂ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕਿ ਸਥਿਤੀ: (ਇੱਕ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ)

ਵਾਸਗਿਟਨ ਨਵਿਸੀ ਹਾਂ ਨਹੀ ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਕਿ ਹਾਂ ਨਹੀ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਸਿਪੈਨਕਿ, ਲੈਟਿਨਿ, ਜਾਂ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ? (ਵਕਿਲਪਕਿ)

ਕਊਬਨ ਮੈਕਸੀਕਨ/ਮੈਕਸੀਕਨ-ਅਮਰੀਕਨ/ਚਕਿਨੋ ਸਪੈਨੀ/ਹਸਿਪੈਨਕਿ ਨਹੀ

ਹੋਰ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਸਿਪੈਨਕਿ ਪੋਰਟੋ ਰੀਕਨ

ਜਾਤੀ (ਵਕਿਲਪਕਿ - ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਪੰਜ ਤੱਕ ਚੁਣੋ)

ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ	ਚੀਨੀ	ਕੋਰੀਅਨ	ਥਾਈ
ਏਸ਼ੀਆਈ	ਫਲਿਪੀਨੋ	ਲਾਓਟੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ੀਅਨ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮਾਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਸਫੈਦ
ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ	ਹਵਾਈਅਨ	ਹੋਰ ਜਾਤੀ	
ਕਬੋਡੀਅਨ	ਜਾਪਾਨੀ	ਸਮੇਆਨ	

ਨਾਂ (ਪਹਲਾ, ਵਚਿਲਾ, ਅੰਤਮ) ਜਨਮ ਸਮੇ ਨਰਿਧਾਰਤ ਲਗਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਸਿਤਾ? ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ

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

ਗਰਕਿ ਜਾਂ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕਿ ਸਥਿਤੀ: (ਇੱਕ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ)

ਵਾਸਗਿਟਨ ਨਵਿਸੀ ਹਾਂ ਨਹੀ ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਕਿ ਹਾਂ ਨਹੀ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਸਿਪੈਨਕਿ, ਲੈਟਿਨਿ, ਜਾਂ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ? (ਵਕਿਲਪਕਿ)

ਕਊਬਨ ਮੈਕਸੀਕਨ/ਮੈਕਸੀਕਨ-ਅਮਰੀਕਨ/ਚਕਿਨੋ ਸਪੈਨੀ/ਹਸਿਪੈਨਕਿ ਨਹੀ

ਹੋਰ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਸਿਪੈਨਕਿ ਪੋਰਟੋ ਰੀਕਨ

ਜਾਤੀ (ਵਕਿਲਪਕਿ - ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਪੰਜ ਤੱਕ ਚੁਣੋ)

ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ	ਚੀਨੀ	ਕੋਰੀਅਨ	ਥਾਈ
ਏਸ਼ੀਆਈ	ਫਲਿਪੀਨੋ	ਲਾਓਟੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ੀਅਨ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮਾਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਸਫੈਦ
ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ	ਹਵਾਈਅਨ	ਹੋਰ ਜਾਤੀ	
ਕਬੈਂਡੀਅਨ	ਜਾਪਾਨੀ	ਸਮੇਆਨ	

*HCA ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਕਸਿ ਵੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਏਜੰਸੀ ਨਾਲ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ SSN ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ ਖਾਲੀ ਛੱਡ ਦਿਓ।

6

ਆਮ ਜਾਣਕਾਰੀ

- ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਮੈਂ, ਮੇਰੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਵਿਚਲੇ ਕਿਸੇ ਸ਼ਖਸ ਨੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਟੇਟ, ਕਬੀਲੇ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਸ੍ਰੇਣੀ ਤੋਂ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ?
ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰੋ _____
- ਮੈਂ, ਮੇਰੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਵਿਚਲੇ ਕਿਸੇ ਸ਼ਖਸ ਨੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਟੇਟ ਵਿੱਚ ਪੂਰਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਆਮਦਨ (SSI) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ?
ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੋਣ ਹੈ: _____
- ਮੈਂ, ਮੇਰਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਵਿਚਲਾ ਕੋਈ ਸ਼ਖਸ ਸਪਾਂਸਰਪ੍ਰਾਪਤ ਪ੍ਰਦੇਸ਼ੀ ਹੈ?
ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੋਣ ਹੈ: _____
- ਮੈਂ, ਮੇਰੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਵਿਚਲੇ ਕਿਸੇ ਸ਼ਖਸ ਨੇ ਅਮਰੀਕੀ ਹਥਿਆਰਬੰਦ ਫ਼ੌਜ, ਨੈਸ਼ਨਲ ਗਾਰਡ ਜਾਂ ਰਿਜ਼ਰਵ ਵਿੱਚ ਸੇਵਾ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ 'ਤੇ ਆਸਰਿਤ ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਹਾਂ, ਜਿਸਨੇ ਸੇਵਾ ਦਿੱਤੀ ਹੈ:
ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੋਣ ਹੈ: _____
- ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਹੈ, ਉਹ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਅਤੇ ਅਜੇ ਮੈਂ ਉਸ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ?
ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ _____
- ਮੈਂ: ਇਕੱਲਾ/ਇਕੱਲੀ ਵਿਆਹੁਤਾ, ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਹਾਂ ਵਿਆਹੁਤਾ, ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਤੋਂ ਵੱਖ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਹਾਂ ਤਲਾਕਸੁਦਾ ਵਿਧੁਰ/ਵਿਧਵਾ ਬਿਨਾਂ ਵਿਆਹ ਕੀਤਿਆਂ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਹਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਲਹਿਦਾ ਹਾਂ

7

ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਜਾਂ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਆਮਦਨ (ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)

ਕਮਾਈ ਕੀਤੀ ਆਮਦਨੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਜਾਂ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਮਾਈ ਹੈ, ਕੁਝ ਉਦਾਹਰਣਾਂ* ਵੱਚਿ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ

ਰੁਜ਼ਗਾਰ

- ਫ਼ਾਰਮ W-2, ਬਾਕਸ 1 'ਤੇ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰੋਕੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਤਨਖਾਹ, ਤਨਖਾਹ ਜਾਂ ਸੁਝਾਅ
- ਕੰਮ ਚਲਾਉਣਾ ਜਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨਾ
- ਸਾਮਾਨ ਆਨਲਾਈਨ ਵੇਚਣਾ
- ਰਚਨਾਤਮਕ ਜਾਂ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ
- ਹੋਰ ਅਸਥਾਈ, ਮੰਗ 'ਤੇ ਜਾਂ ਫ਼ਰੀਲਾਂਸ ਕੰਮ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ

- ਬੋਨਸ ਅਤੇ ਕਮਿਸ਼ਨ
- ਪੈਨਸ਼ਨ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ
- ਯੂਨੀਅਨ ਦੀ ਹੜਤਾਲ ਤੋਂ ਲਾਭ
- ਅਜਿਹੀ ਨੌਕਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਜਿਥੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮਾਲਕ ਨੇ ਟੈਕਸ ਨਹੀਂ ਰੋਕਿਆ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਗਿਗ ਆਰਥਕਿ ਕੰਮ)
- ਬੁੱਕ ਕੀਤੀਆਂ ਸਵਾਰੀਆਂ ਜਾਂ ਡਲਿਵਰੀ ਲਈ ਕਾਰ ਚਲਾਉਣਾ

ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ:

- ਕਾਰੋਬਾਰ ਦਾ ਮਾਲਕ ਬਣੇ ਜਾਂ ਚਲਾਓ
- ਫ਼ਾਰਮ ਦਾ ਮਾਲਕ ਬਣੇ ਜਾਂ ਚਲਾਓ
- ਧਾਰਮਿਕ ਆਦੇਸ਼ ਦਾ ਮੰਤਰੀ ਜਾਂ ਮੈਂਬਰ
- ਕਾਨੂੰਨੀ ਕਰਮਚਾਰੀ ਅਤੇ ਆਮਦਨ ਹੈ

1. ਮੈਂ, ਮੇਰਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਕੋਈ ਸ਼ਖਸ, ਜਿਸ ਲਈ ਮੈਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ, ਦੀ ਕੰਮ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ, ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਸੈਕਸ਼ਨ ਭਰੋ।

2. _____
 ਇਹ ਆਮਦਨ ਕਿਸਨੇ ਕੀਤੀ ਹੈ: _____ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ _____ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ _____
 _____ ਕੀ ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
 ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ _____
 ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੁੱਲ ਰਕਮ (ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਡਾਲਰ ਵਿੱਚ ਰਕਮ) _____ ਹਰ: ਘੰਟੇ _____ ਹਫ਼ਤੇ _____ ਹਰ ਦੇ ਹਫ਼ਤੇ _____
 ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਦੇ ਵਾਰੀ _____ ਮਹੀਨੇ _____
 ਘੰਟੇ ਹਰ ਹਫ਼ਤੇ _____ ਤਨਖਾਹ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, 1 ਲੀ ਅਤੇ 15 ਵੀਂ ਜਾਂ ਹਰ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ)

3. _____
 : ਇਹ ਆਮਦਨ ਕਿਸਨੇ ਕੀਤੀ ਹੈ: _____ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ _____ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ _____
 _____ ਕੀ ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
 ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ _____
 ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੁੱਲ ਰਕਮ (ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਡਾਲਰ ਵਿੱਚ ਰਕਮ) _____ ਹਰ: ਘੰਟੇ _____ ਹਫ਼ਤੇ _____ ਹਰ ਦੇ ਹਫ਼ਤੇ _____
 ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਦੇ ਵਾਰੀ _____ ਮਹੀਨੇ _____

8 ਹੋਰ ਆਮਦਨ (ਘਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ) (ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)

- ਆਮਦਨ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਹਨ:
 - ਬਾਲ-ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਦਾ ਖਰਚਾ
 - ਵਿਦਿਅਕ ਲਾਭ (ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਪੜ੍ਹਾਈ ਸਬੰਧੀ ਕਰਜ਼ੇ, ਗ੍ਰਾਂਟ, ਕੰਮ 'ਤੇ ਹੁੰਦਿਆਂ ਪੜ੍ਹਾਈ ਕਰਨੀ)
 - ਗੇਮ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਆਮਦਨ
 - ਤੇਹਫ਼ੇ (ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ/ਗਿਫ਼ਟ ਕਾਰਡ)
 - ਵਿਆਜ/ਲਾਭ-ਅੰਸ਼
 - ਲੇਬਰ ਅਤੇ ਇੰਡਸਟ੍ਰੀਜ਼ (L&I)
 - ਰੇਲਰੋਡ ਲਾਭ
 - ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਆਮਦਨ
 - ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਜਾਂ ਪੈਨਸ਼ਨ
 - ਵਿਕਰੀਆਂ ਸਬੰਧੀ ਠੇਕੇ/ਪ੍ਰੋਮਿਸਰੀ ਨੋਟਸ
 - ਸੋਸ਼ਲ ਸੁਰੱਖਿਆ
 - ਪੂਰਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਆਮਦਨ (SSI)
 - ਕਬਾਇਲੀ ਆਮਦਨ
 - ਟ੍ਰਸਟ
 - ਬੇਰੋਜ਼ਗਾਰੀ ਲਾਭ
 - ਵੈਟਰਨ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ (VA) ਫ਼ੌਜੀ ਲਾਭ
 - ਹੋਰ
- ਤੁਹਾਡੀ, ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਕੋਈ ਵੀ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਆਮਦਨ ਲਿਖੋ:

_____ ਹੋਰ ਆਮਦਨ ਦੀ ਕਿਸਮ	_____ ਆਮਦਨ ਕਿਸ ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ	_____ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ	_____ ਆਮਦਨ ਕਿਸ ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ	_____ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ
_____ ਹੋਰ ਆਮਦਨ ਦੀ ਕਿਸਮ	_____ ਆਮਦਨ ਕਿਸ ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ	_____ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ	_____ ਆਮਦਨ ਕਿਸ ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ	_____ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ
_____ ਹੋਰ ਆਮਦਨ ਦੀ ਕਿਸਮ	_____ ਆਮਦਨ ਕਿਸ ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ	_____ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ	_____ ਆਮਦਨ ਕਿਸ ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ	_____ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ
_____ ਹੋਰ ਆਮਦਨ ਦੀ ਕਿਸਮ	_____ ਆਮਦਨ ਕਿਸ ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ	_____ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ	_____ ਆਮਦਨ ਕਿਸ ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ	_____ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ
_____ ਹੋਰ ਆਮਦਨ ਦੀ ਕਿਸਮ	_____ ਆਮਦਨ ਕਿਸ ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ	_____ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ	_____ ਆਮਦਨ ਕਿਸ ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ	_____ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ

3. ਮੈਨੂੰ, ਮੇਰੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਵਿਚਲੇ ਕਿਸੇ ਸ਼ਖਸ ਨੂੰ ਸਲਾਨਾ ਪੂੰਜੀਕਾਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਮਿਲੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਸਲਾਨਾ ਰਕਮ ਦਾ ਮਾਲਕ ਕੌਣ ਹੈ	ਕੰਪਨੀ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾ	ਰਕਮ ਜਾਂ ਮੁੱਲ	ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ	ਖਰੀਦਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ
ਸਲਾਨਾ ਰਕਮ ਦਾ ਮਾਲਕ ਕੌਣ ਹੈ	ਕੰਪਨੀ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾ	ਰਕਮ ਜਾਂ ਮੁੱਲ	ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ	ਖਰੀਦਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

9 **ਹਾਉਸਿੰਗ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚੇ (ਜੇ LTSS ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)**

ਕਿਰਾਇਆ	ਮੋਰਟਗੇਜ	ਥਾਂ ਦਾ ਕਿਰਾਇਆ	ਘਰ ਦੇ ਮਾਲਕਾਂ ਦਾ ਬੀਮਾ	ਸੰਪਤੀ ਟੈਕਸ	ਹੋਰ ਖਰਚੇ
--------	---------	---------------	----------------------	------------	----------

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀ ਤੋਂ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਬਸਿਡੀ ਵਾਲੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਜੋ ਇਹਨਾਂ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਸਾਰਾ ਜਾਂ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਅਦਾ ਕਰਦੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ ਹੈ? _____

10 **ਕਟੌਤੀਆਂ**

1. ਮੈਂ, ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਘਰ ਵਿਚਲੇ ਕਿਸੇ ਸ਼ਖਸ, ਜਿਸ ਲਈ ਮੈਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਜਾਂ ਜਿਸਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ:

ਬਾਲ ਜਾਂ ਬਾਲਗ ਆਸਰਿਤ ਦੇਖਭਾਲ	ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ	ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ
ਅਦਾਲਤੀ ਆਦੇਸ਼ ਵਾਲੀ ਬਾਲ-ਸਹਾਇਤਾ	ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ	ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ
ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦੀ ਫ਼ੀਸ	ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ	ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ
ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ ਸਬੰਧੀ ਫ਼ੀਸ	ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ	ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ
ਅਦਾਲਤੀ ਆਦੇਸ਼ ਵਾਲੀ ਅਟਾਰਨੀ ਦੀ ਫ਼ੀਸ	ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ	ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ
ਪੱਕੇ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚੇ (Medicare ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ, ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਤੁਸੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ)	ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ	ਕੌਣ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ

2. ਮੈਂ, ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਜਿਸ ਸ਼ਖਸ ਲਈ ਮੈਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ, 'ਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚੇ ਬਕਾਇਆ ਹਨ?

ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚੇ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਖਰਚ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ	ਰਕਮ ਕਿਸ 'ਤੇ ਬਕਾਇਆ ਹੈ
ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚੇ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਖਰਚ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ	ਰਕਮ ਕਿਸ 'ਤੇ ਬਕਾਇਆ ਹੈ
ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚੇ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਖਰਚ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ	ਰਕਮ ਕਿਸ 'ਤੇ ਬਕਾਇਆ ਹੈ

3. ਮੈਂ, ਮੇਰਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਕੋਈ ਸ਼ਖਸ, ਜਿਸ ਲਈ ਮੈਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ, ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪਾਹਜ) ਹੈ ਅਤੇ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹੈ, ਜਿਸਦੇ ਖਰਚੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਨਾਲ ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ? ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕੰਮ ਦੇ ਖਰਚਿਆਂ ਸਬੰਧੀ ਨੁਕਸਾਨ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ (IRWE) ਹੈ।

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ IRWE ਦੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਲਿਖੋ _____

11

ਸ੍ਰੋਤ (ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)

(ਜੇਕਰ ਸਿਰਫ਼ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਸੇਵਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (MSP) ਜਾਂ ਅਪਾਹਜਾਂ ਵਾਲੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਲਈ ਐਪਲ ਹੈਲਥ ਹੈਲਥਕੇਅਰ (HWD) ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਸੈਕਸ਼ਨ ਨੂੰ ਛੱਡ ਦਿਓ)

1. ਸ੍ਰੋਤ, ਉਹ ਸਭ ਕੁਝ ਹੈ, ਜਿਸਦੇ ਤੁਸੀਂ ਮਾਲਕ ਹੋ ਜਾਂ ਖਰੀਦ ਰਹੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਵੇਚਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਵਪਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਜਿਸ ਨੂੰ ਹੋਰਨਾਂ ਤੋਂ ਨਕਦੀ ਜਾਂ ਪੈਸੇ ਨਾਲ ਬਦਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸ੍ਰੋਤ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਨੀਚਰ ਘਰੇਲੂ ਸਮਾਨ, ਜਾਂ ਕਪੜਿਆਂ ਵਰਗਾ ਨਿਜੀ ਸਮਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਸ੍ਰੋਤਾਂ ਦੇ ਉਦਾਹਰਣ ਹਨ:

- ਨਕਦੀ
- ਚੈਕਿੰਗ ਖਾਤੇ
- ਬੱਚਤ ਖਾਤੇ
- CDs
- ਪੂੰਜੀ ਬਜ਼ਾਰ ਸਬੰਧੀ ਖਾਤਾ
- ਬੱਚਤ ਬੈਂਡ
- ਬੈਂਡ
- ਮਿਉਚੁਅਲ ਫੰਡ
- ਸਟਾੱਕ
- ਸਲਾਨਾ ਰਕਮਾਂ
- ਟ੍ਰਸਟ
- IRA
- 401K
- ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਫੰਡ
- ਘਰ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ
- ਦਫ਼ਨਾਉਣ ਸਬੰਧੀ ਫੰਡ
- ਕੈਂਡੇਮੀਨੀਅਮ
- ਜ਼ਮੀਨ
- ਵਿਕਰੀ ਸਬੰਧੀ ਠੇਕਾ
- ਇਮਾਰਤਾਂ
- ਲਾਈਫ਼ ਐਸਟੇਟ
- ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ
- ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲੇ ਸਸਕਾਰ ਦੇ ਪਲਾਨ
- ਕਾਲਿਜ ਫੰਡ
- ਅੰਸ਼ਕ-ਮਾਲਕੀ
- ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਉਪਕਰਣ
- ਖੇਤੀ ਉਪਕਰਣ
- ਪਸ਼ੂ-ਧਨ

2. ਆਪਣੀ, ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਸ਼ਖਸ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ ਸ੍ਰੋਤ ਲਿਖੋ, ਜੋ ਉਸਦੇ ਆਪਣੇ ਹਨ ਜਾਂ ਖਰੀਦ ਰਹੇ ਹਨ:

ਸ੍ਰੋਤ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਮਾਲਕ ਕੌਣ ਹੈ	ਥਾਂ	ਮੁੱਲ	ਮਾਲਕ ਕੌਣ ਹੈ	ਥਾਂ:	ਮੁੱਲ
ਸ੍ਰੋਤ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਮਾਲਕ ਕੌਣ ਹੈ	ਥਾਂ	ਮੁੱਲ	ਮਾਲਕ ਕੌਣ ਹੈ	ਥਾਂ:	ਮੁੱਲ
ਸ੍ਰੋਤ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਮਾਲਕ ਕੌਣ ਹੈ	ਥਾਂ	ਮੁੱਲ	ਮਾਲਕ ਕੌਣ ਹੈ	ਥਾਂ:	ਮੁੱਲ
ਸ੍ਰੋਤ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਮਾਲਕ ਕੌਣ ਹੈ	ਥਾਂ	ਮੁੱਲ	ਮਾਲਕ ਕੌਣ ਹੈ	ਥਾਂ:	ਮੁੱਲ

3. ਮੈਂ, ਮੇਰਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਕੋਈ ਸ਼ਖਸ, ਜਿਸ ਲਈ ਮੈਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ, ਕੇਲ ਕਾਰਾਂ, ਟ੍ਰਕ, ਵੈਨਾਂ, ਕਿਸਤੀਆਂ, RVs, ਟ੍ਰੈਲਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਮੋਟਰ-ਗੱਡੀਆਂ ਹਨ:

ਸਾਲ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, 2010)	ਮੋਕ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, ਫ਼ੋਰਡ)	ਮਾਡਲ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, ਐਸਕਾੱਰਟ)	ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ
ਜੇ ਲੀਜ 'ਤੇ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੇਖੋ,	ਜੇ ਮੈਡੀਕਲ ਦੇ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੇਖੋ		
ਸਾਲ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, 2010)	ਮੋਕ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, ਫ਼ੋਰਡ)	ਮਾਡਲ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, ਐਸਕਾੱਰਟ)	ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ
ਜੇ ਲੀਜ 'ਤੇ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੇਖੋ,	ਜੇ ਮੈਡੀਕਲ ਦੇ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੇਖੋ		

12

ਵਾਧੂ LTSS ਸ੍ਰੋਤ

(ਤਾਂ ਹੀ ਭਰੋ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ LTSS ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ)

1. ਮੈਂ, ਮੇਰਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਕੋਈ ਸ਼ਖਸ, ਜਿਸ ਲਈ ਮੈਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ, ਦਾ ਆਪਣਾ ਘਰ ਹੈ ਜਾਂ ਘਰ ਖਰੀਦ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਮੁਢਲੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਹੈ:

ਸੰਪਤੀ ਦਾ ਪਤਾ	ਮੌਜੂਦਾ ਮੁੱਲ (ਮੁਲਾਂਕਣ-ਕਰਤਾ ਅਨੁਸਾਰ)	ਸੰਪਤੀ 'ਤੇ ਕਰਜ਼ੇ ਦੀ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ
ਸੰਪਤੀ ਦਾ ਪਤਾ	ਮੌਜੂਦਾ ਮੁੱਲ (ਮੁਲਾਂਕਣ-ਕਰਤਾ ਅਨੁਸਾਰ)	ਸੰਪਤੀ 'ਤੇ ਕਰਜ਼ੇ ਦੀ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ

2. ਮੈਂ, ਮੇਰਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਕੋਈ ਸ਼ਖਸ, ਜਿਸ ਲਈ ਮੈਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ, ਨੇ ਪਿਛਲੇ ਪੰਜ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਵੇਚੇ ਹਨ, ਵਪਾਰ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਦਿੱਤੇ ਹਨ ਜਾਂ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ (ਇਸ ਵਿੱਚ ਸੰਪਤੀ ਦੇ ਟ੍ਰਾਂਸਟ, ਗੱਡੀਆਂ, ਨਕਦੀ ਜਾਂ ਲਾਈਫ ਐਸਟੇਟ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ) ਕੀਤੇ ਹਨ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
ਜੇ ਹਾਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਭਰੋ: (ਜੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਸ਼ੀਟਾਂ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)

ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਦਾ ਮੁੱਲ	ਇਹ ਕਿਸ ਨੂੰ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ
ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਦਾ ਮੁੱਲ	ਇਹ ਕਿਸ ਨੂੰ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ

13 ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦਾ ਸੰਭਾਲ ਬੀਮਾ
(Medicare ਬੱਚਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ)

ਮੇਰਾ/ਸਾਡਾ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦਾ ਸੰਭਾਲ ਬੀਮਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਕੀ ਇਹ ਯੋਗ LTC ਭਾਈਵਾਲੀ (LTCP) ਸਬੰਧੀ ਪਾਲਿਸੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ (ਕੰਪਨੀਆਂ) ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ ਅਤੇ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਕੋਣ ਹੈ:

ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ	ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ	ਪਾਲਿਸੀ-ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਂ	ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਘੇਰੇ ਹੇਠਲਾ ਵਿਅਕਤੀ	ਡਾਲਰ ਵਿੱਚ ਮੁੱਲ (ਜੇ LTCP ਹੈ)
ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ	ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ	ਪਾਲਿਸੀ-ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਂ	ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਘੇਰੇ ਹੇਠਲਾ ਵਿਅਕਤੀ	ਡਾਲਰ ਵਿੱਚ ਮੁੱਲ (ਜੇ LTCP ਹੈ)

ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਲਈ ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਟਿੱਪਣੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਲਈ, ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਲੀ ਸ਼ੀਟ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

14 ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

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

ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਿਆਂ ਲਈ ਸੰਜੁਰੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ:

- ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ;
- ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਖਾਤੇ ਸਬੰਧੀ ਨੋਟਿਸ ਲੈਣੇ; ਅਤੇ
- ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਖਾਤੇ ਸਬੰਧੀ ਸਾਰੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨੀ।

1. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
2. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਖਾਤੇ ਸਬੰਧੀ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
3. ਕੀ ਇਸ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਕੋਲ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ ਹੈ?
ਹਾਂ ਨ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ ਲਈ? _____
4. ਕੀ ਇਸ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਕੋਲ ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ ਹੈ?
ਹਾਂ ਨ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ ਲਈ? _____

ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ/ਜੱਥੇਬੰਦੀ

ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਈਮੇਲ ਪਤਾ
----------	----------

ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੀ ਡਾਕ ਦਾ ਪਤਾ

ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਅਤੇ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਸਟੇਟ ਨੂੰ ਮੁੜ-ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ:

ਕਾਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ, ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਉਹ ਲਾਗਤਾਂ ਵਸੂਲ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਇਸਨੇ ਐਸਟੇਟ ਰਿਕਵਰੀ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 ਅਤੇ ਚੈਪਟਰ 182-527 WAC) ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਐਸਟੇਟ ਤੋਂ ਮੈਡੀਕਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਕਿਸਮਾਂ ਲਈ ਕੀਤਾ ਸੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡੇ ਪਿੱਛੇ ਰਹਿ ਗਏ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਦੀ ਮੌਤ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਜਿਉਂਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਉਮਰ 21 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਹੋਣ ਤੱਕ ਐਸਟੇਟ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ। ਇਹ ਵਸੂਲੀ ਉਸ ਸਮੇਂ ਵੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਵੇਲੇ ਜਿਉਂਦਾ ਬੱਚਾ ਨੇਤਰਹੀਣ/ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪਾਰਜ) ਹੈ। ਵਸੂਲੀ ਵਾਲੀਆਂ ਲਾਗਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ:

Washington Apple Health ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ, ਜੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 55 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਹੈ;

ਸਿਰਫ ਸਟੇਟ ਦੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਹੜੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ।

WAC 182-527-2742 ਹੇਠ ਤੁਸੀਂ ਲਾਗਤ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। WAC 182-527-2746 ਹੇਠ ਤੁਸੀਂ ਵਸੂਲੀ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰੱਖੇ ਗਏ ਅਸਾਇਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਰਸਿੰਗ ਸਹੂਲਤ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸਟੇਟ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਮਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਸਲ ਜਾਇਦਾਦ 'ਤੇ ਮੌਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੱਕ-ਰਖਾਈ ਵੀ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ (WAC 182-527-2734), ਸਟੇਟ ਸੰਪਤੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਐਸਟੇਟ ਵੇਚਕੇ ਵਸੂਲੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ:

- ਤੁਹਾਡਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ;
- ਤੁਹਾਡੇ ਭੈਣ-ਭਰਾ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੇ, ਸਹਿ-ਮਾਲਕ ਨਹੀਂ ਹਨ ਅਤੇ ਕੁਝ ਸਰਤਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ।
- ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ ਅਤੇ ਨੇਤਰਹੀਣ/ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪਾਰਜ) ਨਹੀਂ ਹੈ; ਜਾਂ
- ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ ਅਤੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ WAC 182-527-2734 ਵਿੱਚ ਮੌਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੱਕ-ਰਖਾਈ ਹੇਠ ਲਾਗਤ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਹੱਕ ਅਤੇ ਸਹਿਯੋਗ ਸੌਂਪਣੇ:

ਤੁਸੀਂ ਸਮਝਦੇ ਹੋ ਕਿ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ **Washington Apple Health** ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਨੂੰ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਸੌਂਪਦੇ ਹੋ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਹੋਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬਿਲਿੰਗ ਕਰੇਗਾ, ਜੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚੇ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੈ (ਇਹ ਇੱਕ ਸਾਬਕਾ ਪਤੀ ਜਾਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੀ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸਦੇ/ਜਿਹਨਾਂ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੇ)। ਉਸ ਬੀਮਾ ਪਲਾਨ ਦਾ ਗਾਹਕ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਉਸ ਪਲਾਨ ਵਲੋਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਰ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਖਤਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ, ਸਾਨੂੰ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਨਾ ਰੱਖਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕੋ।

ਸਲਾਨਾ ਰਕਮ ਸਬੰਧੀ ਖੁਲਾਸਾ:

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਦੀ ਸਲਾਨਾ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਦਿਲਚਸਪੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ **Washington Apple Health (Medicaid)** ਦੇ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੇ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਲਾਨਾ ਰਕਮ ਦੇ ਬਾਰੇ ਰਹਿੰਦੇ ਲਾਭ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਦਾ ਨਾਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨੀ ਸੁਣਵਾਈ ਸਬੰਧੀ ਹੱਕ:

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਜਾਂ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ, ਸਾਡੇ ਵਲੋਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਅਮਲ ਰਾਹੀਂ ਫੈਸਲੇ ਖਿਲਾਫ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਆਪਣੇ ਹੱਕ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪਾਏ ਬਿਨਾ ਵਿਵਾਦ ਵਾਲੇ ਫੈਸਲੇ ਜਾਂ ਕਾਰਵਾਈ ਦਾ ਜਾਇਜ਼ਾ ਲੈਣ ਲਈ ਸੁਪਰਵਾਈਜ਼ਰ ਅਤੇ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਨੂੰ ਵੀ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਜਾਂ ਨਵਿਆਉਣ ਲਈ ਮੇਰੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਇਹ ਠੀਕ ਹੈ, ਲਈ ਫੈਡਰਲ ਅਤੇ ਸਟੇਟ ਦੇ ਅਫ਼ਸਰ ਇਸਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨਗੇ। ਮੈਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਦੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ (HCA) ਅਤੇ ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ (DSHS) ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਮਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਟੀਕਤਾ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸਾਸੇ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ HCA ਅਤੇ DSHS ਪੜਤਾਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਅਸਾਸੇ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦੇ ਅਮਲ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮਾਲੀ ਸੰਸਥਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਅੰਤਮ ਅਣਸੁਖਾਵਾਂ ਫੈਸਲਾ ਹੋਣ, ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਖਤਮ ਹੋਣ ਵੇਲੇ ਇਹ ਅਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮਾ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿ ਮੈਂ HCA ਜਾਂ DSHS ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਨੋਟਿਸ ਦੇਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਸ ਅਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮੇ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। ਜੇ ਮੈਂ ਅਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਣ ਨੂੰ ਰੱਦ ਜਾਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ **Washington Apple Health** ਬੁਢੇਪਾ, ਨੇਤਰਹੀਣ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪਾਰਜ) (SSI-ਸੰਬੰਧਿਤ) ਸਬੰਧੀ ਮੈਡੀਕੇਡ (Medicaid) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਹੋਵਾਂਗੀ।

ਅਸਾਸੇ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਜਾਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਨਾਲ ਬਜ਼ੁਰਗ ਬਾਲਗਾਂ ਲਈ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਤਿਆਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸਹਾਇਤਾ (TSOA) ਦੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ।

ਵਿਭਾਗ ਵੇਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਆੱਟੋਮੈਟਿਕ ਵੇਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਈ 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 ਵੇਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਲਈ ਮਦਦ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਾਂਗੇ। ਮਦਦ ਲੈਣ ਜਾਂ ਨਾ ਲੈਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਤੁਹਾਡਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਵੇਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਇਕੱਲਿਆਂ ਵੀ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵੋਟ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਵੋਟ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ, ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਜਾਂ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਦੀ ਨਿੱਜਤਾ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਖੁਦ ਦੀ ਸਿਆਸੀ ਪਾਰਟੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਿਆਸੀ ਤਰਜੀਹ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਨੇ ਦਖਲਅੰਦਾਜ਼ੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, email Election@sos.wa.gov 'ਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ 1-800-448-4881 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

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

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

ਜਦ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ "ਨਹੀਂ" 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਨਹੀਂ ਲਾਉਂਦੇ, ਤੁਸੀਂ ਆੱਟੋਮੈਟਿਕ ਵੇਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਆੱਟੋਮੈਟਿਕ ਵੇਟਰ 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-ਤਾਰੀਖ, ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸੱਚਾਈ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਆੱਟੋਮੈਟਿਕ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ "ਹਾਂ" ਵਾਲੇ ਖਾਨੇ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਉਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਦੋਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਖਾਨੇ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਨਹੀਂ ਲਾਉਂਦੇ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਵੇਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਯੋਗਤਾ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ DSHS ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੈਕੂਰਿਟੀ ਆਂਡ ਸਟੇਟ ਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਭੇਜੇਗੀ ਅਤੇ ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋ ਜਾਓਗੇ। ਟਿੱਪਣੀਆਂ ਸਾਂਝੀਆਂ ਕਰਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਲਈ, ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਸ਼ੀਟ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

ਟਿੱਪਣੀਆਂ ਸਾਂਝੀਆਂ ਕਰਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਲਈ, ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਸ਼ੀਟ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

ਮੈਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ। ਵਾੱਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਹੇਠ ਝੂਠੀ ਗੁਆਹੀ ਦੀ ਸਜ਼ਾ ਤਹਿਤ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਮੇਰੀ ਬਿਹਤਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚੀ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਮੁਕੰਮਲ ਹੈ।

ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਤਾਰੀਖ

ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਤਾਰੀਖ

ਨਾਬਾਲਗ਼ ਕਲਾਇੰਟ ਬੱਚੇ ਲਈ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਤਾਰੀਖ

ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਤਾਰੀਖ