

Aplikasyon ng Washington Apple Health para sa Matanda, Bulag, Baldado/Pangmatagalang Saklaw ng Pangangalaga

Washington Apple Health Application for Aged, Blind, Disabled /Long- Term Care Coverage

<p>Gamitin ang aplikasyon na ito upang tingnan kung anong saklaw sa pangangalaga ng kalusugan ka nararapat kung:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kailangan mong mag-aplay para sa Mga Serbisyo ng Pangmatagalang Pangangalaga (pangangalaga sa tahanan ng pag-aalaga, tinutulungang pasilidad ng pamumuhay, tahanan ng matandang pamilya o mga programa ng pangangalaga sa tahanan) • Ikaw o sinuman sa iyong sambahayan ay edad 65 o higit pa • Ikaw o sinuman sa iyong sambahayan ay may Medicare • Nangangailangan ka ng tulong sa pagbabayad ng Medicare premiums o mga gastos sa coinsurance • Ikaw o sinuman sa iyong sambahayan ay may kapansanan <p>Puna: Kung kailangan mong mag-aplay para sa medical ng pamilya, mga anak, pagbubuntis o medikal ng bagong magulang makipag-ugnay sa Healthplanfinder sa: www.wahealthplanfinder.org o tumawag sa 1-855-923-4633</p>
<p>Mag-aplay ng mas mabilis sa online</p>	<p>Maari mong isumite ang online na aplikasyon sa www.washingtonconnection.org</p>
<p>Impormasyon na kailangan mong ibigay:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mga numero ng social security • Mga petsa ng kapanganakan • Istado ng imigrasyon • Impormasyon ng kita • Impormasyon ng mapagkukunan (tulad ng mga balanse ng bank account, stock, bono, trust, account ng pagreretiro)
<p>Bakit kami humingi ng napakaraming impormasyon?</p>	<p>Humihingi kami ng impormasyon upang matukoy kung anong saklaw ng pangangalagang pangkalusugan ang kualipikado ka. Pinananatili naming pribado ang impormasyong iyong ibinibigay ayon sa hinihiling ng batas.</p>
<p>Ipadala ang iyong nakumpleto at pinirmahang aplikasyon sa:</p>	<p>Para sa nakabatay-sa-kapansanan na Washington Apple Health, saklaw ng Refugee at saklaw para sa mga matatandang 65+, at mga programa na tumutulong sa pagbabayad ng mga premium at gastos ng Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ipadala ang iyong aplikasyon sa: DSHS Community Services Division - Customer Service Center PO Box 11699, Olympia, WA 98411-6699 • I-fax ang iyong aplikasyon sa 1-888-338-7410 • Dalhin ang iyong aplikasyon sa isang lokal na Tanggapan ng mga Serbisyo sa Komunidad (CSO). Tingnan ang www.dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office para sa mga lokasyon. • Mag-aplay ng online sa www.washingtonconnection.org • Mga Tanong? Tumawag sa 1-(-877)-501-2233. <p>Para sa saklaw ng pangmatagalang pangangalaga tulad ng pangangalaga sa tahanan ng pag-aalaga, personal na pangangalaga ng kalusugan sa tahanan, tinutulungang pasilidad ng pamumuhay at mga programa sa tahanan ng matandang pamilya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ipadala ang iyong aplikasyon sa: DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826 • I-fax ang iyong aplikasyon sa 1-855-635-8305 • Dalhin ang iyong aplikasyon sa tanggapan ng lokal na mga Serbisyo sa Tahanan at Komunidad (HCS). Tingnan ang http://www.dshs.wa.gov/altsa/resources para sa mga lokasyon. • Mag-aplay ng online sa www.washingtonconnection.org • Mga Tanong? Para maghanap ng lokal na tanggapan ng HCS tingnan ang http://www.dshs.wa.gov/altsa/resources

Mga Karapatan at Responsibilidad ng Saklaw sa Pangangalaga ng Kalusugan

Ang iyong mga karapatan (dapat sa amin) para sa mga programang saklaw ng pangangalaga sa kalusugan

Tulongan kang basahin at punan ang lahat ng hiniling na mga form. Maari kang makipag-ugnay sa Department of Social and Health Services (DSHS) sa 1-800-737-0617 para sa tulong.

Magbigay ng mga serbisyong tagasalin o traduktor na walang gastos sa iyo at walang pagkaantala kapag nakikipag-ugnayan sa DSHS o sa Health Care Authority (HCA).

Papanatiliing pribado ang iyong personal na impormasyon ngunit maari naming ibahagi ang ilang impormasyon sa ibang estado at pederal na ahensya para sa mga layuning pagiging dapat at pagpapatala.

Bigyan ka ng pagkakataon na mag-apela kung hindi ka sumasang-ayon sa isang pagpapasiya na ginawa ng DSHS o HCA na nakakaapekto sa iyong pagiging karapat-dapat para sa pagkakasaklaw sa kalusugan, pangmatagalang mga serbisyo at suporta (LTSS), o isang planong pangkalusugan. Kung humingi ka ng apela, susuriin ang iyong kaso. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela sa mga programa ng DSHS, maaari kang makipag-ugnay sa Sentro ng Kontak ng Serbisyo ng Kustomer ng DSHS sa 1-877-501-2233 o bisitahin ang iyong lokal na Tanggapan ng mga Serbisyong Pangkomunidad.

Kung para sa isang desisyon sa saklaw ng Washington Apple Health ang apela, na hindi nalutas sa isang pagsusuri ng kaso, mai-iskedyul ka sa isang Administratibong Pagdinig.

Tratuhin ka ng patas. Labag sa batas ang pagtatangi. Sumusunod ang DSHS sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nagtatangi sa batayan ng lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian. Hindi nagbubukod ang DSHS ng mga tao o tinatrato ang mga ito sa ibang paraan dahil sa kanilang lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian.

Sumusunod din ang DSHS sa mga naaangkop na batas ng estado at hindi nagtatangi sa batayan ng pananampalataya, kasarian, pagpapahayag ng kasarian o pagkakakilanlan, sekswal na oryentasyon, istado tungkol sa kasal, relihiyon, marangal inalis na beterano o istado sa militar, o ang paggamit ng isang sinanay na aso na gabay o pangserbisyo na hayop ng isang tao na may kapansanan.

DSHS at HCA:

- Libreng mga tulong at serbisyo sa mga taong may mga kapansanan upang epektibong makipag-usap sa amin, tulad ng:
 - Kualipikadong mga tagapagsalin ng senyas na wika
 - Nakasulat na impormasyon sa ibang mga ayos (malaki ang limbag, audio, naa-access na elektronikong ayos, iba pang mga ayos)
- Nagbibigay ng libreng serbisyo sa wika sa mga tao na hindi Ingles ang pangunahing wika, tulad ng:

- Kualipikadong mga tagapagsalin
- Impormasyong nakasulat sa ibang mga wika

Kung kailangan mo ng mga serbisyong ito, makipag-ugnay sa 1-877-501-2233.

Kung naniniwala ka na nabigong ibigay ang mga serbisyong ito ang DSHS o HCA o nagtangi sa ibang paraan, maari kang mag-file ng karaingan sa:

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

Maaari kang magsampa ng karaingan ng personal o sa pamamagitan ng telepono, koreo, fax, o email. Kung kailangan mo ng tulong sa pag-file ng isang karaingan, magagamit upang makatulong sa iyo ang Pang-constituent na mga Serbisyo ng DSHS o Dibisyon ng Legal na mga Serbisyo ng HCA.

Maaari ka ring magsampa ng karaingan sa karapatang pambayan sa U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ng elektronikong sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o sa pamamagitan ng koreo o telepono sa:

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)
Magagamit ang mga form ng karaingan sa www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Ang Iyong Mga Responsibilidad (dapat sa iyo) para sa mga programang saklaw ng pangangalaga sa kalusugan

Pagsisiwalat sa Katayuan ng SSN at Imigrasyon. Kasama ng ilang eksepsiyon, dapat kang magbigay ng Social Security Number (SSN) o ng iyong numero ng dokumento ng imigrasyon o sinuman sa iyong sambahayan na gustong mag-aplay para sa saklaw ng pangangalagang

pangkalusugan. Kinakailangan ang isang SSN upang mag-aplay para sa mga kredito sa buwis ng premium ng seguro sa kalusugan. Ginagamit namin ang impormasyong ito upang matukoy ang iyong pagiging karapat-dapat sa pamamagitan ng pagkumpirma ng iyong pagkakakilanlan, pagiging mamamayan, katayuan sa imigrasyon, petsa ng kapanganakan, at pagkakaroon ng iba pang saklaw ng pangangalagang pangkalusugan. Hindi namin ibinabahagi ang impormasyong ito sa anumang ahensiya ng imigrasyon.

Maaaring mag-aplay para sa pagkakasaklaw para sa ilang miyembro ng iyong sambahayan, ngunit hindi ang iba. Kung wala kang SSN o numero ng dokumento ng imigrasyon para sa lahat ng miyembro ng sambahayan, maaari pa ring mag-aplay ang iba at makakuha ng pagkasaklaw. Halimbawa, maaari kang mag-aplay para sa iyong anak kahit na hindi ka karapat-dapat para sa pagsaklaw. Hindi makakaapekto sa iyong katayuan sa imigrasyon o mga pagkakataon na maging isang permanenteng residente o mamamayan ang pag-aplay.

Mayroon ding mga programa ng Washington Apple Health para sa mga taong hindi mapatunayang legal na nasa bansa. Ngunit kung pipiliin mong huwag magbigay ng SSN o numero ng dokumento ng migrante para sa isang tao sa iyong sambahayan, kakailanganin naming sundan ka upang makakuha ng impormasyon tungkol sa kita ng hindi aplikante.

Kung hiniling ng ahensiya, magbigay ng anumang impormasyon o patunay na kinakailangan upang magpasiya kung karapat-dapat ka.

Mga bagay na dapat mong malaman para sa mga programang saklaw ng pangangalaga sa kalusugan

Mayroong ilang mga batas ng estado at pederal na namamahala sa pagpapatakbo ng Washington Connection at pinapangasiwaan ng estado na mga sistema ng aplikasyon, ang iyong mga karapatan at responsibilidad bilang gumagamit ng mga ito at ang makukuha mong pagkakasaklaw mula sa paggamit ng mga ito. Sa pamamagitan ng paggamit ng mga sistemang ito, sumasang-ayon ka na sumunod sa mga batas na nalalapat sa gumagamit ng mga ito at ang makukuha nilang pagkakasaklaw bilang resulta.

Inuutos ng **Batas ng Pambansang Pagpaparehistro ng Botante ng 1973 (National Voter Registration Act of 1973)** sa lahat ng estado na magbigay ng tulong sa botante sa pagpaparehistro sa pamamagitan ng kaniang mga tanggapan para sa tulong sa publiko. Hindi makaaapekto sa mga serbisyo o benepisyo na ibibigay sa iyo ng ahensiyang ito ang pag-aaplay upang magparehistro o pagtanggap na magparehistro upang makaboto. Maaari kang magrehistro para bomoto sa www.vote.wa.gov o mag-order ng mga form sa pagrerehistro ng botante sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-448-4881.

Ang Batas ng Kagaanan at Pananagutan ng Seguro ng Kalusugan (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ay humahadlang sa HCA at DSHS mula sa pagtalakay ng iyong impormasyong pangkalusugan o sinumang miyembro ng iyong sambahayan sa sinuman, kasama ang awtorisadong kinatawan, maliban kung may awtorisasyon (power of attorney) ang taong iyon o pumirma ka sa form ng pahintulot na nag-aawtorisa sa pagsisiwalat ng impormasyong ito. Kabilang dito ang pagsisiwalat ng impormasyon sa kalusugan ng pag-iisip, mga resulta sa pagsusuri ng HIV, AIDS at STD, o paggamot at mga serbisyo sa pagkasugapa sa kemikal.

Hinahadlangan ng **Batas ng Abot-kayang Pangangalaga** ang DSHS at HCA sa pagbibigay ng iyong personal na nakikilalang impormasyon (PII) o sinumang miyembro ng iyong sambahayan sa sinuman na hindi pinahintulatang tumanggap nito, at wala ang iyong pagpayag.

Sasailalim sa pagpapatunay ng mga opisyal ng pederal at estado **ang impormasyong ibinibigay mo sa DSHS at HCA** para sa mga layunin ng pagtukoy sa iyong pagiging karapat-dapat para sa saklaw ng pangangalagang pangkalusugan. Maaaring kasama sa pagpapatunay ang follow-up sa mga kontak mula sa mga kawani ng ahensiya.

Hindi mananagot ang HCA at DSHS para sa pamamahala ng iyong plano sa segurong pangkalusugan. Makapagbibigay sa iyo ng karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga benepisyo ang iyong tagapagdalala ng seguro sa kalusugan. **Kung mayroon kang mga katanungan tungkol sa mga tuntunin ng iyong plano sa segurong pangkalusugan, kabilang ang mga benepisyo na karapat-dapat sa iyo, at pag-claim ng benepisyo o pag-apela sa pagtanggap ng mga benepisyo, dapat kang makipag-ugnay sa iyong tagadala ng segurong pangkalusugan.**

Maaari kang mag-aplay para sa mga serbisyo ng pagpapatupad ng suporta sa pamamagitan ng Division of Child Support (DCS).

Upang kumuha ng aplikasyon para sa mga serbisyo ng ito, pumunta sa www.childsupportonline.wa.gov o makipag-ugnay sa iyong lokal na tanggapan ng DCS.

Ang iyong mga karapatan (dapat sa amin) para lamang sa Washington Apple Health

Ipaliliwanag sa iyo ang iyong mga karapatan at pananagutan kapag hiniling mo.

Papayagan kang magsumite ng partial na aplikasyon na kinabibilangan sa pinakamababa, ang iyong pangalan, address, at lagda o ang lagda ng awtorisadong kinatawan ng aplikante. Ang araw na makuha namin ang partial na aplikasyon ay ang petsa ng iyong aplikasyon, na maaaring makaapekto kapag magiging epektibo ang iyong pagkasaklaw. Hindi kami gagawa ng pangwakas na desisyon tungkol sa iyong saklaw hanggang pagkatapos mong makumpleto ang aplikasyon. **Payagan kang magsumite ng aplikasyon o partial na aplikasyon** gamit ang anumang paraan na nakalista sa WAC 182-503-0005.

Iproseso ang iyong aplikasyon kaagad at hindi lalampas sa mga takdang panahon na inilarawan sa WAC 182-503-0060.

Bigyan ka ng 10 araw sa kalendaryo upang magbigay ng impormasyong kailangan namin upang matukoy ang pagiging karapat-dapat. Kung humingi ka ng mas maraming oras, bibigyan ka namin ng mas maraming oras. Kapag hindi mo ibigay sa amin ang impormasyon o humingi ng mas maraming oras, maaari naming tanggihan, isara, o palitan ang iyong saklaw sa pangangalagang pangkalusugan.

Tulongan ka kung may problema ka sa pagkuha ng anumang impormasyon o patunay na kinakailangan para sa amin upang magpasiya kung karapat-dapat ka. Kung kailangan namin ang isang dokumento na dapat mong bayaran, ipapadala namin at babayaran.

Ipaalam sa iyo, sa kadalasan, nang hindi bababa sa 10 araw bago namin ihinto ang iyong saklaw sa pangangalagang pangkalusugan.

Bigyan ka ng nakasulat na desisyon, sa karamihang mga kaso, sa loob ng 45 araw. Maaaring umabot ng hanggang

60 araw ang saklaw ng pangangalagang pangkalusugan para sa ilang mga kaso ng kapansanan. Magbibigay kami ng nakasulat na desisyon sa medikal ng pagbubuntis sa loob ng 15 araw.

Papayagan kang tumanggi na makipag-usap sa isang imbestigador kung susuriin namin ang iyong kaso. Hindi mo kailangang papasukin ang imbestigador sa iyong bahay. Maaari mong hilingin sa imbestigador na bumalik sa ibang pagkakataon. Hindi makakaapekto sa iyong pagiging karapat-dapat ang ganitong kahilingan para sa saklaw ng pangangalagang pangkalusugan.

Ipagpatuloy ang saklaw ng Washington Apple Health habang nagpapasya kami kung karapat-dapat ka sa isa pang programa alinsunod sa WAC 182-504-0125.

Bigyan ka ng pantay na mga serbisyo ng pag-access tulad ng inilarawan sa WAC 182-503-0120 kung karapat-dapat ka.

Ang iyong mga responsibilidad (dapat sa iyo) para lamang sa Washington Apple Health

Iulat ang mga pagbabago bilang kinakailangan sa WAC 182-504-0105 at WAC 182-504-0110 sa loob ng 30 araw mula sa pagbabago. Basahin ang iyong sulat sa pag-apruba upang tingnan kung anong mga pagbabago ang dapat mong iulat.

Kumpletuhin ang pag-renew kapag hiniling.

Magbigay ng impormasyon ng mga medikal na provider na kailangan upang singilin kami para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.

Mag-aplay para sa Medicare kung may karapatan ka dito.

Makipagtulungan sa Kasiguruhan sa Kalidad na kawani kapag hiniling.

Mag-apaly para sa at gumawa ng may sapat na dahilang pagsisikap upang kumuha ng potensyal na kita mula sa ibang mapagkukunan kung humiling o tumanggap ka ng saklaw ng Washington Apple Health.

Mga bagay na dapat mong malaman para lamang sa Washington Apple Health

Sa pamamagitan ng pagtatanong at pagtanggap ng Washington Apple Health, binibigyan mo ang estado ng Washington ng lahat ng mga karapatan sa anumang medikal na suporta at sa anumang mga pagbabayad ng third party para sa pangangalagang pangkalusugan.

Maaaring ibahagi ng Ahensiya ang kasaysayan ng pagbabakuna ng iyong anak sa Sistema ng Pagsubaybay sa Profile ng Pagbabakuna ng Bata.

Maaaring ibigay sa DSHS ang **impormasyon na iyong iniulat** upang matukoy ang pagiging karapat-dapat at buwanang benepisyo para sa mga programa tulad ng saklaw sa pangangalagang pangkalusugan, tulong sa salapi, tulong sa pagkain at mga subsidyo sa pangangalaga ng bata.

Sang-ayon sa batas, maaaring bawiin ng Estado ng Washington ang mga gastos na binayaran para sa ilang uri ng mga serbisyong medikal mula sa iyong ari-arian sa pamamagitan ng Estate Recovery (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, at Chapter 182-527 WAC). Hindi mangyayari ang Estate Recovery hanggang pagklatapos ng iyong kamatayan, ang pagkamatay ng iyong nabubuhay na asawa, at ang iyong mga anak na nabuhay ay edad 21 o mas matanda. Hindi rin ito mangyayari kung bulag/may kapansanan ang isang nabubuhay na bata sa oras ng iyong kamatayan. Kabilang sa babawiing mga gastos:

- Ang ilang mga pang-matagalang serbisyo at suporta ng Washington Apple Health, kung edad 55 ka o mas matanda sa oras na natanggap mo ang mga serbisyo;
- Ang ilang mga serbisyong pinondohan ng estado lamang, anuman ang iyong edad sa oras na natanggap mo ang mga serbisyo.

Makikita mo ang listahan ng mga serbisyo na napapailalim sa pagbawi ng gastos sa ilalim ng WAC 182-527-2742.

Makikita mo ang listahan ng mga ari-arian na ibinukod mula sa pagbawi sa ilalim ng WAC 182-527-2746.

Maaari ding mag-file ng pre-death na prenda ang Estado sa iyong mga ari-arian, sa anumang edad, kung ma-institutionalize ka ng permanente (WAC 182-527-2734). Maaaring bumawi mula sa pagbebenta ng ari-arian, o iyong ari-arian ang Estado, maliban kung:

- Nakatira sa ari-arian ang iyong asawa;
- Isang co-owner ang iyong kapatid na nakatira sa ari-arian, at nakakatugon sa ilang mga kundisyon.
- Nakatira ang iyong anak sa ari-arian, at bulag/may kapansanan ito; o
- Nakatira ang iyong anak sa ari-arian, at wala pang edad na 21.

Makikita mo ang listahan ng mga serbisyo na napapailalim sa pagbawi ng gastos sa ilalim ng prenda ng pre-death sa WAC 182-527-2734.

Maaari kang limitado sa isang provider ng pangangalagang pangkalusugan, pampasya, at/o ospital kung naghahanap ka ng mga hindi kinakailangang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan mula sa mga provider.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Amharic] የጽንዖት አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነድ-ትንተና ሰጪ አገልግሎት፡፡ 1-877-501-2233 (TRS: 711) ይደውሉ፡፡

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-877-501-2233 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-501-2233 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ບໍລິໂພນໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-877-501-2233 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. با شماره 1-877-501-2233 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨੁਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-877-501-2233 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓደሱ ናይ ጽንዖት ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ፡፡ ብ 1-877-501-2233 (TRS: 711) ደውሉ፡፡

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711).

Aplikasyon ng Washington Apple Health para sa Matanda, Bulag, Baldado/Pangmatagalang Saklaw ng Pangangalaga

Pangalan ng Aplikante at Impormasyon ng Kontak			
1. Pangalan	Pangitnang Inisyal	Apilyado	2. ACES numero ng Client ID
Lagda ng Aplikante o Awtorisadong Kinatawan (Kailangan) _____			
3. Address Kung Saan Ka Nakatira			
Bansa	Lungsod	Estado	Zip code
4. Address para sa Koreo (kung Iba)			
Bansa	Lungsod	Estado	Zip Code
5. Pangunahing Numero ng Telepono <input type="checkbox"/> Selpon <input type="checkbox"/> Tahanan <input type="checkbox"/> Trabaho			
6. Sekondaryang Numero ng Telepono <input type="checkbox"/> Selpon <input type="checkbox"/> Tahanan <input type="checkbox"/> Trabaho			
7. Email Address			
Kung nakatira sa isang pasilidad, ilaran ang pangalan at address ng pasilidad, kung hindi katulad sa itaas:			
8. Pangalan ng Pasilidad			
9. Address ng Pasilidad			
Bansa	Lungsod	Estado	Zip Code
Inaaplayang mga Programa:			
10. Ako, ang aking asawa, o sinuman sa aking sambahayan ay nag-aaplay para sa:			
<input type="checkbox"/> Saklaw ng Pangangalagang Pangkalusugan para sa Matanda, Bulag, o Baldado	<input type="checkbox"/> Pangangalagang Pangkalusugan para sa mga Manggagawang may kapansanan (Workers with Disabilities, HWD)		
<input type="checkbox"/> Programa ng Medicare Savings	<input type="checkbox"/> Tinutulungang Pasilidad ng Pamumuhay/Tahanan ng Matandang Pamilya		
<input type="checkbox"/> Mga serbisyo ng pangangalaga sa tahanan			
<input type="checkbox"/> Pangangalaga sa Tahanan ng Pag-aalaga			
Impormasyon ng Hindi Nabayarang Medikal na Singil			
11. Ikaw ba o sinuman na iniaaplay mo para sa pangangailangang tulong na nagbabayad para sa mga hindi nabayarang mga singil sa medikal na natamo sa alinman sa 3 buwan bago ang kasalukuyang buwan? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo Kung oo, itala kung sino: _____			



Impormasyon ng Wika

12. Kailangan ko ng tagapagsalin. Nagsasalita ako ng: _____ o lagdaan; isalin ang aking mga sulat sa: _____

Impormasyon Tungkol Sa Iyong Pamilya

13. Ilista ang lahat sa iyong sambahayan kahit na hindi ka nag-aaplay para sa kanila (maglakip ng karagdang pahina, kung kinakailangan).

					Opsyonal para sa mga Hindi-Aplikante			
Pangalan (Pangalan, Gitna, Apilyedo)	Kasarian	Paano nauugnay ang tao na ito sa iyo?	Petsa ng Kapanganakan	Suriin kung Gusto Mo ng Pagsaklaw para sa Tao na Ito	Numero ng Social Security	Lagyan ng tsek kung U.S. Citizen	Lahi (Tumingin sa mga Halimbawa sa Ibaba)	Pangalan ng Tribo (Para sa mga Amerikanong Indiyano, Mga Katutubong Alaska)
		Sarili ko		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

I. Pangkalahatang Impormasyon

Hispanic o Latino ang aking etnikong kasaysayan: Oo Hindi

Boluntaryo ang impormasyon tungkol sa lahi at etniko. **Mga halimbawa ng lahi:** Puti, Itim o Amerikanong Aprikano, Asyano, Katutubong Hawayano, Taga-Isla Pasipiko, Amerikanong Indiyano, Katutubong Alaska, o anumang kumbinasyon ng mga lahi.

1. Sa nakaraang 30 araw, ako, ang aking asawa, o isang tao sa aking sambahayan ay nakatanggap ng saklaw ng pangangalagang pangkalusugan mula sa ibang estado, lipi o ibang pinagmulan? Oo Hindi
2. Ako, ang aking asawa, o isang tao sa aking sambahayan ay nakatanggap ng Supplemental Security Income (SSI) sa ibang estado?
 Oo Hindi Kung oo, sino? _____
3. Ako, ang aking asawa, o sinuman sa aking sambahayan ay may isponsor na dayuhan:
 Oo Hindi Kung oo, sino? _____
4. Ako, ang aking asawa, o sinuman sa aking sambahayan ay naglingkod sa Sandatahang Lakas ng U.S., Pambansang Guwardiya o mga Reserba o naging dependente o asawa ng isang nakapaglingkod: Oo Hindi Kung oo, sino?

5. Mayroon akong isang umaasa sa buwis na hindi ko pa naisama sa aking aplikasyon na hindi ko kasama sa tirahan?
 Oo Hindi Kung oo, ilarang (mga) pangalan ng umaasa sa buwis _____
6. Ako ay: Walang asawa May asawa na naninirahan kasama ng kapareha May asawa na naninirahang hindi kasama ang kapareha Diborsiyado Biyudo Nasa Rehistradong Pagsasama sa Tahanan Legal na hiwalay

II. Naipong Kita (Maglakip ng Patunay)

1. Ako, ang aking asawa, o sinuman na iniaaplay ko ay may kita sa trabaho? Oo Hindi Kung oo, mangyaring kumpletuhin ang seksyon na ito. **Puna:** Ang mga Amerikanong Indiyano/Katutubong Alaska ay hindi kailangang mag-ulat ng ilang kita kabilang ang: Mga Korporasyon ng Katutubong Alaska at Settlement Trust; distribusyon mula sa ari-ariang trust; mga distribusyon at pagbabayad mula sa pangngisda, pagkuha ng likas na yaman at pag-aani; mga distribusyon mula sa pagmamay-ari ng mga likas na yaman at mga pagpapabuti; mga pagbabayad mula sa pagmamay-ari ng mga bagay na may natatanging relihiyoso, espirituwal, tradisyonal, o kultural na kabuluhan ayon sa Batas ng Tribo o kaugalian; at pinansiyal na tulong sa estudyante mula sa mga programa sa edukasyon ng Bureau of Indian Affairs.

2. Sino ang nakaipon sa kita na ito: _____	Kabuuang natanggap na halaga (Halaga ng dolyar bago ang pagbabawas)
Pangalan ng Employer at Numero ng Telepono	\$ _____ bawat: <input type="checkbox"/> Oras <input type="checkbox"/> Linggo <input type="checkbox"/> Dalawang linggo <input type="checkbox"/> Dalawang beses bawat buwan <input type="checkbox"/> Buwan
Petsa ng Umpisa	Oras bawat linggo: _____
Self-Employment ba ang trabaho na ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Mga petsa ng pagbabayad (hal. 1 st at 15 th , o bawat Biyernes): _____
3. Sino ang nakaipon sa kita na ito: _____	Kabuuang natanggap na halaga (Halaga ng dolyar bago ang pagbabawas)
Pangalan ng Employer at Numero ng Telepono	\$ _____ bawat: <input type="checkbox"/> Oras <input type="checkbox"/> Linggo <input type="checkbox"/> Dalawang linggo <input type="checkbox"/> Dalawang beses bawat buwan <input type="checkbox"/> Buwan
Petsa ng Umpisa	Oras bawat linggo: _____
Self-Employment ba ang trabaho na ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Mga petsa ng pagbabayad (hal. 1 st at 15 th , o bawat Biyernes): _____

III. Iba Pang Kita (Gamitin para sa Lahat ng Miyembro ng Sambahayan) (Maglakip ng Katunayan)

1. Mga halimbawa ng iba pang kita ay:
- Suporta sa Bata o Maintenance sa Asawa
 - Mga benepisyong pang-edukasyon (Pautang sa estudyante, Mga grant, Trabaho-Pag-aaral) Kita sa Paglalaro
 - Mga Regalo (Suportang Cash/Gift Cards)
 - Mga interest/Dividendo
 - Trabaho at Industriya (L&I)
 - Mga benepisyo sa Riles
 - Kita sa Upa
 - Pagreretiro o Pensyon
 - Mga Kontrata sa Pagbebenta/Promissory Notes
 - Social Security
 - Supplemental Security Income (SSI)
 - Kita sa Tribo
 - Mga trust
 - Mga benepisyo ng kawalan ng Trabaho
 - Veteran Administration (VA) o Pang-militar na mga Benepisyo
 - Iba

2. Ilista ang ibang kita na natatanggap mo, ang iyong asawa, o sinuman na iyong iniaaplay:

Klase ng Hindi Naipon na Kita	Sino ang Kumita	Kabuoang Buwanang Halaga	Sino ang Kumita	Kabuoang Buwanang Halaga
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

3. Ako, ang aking asawa, o sinuman sa aking sambahayan ay tumatanggap ng kita mula sa annuity investment? Oo Hindi

Sino ang Nagmamay-ari ng Annuity	Kumpanya o Institusyon	Dami o Halaga	Buwanang Kita	Petsa ng Pagbili
		\$	\$	

IV. Mga Gastusin sa Pabahay (Maglakip ng patunay kung nag-aaplay para sa mga serbisyo ng LTC at ikaw ay may asawa)

Upa \$	Sangla \$	Renta ng Espasyo \$	Seguro ng mga May-ari ng Bahay \$	Buwis ng Ari-arian \$	Ibang mga Bayarin \$

Ang ibang tao o ahensiya, tulad ng tulong sa pananalapi na bahay, ay tumutulong sa akin na bayaran ang lahat o bahagi ng mga gastos na ito: Oo Hindi Kung oo, sino: _____

V. Mga pagbabawas						
1. Ako, ang aking asawa, o isa na iniaaplay ko o dapat na magbayad:						
			Buwanang Halaga:		Sino ang Magbabayad	
Pangangalaga sa umaasang matanda o bata			\$			
Iniutos ng hukoman na suporta sa bata			\$			
Mga bayarin sa tatanggap ng bayad			\$			
Mga bayarin sa pangangalaga			\$			
Mga bayarin sa abogado na iniutos ng hukuman			\$			
Mga paulit-ulit na gastusing medikal (kasama ang Medicare o ibang mga premium ng seguro na babayaran mo)			\$			
2. Ako, ang aking asawa, o sinuman na iniaaplay ko ay may utang na gastos sa medikal?						
Uri ng Gastos sa Medikal	Petsa ng Pagkuha	Halaga ng Inutang		Sino ang may Utang		
			\$			
			\$			
			\$			
3. Ako, ang aking asawa, o ang sinuman na iniaaplay ko ay may kapansanan at nagtatrabaho at may mga gastos na sumusuporta sa trabaho? Tinatawag ang mga ito na mga gastos sa trabaho na may kapansanan (IRWE). <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, ibigay ang halaga ng IRWE \$ _____						
VI. Pinagkukunan (Ilakip ang Katibayan) (Laktawan ang seksyon na ito kung nag-aaplay lamang para sa Pangangalagang pangkalusugan para sa Mga Manggagawa na may Kapansanan)						
<p>1. Ang pinagkukunan ay anumang pag-aari mo o binibili na maaring ibenta, kinalakal, o ginawang cash o pera na nasa iba. Hindi kabilang sa pinagkukunan ang personal na ari-arian tulad ng kasangkapan o damit. Mga halimbawa ng mga mapagkukunan ay:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cash • Mutual na mga pondo • Mga bahay, kabilang ang iyong tinitirhan • Seguro sa buhay • Mga checking account • Mga bono • Mga pondo ng libing • Mga plano sa prepaid na pagpapalibing • Mga savings account • Mga annuity • Condominium • Mga pondo sa kolehiyo • Mga CD • Mga trust • Lupain • Time-share • Money Market na account • IRA • Mga kontrata sa pagbebenta • Kagamitan sa negosyo • Mga bono ng savings • 401K • Mga gusali • Kagamitan sa sakahan • Mga bono • Pondo sa pagreretiro • Ari ng buhay • Alagang hayop 						
2. Itala ang mga pinagkukunan na pag-aari o bibilhin mo, ang iyong asawa, o sinuman na iyong iniaaplay:						
Uri ng Mapagkukunan	Sino ang May-ari	Lokasyon	Halaga	Sino ang May-ari	Lokasyon	Halaga
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
3. Ako, ang aking asawa, o sinuman na aking iniaaplay ay may mga sasakyan, trak, van, bilog, RV, trailer, o iba pang mga de motor na behikulo:						
Year (hal., 2010)	Make (hal., Ford)	Model (hal., Escort)	Lagyan ng Tsek kung Inuupahan	Lagyan ng tsek kung ginagamit para sa Medikal na mga Layunin	Halaga ng Inutang	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	

VII. Karagdagang Mga Tanong sa Mapagkukunan ng Pangmatagalang Pangangalaga (Kumpletuhin lamang kung nag-aaplay ka para sa mga serbisyo ng LTC)				
1. Ako, ang aking asawa, osinuman na iniaaplay ko ay nagmamay-ari o bibili ng bahay na pangunahing tirahan:				
Address ng ari-arian		Kasalukuyang Halaga (Ayon sa Assessor)	Halaga ng Pagkakautang sa Ari-arian	
		\$	\$	
		\$	\$	
2. Ako, ang aking asawa, o isa na aking iniaaplay ay nagbenta, nangalakal, namigay, o naglipat ng pinagkukunan sa lumipas na limang taon (kabilang ang ari-arian, trust, sasakyan, cash o mga buhay na ari-arian)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, kumpletuhin ang sumusunod: (maglakip ng karagdagang mga pahina, kung kinakailangan)				
Uri ng Mapagkukunan	Petsa ng Paglipat	Halaga ng Inilipat na Mapagkukunan	Kanino Ito Inilipat	
		\$		
		\$		
VIII. Seguro ng Pangmatagalang Pangangalaga (Hindi kailangan para sa Programa ng Medicare Savings)				
Ako/kami ay mayroong seguro ng pangmatagalang pangangalaga?		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Polisa ba ito ng kualipikadong LTC Partnership (LTCP)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
Kung oo, mangyaring ilista ang (mga) pangalan ng kumpanya ng seguro at kung sino ang saklaw ng polisa.				
Kumpanya ng Seguro	Numero ng polisa:	Pangalan ng Policy Holder	Saklaw na Tao	Halaga sa Dolyar (kung LTCP)
				\$
				\$
IX. Impormasyon ng Awtorisadong Kinatawan				
<p>Ang awtorisadong kinatawan ay sinumang may sapat na gulang na may kamalayan sa mga kalagayan ng sambahayan at pinahintulutan ng sambahayan na kumilos sa ngalan ng sambahayan para sa mga layunin ng pagiging karapat-dapat.</p> <p>Sa pamamagitan ng pagtatalaga ng awtorisadong kinatawan, binibigyan mo ng pahintulot ang iyong awtorisadong kinatawan na:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lagdaan ang aplikasyon para sa iyo; • Tumanggap ng mga paunawang may kaugnayan sa iyong aplikasyon at account; at • Kikilos para sa iyo para sa lahat ng mga bagay na may kaugnayan sa iyong aplikasyon at account. 				
1. Nagtatalaga ka ba ng awtorisadong kinatawan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi				
2. Gusto mo bang tumanggap ang iyong awtorisadong kinatawan ng mga paunawang nauugnay sa iyong aplikasyon at account? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi				
3. Mayroon bang legal na pangangalaga ang awtorisadong kinatawan na ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, sino: _____				
4. May power of attorney ba ang awtorisadong kinatawan na ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, sino: _____				
Pangalan/Organisasyon ng Awtorisadong Kinatawan				
Numero ng Telepono				
Address ng Koreo ng Awtorisadong Kinatawan				
E-mail Address				

X. Basahin ng Maingat Bago Lagdaan

Pagbayad sa Estado para sa Saklaw ng Pangangalagang Pangkalusugan at Pangmatagalang Pangangalaga:

Sang-ayon sa batas, maaaring bawiin ng Estado ng Washington ang mga gastos na binayaran para sa ilang uri ng mga serbisyong medikal mula sa iyong ari-arian sa pamamagitan ng Estate Recovery (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, at Chapter 182-527 WAC). Hindi mangyayari ang Estate Recovery hanggang pagklatapos ng iyong kamatayan, ang pagkamatay ng iyong nabubuhay na asawa, at ang iyong mga anak na nabubuhay ay edad 21 o mas matanda. Hindi rin ito mangyayari kung bulag/may kapansanan ang isang nabubuhay na bata sa oras ng iyong kamatayan. Kabilang sa babawiing mga gastos:

- Ang ilang pang-matagalang mga serbisyo at suporta ng Washington Apple Health, kung edad 55 ka o mas matanda sa oras na natanggap mo ang mga serbisyo;
- Ang ilang mga serbisyong pinondohan ng estado lamang, anuman ang iyong edad sa oras na natanggap mo ang mga serbisyo.

Makikita mo ang listahan ng mga serbisyo na napapailalim sa pagbawi ng gastos sa ilalim ng WAC 182-527-2742. Matatagpuan mo ang listahan ng mga ari-arian na ibinukod sa pagbawi sa ilalim ng WAC 182-527-2746.

Maaari ding mag-file ng pre-death na prenda ang Estado sa iyong mga ari-arian, sa anumang edad, kung ma-institutionalize ka ng permanente (WAC 182-527-2734). Maaaring bumawi mula sa pagbebenta ng ari-arian, o iyong ari-arian ang Estado, maliban kung:

- Nakatira sa ari-arian ang iyong asawa;
- Isang co-owner ang iyong kapatid na nakatira sa ari-arian, at nakakatugon sa ilang mga kundisyon.
- Nakatira ang iyong anak sa ari-arian, at bulag/may kapansanan ito; o
- Nakatira ang iyong anak sa ari-arian, at wala pang edad na 21.

Makikita mo ang listahan ng mga serbisyo na napapailalim sa pagbawi ng gastos sa ilalim ng prenda ng pre-death sa WAC 182-527-2734.

Pagtatalaga ng mga Karapatan at Kooperasyon:

Nauunawaan mo na nagtatalaga ka ng third party na mga pagbabayad para sa pangangalagang medikal sa Estado ng Washington kapag tumanggap ka ng saklaw ng Washington Apple Health. Nangangahulugan ito na sisingilin ng Estado ng Washington ang anumang iba pang plano ng seguro na legal na obligadong sumaklaw ng alinman sa iyong mga medikal na gastusin (maaaring ito ang plano ng seguro ng dating asawa o magulang na hindi mo na kasama sa tirahan). Maaaring makatanggap ang subscriber ng plano ng seguro na iyan ng impormasyon tungkol sa iyong mga medikal na gastusin na binabayaran ng planong iyon. Kung natatakot ka na maaari itong maglagay sa iyo o sa iyong mga anak sa panganib, maaari mong hilingin sa amin na huwag ipagpatuloy ang mga pagbabayad ng third party para sa pangangalagang medikal.

Pagsisiwalat ng Annuity:

Kung ikaw o ang iyong asawa ay may interes sa isang annuity at tinatanggap mo ang mga benepisyo ng Pang-matagalang Pangangalaga ng Washington Apple Health (Medicaid), dapat mong pangalanan ang Estado ng Washington bilang natitirang benepisyaryo ng annuity.

Mga Karapatan sa Administratibong Pagdinig:

Kung hindi ka sumasang-ayon sa isang desisyon na ginawa namin tungkol sa iyong saklaw sa pangangalagang pangkalusugan o mga serbisyo sa pangmatagalang pangangalaga, may karapatang kang mag-apela sa desisyon sa pamamagitan ng proseso ng administratibong pagdinig. Maaari mo ring hilingin sa isang superbisor at administrador na repasuhin ang pinagtatalunang desisyon o pagkilos nang hindi naaapektuhan ang iyong mga karapatan sa administratibong pagdinig.

Pagpaparehistro ng Botante

Nag-aalok ang Departamento ng mga serbisyo sa pagpaparehistro ng botante bilang kinakailangan ng National Voter Registration Act ng 1993.

Hindi makakaapekto sa mga serbisyo ang pag-aplay upang magparehistro o pagtanggap upang magparehistro para bumoto o halaga ng mga benepisyo na maaaring ibigay sa iyo ng ahensyang ito. Kung gusto mo ng tulong sa pagsagot sa form ng pagpaparehistro ng botante, tutulungan ka namin. Nasa iyo ang desisyon kung humingi o tumanggap ng tulong. Maaari mong punan ang form ng pagpaparehistro ng botante nang pribado. Kung naniniwala ka na may nakikialam sa iyong karapatang magparehistro o tumanggap magparehistro upang bumoto, sa iyong karapatan sa pagkapribado sa pagpasya kung magparehistro o mag-aplay sa pagpaparehistro upang bumoto, o ang karapatan na piliin ang iyong sariling partidong politikal o iba pang politikal na kagustuhan, maaari kang maghain ng reklamo sa: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)

Nais mo bang magparehistro upang bumoto o mag-update ng iyong pagpaparehistro ng botante? Oo Hindi

Kung hindi mo lagyan ng tsek ang alinman sa kahon, ikaw ay ituturing na nagpasya na hindi magparehistro upang bumoto sa pagkakataon na ito.

Pahayag at Lagda

Nabasa at naintindihan ko ang impormasyon sa aplikasyon na ito. Ipinahahayag ko, sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa ilalim ng mga batas ng Estado ng Washington, na ang impormasyong ibinigay ko sa aplikasyong ito, kabilang ang impormasyon tungkol sa pagkamamamayan at katayuan sa imigrasyon ng mga miyembro na nag-aaplay para sa mga benepisyo, ay totoo, tama, at kumpleto sa pinakamahusay kong kaalaman.

Lagda ng Aplikante o Awtorisadong Kinatawan

Petsa

Nakasulat na Pangalan ng Aplikante o Awtorisadong Kinatawan