

## Washington Apple Health 申请 老年人定制支持 (TSOA) 计划申请

### Washington Apple Health Application for Tailored Supports for Older Adults (TSOA)

<p>何谓 TSOA?</p>	<p>TSOA 是一项为免费照护家庭成员的照护者提供帮助的计划。如果您没有家庭成员帮助您, 该计划也能为您提供一些帮助。服务项目包括:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 临时照护或送餐到家。临时照护服务可雇人帮助您照护, 以便让您的照护者可以休息。</li> <li>• 医疗设备和物品, 例如洗澡椅或失禁用物品 (成人纸尿裤等)。</li> <li>• 教育培训, 如 Powerful Tools for Caregivers (照护者的强大工具) 培训。</li> <li>• 对照护者有帮助的一些服务, 如心理健康咨询或按摩疗法。</li> <li>• 若您没有家庭照护者, 可提供一些人员来帮助满足个人护理需求。</li> </ul>
<p>哪些人可获得 TSOA?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 年满 55 岁或以上。</li> <li>• 有一名家庭成员免费帮助照护您, 但照护者需要帮助; 或者</li> <li>• 您需要帮助, 但没有家庭成员经常为您提供帮助。</li> </ul>
<p>您可以填写此表格 或在线申请。</p>	<p>若要在线申请, 请访问 <a href="http://www.washingtonconnection.org">www.washingtonconnection.org</a></p>
<p>申请时需要提供的 信息: (若您已婚, 请同时 提供配偶的相关 信息。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 社会安全号码</li> <li>• 出生日期</li> <li>• 婚姻状况</li> <li>• 移民身份</li> <li>• 收入</li> <li>• 财产资源信息 (例如银行账户余额、股票、债券、信托基金、退休金账户)</li> </ul>
<p>我们为何询问这些 情况?</p>	<p>我们必须确定您是否符合资格。我们会依据法律要求将您提供的信息保密。</p>
<p>填好申请表之后 再怎么做?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 确保您已在申请表上签名。</li> <li>• 将申请表邮寄至以下地址: DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826; 或</li> <li>• 传真至以下号码: 1-855-635-8305; 或</li> <li>• 送至当地的家庭与社区服务处 (HCS) 办公室。 各地办公室的地址, 请访问 <a href="http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm">http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm</a>; 或</li> <li>• 在 <a href="http://www.washingtonconnection.org">www.washingtonconnection.org</a> 上在线申请</li> </ul>
<p>若需了解更多信息:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 请拨打我们的免费电话: 1-855-567-0252</li> <li>• 联系当地的耆英服务地区办事处 (AAA) 办公室并请求和家庭照护专家通话。 若要查找当地 AAA 办公室的地址, 请访问 <a href="http://www.waclc.org">www.waclc.org</a></li> <li>• 若要查找当地 HCS 办公室的地址, 请访问 <a href="http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm">http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm</a></li> <li>• 我们有一份资料单可以为您提供 TSOA 和其他计划的相关信息。TSOA 可能并不适合您。</li> </ul>

# 老年人定制支持 (TSOA) 计划 权利与责任

我们必须告知您这方面的信息。请不要跳过。

## 您的权利（我们必须做到）：

如果询问，则向您解释您的权利和职责。

如果您有残疾，则为您提供帮助。我们将这一条写进了法规。请参阅华盛顿州行政法规 WAC 182-503-0120。

如果需要帮助，我们将帮助您阅读和填写任何表格。请致电您当地的居家与社区服务处办公室。各地办公室的地址，请访问：

<http://www.altsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm>

若您需要口译或笔译服务，请立即联系我们。我们不会向您收取任何费用。我们将立即为您分配一名翻译。

我们会将您的个人信息保密。我们只会与其他州级或联邦机构分享您的信息，以了解您是否符合资格要求并帮助您参与计划。

我们会尽快对您的申请做出决定。

如果需要更多信息，我们会通知您。您将有 10 个日历日的时间为我们提供相关信息。如果您请求延长时，我们会给您更多时间。请在 10 个日历日内提供相关信息或者请求延长时。否则，您将无法获得 TSOA 服务。

若您在获取我们需要的信息时遇到困难，我们可以为您提供帮助。

在多数情形下，将于 45 天之内就您的申请做出书面决定。

您不必告知调查员我们是否审计了您的个案。您不必允许调查员进入您家进行调查。未与调查员谈话并不会对能否获得 TSOA 服务造成影响。

如果社会福利服务部 (DSHS) 做出的某项决定影响到您参加 TSOA 的资格，而您不同意此项决定，则给予您上诉的机会。提出上诉后，您的个案将接受行政听证。

公平对待您。歧视是违法的。DSHS 和医疗保健计划管理部 (HCA) 遵守适用的联邦民权法，不因种族、肤色、国籍、年龄、残障或性别而歧视任何人。DSHS 和 HCA 不因

种族、肤色、国籍、年龄、残障或性别而排斥任何人或区别对待他们。

DSHS 和 HCA 还遵守适用的州法律，且不会因信仰、性别、性别表达或身份、性取向、婚姻状况、宗教、荣誉退伍军人或军人身份，或残疾人使用受训的导盲犬或服务动物而歧视任何人。

DSHS 和 HCA:

- 向残障人士免费提供援助和服务，以便他们能够与我们进行有效沟通，如：
  - 合格的手语翻译员
  - 以其他格式提供的书面信息（大号字体、音频、无障碍电子格式、其它格式）
- 向母语非英语的人士免费提供各种语言服务，如：
  - 合格的口译员
  - 翻译成其他语言的书面信息

如果您需要这些服务，请致电 1-855-567-0252。

如果您认为 DSHS 或 HCA 未能提供这类服务或通过其他方式歧视您，您可以进行投诉：

### • DSHS

ATTN: Constituent Services  
PO Box 45131  
Olympia, WA 98504-5131  
1-800-737-0617  
传真至: 1-888-338-7410  
[askdshs@dshs.wa.gov](mailto:askdshs@dshs.wa.gov)

### • HCA Division of Legal Services

ATTN: Compliance Officer  
PO Box 42704  
Olympia, WA 98501-2704  
1-855-682-0787  
传真至: 1-360-507-9234  
[compliance@hca.wa.gov](mailto:compliance@hca.wa.gov)

您可以亲自提交投诉，或以电话、邮寄、传真或电子邮件的方式提交投诉。如果您在提交投诉方面需要帮助，DSHS 选民服务处或 HCA 法律服务处将随时为您服务。

您还可向美国卫生与公众服务部民权办公室提交民权投诉，通过电子方式投诉，网址为：

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或通过邮寄或电话的方式投诉：

**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)。

投诉表可从以下链接获取：

[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

## 您的责任（您必须做到）：

在接获相关机构的请求时，向其提供必要的情况或证明，以便确定您是否符合资格。

**SSN 和移民身份披露。**您必须向我们提供您的社会安全号码 (SSN) 或移民文件号。我们需要这些信息来确定您是否符合资格。我们使用您的社会安全号码来确定您的身份、公民身份、移民身份、出生日期以及您是否参加了其他健康保险。**我们不会与国土安全部分享这些信息。**

依据我们的法规，于信息发生变更之日起 30 天内报告这些变更。阅读您的批准公函，以了解哪些变更是您必须要报告的。

按照我们的要求完成更新。

按照我们的要求与服务质量保障人员合作。

## 您应了解的事项：

我们将依照华盛顿州和联邦法律处理您的申请。这些法律还负责管理您作为申请人的权利和责任以及您获得 TSOA 后的权利和责任。提出申请，即表示您同意遵守这些法律。如果您获得 TSOA 服务，即表示您同意遵守任何适用法律。

联邦法律要求我们在您需要时帮助您办理投票登记手续。您可以决定是否办理登记。您的决定不会影响我们对您可享受的服务或福利做出的决定。您还可以在网站上办理投票登记手续，网址是 [www.vote.wa.gov](http://www.vote.wa.gov) 或者致电 1-800-448-4881 索取选民登记表。

由于**医疗保险机动性与责任制法案 (HIPAA)** 之限制，HCA 和 DSHS 不得与包括授权代表在内的任何人讨论您或您家任何成员的健康情况；除非该人已获得您的委托授权，或者您已经签署一份同意书，藉以授权披露此类情况。此项规定涵盖对心理健康、艾滋病毒感染、艾滋病、性传染病测试结果，或者酒精或药物依赖症治疗服务等情况的披露。

根据**平价医疗法案**，DSHS 不得将您或您家庭中任何成员的个人识别信息 (PII) 提供给未获授权接受之人。

您向 DSHS 提供的信息将接受联邦与州府官员之验证核实，以便确定您是否符合 TSOA 计划的资格。此类验证核实可能包括 DSHS 工作人员的跟进联系。

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

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែសៀវភៅ ព្រឹត្តិបត្រ គំរោងបោះពុម្ពផ្សាយ និងឯកសារផ្សេងៗ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງການບ່ອນພາສາ ແລະ ການແປປະກອບສາມຕີພິມ, ມີໃຫ້ໄດ້ຢູ່ບໍ່ຄ່າ. ໂທຫາລេខ 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 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫ਼ਤ 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] ተርጓሚትን ናይ ገተፅሓፍ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፤ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[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).

## 老年人定制支持 (TSOA) 计划申请

I. 申请人的姓名及联系信息			
1. 名字 中间名首字母缩写 姓氏	2. 客户 ID (如果您知道)		
3. 您的居住地址	城市	州	邮政编码
4. 邮寄地址 (若与住址不同, 则需填写)	城市	州	邮政编码
5. 主要电话号码 ( ) <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 短信	6. 备用电话号码 ( ) <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 短信		
II. 照护者姓名及联系信息			
<input type="checkbox"/> 如果没有照护者, 请勾选			
7. 照护者姓名	8. 电话号码 ( ) <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 短信		
9. 照护者地址	城市	州	邮政编码
10. 与您的关系			
III. 授权代表的相关信息			
<p>授权代表是您授权代表您提出申请的成人。您的授权代表可以为您签署和提交申请表并接收我们发出的相关函件。如果您的监护人是某个组织, 也可将该组织作为您的授权代表。</p>			
1. 您是否有一位授权代表 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
2. 您是否愿意让您的授权代表接收我们发出的有关您申请的函件? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
3. 您的授权代表是否也是您的法定监护人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是如此, 请问是何人: _____			
4. 您的授权代表是否也是您的医疗代理人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是如此, 请问是何人: _____			
5. 您的授权代表是否也是您的照护者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
6. 授权代表姓名/组织	7. 电话号码 ( )		
8. 授权代表的邮寄地址			
IV. 婚姻状况			
<input type="checkbox"/> 未婚			
<input type="checkbox"/> 已婚并与配偶居住在一起			
<input type="checkbox"/> 已婚但未与配偶居住在一起			
<input type="checkbox"/> 已登记的同居伴侣关系			

HCA 18-008 CH (7/20) Chinese



18008

V. 家庭情况 (仅列出您自己和配偶 (如果已婚))								
						选填 (如果您的配偶未申请 TSOA)		
姓名 (名字, 中间名, 姓氏)	性别: 男性 或女性	此人 与您的关系 ?	出生日期	如果您希望 为此人 提供服务, 请勾选	社会安全号 码	如果是美国 公民, 请勾选	种族 (见下文)	部落名称 (适用于美国本土印 第安人、阿拉斯加本 土局面)
		我本人		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		配偶		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
VI. 基本信息								
<p>1. 本人的族裔背景是西班牙裔或拉美裔: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <b>注意:</b> 种族与族裔背景情况属于自愿提供的情况。 (种族类别示例: 白人、黑人或非洲裔美国人、亚裔、夏威夷本土居民、太平洋群岛居民、美国印第安人、阿拉斯加本土居民, 或者任何其他混血族裔)</p>								
<p>2. 配偶或本人是受资助的外籍人士? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若选择是, 请问是何人: _____</p>								
<p>3. 我需要口译员服务。我讲 _____ 或 <input type="checkbox"/> 使用手势语; 请将我的信件翻译成: _____</p>								
VII. 收入 (请随附凭证 — 例如您的工资单或雇主提供的对账单)								
<p><b>注意:</b> 美国本土印第安人/阿拉斯加本土居民不必申报某些特定的收入, 其中包括: 来阿拉斯加本土居民企业与和解信托基金、托管财产以及自然资源拥有权及改善之分红; 来自捕鱼、自然资源开采和收获之付款; 来自对某些物品的拥有权之付款, 而根据部落法律或习俗, 这些物品具有独特的宗教、精神信仰、传统或文化意义; 以及来自印第安人事务管理局教育计划的学生财务资助。</p>								
1. 是否有工作收入? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					雇主姓名或名称			
雇主电话		开始从事此工作的日期			此工作是否属于自雇业? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
<p>所得工资之总金额 (各项扣减前的金额, 以美元计算) \$ _____ 每: <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 两周 <input type="checkbox"/> 半个月 <input type="checkbox"/> 月</p>								
每周工作时长: _____					发薪日期 (例如 1 号和 15 号, 或每周五): _____			
2. 配偶是否有工作收入? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					配偶的雇主姓名或名称			
配偶的雇主电话		配偶开始从事此工作的日期			此工作是否属于自雇业? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
<p>所得工资之总金额 (各项扣减前的金额, 以美元计算) \$ _____ 每: <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 两周 <input type="checkbox"/> 半个月 <input type="checkbox"/> 月</p>								
每周工作时长: _____					发薪日期 (例如 1 号和 15 号, 或每周五): _____			

### VIII. 所有其他收入（您或您的配偶）

（请随附凭证：例如奖金信函、对账单、年金证书）

示例如下：

- 社会保险保险金
- 失业救济金
- IRA/401(k)
- 退休金
- 利息/分红
- 劳工与工商保险 (L&I)
- 铁路工人福利金
- 销售合约/本票
- 配偶赡养费
- 来自部落的收入
- 来自退伍军人管理局 (VA) 或军队的福利金
- 礼品（现金资助/礼品卡）
- 租金收入
- 信托基金
- 年金

非薪资收入类别	此收入者是何人获得	每月总收入金额	此收入者是何人获得	每月总收入金额
		\$		\$
		\$		\$

### IX. 财产资源（请随附凭证 — 例如银行对账单副本、法律文件或保险单）

财产资源系指您拥有或正在购置的任何可出售、换购或转换成现金或资金的一切财产。包括由他人持有的财产。财产资源不包括家具、衣物、私人物品（包括珠宝）之类的个人财产。

财产资源示例：

- 现金
- 支票账户/CD
- 股票/债券
- 共同基金
- 住房
- IRA/401K/退休金
- 土地/房地产
- 终生产权产业
- 人寿保险保单
- 大学教育基金
- 分时度假别墅
- 信托基金/年金
- 葬礼安排
- 农用设备/家畜
- 商业设备
- 销售合约

财产资源类型	拥有者	地点	价值	财产资源类型	拥有者	地点	价值
			\$				\$
			\$				\$
			\$				\$

车辆：列出您或您的配偶拥有的任何车辆。这包括：汽车、卡车、厢式货车、船只、露营车、推车或其它机动车辆。

出厂年份（例如 2010 年）	品牌（例如丰田）	型号（例如凯美瑞）	若为租赁车辆，	欠款金额
			<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	\$

### X. 请仔细阅读，然后签名

**行政听证权利：**如果您不同意我们所做的决定，可以提出上述，申请听证。您还可以请一位负责人员及行政管理人员为您提供帮助。即使您请求他们的帮助，仍然可以申请听证。



## XI. 选民登记

该署提供 1993 年《全国选民登记法》规定的选民登记服务，包括自动选民登记。

**申请或谢绝参加投票登记，都不会影响本机构将为您提供服务或者福利金额。**您在填写选民登记表时若需要帮助，我们可协助您。是否寻求或接受帮助完全由您自行决定。您可以私下填写选民登记表。如果您认为有人干涉您行使或不行使选民登记的权利，并干涉您决定是否登记或申请登记投票的隐私权，或者干涉您选择政党或其它政治倾向的权利，您可向以下机构提出投诉：

Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)

您是否想登记投票或更新您的选民登记？  是  否

**如果您不勾选任何核选框，我们将认为您已决定目前不办理选民登记手续，除非您有资格且不拒绝自动选民登记。**

除非您勾选上方的“否”，否则您可能有资格进行自动选民登记。如果您将在下次选举前达到至少18岁，您是美国公民，DSHS有您的姓名、住址和邮寄地址、出生日期、公民身份验证信息，且您签名证明在此申请表上所提供信息的真实性，则您有资格进行自动选民登记。

您是否希望被自动登记选举？  是  否

**如果您勾选标有“是”的方框，或者不勾选任何方框，且您符合自动选民登记资格要求，则DSHS会将您的信息发送给国务卿办公室，从而您将被自动登记选举。**

## XII. 声明与签名

本人已经阅读并理解此申请表格中的内容。本人特此声明：据我所知，我在此申请表格中所提供的信息（包括有关我公民身份和移民身份的相关信息）属实、正确且完整。若有不实之词，愿受华盛顿州法律规定的伪证罪处罚。

申请人或授权代表签名

日期

申请人或授权代表工整填写的姓名