

درخواست برنامه سلامت اپل واشنگتن برای پشتیبانی مناسب سالخوردگان (TSOA)

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

<p>TSOA برنامه‌ای است که به مراقبت‌کننده‌ای که به صورت رایگان از عضوی از خانواده مراقبت می‌نماید کمک می‌کند.</p> <p>این برنامه همچنین در صورتی که فردی از اعضای خانواده برای کمک به شما وجود نداشته باشد به شما کمک می‌کند.</p> <p>این خدمات عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراقبت فرجه‌ای یا وعده‌های غذایی ارسال شده به خانه. مراقبت فرجه‌ای می‌تواند شامل پرداخت هزینه به فردی باشد تا مراقبت‌کننده شما به مرخصی برود. • تجهیزات و لوازم پزشکی مانند نیمکت حمام یا لوازم مربوط به بی‌اختیاری ادرار مانند پوشک بزرگسالان. • آموزش و تمرین مانند ابزارهای قدرتمند برای تمرین مراقبت‌کننده‌ها. • چیزهایی که می‌تواند به مراقبت‌کننده شما کمک کند، مانند مشاوره سلامت روانی یا ماساژ درمانی. • کمک در رابطه با نیازهای مراقبت شخصی در صورتی که مراقبت‌کننده عضو خانواده وجود نداشته باشد. 	<p>TSOA چیست؟</p>
<ul style="list-style-type: none"> • افراد دارای 55 سال یا بیشتر. • فردی از اعضای خانواده به صورت رایگان به شما کمک می‌کند، اما مراقبت‌کننده شما به کمک نیاز دارد؛ یا • شما به کمک نیاز دارید و کسی از اعضای خانواده که بتواند به صورت منظم به شما کمک کند وجود ندارد. 	<p>چه کسانی می‌توانند TSOA دریافت نمایند؟</p>
<p style="text-align: center;">جهت درخواست آنلاین، لطفاً به این لینک مراجعه نمایید: www.washingtonconnection.org.</p>	<p>شما می‌توانید این فرم را تکمیل کرده یا درخواست خود را به صورت آنلاین ارائه دهید.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • شماره تأمین اجتماعی • تاریخ تولد • وضعیت تأهل • وضعیت مهاجرت • درآمد • اطلاعات مربوط به منابع (نظیر باقیمانده حساب‌های بانکی، سهام‌ها، اوراق قرضه، اعتبارات و حساب‌های بازنشستگی) 	<p>اطلاعاتی که برای ثبت درخواست لازم دارید: (در صورت ازدواج، اطلاعات مربوط به همسر خود را نیز ارائه نمایید)</p>
<p>ما باید واجد شرایط بودن شما را ارزیابی کنیم. ما طبق قانون موظف هستیم اطلاعات شما را محرمانه نگه داریم.</p>	<p>چرا چنین اطلاعاتی می‌خواهیم؟</p>
<ul style="list-style-type: none"> • حتماً درخواست خود را امضا نمایید. • آن را به این آدرس پست کنید: DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826; یا • به شماره 1-855-635-8305 فکس کنید؛ یا • درخواست خود را به اداره خدمات خانگی و اجتماعی (HCS) در منطقه خود ارائه دهید. • آدرس این اداره‌ها را در لینک http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm مشاهده نمایید؛ یا • از طریق لینک www.washingtonconnection.org به صورت آنلاین درخواست دهید 	<p>درخواست خود را کامل کردم. الان باید چه کار کنم؟</p>
<ul style="list-style-type: none"> • با شماره رایگان 1-855-567-0252 تماس بگیرید. • با سازمان امور سالمندان (AAA) منطقه خود تماس بگیرید و درخواست کنید با متخصص مراقبت‌کننده خانواده صحبت کنید. دفتر AAA محل خود را از این لینک پیدا کنید: www.waclc.org • برای پیدا کردن HCS در منطقه خود به http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm مراجعه کنید • در برگه اطلاعات ما اطلاعاتی در مورد TSOA و سایر برنامه‌ها وجود دارد. ممکن است TSOA برای شما مناسب نباشد. 	<p>برای کسب اطلاعات بیشتر:</p>

پشتیبانی مناسب سالخوردگان (TSOA) حقوق و وظایف

باید این اطلاعات را با شما در میان بگذاریم. آنها را با دقت مطالعه نمایید.

به دلیل نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت با افراد رفتار متفاوتی صورت نمی‌دهند یا آنها را رد نمی‌کنند.

حقوق شما (ما باید):

حقوق و مسئولیت‌هایتان را به شما توضیح می‌دهیم اگر درخواست کنید.

در صورت ناتوانی به شما کمک می‌کنیم. این کمک را به صورت قانونی تعریف می‌کنیم. WAC 182-503-0120 را مشاهده نمایید.

در صورت نیاز به کمک، در مطالعه و پر کردن هر فرمی به شما کمک خواهیم کرد. با دفتر خدمات خانگی و اجتماعی خود تماس بگیرید. مکان‌ها را می‌توانید در این لینک پیدا کنید:

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

در صورت نیاز به خدمات ترجمه یا مترجم شفاهی به ما اطلاع دهید. هزینه‌ای از شما دریافت نخواهد شد. ما در اسرع وقت این خدمات را به شما ارائه می‌دهیم.

اطلاعات شخصی شما را محرمانه نگه می‌داریم. ما تنها در صورت واجد شرایط بودن شما و قرار گرفتن در برنامه، اطلاعات شما را در اختیار سایر سازمان‌های ایالتی و فدرال قرار می‌دهیم.

در اسرع وقت تصمیم‌گیری می‌کنیم.

در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر به شما اطلاع خواهیم داد. شما 10 روز فرصت دارید این اطلاعات را در اختیار ما قرار دهید. اگر زمان بیشتری بخواهید به شما زمان بیشتر داده خواهد شد. ظرف 10 روز این اطلاعات را در اختیار ما قرار دهید یا زمان بیشتری از ما درخواست کنید. در صورت عدم انجام این کار امکان دریافت TSOA وجود نخواهد داشت.

در صورتی که در دریافت اطلاعات موردنیاز ما با مشکل مواجه شدید به شما کمک خواهیم کرد.

در بیشتر موارد به شما ظرف 45 روز یک حکم کتبی داده می‌شود.

در صورت حسابرسی پرونده‌تان به شما اجازه می‌دهیم که از صحبت با بازرس خودداری کنید. اجباری نیست که بازرس را به منزل خود راه دهید. صحبت نکردن با بازرس بر روی صلاحیت شما برای دریافت TSOA تأثیر نخواهد داشت.

اگر با تصمیم سازمان خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS) در رابطه با واجد شرایط بودن شما برای TSOA مخالف هستید، فرصت درخواست تجدیدنظر برای شما وجود دارد. با اعلام درخواست تجدیدنظر توسط شما، فرصت حضور در جلسه استماع هیئت اجرایی برای شما ایجاد خواهد شد.

با شما به عزت و احترام رفتار کنیم. تبعیض برخلاف قانون است. DSHS و مسئولین مراقبت بهداشتی (HCA) مطابق با قوانین مربوط به حقوق مدنی فدرال موجود عمل خواهند کرد و به دلیل نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت بین افراد تبعیض قائل نمی‌شوند. HCA و DSHS

DSHS و HCA همچنین از قوانین ایالتی مربوطه تبعیت می‌کنند و هیچگونه تبعیضی بر اساس عقیده، جنسیت، بیان جنسیت یا هویت، گرایش جنسی، وضعیت تأهل، مذهب، پایان خدمت افتخاری یا جایگاه نظامی، یا استفاده از سگ راهنمای آموزش‌دیده یا حیوان خدمت‌رسان توسط افراد با ناتوانی قابل نمی‌شوند.

DSHS و HCA:

• کمک و خدمات رایگان به افراد دارای معلولیت ارائه می‌دهند تا آنها بتوانند با ما به شکلی مؤثر ارتباط برقرار کنند، نظیر:

• مترجمان زبان اشاره دارای صلاحیت

• اطلاعات نوشتاری در فرمت‌های دیگر (چاپ با حروف بزرگ، فرمت‌های دسترسی‌پذیر الکترونیکی و سایر فرمت‌ها)

• به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست خدمات زبانی رایگان ارائه می‌دهند، نظیر:

• مترجمان دارای صلاحیت

• اطلاعات نوشته‌شده به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید با شماره 1-855-567-0252 تماس بگیرید.

اگر معتقدید که DSHS یا HCA چنین خدماتی را به شما ارائه ندادند و یا اینکه به شکلی دیگر در مورد شما تبعیض قائل شده‌اند، می‌توانید شکواییه‌ای ثبت کنید:

• DSHS

ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
فکس: 1-888-338-7410
askdshs@dshs.wa.gov

• بخش خدمات حقوقی HCA

ATTN: Compliance Officer
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
فکس: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

می‌توانید شکواییه را حضوری یا با تلفن، نامه، فکس یا ایمیل تنظیم کنید. اگر در تنظیم شکواییه به کمک نیاز دارید، خدمات اعضای DSHS یا بخش خدمات حقوقی HCA در خدمت شما هستند.

شما همچنین می‌توانید در اداره حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده شکایت تنظیم کنید، به نشانی

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، یا با

نام‌نگاری یا تماس تلفنی با:

U.S. Department of Health and Human Services

Independence Avenue SW 200

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

فرم‌های شکایت را می‌توانید از این لینک دانلود کنید:

www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

مسئولیت‌های شما (شما باید):

در صورت درخواست آژانس، هرگونه اطلاعات یا گواهی لازم برای احراز صلاحیت خود را ارائه دهید.

SSN و افشای وضعیت مهاجرت. شما باید شماره تأمین اجتماعی (SSN) یا شماره مدرک مهاجرت خود را در اختیار ما قرار دهید. ما برای تعیین و اجد شرایط بودن شما به این موارد نیاز داریم. ما از SSN شما برای تعیین هویت، شهروندی، وضعیت مهاجرت، تاریخ تولد و اینکه آیا پوشش مراقبت بهداشتی دیگری دارید استفاده خواهیم کرد. این اطلاعات را در اختیار سازمان امنیت ملی قرار نمی‌دهیم.

ظرف 30 روز از ایجاد هر تغییری، آن را طبق قوانین ما گزارش دهید. موافقت‌نامه خود را بخوانید تا ببینید چه تغییراتی را باید گزارش دهید.

هنگامی که از شما درخواست کردیم، فرم‌های تمدید را تکمیل کنید. اگر از شما درخواست کردیم، با کارکنان کنترل کیفیت همکاری کنید.

آنچه باید بدانید:

قوانین ایالتی و فدرالی وجود دارد که نحوه پردازش درخواست شما توسط ما را کنترل می‌کند. در صورت دریافت خدمات TSOA، این قوانین همچنین حقوق و وظایف شما به عنوان متقاضی را کنترل می‌کند. در صورت ارائه درخواست، موافقت

خود را با این قوانین اظهار می‌کنید. در صورت دریافت TSOA، شما می‌پذیرید که از قوانین موجود تبعیت کنید.

قوانین فدرال ما را ملزم می‌سازد که در صورت تمایل شما به ثبت‌نام، به شما کمک کنیم. تصمیم‌گیری در مورد ثبت‌نام یا عدم ثبت‌نام بر عهده شما است. این تصمیم‌گیری بر روی تصمیم ما در مورد خدمات یا مزایا تأثیر نخواهد گذاشت. می‌توانید درخواست ثبت‌نام برای رأی‌دهی را از طریق نشانی www.vote.wa.gov ارائه دهید یا با تماس گرفتن با 1-800-448-4881 فرم‌های ثبت‌نام برای رأی‌دهی را درخواست کنید.

HCA و DSHS به موجب محدودیت‌های قانون انتقال و پاسخگویی الکترونیک بیمه سلامت (HIPAA) از ارائه اطلاعات سلامت شما یا هر یک از اعضای خانواده‌تان با هر شخص دیگری، من جمله نمایندگان مجاز، منع شده‌اند، مگر اینکه این اشخاص وکالت‌نامه داشته باشند یا شما رضایت‌نامه‌ای امضا کرده و با افشای این اطلاعات موافقت کرده باشید. این مهم شامل افشای اطلاعات سلامت روان، نتایج آزمایش‌های مربوط به HIV، ایدز و بیماری‌های مقاربتی یا خدمات درمانی و وابستگی شیمیایی می‌شود.

قانون مراقبت مقرون به صرفه، DSHS و HCA را از ارائه اطلاعات هویت شخصی (PII) شما یا هر کدام از اعضای خانواده‌تان بدون رضایت شما یا به هر شخصی که مجاز به دریافت آن نیست، منع می‌کند.

اطلاعاتی که شما در اختیار DSHS و HCA می‌گذارید لازم است به منظور احراز صلاحیت شما جهت دریافت پوشش سلامت، توسط مقامات فدرال و ایالتی تأیید شوند. فرآیند تأیید ممکن است شامل تماس کارکنان DSHS با شما جهت کسب اطلاعات بیشتر باشد.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የታንቶ ለገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነድ 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 ဘာသာစကားအထောက်အကူဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែបង្ហាញលើអេក្រង់ គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

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

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

[Laotian] ການບໍລິການຕໍາກຳພາສາ, ລວມທັງການພິມພາສາ ຜລະ ການພິມອອກສາມຕີພິມ, ມີໄວ້ໄວ້ຢູ່ໃນລາຍຮັບສິດທິ. 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 1-800-562-3022 تماس بگیرید. (TRS: 711)

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਆਰੀਏ 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 ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ትንታኒ 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).

درخواست پشتیبانی مناسب سالخوردگان (TSOA)

I. نام متقاضی و اطلاعات تماس	
1. نام	نام میانی نام خانوادگی
2. شناسه مشتری (در صورتی که اطلاع دارید)	
3. نشانی محل زندگی	شهر ایالت کد پستی
4. نشانی پستی (در صورت تفاوت با نشانی محل زندگی)	شهر ایالت کد پستی
5. شماره تلفن اصلی	منزل <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> پیام <input type="checkbox"/>
6. شماره تلفن ثانویه	منزل <input type="checkbox"/> همراه <input type="checkbox"/> پیام <input type="checkbox"/>
II. نام و اطلاعات تماس مراقبت‌کننده	
7. نام مراقبت‌کننده	8. شماره تلفن منزل <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> پیام <input type="checkbox"/>
9. آدرس مراقبت‌کننده	شهر ایالت کد پستی
10. رابطه با شما	
III. اطلاعات نماینده مجاز	
<p>نماینده مجاز به فرد بالغی گفته می‌شود که به او اجازه داده‌اید از طرف شما در رابطه با درخواست شما عمل کند. نماینده مجاز شما می‌تواند امضا و ارسال درخواست شما را انجام داده و نامه‌های مربوط به آن را از طرف ما دریافت نماید. در صورتی که سازمانی قیم شما باشد می‌تواند به عنوان نماینده مجاز شما عمل کند.</p>	
<p>1. آیا نماینده مجاز دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	
<p>2. مایلید نماینده مجاز شما نامه‌های مربوط به درخواست را از طرف ما دریافت نماید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	
<p>3. آیا قیم قانونی شما نماینده مجاز شما نیز هست؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت بله، چه کسی: _____</p>	
<p>4. آیا وکیل شما نماینده مجاز شما نیز هست؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت بله، چه کسی: _____</p>	
<p>5. آیا مراقبت‌کننده شما نماینده مجاز شما نیز هست؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	
6. نام/سازمان نماینده مجاز	7. شماره تلفن ()
8. نشانی پستی نماینده مجاز	
IV. وضعیت تأهل	
<p><input type="checkbox"/> مجرد</p> <p><input type="checkbox"/> متأهل و در حال زندگی با همسر</p> <p><input type="checkbox"/> متأهل و در حال زندگی جدا با همسر</p> <p><input type="checkbox"/> همخانگی ثبت‌شده</p>	

HCA 18-008 FA (7/20) Farsi



18008

V. اطلاعات مربوط به خانوار (فقط خود و - در صورت ازدواج - همسر خود را ذکر کنید)

در صورت عدم ارائه درخواست برای TSOA، اختیاری است		اگر شهروند ایالات متحده هستید علامت بزنید	اگر درخواست خدمات برای این شخص دارید علامت	اگر درخواست خدمات برای این شخص دارید علامت	تاریخ تولد	رابطه این شخص با شما چیست؟	جنسیت: مرد یا زن	نام (نام، نام وسط، نام خانوادگی)
نام قبیله (برای سرخپوست‌های آمریکایی و بومیان آلاسکا)	جنسیت (پایین را مشاهده کنید)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		خودم		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		همسر		

VI. اطلاعات کلی

1. پیشینه قومی من هیسپانیک یا لاتین است: بله خیر نکته: ارائه اطلاعات درباره پیشینه نژادی و قومی اختیاری است.
(نمونه‌هایی از اقوام: سفید، سیاه یا آفریقایی آمریکایی، آسیایی، بومی هاوایی، بومی جزایر پاسیفیک، سرخپوست آمریکایی، بومی آلاسکا، و یا هر ترکیبی از نژادها.)

2. من یا همسرم تبعه بیگانه حمایت شده هستیم؟ بله خیر در صورت بله، چه کسی؟ _____

3. من به مترجم شفاهی نیاز دارم. با این زبان صحبت می‌کنم: _____ یا امضا؛
نامه‌هایم به این زبان ترجمه شود: _____

VII. درآمد (مدارک تأیید کننده را پیوست کنید - به عنوان مثال ته‌چک ماهانه یا اظهاریه از طرف کارفرمای خود)

توجه: سرخپوست‌های آمریکایی/بومیان آلاسکا نیازی به گزارش درآمد قطعی خود ندارند، مانند سهم از انجمن‌های بومیان آلاسکا و صندوق‌های کلنی، اموال نگهداری شده به صورت امانی و مالکیت منابع طبیعی و بهبودها؛ پرداخت‌های حاصل از ماهیگیری، استخراج منابع طبیعی و جنگل؛ پرداخت‌های حاصل از مالکیت مواردی که دارای اهمیت مذهبی، روحی، سنتی یا فرهنگی هستند و کمک مالی دانش‌آموزی اداره امور سرخپوستان.

1. درآمد حاصل از شغل دارم؟ بله خیر

نام کارفرما _____

شماره تماس کارفرما _____ تاریخ شروع این شغل _____

آیا این شغل خویش‌فرما است؟ بله خیر

خالص دریافتی (مبلغ دریافتی پیش از کسورات به دلار) _____ \$ هر: ساعت هفته دو هفته دو بار در ماه ماهانه

ساعت در هفته: _____ تاریخ‌های پرداخت (مثلاً اول و پانزدهم، یا هر جمعه): _____

2. آیا همسرم درآمد حاصل از شغل دارد؟ بله خیر

نام کارفرمای همسر _____

شماره تماس کارفرمای همسر _____ تاریخ شروع این شغل توسط همسر _____

آیا این شغل خویش‌فرما است؟ بله خیر

خالص دریافتی (مبلغ دریافتی پیش از کسورات به دلار) _____ \$ هر: ساعت هفته دو هفته دو بار در ماه ماهانه

ساعت در هفته: _____ تاریخ‌های پرداخت (مثلاً اول و پانزدهم، یا هر جمعه): _____

VIII. سایر درآمدها (شما یا همسر شما)
(مدارک را پیوست کنید - مانند نامه‌های واگذاری، اظهاریه‌ها، مدارک مقرر)

نمونه‌هایی از این موارد:

<ul style="list-style-type: none"> ● درآمد از اجاره ● تراست‌ها ● سال‌واره 	<ul style="list-style-type: none"> ● مستمري اداره كهنه‌سربازان (VA) يا ارتش ● هدايا (كمك مالي نقدي/كارت هديه) 	<ul style="list-style-type: none"> ● قرارداد فروش/سفته ● نگهداری از همسر ● درآمد قبلیه‌ای 	<ul style="list-style-type: none"> ● مستمري ● بهره/سود سهام ● اداره كار و صنايع (L&I) ● مستمري شركت راه‌آهن
--	---	--	---

نوع درآمد غیراكتسابی	دریافت‌کننده درآمد	خالص دریافتی ماهانه	دریافت‌کننده درآمد	خالص دریافتی ماهانه
		دلار		دلار
		دلار		دلار

IX. منابع (مدارک را پیوست کنید - مانند کپی اظهاریه‌های بانک، مدارک قانونی یا سیاست‌های بیمه)

منبع هر چیزی است که شما صاحب آن هستید یا می‌خرید و می‌توان آن را فروخت، معامله کرد یا به پول نقد یا غیرنقد تبدیل کرد. این شامل چیزهایی می‌شود که در اختیار دیگران است. منبع شامل دارائی‌های شخصی مانند اثاثیه، لباس، وسایل شخصی از جمله جواهرات نمی‌شود.

نمونه‌هایی از منبع:

<ul style="list-style-type: none"> ● پول نقد ● حساب‌های جاری/سی‌دی ● سهام/اوراق بهادار ● صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک 	<ul style="list-style-type: none"> ● خانه شما ● IRA/401K ● صندوق‌های بازنشستگی ● زمین/سایر املاک 	<ul style="list-style-type: none"> ● املاک مادام‌العمر ● سیاست‌های بیمه زندگی ● بورس‌های تحصیلی ● مالکیت زمانی 	<ul style="list-style-type: none"> ● صندوق‌ها/مقرری ● ترتیبات مراسم ختم ● تجهیزات مزرعه/ حیوان اهلی
---	--	--	--

نوع منبع	صاحب	مکان	ارزش	نوع منبع	صاحب	مکان	ارزش
			دلار				دلار
			دلار				دلار
			دلار				دلار

وسایل نقلیه: وسایل نقلیه خود و همسر خود را ذکر نمایید. این شامل: خودرو، وانت، ون، قایق، کاروان (RV)، تریلر یا سایر وسایل نقلیه موتوری است.

سال (مثلاً 2010)	سازنده (Toyota)	مدل (Camry)	اگر کرایه شده علامت	مبلغ بدهکار
			<input type="checkbox"/>	دلار
			<input type="checkbox"/>	دلار

X. پیش از امضا با دقت مطالعه نمایید

حقوق دادرسی اداری: اگر با تصمیمی که اتخاذ کرده‌ایم مخالف هستید می‌توانید درخواست تجدیدنظر برای ایجاد جلسه استماع ارائه نمایید. شما می‌توانید از سرپرست یا مدیر کمک بگیرید. اگر درخواست این کمک را ارائه دهید، می‌توانید همچنان جلسه استماع داشته باشید.

XI. اعلام و امضا

سازمان خدمات ثبت‌نام رأی‌دهنده، شامل ثبت‌نام خودکار رأی‌دهنده، را ارائه می‌دهد.

درخواست ثبت‌نام یا خودداری از ثبت‌نام برای رأی‌دهی، بر خدمات یا میزان مزایایی که ممکن است از این سازمان دریافت کنید هیچ تأثیری نخواهد گذاشت. اگر می‌خواهید برای پر کردن فرم ثبت‌نام رأی‌دهندگان به شما کمک شود، ما به شما کمک می‌کنیم. تصمیم گرفتن درباره دریافت یا عدم دریافت کمک بر عهده شما است. می‌توانید فرم ثبت‌نام رأی‌دهندگان را به صورت محرمانه پر کنید. اگر معتقد هستید که کسی در حق ثبت‌نام یا عدم ثبت‌نام شما برای رأی‌دهی، حق محرمانگی تصمیم‌گیری در رابطه با ثبت‌نام یا درخواست ثبت‌نام برای رأی‌دهی یا حق شما برای انتخاب حزب خود یا ترجیحات سیاسی دیگر مداخله کرده است، می‌توانید شکایتی تنظیم کنید نزد:

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

آیا می‌خواهید برای رأی‌دهی ثبت‌نام کنید یا ثبت‌نام خود برای رأی‌دهی را به‌روزرسانی کنید؟ بله خیر

اگر هیچ کادری را علامت نزنید، این‌گونه قلمداد می‌کنیم که تصمیم گرفته‌اید این بار برای رأی‌دهی ثبت‌نام نکنید، مگر اینکه واجد شرایط ثبت‌نام رأی‌دهنده خودکار باشید.

به‌جز زمانی که مقابل گزینه «خیر» در بالا تیک بگذارید، شما واجد شرایط ثبت‌نام رأی‌دهنده خودکار هستید. در صورتی واجد شرایط ثبت‌نام رأی‌دهنده خودکار خواهید بود که تا سن شما تا زمان انتخابات بعدی به 18 سال برسد، شهروند ایالات متحده آمریکا باشید و نام شما، آدرس محل سکونت و آدرس پستی، تاریخ تولد، تأییدیه اطلاعات شهروندی و امضای شما که بیانگر صحت اطلاعات ارائه‌شده در درخواست است در اختیار DSHS قرار داشته باشد.

آیا مایلید به صورت خودکار برای رأی دادن ثبت‌نام شوید؟ بله خیر

اگر مقابل گزینه «بله» تیک گذاشته‌اید، یا هیچ‌کدام از کادرهای بالا را علامت نگذاشته و از الزامات واجد شرایط بودن برای ثبت‌نام رأی‌دهنده خودکار برخوردار نباشید، DSHS اطلاعات شما را به وزارت کشور ارسال می‌کند و شما به‌صورت خودکار برای رأی دادن ثبت‌نام خواهید شد.

XI. اعلام و امضا

من اطلاعات ارائه‌شده به اینجانب در این فرم را خوانده‌ام و می‌فهمم. اینجانب، با عنایت به قانون مجازات و جرایم شهادت کذب در قوانین ایالت واشنگتن، اعلام می‌کنم اطلاعاتی که در این درخواستنامه ارائه داده‌ام، شامل اطلاعات مربوط به شهروندی و وضعیت مهاجرت، تا آنجا که من می‌دانم درست، صحیح و کامل است.

امضای متقاضی یا نماینده مجاز

تاریخ

نام چاپ‌شده متقاضی یا نماینده مجاز