

## Заявление в системе Washington Apple Health на индивидуальные поддерживающие услуги для престарелых совершеннолетних лиц (TSOA)

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

<p><b>Что такое TSOA?</b></p>	<p>TSOA — это программа, обеспечивающая помощь лицам, осуществляющим бесплатный уход за членами семьи. Программа также предлагает некоторую помощь лицам, не получающим уход со стороны членов семьи. Комплекс услуг включает в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Временный уход или доставка порций на дом. Временные помощники дают вашей сиделке возможность отдохнуть.</li> <li>• Медицинское оборудование и принадлежности, такие как скамья для ванны или гигиенические пакеты, например, подгузники для взрослых.</li> <li>• Подготовка и обучение, в частности обучающая программа Powerful Tools for Caregivers.</li> <li>• Услуги для лиц, осуществляющих уход, в частности консультирование специалистов в области психического здоровья или массажная терапия.</li> <li>• Некоторая помощь с индивидуальным уходом лицам, не получающим уход со стороны членов семьи.</li> </ul>
<p><b>Условия для получения обслуживания TSOA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вам по меньшей мере 55 лет.</li> <li>• За вами бесплатно ухаживает член семьи, которому необходима помощь; или</li> <li>• Вам нужна помощь, но вы не получаете регулярный уход, обеспечиваемый членом семьи.</li> </ul>
<p><b>Вы можете заполнить эту форму или подать заявление онлайн.</b></p>	<p>Чтобы подать заявление онлайн, посетите веб-сайт <a href="http://www.washingtonconnection.org">www.washingtonconnection.org</a>.</p>
<p><b>Информация, необходимая вам для подачи заявления: (если вы женаты/замужем, сообщите нам также данные вашей супруги/вашего супруга)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Номер социального обеспечения</li> <li>• Дата рождения</li> <li>• Семейное положение</li> <li>• Иммиграционный статус</li> <li>• Доход</li> <li>• Информация о ресурсах (остаток на банковских счетах, ценные бумаги, облигации, средства в трастовых фондах, пенсионные счета)</li> </ul>
<p><b>Почему мы просим о предоставлении всех этих сведений?</b></p>	<p>Нам необходимо определить, имеете ли вы право на получение таких услуг. Мы обеспечим конфиденциальности вашей информации в соответствии с законодательством.</p>
<p><b>Я подал(а) заявление. Что теперь?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обязательно подпишите ваше заявление.</li> <li>• Перешлите его по почте в адрес: DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826; или</li> <li>• По факсу 1-855-635-8305; или</li> <li>• Занесите его в местное отделение Службы по делам семей и общественного обслуживания (Home and Community Service, HCS). Адреса местных отделов приведены на веб-сайте <a href="http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm">http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm</a>; или</li> <li>• Подайте заявление онлайн по адресу <a href="http://www.washingtonconnection.org">www.washingtonconnection.org</a></li> </ul>
<p><b>Дополнительная информация:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Позвоните по бесплатному номеру 1-855-567-0252</li> <li>• Обратитесь в местное отделение Региональной организации по делам престарелых (Area Agency on Aging, AAA) и попросите специалиста по семейному уходу. Данные местного отделения AAA приведены здесь: <a href="http://www.waclc.org">www.waclc.org</a></li> <li>• Чтобы определить местонахождение местного отделения HCS, посетите веб-сайт по адресу <a href="http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm">http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm</a></li> <li>• В нашем информационном листе приведена информация о TSOA и других программах. TSOA может не подойти вам.</li> </ul>

# Индивидуальные поддерживающие услуги для престарелых совершеннолетних лиц (TSOA) Права и обязанности

## Мы должны сообщить вам эту информацию. Уделите ей должное внимание.

### Ваши права - мы обязаны:

**Разъяснить вам ваши права и обязанности** в ответ на ваш запрос.

**Помочь вам, если у вас есть инвалидность.** Мы описываем эту помощь в регламенте. См. раздел 182-503-0120 Административного кодекса штата Вашингтон (WAC).

**Мы поможем вам с прочтением и заполнением любой формы, если вам необходима помощь.**

Обратитесь в местный Службы по делам семей и общественного обслуживания. Адреса отделений приведены по адресу:

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

**Если вам необходима помощь устного или письменного переводчика, сообщите нам. Мы не потребуем с вас оплату. Переводчик будет вам предоставлен немедленно.**

**Обеспечить конфиденциальность ваших личных данных.** Мы передадим вашу информацию только в другие ведомства уровня штата и федерального уровня, чтобы проверить ваше право на получение обслуживания и зарегистрировать вас в программе.

**Принять решение как можно скорее.**

**Мы свяжемся с вами в случае необходимости в дополнительной информации. У вас будет 10 календарных дней** на предоставление информации. Если вам необходимо, мы предоставим вам больше времени. Предоставьте нам информацию в течение 10 календарных дней или запросите больше времени. В противном случае вы не будете допущены к услугам TSOA.

**Мы поможем вам, если вы** столкнетесь с сложностями, получая необходимую для нас информацию.

**Предоставить вам решение в письменном виде** в течение 45 дней (как правило).

В случае проверки вашего дела, **вам не нужно будет общаться с ревизором.** Вы не обязаны пускать ревизора в свой дом. Недопуск ревизора в дом не повлияет на решение в отношении получения вами обслуживания TSOA.

**Обеспечить возможность подачи апелляции,** если вы не согласны с решениями, принятыми Департаментом социального обслуживания и здравоохранения (DSHS) в отношении ваших прав на обслуживание TSOA. Просьба об апелляции предполагает проведение Административного слушания.

**Обеспечить справедливое отношение к вам.**

**Дискриминация является противозаконной.**

Деятельность Департамента DSHS и Управления здравоохранения (HCA) соответствует применимым федеральным законам, защищающим гражданские права; в ее рамках не применяются практики дискриминации по расовому признаку, цвету кожи, этническому происхождению, возрасту, наличию инвалидности или по половой принадлежности. В рамках деятельности Департамента DSHS и Управления HCA не применяются практики, являющиеся исключаящими

или предполагающие отличное отношение к кому бы то ни было из-за расы, цвета кожи, этнического происхождения, возраста, наличия инвалидности или половой принадлежности.

Департамент DSHS и Управлении HCA также обеспечивают соответствие всем применимым законам штата и не допускают дискриминации на основе вероисповедания, а также по гендерной принадлежности, гендерному самовыражению или идентичности, сексуальной ориентации, семейному положению, религиозным убеждениям, статусу ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой или статусу военнослужащего или по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с признаками инвалидности.

Департамент DSHS и Управление HCA :

- Обеспечивают бесплатную помощь и услуги лицам с инвалидностью с тем, чтобы последние могли эффективно взаимодействовать с нами, в частности:
  - Предоставляют услуги квалифицированных переводчиков языка жестов
  - Предоставляют письменную информацию в альтернативных форматах (набранную крупным шрифтом, в аудиоформате, в доступных электронных форматах, в других форматах)
- Предоставляют бесплатные языковые услуги лицам, чей основной язык общения — не английский, в частности:
  - Предоставляют услуги квалифицированных переводчиков
  - Предоставляют информацию, изложенную в письменном виде на других языках

Если вам нужны эти услуги, позвоните по телефону 1-855-567-0252.

Если вы считаете, что Департамент DSHS или Управление HCA не предоставляют соответствующие услуги или применили иную практику дискриминации, вы можете подать жалобу в адрес:

- **DSHS**  
ATTN: Constituent Services  
PO Box 45131  
Olympia, WA 98504-5131  
1-800-737-0617  
По факсу: 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  
По факсу: 1-360-507-9234  
[compliance@hca.wa.gov](mailto:compliance@hca.wa.gov)

Подать жалобу можно лично, или по телефону, обычной почте, по факсу или по электронной почте. Если вам необходима помощь с подачей жалобы, вы можете обратиться за помощью в Службу поддержки клиентов Департамента DSHS (DSHS Constituent Services) или в Службу юридических услуг Управления HCA (HCA Division of Legal Services).

Вы также можете подать жалобу по вопросу несоблюдения гражданских прав в Управление гражданских прав (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services) в электронном виде по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> либо в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США по обычной почте или телефону:

**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 (текстовый телефон).

Формы жалоб приведены по адресу [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## Ваши обязанности - вы обязаны:

**Если требует агентство**, предоставить всю информацию, в том числе подтверждающую, которая нужна для принятия решения о вашем соответствии критериям для участия в программе.

**Сообщать свой номер в системе социального обеспечения (SSN)**. Вы должны предоставить номер по системе социального обеспечения (SSN) или номер иммиграционного документа. Мы должны принять решение в отношении ваших прав. Мы используем номер SSN для подтверждения ваших персональных данных, гражданства, иммиграционного статуса, даты рождения и вашего участия в других страховых программах. **Мы не передаем такую информацию органам внутренней безопасности.**

**Сообщать об изменениях своих данных** согласно нашим правилам в течение 30 дней с даты изменения.  
**Прочитать уведомительное письмо и получить информацию об изменениях, о которых вы должны сообщить.**

**Принимать меры по продлению** регистрации в программе в ответ на наши соответствующие запросы.  
**Сотрудничать с персоналом отдела обеспечения качества (Quality Assurance)**, если мы попросим вас об этом.

## Вы должны знать следующее:

Процесс рассмотрения нами вашего заявления **регламентируется рядом федеральных законов и законов штата**. Эти законы формулируют ваши права и обязанности заявителя, а также критерии, по которым определяется ваше право на услуги TSOA. Подавая заявление, вы соглашаетесь выполнять эти законы. Если вы регистрируетесь в программе TSOA, вы соглашаетесь следовать применимым законам.

В соответствии с федеральным законодательством мы должны оказать вам помощь в регистрации участника голосования/выборов, если вы этого хотите. Решение о регистрации в качестве избирателя принимаете вы. Это решение не повлияет на решение о вашем пользовании услугами или льготами. Вы также можете зарегистрироваться для голосования на вебсайте [www.vote.wa.gov](http://www.vote.wa.gov) или заказать форму регистрации для голосующего, позвонив по номеру телефона 1-800-448-4881.

**В законе о преемственности и подотчетности**

**страхования здоровья (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)** есть ограничения, которые предупреждают Управление здравоохранения (HCA) или Департамент DSHS о недопустимости обсуждения информации о вашем здоровье или о здоровье любого члена вашей семьи с каким-либо лицом, в том числе с официальным представителем, за исключением случаев, когда у этой osoby есть доверенность, или же вы подписали форму согласия на раскрытие такой информации. Это ограничение распространяется на информацию о психическом здоровье, результаты анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), сведения о лечении этих заболеваний, а также лечении от алкогольной или лекарственной зависимости и связанные с ним услуги.

**Закон о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act)** предписывает Департаменту DSHS не передавать личную информацию (personally identifiable information, PII), которая относится к вам или к членам вашей семьи, любому лицу, которое не имеет права на ее получение.

Информация, передаваемая вами в **Департаменту DSHS, подлежит проверке компетентными специалистами на федеральном уровне и на уровне штата с целью подтверждения вашего права на услуги программы TSOA. Проверка может включать контакты с вами со стороны персонала DSHS.**

[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 አገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነድ-ቸን 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 រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្តល់ឃាត់ និង ការបកប្រែឯកសារពេទ្យ គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទេសចរ 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, ລວມທັງບາຍພິພາສາ ແລະ ການພິພາສາສາມຕີພິມ, ມີໄວ້ໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. 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. با شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ 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, ayaan 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] ተርጉምቲን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

## Заявление на Индивидуальные поддерживающие услуги для престарелых совершеннолетних лиц (TSOA)

I. ФИО и контактная информация заявителя			
1. Имя Инициал среднего имени      Фамилия		2. Телефон (    )	3. Идентификационный номер клиента (если известен).
4. Адрес проживания		Город	Штат      Почтовый индекс
5. Основной телефон <input type="checkbox"/> Дом <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Текст (    )		6. Дополнительный телефон <input type="checkbox"/> Дом <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Текст (    )	
II. Имя и контактная информация лица, осуществляющего уход <input type="checkbox"/> Никто не осуществляет уход			
7. Фамилия и имя		8. Телефон (    ) <input type="checkbox"/> Дом <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Текст	
9. Адрес лица, осуществляющего уход		Город	Штат      Почтовый индекс
10. Кем вам приходится			
III. Сведения об уполномоченном представителе			
<p>Уполномоченный представитель — это совершеннолетнее лицо, которое вы уполномочиваете действовать от вашего имени в связи с вашим заявлением. Ваш уполномоченный представитель может подписать заявление от вашего имени и получать от нас предназначенную вам корреспонденцию. Организация также может быть вашим представителем, если организация является вашим опекуном.</p>			
1. У вас есть уполномоченный представитель? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
2. Разрешаете ли вы своему уполномоченному представителю получать от нас предназначенную вам корреспонденцию, касающиеся вашего заявления? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
3. Является ли ваш представитель вашим законным опекуном? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, кто: _____			
4. Является ли ваш представитель вашим доверенным лицом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, кто: _____			
5. Является ли ваш представитель лицом, осуществляющим уход за вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
6. Имя/название уполномоченного представителя		7. Телефон (    )	
8. Почтовый адрес уполномоченного представителя			
IV. Семейное положение			
<input type="checkbox"/> Не женат/не замужем <input type="checkbox"/> Женат/замужем, проживает совместно с супругой(-ом) <input type="checkbox"/> Женат/замужем, проживаю отдельно от супруги(-а) <input type="checkbox"/> Состою в официально зарегистрированных отношениях сожительствa			



V. Информация о вашей семье (Если вы женаты/замужем, укажите только себя и вашу(-его) супругу(-а))								
						Необязательно для вашего(-ей) супруга(-и), если последний(-ая) не подает заявление на участие в программе TSOA		
Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Пол: М или Ж	Кем приходитс я вам?	Дата рожден ия	Отметьте, нужны ли услуги этому лицу	Номер социальн ого обеспечен ия	Отметьте, имеет ли гражданст во США	Расовая принадл ежность (см. ниже)	Название племени (для американских индейцев и уроженцев Аляски)
		Я сам (-а)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		Супруг (-а)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
VI. Общая информация								
<p>1. Мое этническое происхождение – испаноговорящий (-ая) или латиноамериканец (-ка): <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Примечание:</b> Сведения о расовой принадлежности и этническом происхождении предоставляются в добровольном порядке. (Примеры рас: Белые, черные / афроамериканцы, азиаты, уроженцы Гавайских островов, уроженцы других островов Тихого океана, американские индейцы, уроженцы Аляски, либо иная комбинация рас)</p>								
<p>2. Являюсь ли я или мой(-я) супруг(а) спонсируемым иностранцем? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, кто? _____</p>								
<p>3. Мне нужен переводчик. Я говорю на: _____ или <input type="checkbox"/> на языке глухонемых; переведите мои письма на: _____</p>								
VII. Трудовой доход (приложите подтверждение – к примеру, корешок чека об оплате или декларацию работодателя)								
<p><b>Примечание:</b> Американским индейцам и коренным жителям Аляски не требуется сообщать о некоторых видах дохода, включая следующее: участие в доходе корпораций и трастовых фондов коренных жителей Аляски; доля дохода из имущества, находящегося в доверительном управлении; доход от владения природными ресурсами и объектами усовершенствования; выплаты, связанные с рыболовством, добычей природных ресурсов и сбором урожая; платежи, связанные с владением предметами, имеющими уникальное религиозное, духовное или культурное значение; а также финансовая помощь студентам из образовательных программ Бюро по делам индейцев (Bureau of Indian Affairs).</p>								
1. Я получаю трудовой доход? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					Имя/название работодателя			
Телефон работодателя		Дата выхода на работу		Это самостоятельная предпринимательская деятельность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Совокупный доход (в долларах, до вычетов) \$ _____ в: <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Неделю <input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Месяц								
Часов в неделю: _____ Дата выплат (к примеру, 1-го и 15-го числа или каждую пятницу): _____								
2. Мой(-я) супруг(а) получает трудовой доход? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					Имя/название работодателя супруга(-и)			
Телефон работодателя супруга(-и)		Дата выхода супруга(-и) на работу		Это самостоятельная предпринимательская деятельность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Совокупный доход (в долларах, до вычетов) \$ _____ в: <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Неделю <input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Месяц								
Часов в неделю: _____ Дата выплат (к примеру, 1-го и 15-го числа или каждую пятницу): _____								

### VIII. Другой доход (ваш или вашего(-ей) супруга(-и))

(приложите подтверждение – к примеру, уведомление с указанием суммы пособия, расчеты, документы по страховой ренте)

<b>Примеры:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Пособие по социальному обеспечению</li><li>• Пособия по безработице</li><li>• IRA/401(k)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Пенсия</li><li>• Интерес/дивиденды</li><li>• Пособия Департамента труда и промышленности (L&amp;I)</li><li>• Льготы железнодорожника</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Договоры о продаже/векселя</li><li>• Выплаты алиментов бывшей супруге (-у)</li><li>• Доход племени</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Льготы Администрации ветеранов (VA) или материальная помощь военнослужащим</li><li>• Подарки (денежные/подарочные карты)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Доход от аренды</li><li>• Трастовые фонды</li><li>• Страховая рента</li></ul>
--	--	--	--	---

Нетрудовой доход	Кто получает этот доход	Валовый месячный доход	Кто получает этот доход	Полная сумма Сумма
		\$		\$
		\$		\$

### IX. Ресурсы (приложите подтверждение – к примеру, копии банковских выписок, официальные документы и страховые полисы)

Ресурсы — это любое имущество, которым вы владеете или которое покупаете и которое можно продать, обменять или превратить в наличные деньги, а также деньги. Сюда входят ресурсы других людей. Ресурсы не включают личное имущество, например, мебель и одежду, принадлежности индивидуального пользования и вещи, такие как ювелирные изделия.

#### Примеры ресурсов:

- |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Наличные средства</li><li>• Текущие счета</li><li>• Ценные бумаги/облигации</li><li>• Паевые инвестиционные фонды</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Собственное жилье</li><li>• Пенсионные фонды IRA/401K</li><li>• Земля/прочее имущество</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Имущество в пожизненном пользовании</li><li>• Полисы страхования жизни</li><li>• Фонды для оплаты обучения в вузе</li><li>• Доля в недвижимости</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Трасты/страховые ренты</li><li>• Похоронный фонд</li><li>• Сельскохозяйственное оборудование/домашний скот</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Производственное оборудование</li><li>• Договоры о продаже</li></ul> |
|---|--|---|--|--|

Ресурс	Кто владеет	Местонахождение	Стоимость	Ресурс	Кто владеет	Местонахождение	Стоимость
			\$				\$
			\$				\$
			\$				\$

**АВТОТРАНСПОРТНЫЕ СРЕДСТВА:** Укажите автомобиль, которыми владеете вы или ваш(а) супруг(а). Укажите: автомобили, грузовики, микроавтобусы, лодки, рекреационные фургоны, трейлеры и другие автотранспортные средства.

Год выпуска (к примеру,	Марка (Toyota)	Модель (Camry)	Пометьте, если	Причитающаяся сумма
			<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	\$

### X. Перед тем, как подписать, внимательно прочтите

**Права, касающиеся административных слушаний:** Если вы не согласны с принятым нами решением, вы можете подать апелляцию и созвать слушание. Вы также можете обратиться с просьбой о помощи в разрешении ситуации начальника соответствующего отдела или администратора. Вы имеете право на слушание даже после получения такой помощи.

## XI. Регистрация избирателя

Департамент предлагает услуги по регистрации избирателей, включая автоматическую регистрацию избирателей.

**Регистрация в качестве избирателя или отказ от регистрации в качестве избирателя не повлияет на объем обслуживания или на ваше право на льготные условия обслуживания, которые вы можете получать от данного учреждения.** Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы поможем вам. Решение о том, обращаться ли за помощью, остаётся за вами. Вы можете заполнить форму регистрации в качестве избирателя самостоятельно в условиях конфиденциальности. Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию или на отказ регистрироваться в качестве избирателя, ваше право на частную жизнь в части принятия решения в отношении регистрации или подачи запроса на регистрацию в качестве избирателя, или оказал влияние на ваше право выбора определенной политической партии или на право следования собственным политическим предпочтениям, вы можете подать жалобу в: Избирательную комиссию штата Вашингтон (Washington State Election Office) по адресу: PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

**Вы хотите зарегистрироваться для голосования или обновить ваши регистрационные данные избирателя?**  Да  Нет

**Если вы не поставите отметку ни в одном из двух приведенных выше полей, мы будем считать, что вы приняли решение не регистрироваться в качестве избирателя в настоящее время, если вы только не имеете право на автоматическую регистрацию на выборах и не отклонили эту опцию.**

Если вы не выбрали «нет» выше, то вы можете иметь право на автоматическую регистрацию. Вы можете быть автоматически зарегистрированы, если будете старше 18 лет на момент проведения следующих выборов, являетесь гражданином США, если в распоряжении DSHS будет информация о вашем имени, адресе проживания, почтовом адресе, дате рождения, информация с подтверждением вашего гражданства и ваша подпись, удостоверяющая правдивость данных, указанных в этом заявлении.

**Вы хотите автоматически зарегистрироваться для голосования?**  Да  Нет

**Если вы отметили поле «Да» или не отметили ни одно из полей выше и отвечаете требованиям к участию в автоматической регистрации избирателей, то DSHS отправит вашу информацию в Офис секретаря штата (Office of the Secretary of State) и вы будете автоматически зарегистрированы для голосования.**

## XI. Декларация и подпись

Я прочел/прочла и понимаю информацию, указанную в этом заявлении. Под угрозой наказания за предоставление ложных сведений по законам штата Вашингтон я заявляю, что сведения, приведенные мной в данном заявлении, включая сведения о моем гражданском и иммиграционном статусе, являются правдивыми и точными.

**Подпись заявителя или уполномоченного представителя**

Дата

Имя заявителя или уполномоченного представителя, печатными буквами