

## Заява на медичне страхування Washington Apple Health для індивідуального догляду за особами похилого віку (TSOA)

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

<p><b>Що таке TSOA?</b></p>	<p>TSOA — це програма, що допомагає надавачам послуг, які безкоштовно доглядають члена родини. Вона також надає певну допомогу, якщо у вас немає члена родини, який може вам допомагати. Послуги включають наступне.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Тимчасовий догляд за хворим або доставка їжі додому. Аби особа, яка надає догляд, могла відпочити, для тимчасового догляду за хворим може найматися інша особа.</li> <li>• Медичне обладнання та матеріали, такі як лавка для ванни або засоби боротьби з нетриманням, наприклад, підгузки для дорослих.</li> <li>• Тренування та навчання, наприклад, тренінг «Ефективні інструменти для надавачів догляду».</li> <li>• Те, що може допомогти вашому надавачу догляду, наприклад, консультування щодо психічного здоров'я або лікувальний масаж.</li> <li>• Певну допомогу з потребами особистого догляду, якщо у вас немає сімейного надавача догляду.</li> </ul>
<p><b>Хто може отримувати TSOA?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вам 55 або більше років.</li> <li>• У вас є член родини, який безкоштовно вам допомагає, але вашому надавачу догляду потрібна допомога; або</li> <li>• Вам потрібна допомога та у вас немає члена родини, що регулярно вам допомагає.</li> </ul>
<p><b>Ви можете заповнити цю анкету або подати заявку онлайн.</b></p>	<p>Щоб подати заявку онлайн, перейдіть на сайт <a href="http://www.washingtonconnection.org">www.washingtonconnection.org</a>.</p>
<p><b>Інформація, необхідна для подання заявки: (Якщо ви одружені, також надайте інформацію про вашого чоловіка/дружину).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Номер соціального забезпечення</li> <li>• Дата народження</li> <li>• Сімейний стан</li> <li>• Імміграційний статус</li> <li>• Дохід</li> <li>• Ресурсна інформація (така як баланс на банківському рахунку, акції, боргові зобов'язання, довірча власність, пенсійні рахунки)</li> </ul>
<p><b>Чому нам потрібно стільки інформації?</b></p>	<p>Ми маємо визначити, чи маєте ви право на ці послуги. Безпека вашої особистої інформації захищена законом.</p>
<p><b>Я заповнив(-ла) свою заяву. Що далі?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Переконайтеся, що ви підписали свою заяву.</li> <li>• Надішліть її за адресою: DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826; або</li> <li>• Відправте факсом на номер 1-855-635-8305; або</li> <li>• Подайте її до місцевого Відділу домашніх та соціальних послуг (HCS). Дивіться сторінку <a href="http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm">http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm</a> для пошуку адрес; або</li> <li>• Подайте заявку онлайн <a href="http://www.washingtonconnection.org">www.washingtonconnection.org</a></li> </ul>
<p><b>Щоб отримати більш детальну інформацію:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зателефонуйте за нашим безкоштовним номером 1-855-567-0252</li> <li>• Зв'яжіться з місцевим відділом Агенції з послуг для літніх осіб (AAA) та запросіть до телефону спеціаліста в справах сімейних надавачів догляду. Знайдіть свій місцевий відділ AAA за посиланням: <a href="http://www.waclc.org">www.waclc.org</a></li> <li>• Щоб дізнатися місцезнаходження місцевого відділу HCS, перейдіть на сторінку <a href="http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm">http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm</a></li> <li>• У нас є інформаційний лист, в якому розповідається про TSOA та інші програми. Можливо TSOA вам не підходить.</li> </ul>

# Індивідуальний догляд за особами похилого віку (TSOA) Права та обов'язки

## Ми маємо повідомити вам наступну інформацію. Не ігноруйте її.

### Ваші права (ми повинні).

Пояснити вам ваші права та обов'язки, якщо ви про це попросите.

**Допомогти вам, якщо у вас є порушення.** Опис такої допомоги наведено в правилах. Див. WAC 182-503-0120.

**Ми допомагатимемо вам ознайомлюватися та заповнювати всі необхідні бланки.** Зателефонуйте до свого місцевого Відділу домашніх та соціальних послуг. Адреси можна знайти за посиланням: <http://www.altsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm>

**Якщо вам потрібні послуги усного або письмового перекладача, повідомте нас про це. Для вас ця послуга безкоштовна. Ми негайно знайдемо для вас перекладача.**

**Зберігати конфіденційність вашої особистої інформації.** Ми передаємо інформацію лише іншим агенціям штату або федеральним агенціям, щоб перевірити, чи маєте ви право на цю програму.

**Приймати рішення якомога швидше.**

**Якщо нам знадобиться більше інформації, ми повідомимо вас про це. У вас буде 10 календарних днів, щоб надати нам цю інформацію.** Якщо ви попросите про більший строк, ми дамо вам більше часу. Надайте нам інформацію протягом 10 календарних днів або попросіть про більший строк. Якщо ви цього не зробите, ви не отримаєте TSOA.

**Ми допоможемо вам, якщо вам складно дістати необхідну нам інформацію.**

**Надати вам письмове рішення, у більшості випадків, в межах 45-денного терміну.**

**Ви не зобов'язані розмовляти** зі слідчим, якщо ми перевіряємо вашу справу. Ви не повинні дозволяти слідчому входити у вашу домівку. Відмова від розмови зі слідчим не вплине на рішення щодо отримання вами TSOA.

**Давати вам можливість оскаржувати,** якщо ви незгодні з розпорядженням, наданим Департаментом соціального страхування та страхування здоров'я (DSHS), що впливає на ваше право на отримання TSOA. Якщо ви подасте апеляцію, вам призначать адміністративне слухання.

**Відноситися до вас чесно. Дискримінація протизаконна.** Департамент DSHS та Управління охорони здоров'я (HCA) не порушують федеральне законодавство з громадянських прав та не дискримінують за расою, кольором шкіри, національністю, віком, недієздатністю або статтю. Департамент DSHS та Управління HCA не відмовляють людям

та не відносяться до них по-різному через їх расу, колір шкіри, національність, вік, недієздатність або стать.

Департамент DSHS та Управління HCA також дотримуються всіх застосовних законів штату та не допускають дискримінації на основі віросповідання, а також за гендерною приналежністю, гендерним самовираженням або ідентичністю, сексуальною орієнтацією, сімейним станом, релігійними переконаннями, у зв'язку зі статусом ветерана, який звільнився із військових сил із позитивною характеристикою, або зі статусом військовослужбовця або у зв'язку із фактом використання спеціально навченого собаки або іншої тварини особою з ознаками інвалідності.

Департамент DSHS та Управління HCA

- Безкоштовно надають наступну допомогу та послуги людям з інвалідністю, щоб вони могли рівнозначно спілкуватися з нами, зокрема:
  - Послуги кваліфікованих спеціалістів, що володіють мовою жестів
  - Письмову інформацію в іншій формі (більший шрифт, аудіо, допустимі електронні формати, інші формати)
- Послуги перекладача особам, чия основна мова спілкування — не англійська
  - Послуги кваліфікованих усних перекладачів
  - Письмову інформацію іншими мовами

Якщо вам потрібні такі послуги, зв'яжіться з нами за номером 1-855-567-0252.

Якщо ви вважаєте, що Департамент DSHS або Управління HCA не надають таких послуг або іншим чином дискримінують вас, ви можете надіслати скаргу на таку поштову адресу:

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

Ви можете принести скаргу особисто або надіслати її на поштову адресу, телефоном, факсом або електронною поштою. Якщо ви потребуєте допомоги із заповненням скарги, Служба підтримки клієнтів Департаменту DSHS (DSHS Constituent Services) або Служба юридичних послуг Управління HCA (HCA Division of Legal Services) можуть вам допомогти.

Ви можете також подати скаргу про порушення громадянських прав до Управління з цивільних прав Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США в електронній формі за посиланням <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, або поштою чи за телефоном за наступними реквізитами:

**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 (текстовий телефон).

Форми скарг доступні на сайті  
[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## Ваші обов'язки (ви повинні).

**Якщо агенція цього вимагає**, надати будь-яку інформацію або докази, необхідні для визначення вашого права на покриття.

**Розкриття номеру соціального страхування та імміграційного статусу.** Ви маєте надати нам номер соціального забезпечення (SSN) або номер імміграційного документу. Ця інформація є необхідною для визначення, чи відповідаєте ви критеріям. Ми використовуємо ваш номер SSN для підтвердження вашої особи, громадянства, імміграційного статусу, дати народження та чи маєте ви інше страхове покриття лікування. **Ми не передаємо цю інформацію Службі національної безпеки.**

**Повідомляти про зміни згідно з нашими правилами** протягом 30 днів з моменту зміни. **Ознайомтеся з листом-підтвердженням, щоб знати, про які зміни ви маєте повідомляти.**

**Виконувати оновлення**, коли ми про це просимо.

**Співпрацювати з робітниками відділу забезпечення якості**, коли ми про це просимо.

## Речі, які варто знати.

**Існують закони штату та федеральні закони**, які визначають порядок обробки вашої заяви. Вони також визначають ваші права та обов'язки як заявника, а також чи отримаєте ви послуги TSOA. Подаючи заяву, ви зобов'язуєтесь дотримуватись цих законів. Якщо ви отримаєте TSOA, ви зобов'язуєтесь дотримуватись відповідних законів.

Федеральний закон вимагає від нас допомогти вам зареєструватися у голосуванні, якщо ви цього хочете. Ви можете вирішувати, чи хочете ви зареєструватися. Таке рішення не вплине на наше рішення щодо послуг або пільг. Ви можете зареєструватися для участі у голосуванні за адресою [www.vote.wa.gov](http://www.vote.wa.gov) або замовити форму реєстрації для участі у голосуванні, зателефонувавши за номером 1-800-448-4881.

**Закон про безперервність дії та прозорість медичного страхування (HIPAA)** та його обмеження запобігають тому, щоб Health Care Authority (HCA) та DSHS обговорювали медичну інформацію про вас та будь-яких членів вашої родини з будь-якими особами, включаючи вповноважених представників, якщо тільки така особа не має повноважень або ви не підписали згоду, за якою дозволяєте розголошення цієї інформації. Сюди входить розголошення інформації про психічне здоров'я, результати аналізів на ВІЛ, СНІД, ХПСС, а також про лікування та послуги щодо залежності від речовин.

**Закон про доступне медичне обслуговування** запобігає тому, щоб DSHS передавали персональну інформацію (PII) про вас або будь-яких членів вашої родини будь-яким особам, які не вповноважені отримувати таку інформацію.

Інформація, яку ви надаєте DSHS, є предметом уточнення федеральними офіційними особами та такими особами в штаті з метою визначення вашого права на програму TSOA. Уточнення може включати контакти для подальшого спостереження, що будуть здійснювати співробітники 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 ለገዛ 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 ဘာသာစကားအထောက်အကူပေးဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារពេញ ឆ្លើយតបដោយឥតគិតថ្លៃ។ 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, ລວມທັງການແປພາສາ ແລະ ການແປຂອບສາບຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຝຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. 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. 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, 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 ገተፅ-ኣፉ ማተርያላት ትርጉምን ኣዊሱ ናይ ቋንቋ ኣገዛ 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).

## Заява на Індивідуальний догляд за особами похилого віку (TSOA)

I. Ім'я та контактні дані заявника			
1. Ім'я По батькові Прізвище		2. Номер телефону ( )	3. Номер клієнта (якщо вам відомо)
4. Адреса проживання		Місто	Штат Поштовий індекс
5. Основний телефон ( ) <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Текст		6. Додатковий телефон ( ) <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Текст	
II. Ім'я та контактні дані надавача догляду			
<input type="checkbox"/> Немає надавача догляду			
7. Повне ім'я		8. Телефон ( ) <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Моб. <input type="checkbox"/> Текст	
9. Адреса надавача догляду		Місто	Штат Поштовий індекс
10. Відношення до вас			
III. Інформація щодо вповноваженого представника			
<p>Вповноважений представник є дорослою особою, якій ви надасте повноваження діяти від вашого імені стосовно вашої заяви. Ваш вповноважений представник може підписувати та подавати заяву за вас та може отримувати від нас листи стосовно неї. Організація також може бути вашим вповноваженим представником, якщо така організація є вашим опікуном.</p>			
1. У вас є вповноважений представник? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
2. Чи хочете ви, щоб ваш уповноважений представник отримував повідомлення, пов'язані з вашою заявкою? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
3. Чи є ваш вповноважений представник вашим офіційним опікуном? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, хто: _____			
4. Чи є ваш вповноважений представник вашою довіреною особою? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, хто: _____			
5. Чи є ваш вповноважений представник особою, що надає догляд? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
6. Ім'я та прізвище / назва організації вповноваженого представника		7. Номер телефону ( )	
8. Поштова адреса вповноваженого представника			
IV. Сімейний стан			
<input type="checkbox"/> Неодружений/незаміжня			
<input type="checkbox"/> Одружений(на) і проживаю з чоловіком/дружиною			
<input type="checkbox"/> Одружений(на) і проживаю окремо від чоловіка/дружини			
<input type="checkbox"/> В зареєстрованому цивільному шлюбі			

HCA 18-008 UK (7/20) Ukrainian



18008

V. Інформація про вашу родину (Вказуйте лише себе та вашого чоловіка/дружину, якщо ви одружені)								
						Не обов'язково для чоловіка/дружини, які не подають заяву на TSOA		
Прізвище та ім'я (Ім'я, по батькові, прізвище)	Стать: Ч або Ж	У яких відносинах з вами ця особа?	Дата народження	Впевніться, що вам потрібні послуги для цієї особи	Номер соціального забезпечення	Зазначте, якщо ви громадянин США	Раса (дивіться нижче)	Назва племені (для американських індіанців та корінних аляскінців)
		Особисто я		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		Чоловік/дружина		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
VI. Загальна інформація								
<p>1. Ви за етнічним походженням іспанець або латиноамериканець: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <b>Пам'ятайте:</b> Надання інформації про расу та етнічне походження є добровільним.  <b>(Приклади рас:</b> Біла, чорна чи афроамериканець, монголоїдна, корінний гаваець, представник корінного населення тихоокеанських островів, американський індіанець, корінний аляскінець чи будь-яка комбінація рас.)</p>								
<p>2. Я або мій чоловік/дружина є іноземцем, що отримує спонсорську допомогу? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, хто: _____</p>								
<p>3. Мені потрібен усний перекладач. Я розмовляю: _____ або <input type="checkbox"/> мовою жестів; перекладіть мої листи на: _____</p>								
VII. Зароблений дохід (додати доказ — наприклад, розрахункові листи або виписки від вашого роботодавця)								
<p><b>Пам'ятайте:</b> Американські індіанці/корінні жителі Аляски не зобов'язані повідомляти про такі доходи, як з майна на засадах довірчої власності корінних аляскінців, прибутки з власності, що знаходиться в таких фондах, надходження від природних ресурсів, що знаходяться у власності, та від покращення таких ресурсів; платня за риболовлю, видобуток природних ресурсів та врожайів; надходження за предмети релігійної, духовної, традиційної чи культурної значущості; а також студентська фінансова допомога від освітньої програми Бюро у справах індіанців.</p>								
1. Чи маю я дохід від роботи? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні					Назва / ім'я та прізвище роботодавця			
Номер телефону роботодавця		Дата початку роботи			Чи це є самостійна трудова діяльність? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
<p>Загальна сума отриманих коштів (сума в доларах до відрахувань)  <b>у доларах</b> _____ <b>за:</b> <input type="checkbox"/> Годину <input type="checkbox"/> Тиждень <input type="checkbox"/> Два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Місяць</p>								
Кількість годин на тиждень: _____					Дати надходження платні (напр. 1 та 15 числа чи щоп'ятниці): _____			
2. Чи має мій чоловік/дружина дохід від роботи? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні					Ім'я та прізвище / назва роботодавця чоловіка/дружини			
Номер телефону роботодавця чоловіка/дружини		Дата початку роботи чоловіка/дружини			Чи це є самостійна трудова діяльність? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
<p>Загальна сума отриманих коштів (сума в доларах до відрахувань)  <b>у доларах</b> _____ <b>за:</b> <input type="checkbox"/> Годину <input type="checkbox"/> Тиждень <input type="checkbox"/> Два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Місяць</p>								
Кількість годин на тиждень: _____					Дати надходження платні (напр. 1 та 15 числа чи щоп'ятниці): _____			

**VIII. Інший дохід (ваш та вашого чоловіка/дружини)**

(додати доказ — наприклад, лист про допомогу, виписки, документ, що свідчить про наявність страхової ренти)

<b>Приклади включають:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Пенсія</li> <li>Відсотки/дивіденди</li> <li>Робота та промисловість (L&amp;I)</li> <li>Пільги для залізничників</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Контракти на продаж/векселі</li> <li>Допомога від чоловіка/дружини</li> <li>Племінні надходження</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Пільги від Управління зі справ ветеранів (VA) або пільги військовослужбовців</li> <li>Подарунки (подарована готівка / подарункові карти)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дохід від ренти</li> <li>Трасти</li> <li>Страхова пенсія</li> </ul>
----------------------------	---	--	--	--

Нетрудовий прибуток	Хто отримує прибуток	Загальна неоподаткована сума на місяць	Хто отримує прибуток	Загальна неоподаткована сума на місяць
		\$		\$
		\$		\$

**IX. Ресурси (додати доказ — наприклад, копії банківських виписок, юридичних документів або страхових полісів)**

Ресурс — це будь-що з вашого власного майна або те, що ви купуєте та можете продати, виставити на продаж або обміняти на готівку чи гроші. Сюди входять речі, якими володіють інші особи. Ресурс не включає особисту власність, наприклад, меблі, одяг, особисті речі, включаючи прикраси.

**Прикладами ресурсів є:**

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>гроші готівкою</li> <li>витратні рахунки в банку / депозитні сертифікати</li> <li>акції/облігації</li> <li>спільні фонди</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ваш будинок</li> <li>IRA/401K/пенсійні фонди</li> <li>земельна ділянка/інша власність</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>нерухоме майно, що знаходиться у власності протягом життя</li> <li>поліси страхування життя</li> <li>фонди для навчання</li> <li>спільна оренда власності</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>трасти/страхові пенсії</li> <li>кошти на організацію похорон</li> <li>обладнання для ферми/домашні сільськогосподарські тварини</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>обладнання для бізнесу</li> <li>Контракти на продаж</li> </ul> |
|--|---|---|---|---|

Тип ресурсу	Хто володіє	Місце	Цінність	Тип ресурсу	Хто володіє	Місце	Цінність
			\$				\$
			\$				\$
			\$				\$

**ТРАНСПОРТНІ ЗАСОБИ.** Вкажіть будь-які транспортні засоби, якими володієте ви або ваш чоловік/дружина. Сюди входять: машини, траки, фургони, човни, мікроавтобуси, трейлери або інші автомобілі чи моторні пристрої для переміщення.

Рік (наприклад, 2010)	Виробник (Toyota)	Модель (Camry)	Зазначте, якщо	Сума заборгованості
			<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	\$

**X. Перш ніж підписати, уважно прочитайте**

**Права на адміністративне слухання:** Якщо ви незгодні з винесеним нами рішенням, ви можете подати на апеляцію для проведення слухання. Ви також можете зробити запит на допомогу керівника або адміністратора. Навіть якщо ви попросите про таку допомогу, ви все одно матимете право на слухання.

## XI. Реєстрація виборця

Департамент пропонує послуги з реєстрації виборців, зокрема автоматичну реєстрацію виборців.

**Подання прохання щодо реєстрації або відмова від реєстрації не вплине на доступність обслуговування або соціальної допомоги, яку ви отримуєте від цієї установи.** Якщо вам потрібна допомога із заповненням реєстраційної форми, вам буде надано таку допомогу. Рішення, чи потрібна вам така допомога, приймає особисто ви. Ви можете самостійно заповнити форми реєстрації виборця. Якщо ви вважаєте, що хтось вплинув на ваше право щодо реєстрації виборця, ваше право щодо прийняття рішення щодо реєстрації або щодо подання запиту про реєстрацію або на ваше право щодо підтримки тієї чи іншої партії або програм, ви можете подати скаргу за адресою:

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

Чи хочете ви зареєструватися виборцем або актуалізувати вашу реєстрацію виборця?  Так  Ні

**Якщо ви не дасте жодної відповіді, це означитиме, що цього разу ви вирішили не реєструватися виборцем (за винятком випадків, коли ви маєте право на автоматичну реєстрацію виборцем, та не відмовляєтесь від цього права).**

Якщо ви не відмітили відповідь «Ні», ви можете мати право на автоматичну реєстрацію виборцем. Якщо ви маєте право на автоматичну реєстрацію виборцем, у день наступних виборів ваш вік має бути не меншим за 18 років, ви маєте бути громадянином Сполучених Штатів Америки, і в Департаменті DSHS мають бути такі ваші дані: ім'я, адреса мешкання та поштова адреса, підтвердження громадянства, а також ваш підпис, який підтверджує достеменність інформації, що міститься в заяві.

Чи хочете ви автоматично зареєструватися виборцем?  Так  Ні

**Якщо ви не відмітите відповідь «Так», або якщо ви не відмітите жодну відповідь, і, при цьому, ви відповідатимете критеріям щодо автоматичної реєстрації виборцем, Департамент DSHS надішле ваші дані до офісу Секретаря штату, і вас буде автоматично зареєстровано виборцем.**

## XII. Заява та підпис

Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) інформацію у цій заявці. Я проголошую, під присягою відповідно до законів штату Вашингтон, що інформація, яку я надав(-ла) у даній заявці, включаючи інформацію стосовно мого громадянства та імміграційного статусу, є правдивою, вірною та повною, наскільки мені це відомо.

Підпис заявника або уповноваженого представника

Дата

Ім'я та прізвище заявника або уповноваженого представника друківаними літерами