

Đơn Xin Hưởng Washington Apple Health về Các Hỗ Trợ Phù Hợp cho Người Cao Tuổi (TSOA)

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

<p>TSOA là gì?</p>	<p>TSOA là một chương trình trợ giúp các nhân viên chăm sóc đang chăm sóc miễn phí cho một thành viên gia đình. Chương trình này cũng có thể cung cấp một số trợ giúp nếu quý vị không có một thành viên gia đình giúp đỡ quý vị. Các dịch vụ bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chăm sóc thay thế hoặc các bữa ăn được giao đến nhà. Chăm sóc thay thế có thể chi trả cho người nào đó thay cho nhân viên chăm sóc của quý vị nghỉ ngơi. Thiết bị và vật dụng y tế, như ghế tắm hoặc đồ dùng vệ sinh cho người không kiểm chế được, giống như tã lót người lớn. Huấn luyện và giáo dục, như Các Công Cụ Mạnh Mẽ để huấn luyện Nhân Viên Chăm Sóc. Những việc có thể trợ giúp cho nhân viên chăm sóc của quý vị, như tư vấn sức khỏe tâm thần hoặc liệu pháp xoa bóp. Một số trợ giúp với nhu cầu chăm sóc cá nhân nếu quý vị không có một nhân viên chăm sóc cho người thân.
<p>Ai có thể nhận được TSOA?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Quý vị từ 55 tuổi trở lên. Quý vị có một thành viên gia đình trợ giúp miễn phí, nhưng nhân viên chăm sóc của quý vị cần giúp đỡ; hoặc Quý vị cần trợ giúp và không có một thành viên gia đình giúp đỡ quý vị thường xuyên.
<p>Quý vị có thể điền vào mẫu đơn này hoặc nộp đơn xin trực tuyến.</p>	<p>Để nộp đơn xin trực tuyến, hãy đi đến www.washingtonconnection.org.</p>
<p>Thông tin quý vị cần để nộp đơn xin: (Nếu đã kết hôn, cũng cung cấp cho chúng tôi thông tin của vợ/chồng quý vị.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Số an sinh xã hội Ngày sinh Tình trạng hôn nhân Tình trạng nhập cư Thu nhập Thông tin nguồn lực (như số tiền còn lại trong tài khoản ngân hàng, cổ phiếu, trái phiếu, tín phiếu, tài khoản hưu trí)
<p>Vì sao chúng tôi yêu cầu quá nhiều thông tin?</p>	<p>Chúng tôi phải tìm hiểu xem quý vị có hội đủ điều kiện hay không. Chúng tôi bảo mật thông tin của quý vị theo quy định của pháp luật.</p>
<p>Tôi đã điền vào đơn xin của tôi. Bây giờ sẽ làm những gì?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Chắc chắn quý vị phải ký tên vào đơn xin của quý vị. Gửi đơn xin đến: DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826; hoặc Fax đơn xin đến 1-855-635-8305; hoặc Mang đơn xin đến nộp tại một văn phòng Sở Dịch Vụ Gia Đình và Cộng Đồng (HCS) địa phương. Xem http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm để biết địa điểm; hoặc Nộp đơn xin trực tuyến tại www.washingtonconnection.org
<p>Để biết thêm thông tin:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gọi số điện thoại miễn phí của chúng tôi là 1-855-567-0252 Liên hệ với văn phòng Cơ Quan Người Cao Tuổi Trong Khu Vực (AAA) của địa phương quý vị và yêu cầu nói chuyện với một chuyên gia về Nhân Viên Chăm Sóc Cho Người Thân. Tìm văn phòng AAA của địa phương quý vị ở đây: www.waclc.org Để tìm một văn phòng HCS địa phương, hãy xem http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm Chúng tôi có một Bảng Thông Tin cho quý vị biết về TSOA và các chương trình khác. TSOA có thể không phù hợp cho quý vị.

Các Hồ Trợ Phù Hợp cho Người Cao Tuổi (TSOA) Các Quyền và Trách Nhiệm

Chúng tôi phải nói cho quý vị biết về thông tin này. Đừng bỏ qua.

Các quyền của quý vị (chúng tôi phải):

Giải thích về các quyền và trách nhiệm của quý vị nếu quý vị yêu cầu.

Trợ giúp quý vị nếu quý vị bị khuyết tật. Chúng tôi mô tả trợ giúp này trong một luật lệ. Xem WAC 182-503-0120.

Chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị đọc và điền vào bất kỳ mẫu đơn nào nếu quý vị cần giúp đỡ. Gọi Văn Phòng Sở Dịch Vụ Gia Đình & Cộng Đồng của địa phương quý vị. Các địa điểm tại:
<http://www.altsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm>

Nếu quý vị cần một phiên dịch viên hoặc các dịch vụ biên dịch viên, hãy cho chúng tôi biết. Chúng tôi sẽ không tính phí quý vị. Chúng tôi sẽ nhận một dịch vụ dành cho quý vị ngay lập tức.

Bảo mật thông tin cá nhân của quý vị. Chúng tôi chỉ sẽ chia sẻ thông tin với các cơ quan tiểu bang và liên bang để xem quý vị có hội đủ điều kiện hay không và giúp quý vị có được trên chương trình.

Đưa ra một quyết định ngay khi chúng tôi chúng tôi có thể.

Nếu chúng tôi cần thêm nhiều thông tin, chúng tôi sẽ nói cho quý vị biết. Quý vị sẽ có 10 ngày dương lịch để cung cấp cho chúng tôi thông tin đó. Nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi sẽ cho quý vị thêm thời gian. Cung cấp cho chúng tôi thông tin trong 10 ngày dương lịch hoặc yêu cầu chúng tôi cho thêm thời gian. Nếu quý vị không thực hiện, quý vị sẽ không nhận được TSOA.

Chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị nếu quý vị gặp khó khăn khi lấy thông tin chúng tôi cần.

Gởi cho quý vị một quyết định bằng văn bản, trong hầu hết các trường hợp, trong vòng 45 ngày.

Quý vị không phải nói với một điều tra viên nếu chúng tôi kiểm tra hồ sơ của quý vị. Quý vị không phải cho một điều tra viên vào nhà của quý vị. Không nói với một điều tra viên sẽ không ảnh hưởng đến việc quý vị có nhận được TSOA hay không.

Cho quý vị cơ hội để kháng nghị nếu quý vị không đồng ý việc xác định của DSHS đưa ra làm ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng TSOA của quý vị. Bằng cách yêu cầu kháng nghị, quý vị sẽ được sắp xếp một Phiên Điều Tra Hành Chánh.

Đối xử với quý vị công bằng. Phân biệt đối xử là trái với luật pháp. DSHS và Health Care Authority (HCA) tuân thủ luật dân quyền hiện hành của liên bang và không phân biệt đối xử vì lý do chủng tộc, màu da, nguyên quán, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính. DSHS và HCA không loại trừ

những người hoặc đối xử với họ khác biệt vì lý do chủng tộc, màu da, nguyên quán, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính của họ.

DSHS và HCA cũng tuân thủ theo luật pháp hiện hành của tiểu bang và không phân biệt đối xử vì lý do tín ngưỡng, giới tính, thể hiện hoặc định dạng giới tính, định hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tôn giáo, tình trạng xuất ngũ danh dự của cựu chiến binh hoặc quân đội, hay sử dụng động vật trong dịch vụ hoặc hướng dẫn chó đã huấn luyện bởi một người khuyết tật.

DSHS và HCA:

- Cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ miễn phí cho những người khuyết tật để họ có thể giao tiếp với chúng tôi một cách hiệu quả, như:
 - Các thông dịch viên ngôn ngữ cử chỉ có đủ tư cách
 - Thông tin bằng văn bản trong các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể sử dụng, các định dạng khác)
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người sử dụng ngôn ngữ chính của họ không phải là Tiếng Anh, như:
 - Các thông dịch viên có đủ tư cách
 - Thông tin bằng văn bản trong các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ 1-855-567-0252.

Nếu quý vị cho rằng DSHS và HCA đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo một cách khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu kiện với:

• 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 98501-2704
1-855-682-0787
Fax: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

Quý vị có thể nộp đơn khiếu kiện trực tiếp hoặc bằng cách gọi điện thoại, gửi thư, fax, hoặc email. Nếu quý vị cần giúp nộp đơn khiếu kiện, Bộ Phận Dịch Vụ Cử Tri DSHS hoặc Phòng Dịch Vụ Pháp Lý HCA hiện có để trợ giúp cho quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại dân quyền cho Bộ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền bằng điện tử tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc bằng cách gửi thư hay điện thoại đến:

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).

Các mẫu đơn khiếu nại hiện có tại
www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Trách nhiệm của quý vị (quý vị phải):

Nếu được cơ quan yêu cầu, hãy cung cấp bất kỳ thông tin hoặc bằng chứng nào cần thiết để quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện hay không.

Tiết Lộ SSN và Tình Trạng Nhập Cư. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi Số An Sinh Xã Hội (SSN) hoặc số chứng từ nhập cư của quý vị. Chúng tôi cần thông tin này để quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện hay không. Chúng tôi sử dụng SSN của quý vị để xác nhận tình trạng nhân dạng, quốc tịch, nhập cư, ngày sinh của quý vị và xem quý vị có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác hay không. **Chúng tôi không chia sẻ thông tin này cho Bộ Nội An.**

Báo cáo các thay đổi được quy định trong luật lệ của chúng tôi trong vòng 30 ngày của thay đổi này. **Đọc thư chấp thuận của quý vị để xem các thay đổi nào quý vị phải báo cáo.**

Hoàn tất các đổi mới khi chúng tôi yêu cầu quý vị.

Hợp tác với nhân viên Bảo Đảm Phẩm Chất nếu chúng tôi yêu cầu quý vị.

Những việc quý vị nên biết:

Có các luật lệ **tiểu bang và liên bang** chi phối cách thức chúng tôi giải quyết đơn xin của quý vị. Các luật lệ này cũng chi phối các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là một người nộp đơn và nếu quý vị cũng nhận được các dịch vụ TSOA. Bằng cách nộp đơn xin, quý vị đồng ý thực hiện theo các luật lệ này. Nếu quý vị nhận được TSOA, quý vị đồng ý thực hiện theo các luật lệ được áp dụng.

Một luật liên bang yêu cầu chúng tôi trợ giúp quý vị đăng ký bỏ phiếu nếu quý vị muốn. Quý vị có thể quyết định đăng ký hoặc không. Quyết định đó sẽ không ảnh hưởng đến quyết định của chúng tôi về các dịch vụ hoặc phúc lợi. Quý vị cũng có thể đăng ký bỏ phiếu tại www.vote.wa.gov hoặc nhận một mẫu đơn đăng ký cử tri bằng cách gọi 1-800-448-4881.

Các giới hạn của **Đạo Luật** về Trách Nhiệm Giải Trình và **Khả Năng Chuyển Đổi Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA)** ngăn chặn HCA và DSHS bàn thảo về thông tin sức khỏe của quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào của hộ gia đình quý vị với bất kỳ người nào, bao gồm một đại diện được ủy quyền, trừ khi cá nhân đó có quyền ủy nhiệm hoặc quý vị đã ký một mẫu đơn đồng ý cho phép tiết lộ thông tin này. Việc này bao gồm sự tiết lộ thông tin sức khỏe tâm thần, các kết quả xét nghiệm HIV, AIDS, STD, hoặc các dịch vụ điều trị và cai nghiện ma túy.

Đạo Luật Chăm Sóc Khả Dụng ngăn chặn DSHS cung cấp thông tin nhận dạng cá nhân (PII) của quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào của hộ gia đình quý vị cho bất kỳ người nào không được cho phép nhận thông tin này.

Thông tin mà quý vị **cung cấp cho DSHS đều phải được các viên chức liên bang và tiểu bang xác minh vì mục đích xác định việc hội đủ điều kiện hưởng chương trình TSOA của quý vị. Việc xác minh có thể bao gồm các mối liên hệ tiếp theo của nhân viên 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 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 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារពេទ្យ គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទេស 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 ການແປເອກສານທິມິມ, ມີໄວ້ໄວ້ຢູ່ໃນໂຄງບໍລິເວນ. ໃຫ້ຕາລາ 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 (مطالبت) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. با شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨੁਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ 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] ተርጉምቲን ናይ ገተፅኡ፣ ማተርጎላት ትርጉምን ኣብሎ፣ ናይ ቋንቋ ኣገዛ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ከፍሊት 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).

Đơn Xin Các Hỗ Trợ Phù Hợp cho Người Cao Tuổi (TSOA)

I. Tên và Thông Tin Liên Hệ Của Người Nộp Đơn			
1. Tên		Tên lót	Họ
3. Địa chỉ nơi quý vị sống		Thành phố	Tiểu bang Mã Vùng
4. Địa chỉ gửi thư (nếu khác)		Thành phố	Tiểu bang Mã Vùng
5. Số điện thoại chính <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Tin nhắn ()		6. Số điện thoại phụ <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Tin nhắn ()	
II. Tên và Thông Tin Liên Hệ Của Nhân Viên Chăm Sóc <input type="checkbox"/> Nhấp vào đây nếu quý vị không có một nhân viên chăm sóc			
7. Tên nhân viên chăm sóc của quý vị		8. Số điện thoại <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Tin nhắn ()	
9. Địa chỉ nhân viên chăm sóc của quý vị		Thành phố	Tiểu bang Mã Vùng
10. Quan hệ với quý vị			
III. Thông Tin Về Đại Diện Được Ủy Quyền			
<p>Một đại diện được ủy quyền là một người lớn mà quý vị cho phép họ giữ vai trò đại diện cho quý vị về đơn xin của quý vị. Đại diện được ủy quyền của quý vị có thể ký và nộp đơn xin của quý vị thay cho quý vị và có thể nhận các thư về đơn xin từ chúng tôi. Một tổ chức cũng có thể là đại diện được ủy quyền của quý vị nếu tổ chức là đơn vị giám hộ của quý vị.</p>			
1. Quý vị có một đại diện được ủy quyền không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
2. Quý vị có muốn đại diện được ủy quyền của quý vị nhận các thư từ chúng tôi về đơn xin của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
3. Đại diện được ủy quyền của quý vị cũng có thể là người giám hộ hợp pháp của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, ai: _____			
4. Đại diện được ủy quyền của quý vị cũng là sự ủy nhiệm của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, ai: _____			
5. Đại diện được ủy quyền của quý vị cũng có thể là nhân viên chăm sóc của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
6. Tổ chức/tên đại diện được ủy quyền		7. Số điện thoại ()	
8. Địa chỉ gửi thư của đại diện được ủy quyền			
IV. Tình Trạng Hôn Nhân			
<input type="checkbox"/> Không kết hôn			
<input type="checkbox"/> Đã kết hôn đang sống với vợ/chồng			
<input type="checkbox"/> Đã kết hôn đang sống ly thân với vợ/chồng			
<input type="checkbox"/> Trong một mối quan hệ sống chung có đăng ký			

HCA 18-008 VI (7/20) Vietnamese



18008

V. Thông Tin Về Hộ Gia Đình Quý Vị (Chỉ liệt kê bản thân quý vị và vợ/chồng quý vị, nếu đã kết hôn)								
						Sự lựa chọn dành cho vợ/chồng quý vị nếu không nộp đơn xin hưởng TSOA		
Tên (Tên, tên lót, họ)	Giới tính: Nam hoặc Nữ	Người này có quan hệ như thế nào với quý vị?	Ngày sinh	Đánh dấu vào nếu quý vị muốn các dịch vụ dành cho người này	Số An Sinh Xã Hội	Đánh dấu vào nếu là Công Dân Hoa Kỳ	Chủng tộc (xem dưới đây)	Tên bộ lạc (đối với Người Mỹ Da Đỏ, Người Bản Xứ Alaska)
		Bản thân quý vị		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		Vợ/chồng		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
VI. Thông Tin Tổng Quát								
<p>1. Lý lịch sắc tộc của tôi là Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc Latinh: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Lưu ý: Thông tin lý lịch về Chủng Tộc và Sắc Tộc là tự nguyện. (Ví dụ về chủng tộc: Mỹ Da Trắng, Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Châu Phi, Châu Á, Bản Xứ Hawaii, Người Đảo Thái Bình Dương, Mỹ Da Đỏ, Bản Xứ Alaska hoặc bất kỳ hợp chủng nào)</p>								
<p>2. Vợ/chồng tôi hoặc tôi có là một ngoại kiều được bảo trợ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, ai? _____</p>								
<p>3. Tôi cần một phiên dịch viên. Tôi nói: _____ hoặc <input type="checkbox"/> ký; dịch các thư của tôi sang: _____</p>								
VII. Thu Nhập Kiểm Được (Đính Kèm Bằng Chứng – Ví dụ: cùi lương hoặc một báo cáo từ sở làm của quý vị)								
<p>Lưu ý: Người Mỹ Da Đỏ/Người Bản Xứ Alaska không phải báo cáo thu nhập nhất định, như các khoản phân bổ từ Các Công Ty và Quỹ Tín Thắc Thanh Toán Của Người Bản Xứ Alaska, nắm giữ tài sản được ủy thác, và quyền sở hữu các nguồn tài nguyên thiên nhiên và các cải thiện; các khoản chi trả từ việc đánh bắt cá, khai thác nguồn tài nguyên thiên nhiên và thu hoạch; các khoản chi trả từ quyền sở hữu về các vật phẩm có tầm quan trọng duy nhất về tôn giáo, tinh thần, truyền thống hoặc văn hóa; trợ cấp tài chính cho học sinh/sinh viên của Văn Phòng Sự Vụ Người Mỹ Da Đỏ.</p>								
1. Tôi có thu nhập từ việc làm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					Tên sở làm			
Số điện thoại sở làm		Ngày tôi đã bắt đầu việc làm này			Đây có là công việc tự làm chủ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Số tiền gộp đã nhận (Số tiền đôla trước khi khấu trừ)								
\$ _____ mỗi: <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng								
Số giờ mỗi tuần: _____				Số ngày lương (ví dụ: ngày 1 và 15, hoặc mỗi Thứ Sáu): _____				
2. Vợ/chồng tôi có thu nhập từ việc làm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					Tên sở làm của vợ/chồng			
Số điện thoại sở làm của vợ/chồng		Ngày vợ/chồng đã bắt đầu việc làm này			Đây có là công việc tự làm chủ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Số tiền gộp đã nhận (số tiền đôla trước khi khấu trừ)								
\$ _____ mỗi: <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng								
Số giờ mỗi tuần: _____				Số ngày lương (ví dụ: ngày 1 và 15, hoặc mỗi Thứ Sáu): _____				

VIII. Tất Cả Thu Nhập Khác (Quý vị hoặc vợ/chồng quý vị)

(Đính Kèm Bảng Chứng – Ví dụ: thư trợ cấp, báo cáo, chứng từ lãi niên kim)

Ví dụ là:

- An Sinh Xã Hội
- Trợ cấp thất nghiệp
- IRA/401(k)
- Lương hưu
- Lợi tức/cổ tức
- Lao Động và Kỹ Nghệ (L&I)
- Phúc lợi ngành đường sắt
- Hợp đồng bán hàng/giấy nợ
- Bảo dưỡng của vợ/chồng
- Thu nhập bộ lạc
- Phúc Lợi của Sở Quản Trị Cựu Chiến Binh (VA) hoặc Quân Đội
- Quà tặng (hỗ trợ tiền mặt/phiếu quà tặng)
- Thu nhập cho thuê
- Quỹ tín thác
- Lãi niên kim

Loại Thu Nhập Không Làm Việc Mà Có	Ai Nhận Được Thu Nhập	Số Tiền Gộp Hàng Tháng	Ai Nhận Được Thu Nhập	Số Tiền Gộp Hàng Tháng
		\$		\$
		\$		\$

IX. Nguồn Lực (Đính Kèm Bảng Chứng – Ví dụ: các bản sao của bảng kê ngân hàng, chứng từ pháp lý hoặc hợp đồng bảo hiểm)

Một nguồn lực là bất kỳ những gì quý vị sở hữu hoặc đang mua có thể được bán, trao đổi mạo dịch hoặc đổi thành tiền mặt hoặc tài sản. Nguồn này bao gồm những gì được người khác nắm giữ. Một nguồn lực không bao gồm tài sản cá nhân như đồ trang trí nội thất, quần áo, của cải cá nhân, kể cả nữ trang.

Ví dụ về các nguồn lực là:

- Tiền mặt
- Tài khoản chi phiếu/CDs
- Cổ phiếu/trái phiếu
- Quỹ tương hỗ
- Nhà quý vị
- Quỹ hưu trí IRA/401K/
- Bất động sản/tài sản khác
- Tài sản được hưởng trọn đời
- Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ
- Quỹ đoàn thể
- Chủ sở hữu kỳ nghỉ
- Quỹ tín thác/quỹ niên kim
- Sắp xếp tang lễ
- Trang thiết bị nông trại/vật nuôi
- Thiết bị của doanh nghiệp
- Hợp đồng bán hàng

Loại Nguồn Lực	Ai Sở Hữu	Địa Điểm	Giá Trị	Loại Nguồn Lực	Ai Sở Hữu	Địa Điểm	Giá Trị
			\$				\$
			\$				\$
			\$				\$

PHƯƠNG TIỆN CHUYÊN CHỞ: Liệt kê bất kỳ phương tiện chuyên chở nào do quý vị và vợ/chồng của quý vị sở hữu. Phương tiện chuyên chở này bao gồm: xe hơi, xe tải, xe tải chở hành khách, tàu thuyền, RVs, xe moóc, hoặc xe có động cơ khác.

Năm (ví dụ: 2010)	Nhà sản xuất (Toyota)	Kiểu (Camry)	Đánh dấu vào	Số Tiền Đã Nợ
			<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	\$

X. Đọc Kỹ Trước Khi Ký

Các Quyền Điều Trần Hành Chánh: Nếu quý vị không đồng ý với một quyết định chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị để yêu cầu một phiên điều trần. Quý vị cũng có thể yêu cầu một giám sát viên hoặc quản lý viên trợ giúp. Quý vị vẫn còn có thể có một phiên điều trần cho dù quý vị yêu cầu trợ giúp này.

XI. Đăng Ký Cử Tri

Bộ cung cấp các dịch vụ đăng ký cử tri, bao gồm đăng ký cử tri tự động.

Nộp đơn xin đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ hoặc số tiền phúc lợi mà quý vị có thể nhận được từ cơ quan này. Nếu quý vị muốn trợ giúp điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị. Quyết định xem việc có tìm kiếm hoặc chấp nhận trợ giúp hay không là của quý vị. Quý vị có thể điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri riêng biệt. Nếu quý vị cho rằng người nào đó đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của quý vị, thì quyền riêng tư của quý vị để quyết định xem có đăng ký hay không hoặc nộp đơn xin đăng ký bỏ phiếu, hoặc quyền chọn lựa đảng chính trị của riêng quý vị hay sở thích chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)

Quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu hoặc cập nhật việc đăng ký cử tri của quý vị không? Có Không

Nếu quý vị không đánh dấu cả hai ô, chúng tôi sẽ xem như quý vị đã quyết định không đăng ký bỏ phiếu vào thời điểm này, trừ khi quý vị hội đủ điều kiện, và không từ chối, đăng ký cử tri tự động.

Trừ khi quý vị đã đánh dấu “Không” trên đây, quý vị có thể hội đủ điều kiện đăng ký cử tri tự động. Quý vị hội đủ điều kiện đăng ký cử tri tự động nếu quý vị sẽ được ít nhất 18 tuổi trước cuộc bầu cử kế tiếp, quý vị là một công dân Hoa Kỳ, và DSHS có tên quý vị, địa chỉ cư trú và địa chỉ gửi thư của quý vị, ngày sinh, xác nhận thông tin quốc tịch, và chữ ký của quý vị sẽ chứng thực sự thật của thông tin được cung cấp trên đơn xin này.

Quý vị có muốn được đăng ký bỏ phiếu tự động không? Có Không

Nếu quý vị đã đánh dấu vào ô “Có,” hoặc không đánh dấu cả hai ô và quý vị đáp ứng các yêu cầu hội đủ điều kiện đăng ký cử tri tự động, DSHS sẽ gửi thông tin của quý vị đến Văn Phòng Ngoại Trưởng và quý vị sẽ được đăng ký bỏ phiếu tự động.

XI. Cam Kết và Ký Tên

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trong đơn xin này. Tôi cam đoan, dưới hình phạt khai man trước tòa theo luật lệ của Tiểu Bang Washington, rằng thông tin tôi đã khai báo trong mẫu đơn này, bao gồm thông tin liên quan đến tình trạng quốc tịch và nhập cư của tôi, là hoàn toàn đúng sự thật và đầy đủ với sự hiểu biết nhất của tôi.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn hoặc Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày

Viết In Tên Người Nộp Đơn hoặc Đại Diện Được Ủy Quyền