Washington State
Department of Social & Health Services

Rishikim i pranueshmërisë
Pyetje dhe Përgjigje

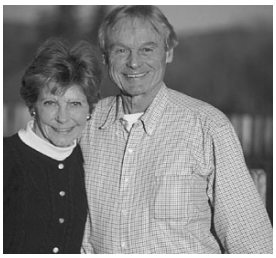
Nëse keni nevojë për ndihmë për ta lexuar këtë, ju lutem kërkojini ndihmë sportelistes.

Ndihma me para në dorë

Ndihma me ushqime

Ndihma mjekësore

Ndihma e përgjithshme për të papunin



Institucione për të sëmurët ose të moshuarit ose Azile të Moshuarish

Njerëzit ndihmojnë njerëzit

Pyetje: Çfarë duhet të bëj për të vazhduar marrjen e përfitimeve?

Përgjigje:

- Plotësoni aplikacionin. Dërgojeni ose postojeni tek zyra juaj lokale.
- Shënoni kutinë në faqen 2 nëse keni nevojë për ndihmë.
- Për të filluar procesin e aplikimit, na jepni emrin, adresën dhe nënshkrimin tuaj.
- Nëse nuk keni adresë, tregojini sportelistes.
- Për ta përfunduar procesin e aplikimit, plotësoni faqet 3 dhe 4.

Pyetje: Kur do të fillojnë përfitimet e mia?

Përgjigje:

- Për ndihmë me para dhe ndihmë mjekësore, përfitimet fillojnë kur ju të siguroni të gjitha informatat e nevojshme për të përcaktuar nëse i plotësoni kushtet.
- Për Ushqime Bazë, përfitimet tuaja fillojnë në datën që aplikoni.

Pyetje: Çfarë duhet të bëj nëse kam nevojë për ushqim menjëherë?

Përgjigje:

Përgjigjuni pyetjeve 1 - 14 dhe dorëzojani sportelistes tani. Nëse nuk jeni në zyrën lokale, postojeni këtë aplikacion ose silleni atë në zyrën lokale.

Ju mund të merrni përfitime për ushqime brenda pesë (5) ditëve nga data që marrim aplikacionin tuaj nëse:

- Tregoni vërtetim të identitetit tuaj **dhe**
- Familja juaj ka të ardhura ose burime shumë të vogla; **ose**
- Të ardhurat dhe burimet e familjes suaj nuk janë të mjaftueshme për të mbuluar qiranë mujore dhe ujin, dritat, gazin të kombinuara; **ose**
- Familja juaj përfshin ndonjë punëtor shtegtar ose punëtor sezonal ferme.

Pyetje: A mund të marr informata dhe shërbime rekomandimi?

Përgjigje:

Nëse nuk e tejkaloni kufizimin maksimal të të ardhurave bruto, (WAC 388-478-0060), ju autorizoheni ta përdorni informacionin tonë dhe faqen tonë të internetit për rekomandim që quhet *Zyra Juaj e Shërbimeve të Komunitetit ("Your Community Services Office")*, për t'ju ndihmuar që të gjeni shërbimet që ju ose familja juaj mund të keni nevojë. Kjo faqe interneti ka informata rreth programeve të ministrisë dhe burimeve në komunitet, prej të cilave mund të përfitoni. Për të përdorur këtë faqe interneti, shkoni tek adresa e mëposhtme e internetit duke përdorur çdo kompjuter që ka lidhje me internetin: **https://wws2.wa.gov/dshs/onlinecso**

Informacion i rëndësishëm rreth statusit të emigracionit dhe numrave të Sigurimeve Shoqërore

- Mund të aplikoni për përfitime për një pjesë të familjes suaj, edhe nëse disa anëtarë të familjes mund të mos i plotësojnë kushtet për shkak të statusit të tyre të emigracionit. Shteti Uashington ka disa programe mjekësore për njerëzit pa numra të Sigurimeve Shoqërore ose pa vërtetime të statusit të tyre të emigracionit.
- Nëse keni nevojë për ndihmë me para kesh ose me ushqime, duhet të paraqisni numrat e Sigurimeve Shoqërore ose statusin e emigracionit vetëm për njerëzit që po aplikojnë. Ju përsëri mund ta paraqisni numrin tuaj të Sigurimeve Shoqërore vullnetarisht dhe ne do ta përdorim atë vetëm për të verifikuar informata të nevojshme, si p.sh. rrogën tuaj, për të përcaktuar nëse i plotësoni kushtet. Nëse vendosni mos ta paraqisni numrin tuaj të Sigurimeve Shoqërore ose statusin tuaj të emigracionit, të ardhurat dhe burimet tuaja përsëri duhet të verifikohen, nëse do të duhen për të përcaktuar nëse i plotësoni kushtet.

Ministria Amerikane e Bujqësisë (USDA-ja) ndalon në të gjitha programet dhe aktivitetet e veta çdo lloj diskriminimi në bazë të racës, ngjyrës, gjinisë, besimit fetar, origjinës kombëtare ose bindjeve politike. Personat me paaftësi që kanë nevojë për mënyra alternative komunikimi të informacionit të programit (alfabetin Brail, shkronja të mëdha, kaseta, etj.) duhet të kontaktojnë qendrën TARGET të USDA-së në numrin (202) 720-2600 (me zë dhe Pajisje Telekomunikimi për të Shurdhët). Për të bërë një ankesë diskriminimi, shkruani tek: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ose telefononi (202) 720-5964 (zë dhe Pajisje Telekomunikimi për të Shurdhët). USDA është një sigurues dhe punëdhënës i shanseve të barabarta.

Washington State Department of Social & Health Services

Rishikim i pranueshmërisë

☐ **Nëse keni nevojë për ta plotësuar këtë formular, ju lutem shënoni këtë kuti dhe jepjani formularin sportelistes.**

FOR OFFICE USE ONLY	
DATE RECEIVED	INITIALS

1. EMRI INICIALI I MESIT MBIEMRI NËNSHKRIMI (I DETYRUESHËM)	2. NUMRI ID I KLIENTIT (NËSE DIHET)
3. ADRESA E RRUGËS KU JETONI QYTETI SHTETI KODI POSTAL	4. NUMRI I TELEFONIT TË SHTËPISË OSE TË MESAZHIT
5. ADRESA E POSTIMIT (NËSE ËSHTË E NDRYSHME) QYTETI SHTETI KODI POSTAL	6. NUMRI I TELEFONIT TË PUNËS
	7. ADRESA EMAIL
	8. NUMRI I TELEFONIT CELULAR

9. Po aplikoj për (shënoni të gjitha që zbatohen):

☐ Kesh ☐ Institucion për të sëmurët dhe të moshuarit ☐ Të tjera (shënojini ju lutem): _____

☐ Ushqime ☐ Mjekim për varësinë ndaj alkoolit dhe drogave _____

☐ Shërbimet mjekësore ☐ COPES (Azile të Moshuarish ose Kujdes që ofrohet në shtëpi)

10. Sa para mendoni që familja juaj do të fitojë këtë muaj? $ _____

11. Sa para ka familja juaj në kesh ose në llogari bankare: $ _____

12. Sa para paguan familja juaj për qira ose pagesën e shtëpisë: $ _____

13. Për çfarë shërbimesh publike paguan familja juaj: ☐ ngrohje/ftohje ☐ telefon ☐ të tjera: _____

14. A ka ndonjë në familjen tuaj që punon si punëtor sezonal ose punëtor shtegtar ferme? ☐ Po ☐ Jo

FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No **Screener's Initials:**_____ **Date:** _____

15. Kam nevojë për një intervistë me telefon pasi jam: ☐ I/e moshuar ☐ I/e paaftë ☐ Në marrëdhënie pune ☐ Vështirësi të tjera: _____

16. ☐ Kam nevojë për përkthyes. Unë flas _____ ose ☐ gjuhë me shenja. I dua letrat e mia në: _____

17. Nëse po aplikoni për ndihmë me ushqime, për sa veta në familjen tuaj blini dhe përgatisni ushqime? _____

18. Gjatë 30 ditëve të fundit, kam marrë para në dorë, ushqim ose ndihmë mjekësore nga njën shtet ose burim tjetër: ☐ Po ☐ Jo

19. Unë ose dikush për të cilin po aplikoj jemi dënuar për shkelje që kishte të bënte me droga mbas datës 21.8.96: ☐ Po ☐ Jo

20. Unë ose dikush për të cilin po aplikoj i jemi shmangur ligjit për të mos shkuar në gjykatë ose burg për një krim: ☐ Po ☐ Jo

21. Unë ose dikush tjetër në familjen time kemi një (shënoni të gjitha që zbatohen): ☐ Shtatzëni; data e lindjes: _____

☐ Urgjencë mjekësore ☐ Njoftim dëbimi ☐ Ndërprerje shërbimi uji, energjie ose jo ngrohje

☐ Situatë e dhunës në shtëpi ☐ Paaftësi (shënoni llojin): _____

22. **Informacioni i mëposhtëm është vullnetar dhe nuk do të përdoret për të përcaktuar nëse i plotësoni apo jo kushtet për përfitime:**

Etniciteti im është hispanik ose latin: ☐ Po ☐ Jo E konsideroj racën time si (shënoni të gjitha që zbatohen): ☐ E bardhë

☐ Zezak ose amerikan afrikan ☐ Aziatik ☐ Vendas i Havait ose i ishujve të tjerë të Paqësorit

☐ Indian i Amerikës ose Vendas i Alaskës; emri i fisit: _____ ☐ Të tjera (shënojini): _____

23. Shënoni të gjithë në shtëpinë tuaj, edhe nëse nuk po aplikoni për ta (bashkëngjisni fleta të tjera, nëse është e nevojshme).

EMRI (EMRI, EMRI I MESIT, MBIEMRI)	ÇFARË E KENI KËTË PERSON?	A DËSHIRONI PËRFITIME PËR KËTË PERSON? PO JO	DITËLINDJA	JO E DETYRUESHME PËR ATA QË NUK APLIKOJNË: NËNSHTETAS AMERIKAN? PO JO	NËSE NUK JENI NËNSHTETAS AMERIKAN, A KENI DOKUMENTE QË TREGOJNË STATUSIN TUAJ? PO JO	NUMRI I SIGURIMEVE SHOQËRORE	GJINIA M OSE F
	Vetja ime	☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		

EMRI I APLIKANTIT	NUMRI I SIGURIMEVE SHOQËRORE	NUMRI I IDENTIFIKIMIT TË KLIENTIT

I. Informacion i përgjithshëm

1. Çdo njeri për të cilin po aplikoj jeton në shtetin Uashington: ☐ Po ☐ Jo Nëse po, që kur (shënoni datën): _____
2. Unë ose dikush tjetër në familjen time është i huaj i sponsorizuar: ☐ Po ☐ Jo
3. Dikush nga familja ime po jeton jashtë shtëpisë përkohësisht: ☐ Po ☐ Jo Nëse keni, kush është (shënojini): _____
4. Unë ose dikush në familjen time është veteran ose i varur ose bashkëshort i një veterani (gjallë apo i vdekur): ☐ Po ☐ Jo
5. Po jetoj në: ☐ Shtëpinë ose apartamentin tim privat ☐ Qendër të rriturish ☐ Vend banimi në grup
   ☐ Institucion (shënoni llojin): _____ ☐ Të tjera: _____
6. Jam: ☐ Beqar ☐ I/e martuar ☐ I/e divorcuar ☐ I/e ndarë ☐ I/e ve

II. Informacion mbi Siguracionin Mjekësor dhe Shëndetësor

Unë ose ne (Shënoni kutinë e përshtatshme):

1. Kam probleme shëndetësore që më pengojnë (na pengojnë) për të punuar ..... ☐ Po ☐ Jo
2. Kam fatura mjekësore të papaguara ..... ☐ Po ☐ Jo
3. Kam nevojë për ndihmë me fatura të papaguara mjekësore gjatë tri (3) muajve të fundit ..... ☐ Po ☐ Jo
4. Planifikoj të hyj, ose jam tani ose kam ardhur kohët e fundit në një institucion mjekësor (si p.sh. spital ose institucion për të moshuarit) ..... ☐ Po ☐ Jo
5. Kam siguracion shëndetësor (duke përfshirë "Tricare" ose "Long-Term Care Insurance") ..... ☐ Po ☐ Jo
6. Kam Medicare (SHËNIM: Kjo nuk është njëlloj sikur të kesh kupona mjekësore) ..... ☐ Po ☐ Jo
7. Kam pësuar aksident që ka kërkuar kujdes mjekësor ..... ☐ Po ☐ Jo

III. Burimet e të ardhurave

Nuk keni nevojë ta plotësoni këtë pjesë nëse po aplikoni VETËM për "Children's Medical" (ndihmë mjekësore për fëmijët) ose "Pregnancy Medical" (ndihmë mjekësore për gratë shtatzëna).

Në shtesë të artikujve të shënuar më poshtë, shembuj të tjerë të burimeve të të ardhurave përfshijnë para në dorë, para të mbajtura nga të tjerët, kontrata shitjeje, gjë e gjallë, prodhime dhe pajisje biznesi.

1. Unë, bashkëshortja ime ose dikush tjetër për të cilin po aplikoj ka burime të ardhurash: ☐ Po ☐ Jo Nëse po, shënojini më poshtë:

LLOJI I BURIMEVE TË TË ARDHURAVE?	I KUJT ËSHTË KY BURIM TË ARDHURASH?	KU ËSHTË BURIMI I TË ARDHURAVE? (P.SH. EMRI I BANKËS)	SHUMA OSE VLERA	I KUJT ËSHTË KY BURIM TË ARDHURASH?	KU ËSHTË BURIMI I TË ARDHURAVE? (P.SH. EMRI I BANKËS)	SHUMA OSE VLERA
Llogari çeqesh			$			$
Llogari kursimesh ose të unioneve të kreditit			$			$
Kartë krediti ose llogari të tregut të parave			$			$
Truste apo të ardhura vjetore			$			$
Stoqe, bono ose fonde të përbashkëta			$			$
Fonde pensioni ose IRA			$			$
Fonde, plane ose vendin e varrimit			$			$
Siguracion jete			$			$
Prona			$			$
Të tjera:			$			$
Të tjera:			$			$

2. Unë, bashkëshortja ime ose dikush tjetër për të cilin po aplikoj ka shitur, shkëmbyer, dhënë ose transferuar një burim të ardhurash në pesë (5) vitet e fundit (duke përfshirë transferimet në truste ose prona të patundshme të patrashëgueshme): ☐ Po ☐ Jo Nëse po, çfarë: _____ Kur: _____
3. Unë ose dikush për të cilin po aplikoj kemi automjetet e mëposhtme (duke përfshirë kamionë, furgonë, varka dhe dhoma të rimorkuara):

VITI (P.SH., 1980)	MARKA (P.SH.: FORD)	MODELI (P.SH.: ESCORT)	A ËSHTË MARRË AUTOMJETI ME QERA?	UNË (NE) E PËRDORIM KËTË AUTOMJET PËR QËLLIME MJEKËSORE.	UNË (NE) ENDE PO E PAGUAJMË KËTË AUTOMJET.
			☐ Po ☐ Jo	☐ Po ☐ Jo	☐ Po ☐ Jo
			☐ Po ☐ Jo	☐ Po ☐ Jo	☐ Po ☐ Jo

IV. Të ardhurat

1. Unë, bashkëshortja ime ose dikush tjetër për të cilin po aplikoj ka të ardhura: ☐ Po ☐ Jo Nëse po, ju lutem plotësoni këtë pjesë:

EMRI DHE TELEFONI I PUNËDHËNËSIT	SHUMA BRUTO E MARRË (SHUMA NË DOLLARË PARA TAKSAVE)
A punoni për veten tuaj? ☐ Po ☐ Jo Kush i fiton të ardhurat:	$ _____ çdo: ☐ Orë ☐ Javë ☐ Dy javë ☐ Dy herë në muaj ☐ Muaj Orë në javë: _____ Datat e pagesës (p.sh. data 1 dhe 15 e çdo muaji, ose çdo të premte): _____
EMRI DHE TELEFONI I PUNËDHËNËSIT	SHUMA BRUTO E MARRË (SHUMA NË DOLLARË PARA TAKSAVE)
A punoni për veten tuaj? ☐ Po ☐ Jo Kush i fiton të ardhurat:	$ _____ çdo: ☐ Orë ☐ Javë ☐ Dy javë ☐ Dy herë në muaj ☐ Muaj Orë në javë: _____ Datat e pagesës (p.sh. data 1 dhe 15 e çdo muaji, ose çdo të premte): _____

2. **Unë, bashkëshortja ime ose dikush tjetër për të cilin po aplikoj ndërpremë punën brenda 60 ditëve të fundit.** ☐ Po ☐ Jo

3. TË ARDHURA TË TJERA	KUSH I PËRDOR TË ARDHURAT?	SHUMA MUJORE BRUTO	KUSH I PËRDOR TË ARDHURAT?	SHUMA MUJORE BRUTO
Përfitime papunësie		$		$
Sigurimet Shoqërore		$		$
Të Ardhura Sigurimi Suplementare (SSI)		$		$
Pagesë për fëmijën ose për bashkëshortin		$		$
Pensioni		$		$
Administrata e Veteranëve (VA) ose përfitime ushtarake		$		$
"Labor and Industries" (L&I) ose përfitime siguracioni		$		$
Truste apo të ardhura vjetore		$		$
Të tjera:		$		$

V. Shpenzimet mujore

QIRA	HIPOTEKË	HAPËSIRË PËR DHËNIE ME QIRA	SIGURACIONI I PRONARIT TË SHTËPISË	TAKSAT MBI PRONËN	VLERËSIMET MBI PRONËN
$	$	$	$	$	$

Shërbimet publike (shënoni të gjitha që ju përshtaten): ☐ Energji elektrike **(jo ngrohje)** ☐ Telefoni ☐ Ngrohja (me gaz, energji elektrike, vaj) ☐ Uji, ujërat e zeza, plehrat

Një person ose agjenci tjetër më ndihmon të paguaj plotësisht ose pjesërisht koston e banimit: ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, kush: _____ Çfarë shpenzimi: _____ Shuma që paguajnë ata: $ _____

Unë (ne) paguajmë ose duhet të paguajmë (shënoni të gjitha që zbatohen):

☐ Çerdhe ose kujdes i varur	Shuma mujore: $	Kush paguan:
☐ Përkrahje për fëmijët	Shuma mujore: $	Kush paguan:
☐ Fatura mjekësore	Shuma mujore: $	Kush paguan:

DEKLARIMI DHE NËNSHKRIMI

I kam lexuar (ose m'i kanë shpjeguar) të drejtat dhe përgjegjësitë e mia dhe kam marrë një kopje të Të Drejtave dhe Përgjegjësive të Klientit, DSHS 14-113(X). Unë duhet t'i raportoj ndryshimet, siç kërkohet nga ministria. Duhet të siguroj vërtetime që i plotësoj kushtet. DSHS-ja mund të më ndihmojë për të gjetur vërtetime ose për të kontaktuar persona apo agjenci të tjera për ato. Duke marrë Ndihmë të Përkohshme ndaj Familjeve në Nevojë (TANF) ose duke marrë përfitime të kujdesit mjekësor, unë i jap shtetit të Uashingtonit të drejta të caktuara për mbështetjen e kujdesit të fëmijës apo të atij mjekësor. Duke kërkuar dhe duke marrë përfitime të kujdesit mjekësor, unë (ne) i jap shtetit të Uashingtonit të drejtat e mia (tona) për mbështetjen e kujdesit mjekësor dhe çdo pagesë të palëve të treta për kujdes mjekësor për të paguar për shërbime mjekësore të mbuluara, gjatë kohës që kam (kemi) marrë përfitime të kujdesit mjekësor. Unë deklaroj nën ndëshkimin e dëshmisë së rreme që informacioni që dhashë në këtë aplikacion është i vërtetë, i saktë dhe i plotë me sa kem dijeni unë. E kuptoj se mund të ndiqem penalisht nëse marr para në dorë, ushqime apo ndihmë mjekësore në mënyrë të gabuar, pasi kam dhënë dëshmi të rreme me dijeninë time ose me dijeninë time nuk kam raportuar diçka që duhej ta raportoja. Vetëm aplikuesi duhet të nënshkruajë nëse aplikohet për Ushqim Bazë. Nëse aplikohet për para në dorë ose ndihmë mjekësore, të gjithë anëtarët e rritur të familjes duhet të nënshkruajnë.

NËNSHKRIMI I APLIKUESIT	DATA	NËNSHKRIMI I APLIKUESIT TJETËR TË RRITUR	DATA
NËNSHKRIMI I NDIHMËSIT OSE PËRFAQËSUESIT	DATA	NËNSHKRIMI I DËSHMITARIT NËSE NËNSHKRUHET ME NJË "X	DATA