Przegląd Prawa do Ubiegania się

Pytania i Odpowiedzi

Jeśli potrzebujesz w tym pomocy, proszę poprosić recepcjonistkę o pomoc.

Zasiłek Pieniężny

Zasiłek Żywnościowy

Zasiłek Medyczny

Ogólny Zasiłek dla Nie Mogących Znaleźć Zatrudnienia

Opieka w Domu dla Starszych i Chronicznie Chorych lub Pogodnej Starości (Assisted Living)

Ludzie Pomagają Ludziom

Q. W jaki sposób mogę otrzymać świadczenia?

A.

- Proszę wypełnić aplikację i zanieść lub wysłać do lokalnego biura.
- Zaznacz w miejscu na stronie 2, jeśli potrzebujesz pomocy.
- Aby zacząć proces ubiegania się, proszę podać nam swoje imię, adres i złożyć podpis.
- Jeśli nie masz adresu, poinformuj o tym recepcjonistkę.
- Aby zakończyć process ubiegania się, proszę wypełnić strony 3 i 4.

Q. Kiedy zacznę otrzymywać świadczenia?

A.

- Świadczenia pieniężne i medyczne zaczynają się od momentu dostarczenia nam informacji potrzebnej do ustalenia prawa do ubiegania się.
- Świadczenia Podstawowej Żywności zaczynają się od daty złożenia aplikacji.

Q. A jeśli potrzebuję jedzenie natychmiast?

A. Proszę wypełnić pytania od 1 do 14 i od razu oddać recepcjonistce. Jeśli nie znajdujesz się obecnie w biurze lokalnym, wyślij lub zanieś aplikację do lokalnego biura.

Możesz otrzymać świadczenia żywnościowe w ciągu pięciu (5) dni od daty złożenia aplikacji, jeśli:

- Okażesz dowód tożsamości; oraz
- Twoje gospodarstwo domowe ma bardzo małe dochody i środki do życia; lub
- Dochody i środki do życia Twojego gospodarstwa domowego nie wystarczają na pokrycie miesięcznego czynszu i opłat za usługi użyteczności publicznej; lub
- W Twoim gospodarstwie domowym mieszka migrant pozbawiony środków do życia lub sezonowy pracownik rolny.

Q. Czy mogę otrzymać informację i usługi referencyjne?

A. Jeśli nie przekraczasz limitu maksymalnego dochodu brutto (WAC 388-478-0060), jesteś upoważniona(y) do korzystania z naszej informacyjnej i referencyjnej strony internetowej o nazwie Your Community Services Office w celu znalezienia usług potrzebnych Tobie lub Twojej rodzinie. Strona ta zawiera informacje na temat programów oferowanych przez departament i środków społecznie dostępnych, z których możesz korzystać. W celu korzystania z tej strony, wejdź na następujący adres internetowy korzystając z jakiegokolwiek komputera z dostępem do internetu: https://wws2.wa.gov/dshs/onlinecso

Ważna informacja na temat Statusu Imigracyjnego i Numerów Social Security

- Możesz starać się o świadczenia dla części Twojej rodziny nawet jeśli niektórzy członkowie mogą się nie kwalifikować z powodu statusu emigracyjnego. Stan Waszyngton posiada pewne programy medyczne dla osób bez Numerów Social Security lub bez dowodu na status emigracyjny.
- Jeśli potrzebujesz zasiłek pieniężny lub żywnościowy, musisz dostarczyć numery Social Security lub status emigracyjny wyłącznie dla osób ubiegających się. Możesz mimo wszystko dobrowolnie podać swój numer Social Security, a my skorzystamy z niego jedynie w celu zweryfikowania informacji do ustalenia prawa do ubiegania się, jak np. Twój dochód. Jeśli zdecydujesz się nie podać swojego numeru Social Security lub statusu emigracyjnego, Twój dochód i środki do życia muszą mimo wszystko zostać zweryfikowane w celu ustalenia prawa do ubiegania się.

Departament Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (USDA) zabrania dyskryminacji w ramach wszystkich swoich programów i działalnościach na podstawie rasy, koloru skóry, płci, religii, pochodzenia lub przekonań politycznych. Osoby z inwalidztwem wymagające odmiennych środków komunikacji odnośnie informacji o programach (Braille, duży druk, taśma do słuchania, itd.) powinny skontaktować się z Centrum USDA's TARGET pod numerem (202) 720-2600 (głos i TDD). W celu złożenia skargi o dyskryminacji, proszę napisać do USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410 lub zadzwonić pod numer (202) 720-5964 (głos i TDD). USDA jest dostarczycielem i pracodawcą stosującym równouprawnienie.

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

PRZEGLĄD PRAWA DO UBIEGANIA SIĘ

☐ Jeśli potrzebujesz pomocy w wypełnieniu tego druku, proszę zaznaczyć w tym miejscu i oddać druk recepcjonistce.

WYŁĄCZNIE DO UZYTKU WEWNĘTRZNEGO

DATA OTRZYMANIA | INICJAŁY

1. PIERWSZE IMIĘ INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA NAZWISKO PODPIS (WYMAGANY)

2. NUMER TOŻSAMOŚCI KLIENTA (JEŚLI WIADOMY)

3. ADRES ZAMIESZKANIA MIASTO STAN KOD POCZTOWY

4. NUMER TELEFONU DOMOWY LUB Z SECRETARKĄ

5. ADRES POCZTOWY (JEŚLI INNY) MIASTO STAN KOD POCZTOWY

6. NUMER TELEFONU DO PRACY

7. ADRES E-MAIL

8. NUMER TELEFONU KOMÓRKOWEGO

9. Ubiegam się o (zaznacz wszystkie, które się stosują):

☐ Pieniądze ☐ Opiekę w Domu dla Starszych i Chronicznie Chorych ☐ Inne (proszę wymienić):

☐ Żywność ☐ Leczenie Odwykowe dla Narkomanów i Alkoholików

☐ Medyczne ☐ COPES (Dom Pogodnej Starości lub Opieka Domowa)

10. Ile pieniędzy spodziewasz się, że Twoje gospodarstwo domowe otrzyma w tym miesiącu: $

11. Ile pieniędzy posiada Twoje gospodarstwo domowe w gotówce i na kontach bankowych: $

12. Ile płaci Twoje gospodarstwo domowe za czynsz lub hipotekę: $

13. Jakie usługi użyteczności publicznej Twoje gospodarswo domowe opłaca: ☐ ogrzewanie/ chłodzenie ☐ telefon ☐ inne:

14. Czy ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym jest imigrantem lub sezonowym pracownikiem rolnym? ☐ Tak ☐ Nie

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO - Rodzina jest uprawniona do starania się o przyśpieszone usługi: ☐ Tak ☐ Nie Inicjały Osoby Dokonującej Przeglądu: Data:

15. Potrzebuję rozmowę telefoniczną ponieważ jestem osobą: ☐ Starszą ☐ Inwalidą ☐ Pracującą ☐ Inna uciążliwość

16. ☐ Potrzebuję tłumacza. Mówię po: _____ lub ☐ na migi; Chcę otrzymywać pisma w języku: _____

17. Ubiegając się o zasiłek żywnościowy, na ile osób w gospodarstwie domowym kupujesz i przygotowujesz pożywienie? _____

18. W przeciągu ostatnich 30 dni, otrzymałem(am) pieniądze, żywność lub zasiłek medyczny z innego stanu lub źródła: ☐ Tak ☐ Nie

19. Ja lub ktoś dla kogo ubiegam się skazany był za przestępstwo związane z narkotykami popełnione po 08/21/96: ☐ Tak ☐ Nie

20. Ja lub ktoś dla kogo ubiegam się ucieka przed prawem w celu uniknięcia sądu lub więzienia za przestępstwo kryminalne: ☐ Tak ☐ Nie

21. Ja lub ktoś z domowników znajdujemy się w następującej sytuacji (zaznacz wszystkie, które się stosują): ☐ Ciąża; planowana data narodzin: _____

☐ Nagła potrzeba medyczna ☐ Otrzymaliśmy pismo w sprawie eksmisji ☐ Wyłączony prąd/woda lub brak ogrzewania

☐ Sytuacja przemocy domowej ☐ Inwalidztwo (podaj typ): _____

22. Następująca informacja jest dobrowolna i nie będzie miała wpływu na prawo do ubiegania się o świadczenia.
Moje pochodzenie etniczne jest Hiszpańskie lub Ameryki Łacińskiej: ☐ Tak ☐ Nie Uważam, że moja rasa to (zaznacz wszystkie, które się stosują) ☐ Biała

☐ Czarna lub Afrykańsko-Amerykańska ☐ Azjatycka ☐ Rodowita Hawajska lub Inna z Wysp Pacyfiku

☐ Amerykańska Indjańska lub Rodowita z Alaski; nazwa plemienia: _____ ☐ Inna (wymień): _____

23. Wymień wszystkich członków gospodarstwa domowego, nawet jeśli się dla nich nie ubiegasz (dołącz dodatkowe kartki, jeśli konieczne).

IMIĘ (PIERWSZE, DRUGIE, NAZWISKO)	JAKIE JEST POKREWIENSTWO TEJ OSOBY W STOSUNKU DO CIEBIE?	CZY CHCESZ ŚWIADCZENIA DLA TEJ OSOBY? TAK NIE	DATA URODZENIA	DOWOLNE DLA NIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ: OBYWATEL U.S.A.? TAK NIE	JEŚLI NIE OBYWATEL, CZY ISTNIEJE DOKUMENT OKREŚLAJĄCY STATUS? TAK NIE	NUMER SOCIAL SECURITY	M LUB Z
	Ja sama	☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		

IMIĘ APLIKANTA	NUMER SOCIAL SECURITY	NUMER TOŻSAMOŚCI KLIENTA

I. Informacja Ogólna

1. Wszyscy dla których się ubiegam mieszkają w Stanie Waszyngton: ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, od (wymień datę): _____
2. Ja lub ktoś spośród domowników jest sponsorowanym emigrantem: ☐ Tak ☐ Nie
3. Ktoś tymczasowo nie mieszka w moim domu: ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, kto (wymień): _____
4. Ja lub ktoś spośród domowników jest weteranem lub osobą na utrzymaniu lub małżonkiem weterana (żyjącym lub zmarłym): ☐ Tak ☐ Nie
5. Mieszkam w: ☐ Własnym domu lub mieszkaniu ☐ Rodzinnym Domu dla Dorosłych ☐ Domu Grupowym ☐ Instytucji (podaj typ): _____ ☐ Inne: _____
6. Jestem: ☐ Nieżonaty/Niezamężna ☐ Żonaty/Zamężna ☐ Rozwiedziony(a) ☐ W separacji ☐ Wdowcem/Wdową

II. Informacja Odnośnie Ubezpieczenia Medycznego i Zdrowotnego

Ja lub my (zaznacz odpowiedni punkt):

1. Mam(y) problemy zdrowotne nie pozwalające mi (nam) pracować ☐ Tak ☐ Nie
2. Mam(y) niezapłacone rachunki medyczne ☐ Tak ☐ Nie
3. Potrzebuję(my) pomocy w zapłaceniu rachunków medycznych za którykolwiek z minionych trzech (3) miesięcy ☐ Tak ☐ Nie
4. Planuję(my) iść do, obecnie znajduję(my) się lub niedawno wyszłam(szliśmy) z obiektu medycznego (takiego jak szpital czy dom opieki dla starszych i chronicznie chorych) ☐ Tak ☐ Nie
5. Posiadam(y) ubezpieczenie medyczne (wliczając ubezpieczenie Tricare czy Opieki Długo-Terminowej) ☐ Tak ☐ Nie
6. Posiadam(y) Medicare (UWAGA: To nie jest to samo co posiadanie kuponów medycznych) ☐ Tak ☐ Nie
7. Uległam(liśmy) wypadkowi wymagającemu opieki medycznej ☐ Tak ☐ Nie

III. Źródła Dochodów

Nie musisz wypełniać tej części, jeśli ubiegasz się WYŁĄCZNIE o Medyczne dla Dzieci lub na Ciążę.

Oprócz wymienionych poniżej pozycji, innymi przykładami środków do życia są pieniądze, pieniądze przechowywane przez innych, kontrakty sprzedaży, żywy inwentarz, plony, a także wyposażenie (sprzęt) działalności gospodarczej.

1. Ja, mój współmałżonek, lub osoba dla której się ubiegam posiadamy środki utrzymania: ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, proszę wymienić je poniżej:

TYP ŚRODKÓW DO ŻYCIA?	CZYJE SĄ TO ŚRODKI DO ŻYCIA?	GDZIE ZNAJDUJĄ SIĘ ŚRODKI DO ŻYCIA? (np. NAZWA BANKU)	KWOTA LUB WARTOŚĆ	CZYJE SĄ TO ŚRODKI DO ŻYCIA?	GDZIE ZNAJDUJĄ SIĘ ŚRODKI DO ŻYCIA? (np. NAZWA BANKU)	KWOTA LUB WARTOŚĆ
Konto(a) czekowe			$			$
Konto(a) oszczędnościowe lub unia kredytowa			$			$
Konto(a) CD lub rynku pieniężnego			$			$
Zarządy Powiernicze lub renty roczne			$			$
Akcje, obligacje lub inwestycyjne fundusze wzajemne			$			$
Fundusz emerytalny lub IRA			$			$
Fundusz pogrzebowy, plany lub działki			$			$
Ubezpieczenie na życie			$			$
Nieruchomość/Majątek			$			$
Inne:			$			$
Inne:			$			$

2. Ja, mój współmałżonek, lub osoba dla której się ubiegam sprzedaliśmy, przehandlowaliśmy, oddaliśmy lub przenieśliśmy środek do życia w ciągu ostatnich pięciu (5) lat (wliczając przekazy do Zarządów Powierniczych lub dożywotnie użytkowanej nieruchomości): ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, co: _____ Kiedy: _____
3. Ja lub osoba dla której się ubiegam posiadamy następujące pojazdy (wliczając ciężarówki, furgonetki, łódki i przyczepy):

ROK (np. 1980)	MARKA (np. FORD)	MODEL (np. ESCORT)	CZY TEN POJAZD JEST DZIERŻAWIONY?	JA (MY) KORZYSTAMY Z TEGO POJAZDU W CELACH MEDYCZNYCH.	JA (MY) NADAL SPŁACAMY TEN POJAZD.
			☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
			☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie

IV. Dochód

1. Ja, mój współmałżonek, ka lub osoba dla której się ubiegam posiadamy dochód: ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, proszę wypełnić tę część:

IMIĘ PRACODAWCY I NUMER TELEFONU	OTRZYMYWANA KWOTA BRUTTO (ILOŚĆ DOLARÓW PRZED PODATKAMI)
	$ _____ na: ☐ Godzinę ☐ Tydzień ☐ Dwa tygodnie
Czy ta praca jest prowadzeniem działalności gospodarczej? ☐ Tak ☐ Nie	☐ Dwa razy w miesiącu ☐ Miesiąc Godziny w tygodniu: _____
Kto zarabia:	Daty wypłaty (np. 1-szego i 15-go lub w każdy piątek): _____
IMIĘ PRACODAWCY I NUMER TELEFONU	OTRZYMYWANA KWOTA BRUTTO (ILOŚĆ DOLARÓW PRZED PODATKAMI)
	$ _____ na: ☐ Godzinę ☐ Tydzień ☐
Czy ta praca jest prowadzeniem działalności gospodarczej? ☐ Tak ☐ Nie	☐ Dwa razy w miesiącu ☐ Miesiąc Godziny w tygodniu: _____
Kto zarabia:	Daty wypłaty (np. 1-szego i 15-go lub w każdy piątek): _____

2. Ja, mój współmałżonek, lub osoba dla której się ubiegam porzuciliśmy pracę w ciągu ostatnich 60 dni. ☐ Tak ☐ Nie

3. INNY DOCHÓD	KTO OTRZYMUJE DOCHÓD?	MIESIĘCZNA KWOTA BRUTTO	KTO OTRZYMUJE DOCHÓD?	MIESIĘCZNA KWOTA BRUTTO
Świadczenia dla bezrobotnych		$		$
Ubezpieczenie Społeczne		$		$
Dodatkowy Dochód Ubezpieczenia Społecznego (SSI)		$		$
Wsparcie na dziecko lub utrzymanie współmałżonka		$		$
Emerytura lub renta		$		$
Świadczenia Administracji dla Weteranów (VA) lub militarne		$		$
Świadczenia Pracy i Przemysłu (L&I) lub ubezpieczeniowe		$		$
Zarząd Powierniczy lub renta roczna		$		$
Inne:		$		$

V. Miesięczne Koszty

CZYNSZ	HIPOTEKA	CZYNSZ ZA WYNAJCIE POKOJU	UBEZPIECZENIE NA DOM	PODATEK OD NIERUCHOMOŚCI	OSZACOWANIE NIERUCHOMOŚCI
$	$	$	$	$	$

Usługi użyteczności publicznej (zaznacz wszystkie, które się stosują): ☐ Prąd (nie ogrzewanie) ☐ Telefon ☐ Ogrzewanie (gazowe, elektryczne, olejowe) ☐ Woda, kanalizacja, śmieci

Inna osoba lub agencja pomaga mi w opłacaniu wszystkich lub części moich kosztów mieszkaniowych: ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, kto: _____ Jakie koszty: _____ Opłacana kwota: $ _____

Opłacam(my) lub mam(y) opłacać (zaznacz wszystkie, które się stosują):

☐ Opiekę nad dzieckiem lub nad osobą na utrzymaniu	Miesięczna kwota: $	Kto płaci:
☐ Utrzymanie na dziecko	Miesięczna kwota: $	Kto płaci:
☐ Rachunki medyczne	Miesięczna kwota: $	Kto płaci:

DEKLARACJA I PODPIS

Przeczytałem(am) (lub zostało mi wytłumaczone) swoje prawa i odpowiedzialności oraz otrzymałem(am) kopię Praw i Odpowiedzialności Klienta, DSHS 14-113(X). Muszę zgłaszać zmiany zgodnie z wymogami departamentu. Muszę dostarczyć dowód na to, że mam prawo do ubiegania się. DSHS może pomóc mi w uzyskaniu dowodu lub skontaktować się w tym celu z innymi osobami lub agencjami. Otrzymując Tymczasową Pomoc dla Rodzin Potrzebujących (TANF) lub świadczenia opieki medycznej, przydzielam Stanowi Waszyngton pewne prawa do zapomogi na dziecko lub opiekę medyczną. Prosząc i otrzymując świadczenia opieki medycznej, przydzielam(my) Stanowi Waszyngton swoje (nasze) prawa do zapomogi medycznej oraz jakiekolwiek zapłaty ze strony osób trzecich za opiekę medyczną do zapłaty za pokryte usługi medyczne podczas otrzymywania świadczeń medycznych. Oświadczam pod karą krzywoprzysięstwa, że informacja podan w tej aplikacji jest zgodna z prawdą, poprawna i wyczerpująca zgodnie z moją wiedzą. Rozumię, że może zostać wniesione przeciwko mnie kryminalne postępowanie sądowe, jeśli niesłusznie będę otrzymywać zapomogę pieniężną, żywnościową lub medyczną świadomie składając fałszywe oświadczenia lub świadomie nie zgłaszając czegoś co powinienem zgłosić. Jedynie aplikant musi podpisać w przypadku starania się o Podstawową Żywność. W przypadku starania się o pieniądze lub pomoc medyczną, wszyscy dorośli domownicy muszą podpisać.

PODPIS APLIKANTA	DATA	PODPIS DRUGIEGO DOROSŁEGO APLIKANTA	DATA
PODPIS OSOBY POMAGAJĄCEJ LUB PRZEDSTAWICIELA	DATA	PODPIS ŚWIADKA, JEŚLI PODPISANE "X"	DATA