Washington State
Department of Social & Health Services

Eligibility Review / Verificarea Eligibilităţii

Intrebări şi Răspunsuri

Dacă aveţi nevoie de ajutor la completarea acestui formular, rugaţi recepţionista să vă ajute.

Asistenţă în Cash

Asistenţă Alimentară

Asistenţă Medicală

Asistenţă Generală pentru cei ce nu pot fi Angajaţi

Îngrijire în Nursing Home sau Assisted Living

Persoane ajutând alte Persoane

I. Cum pot primi în continuare beneficii?

R.

- Completaţi cererea. Duceţi-o sau trimiteţi-o la oficiul local al dumneavoastră.
- Marcaţi căsuţa din pagina 2 dacă aveţi nevoie de ajutor.
- Pentru iniţierea procesului de aprobare, indicaţi numele, adresa şi semnătura dumneavoastră.
- Dacă nu aveţi adresa, informaţi recepţionista.
- Pentru completarea procesului de aprobare, completaţi paginile 3 şi 4.

I. Când vor începe beneficiile mele?

R.

- Pentru asistenţa în cash sau medicală, beneficiile încep după ce prezentaţi toate informaţiile de care avem nevoie pentru a stabili dacă sunteţi eligibil.
- Pentru Alimente de Bază (Basic Food), beneficiile încep de la data depunerii cererii.

I. Ce se întâmplă dacă am nevoie de alimente imediat?

R. Răspundeţi/completaţi întrebările de la 1 la 14, şi apoi înmânaţi imediat formularul recepţionistei.

Dacă nu sunteţi la oficiul local, trimiteţi-l prin poştă sau aduceţi-l la oficiul local.

Puteţi primi beneficii alimentare în termen de cinci (5) zile de la data primirii cererii dumneavoastră dacă:

- Arătaţi dovada de identitate; şi
- Gospodăria dumneavoastră are venit sau resurse foarte mici; sau
- Venitul şi resursele gospodăriei dumneavoastră nu sunt suficiente pentru a acoperi chiria lunară şi serviciile publice (utility) împreună; sau
- Gospodăria dumneavoastră include un imigrant foarte sărac sau un lucrător agricol sezonier.

I. Pot primi informaţii şi servicii de referire?

R. Dacă nu aţi depăşit limita maximă de venit brut (WAC 388-478-0060), sunteţi autorizat să folosiţi informaţiile noastre şi websitul de referinţe numit *Your Community Services Office* pentru a vă ajuta la găsirea serviciilor de care aveţi nevoie dumneavoastră sau familia dumneavoastră. Acest website conţine informaţii despre programele departamentului şi despre resursele din comunitatea dumneavoastră de care puteţi beneficia. Pentru a folosi acest website, duceţi-vă la următoarea adresă folosind orice fel de computer cu acces la Internet: **http://wws2.wa.gov/dshs/onlinecso**

Informaţii Importante despre Statutul de Imigrare şi Social Security Numbers

- Puteţi depune cerere pentru beneficii pentru o parte din familie chiar dacă unii membri ai familiei nu sunt eligibili datorită statutului de imigrare. Statul Washington are şi programe medicale pentru persoanele fără număr de asigurare socială (Social Security Number) sau dovadă de statut de imigrare.
- Dacă aveţi nevoie de cash sau asistenţă alimentară, trebuie să furnizaţi numerele de asigurare socială (Social Security) sau statutul de imigrare numai pentru persoanele care depun cererea. Puteţi totuşi furniza în mod voluntar numărul de asigurare socială, pe care îl vom folosi numai la verificarea informaţiilor necesare pentru determinarea eligibilităţii, ca de exemplu venitul dumneavoastră. Dacă preferaţi să nu furnizaţi numărul de asigurare socială sau statutul de imigrare, venitul şi resursele dumneavoastră trebuiesc totuşi verificate dacă este nevoie pentru determinarea eligibilităţii.

U.S. Department of Agriculture (USDA) interzice discriminarea în toate programele şi activităţile sale pe baza rasei, culorii, sexului, religiei, originii naţionale, sau credinţelor politice. Persoanele cu infirmităţi, care necesită mijloace de comunicare alternative pentru informaţiile programului (Braille, litere mari, casete audio, etc.) trebuie să contacteze USDA's TARGET Center la (202) 720-2600 (voce şi TDD). Pentru depunerea unei plângeri pentru discriminare, scrieţi la USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W.. Washington D.C. 20250-9411 sau sunaţi la (202) 720-5964 (voce şi TDD).

Washington State Department of Social & Health Services

ELIGIBILITY REVIEW / VERIFICAREA ELIGIBILITĂŢII

☐ **Dacă aveţi nevoie de ajutor la completarea acestui formular, vă rugăm să marcaţi această căsuţă şi să arătaţi formularul recepţionistei.**

FOR OFFICE USE ONLY

DATE RECEIVED | INITIALS

1. PRENUMELE | INIŢIALA | NUMELE DE FAMILIE | SEMNĂTURA (OBLIGATORIU)

2. NUMĂRUL DE ID A CLIENTULUI (DACĂ ESTE CUNOSCUT)

3. ADRESA LA CARE LOCUIŢI | LOCALITATEA | STATUL | ZIP CODE

4. NUMĂRUL DE TELEFON DE ACASĂ, SAU PENTRU MESAJE

5. ADRESA POŞTALĂ (DACĂ ESTE DIFERITĂ) | LOCALITATEA | STATUL | ZIP CODE

6. NUMĂRUL DE TELEFON DE LA SERVICI

7. ADRESA DE EMAIL

8. NUMĂRUL DE LA CELULAR

9. Solicit următoarele (marcaţi unde se aplică):

☐ Cash ☐ Îngrijire în Nursing Home ☐ Altele (indicaţi):

☐ Alimente ☐ Tratament pentru Droguri şi Alcool

☐ Medical ☐ COPES (Assisted Living sau ongrijire la domiciliu - In-Home)

10. Ce sumă de bani se aşteaptă gospodăria dumneavoastră să primească în această lună: $

11. Ce sumă de bani are gospodăria dumneavoastră în cash şi în conturi bancare: $

12. Cât plăteşte gospodăria dumneavoastră pentru chirie sau mortgage: $

13. Care dintre serviciile publice (utilities) sunt plătite de gospodăria dumneavoastră: ☐ încălzire/ aer condiţionat ☐ telefon ☐ altele

14. Este cineva din gospodăria dumneavoastră lucrător sezonier sau migrant la o fermă? ☐ Da ☐ Nu

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

15. Am nevoie de un interviu prin telefon pentru că sunt: ☐ În vârstă ☐ Infirm ☐ Lucrez ☐ Alte probleme:

16. ☐ Am nevoie de un interpret. Vorbesc: _____ sau

☐ folosesc semnale (surdo-muţi); Doresc să primesc scrisorile în: _____

17. Dacă solicitaţi asistenţă alimentară, pentru câte persoane din gospodăria dumneavoastră cumpăraţi şi pregătiţi alimentele? _____

18. În ultimele 30 de zile, am primit cash, sau asistenţă medicală de la un alt stat, sau altă sursă: ☐ Da ☐ Nu

19. Eu, sau altă persoană pentru care depun cererea, am fost condamnat pentru o crimă în legătură cu droguri comisă după 08/21/96: ☐ Da ☐ Nu

20. Eu, sau altă persoană pentru care depun cererea, evit legea pentru a evita trimiterea la tribunal sau închisoare pentru o crimă: ☐ Da ☐ Nu

21. Eu, sau altă persoană din gospodăria mea, am o (marcaţi ce se aplică): ☐ Sarcină; data estimată: _____

☐ Urgenţă medicală: ☐ Notă de evacuare: ☐ Serviciile publice (utilities) închise sau fără încălzire:

☐ Situaţie de violenţă domestică: ☐ Infirmitate (indicaţi felul): _____

22. **Următoarele informaţii sunt voluntare şi nu vor fi folosite la determinarea eligibilităţii dumneavoastră pentru beneficii.**

Originea mea este Hispanic sau Latino: ☐ Da ☐ Nu Consider ca rasa mea este (marcaţi tot ce se aplică): ☐ Alb

☐ Negru sau African American ☐ Asiatic ☐ Nativ din Hawaii sau din Alte Insule din Pacific

☐ Indian American sau Nativ din Alaska; numele tribului: _____ ☐ Altele (indicaţi): _____

23. Indicaţi numele tuturor persoanelor din gospodăria dumneavoastră chiar dacă nu depuneţi cerere pentru ei (ataşaţi pagini suplimentare, dacă este nevoie).

NUMELE (PRENUME, AL DOILEA NUME, NUMELE DE FAMILIE)	CUM SE ÎNRUDEŞTE PERSOANA INDICATĂ, CU DUMNEA-VOASTRĂ?	DORIŢI BENEFICII PENTRU ACEASTĂ PERSOANĂ? DA	NU	DATA NAŞTERII	OPŢIONAL PENTRU CEI CARE NU SOLICITĂ: CETĂŢEAN U.S.? DA	NU	DACĂ NU ESTE CETĂŢEAN, EXISTĂ DOCUMENTE CARE SĂ INDICE STATUTUL? DA	NU	NUMĂRUL DE ASIGURARE SOCIALĂ (SOCIAL SECURITY)	SEX M SAU F
	Eu însumi	☐	☐		☐	☐	☐	☐		
		☐	☐		☐	☐	☐	☐		
		☐	☐		☐	☐	☐	☐		
		☐	☐		☐	☐	☐	☐		
		☐	☐		☐	☐	☐	☐		
		☐	☐		☐	☐	☐	☐		
		☐	☐		☐	☐	☐	☐		
		☐	☐		☐	☐	☐	☐		

NUMELE SOLICITANTULUI	SOCIAL SECURITY NUMBER	NUMĂRUL DE IDENTIFICARE AL CLIENTULUI

I. Informaţii Generale

1. Toţi cei pentru care depun cererea locuiesc în statul Washington: ☐ Da ☐ Nu Dacă da, de când (data): _____
2. Sunt, sau cineva din gospodăria mea este, străin sponsorat: ☐ Da ☐ Nu
3. Cineva lipseşte temporar din locuinţa mea: ☐ Da ☐ Nu Dacă da, cine (indicaţi): _____
4. Sunt, sau altcineva din gospodăria mea este, veteran sau dependent sau soţia unui veteran (în viaţa sau decedat): ☐ Da ☐ Nu
5. Locuiesc în: ☐ Casa sau apartamentul meu propriu ☐ Adult Family Home ☐ Group Home
   ☐ Spital sau Instituţie Medicală _____ ☐ Altele (indicaţi tipul): _____
6. Sunt: ☐ Necăsătorit ☐ Căsătorit ☐ Divorţat ☐ Separat ☐ Văduv

II. Informaţii Medicale sau despre Asigurarea Medicală

Eu, sau noi (marcaţi ce este cazul):

1. Avem probleme medicale care ne impiedică să lucrăm ☐ Da ☐ Nu
2. Avem note de plată medicale neachitate ☐ Da ☐ Nu
3. Avem nevoie de ajutor la achitarea notelor de plată medicale pentru oricare dintre ultimele 3 luni ☐ Da ☐ Nu
4. Plănuim să intrăm în, suntem în, sau am părăsit recent, o instituţie medicală (ca de exemplu spital sau azil de bătrâni - nursing home) ☐ Da ☐ Nu
5. Avem asigurare medicală (incluzând Tricare sau Asigurare pentru Long-Term Care) ☐ Da ☐ Nu
6. Avem Medicare (NOTĂ: Aceasta nu este la fel cu a avea cupoane medicale) ☐ Da ☐ Nu
7. Am avut un accident care a necesitat îngrijire medicală ☐ Da ☐ Nu

III. Resurse

Nu este nevoie să completaţi această parte dacă solicitaţi NUMAI Children's Medical sau Pregnancy Medical (Medical pentru gravide).

În afara celor indicate mai jos, alte exemple de resurse includ cash, sume de bani păstrate de alte persoane, contracte de vânzare, vite, recolte şi echipamente pentru business.

1. Eu, soţia/soţul, sau altă persoană pentru care depun cererea are resurse: ☐ Da ☐ Nu Dacă da, indicaţi mai jos:

TIPUL RESURSELOR?	ALE CUI SUNT RESURSELE?	UNDE SUNT RESURSELE? (EXEMPLU NUMELE BĂNCII)	SUMA SAU VALOAREA	ALE CUI SUNT RESURSELE?	UNDE SUNT RESURSELE? (EXEMPLU NUMELE BĂNCII)	SUMA SAU VALOAREA
Cont(uri) checking			$			$
Cont(uri) saving sau la credit union			$			$
Cont(uri) CD sau money market			$			$
Trust sau Anuities			$			$
Acţiuni (Stocks), bonds, sau fonduri mutuale			$			$
Fond de pensii sau IRA			$			$
Fond funerar, planuri funerare, sau locuri de înmormântare			$			$
Asigurare de viaţă			$			$
Proprietăţi			$			$
Altele:			$			$
Altele:			$			$

2. Eu, soţia/soţul, sau persoana pentru care depun cererea, am vândut, schimbat, dat cadou, sau transferat resurse în ultimii cinci (5) ani (includeţi transferuri în trust sau life estates): ☐ Da ☐ Nu Dacă da, ce anume: _____ Când: _____
3. **Eu am, sau persoana pentru care depun cererea are, următoarele vehicole (includeţi trucks, vans, boats şi trailers):**

ANUL (EX.: 1980)	FABRICAT DE (EX.: FORD)	MODELUL (EX.: ESCORT)	ESTE ACEST VEHICOL ÎNCHIRIAT (LEASED)?	EU(NOI) FOLOSIM ACEST VEHICOL PENTRU SCOPURI MEDICALE.	EU(NOI) ÎNCĂ SUNTEM PROPRIETARII ACESTUI VEHICOL.
			☐ Da ☐ Nu	☐ Da ☐ Nu	☐ Da ☐ Nu
			☐ Da ☐ Nu	☐ Da ☐ Nu	☐ Da ☐ Nu

IV. Venit

1. Eu, soţul/soţia, sau persoana pentru care depun cererea, avem venit: ☐ Da ☐ Nu Dacă da, vă rugăm să completaţi această parte:

NUMELE ŞI NUMĂRUL DE TELEFON AL FIRMEI LA CARE LUCREAZĂ (EMPLOYER)	SUMA BRUTĂ PRIMITĂ (SUMA oN DOLARI oNAINTE DE TAXE) $ _____ pe: ☐ Oră ☐ Săptămână ☐ Două săptămâni
Este acest servici self-employment? ☐ Da ☐ Nu Cine câştigă avest venit:	☐ De două ori pe lună ☐ Lună Nr. de ore pe săptămână: _____ Zilele de plată (ex.: 1 şi 15, sau în fiecare vineri): _____
NUMELE ŞI NUMĂRUL DE TELEFON AL FIRMEI LA CARE LUCREAZĂ (EMPLOYER)	SUMA BRUTĂ PRIMITĂ (SUMA oN DOLARI oNAINTE DE TAXE) $ _____ pe: ☐ Oră ☐ Săptămână ☐ Două săptămâni
Este acest servici self-employment? ☐ Da ☐ Nu Cine câştigă avest venit:	☐ De două ori pe lună ☐ Lună Nr. de ore pe săptămână: _____ Zilele de plată (ex.: 1 şi 15, sau în fiecare vineri): _____

2. **Eu, soţul/soţia, sau persoana pentru care depun cererea, am lăsat serviciul în ultimele 60 de zile.** ☐ Da ☐ Nu

3. ALT VENIT	CINE PRIMEŞTE VENITUL	SUMA LUNARĂ BRUTĂ	CINE PRIMEŞTE VENITUL	SUMA LUNARĂ BRUTĂ
Beneficii de şomaj (Unemployment)		$		$
Social Security		$		$
Supplemental Security Income (SSI)		$		$
Pensie alimentară pentru copil (Child Support) sau întreţinere pentru soţ/soţie		$		$
Pensii		$		$
Beneficii de Veterani (VA) sau militari		$		$
Beneficii de la Labor and Industries (L&I) sau asigurare		$		$
Trusts sau annuities		$		$
Altele:		$		$

V. Cheltuieli Lunare

CHIRIE	MORTGAGE	CHIRIE PENTRU SPAŢIU	ASIGURAREA LOCUINŢEI (HOMEOWNERS INSURANCE)	TAXE DE PROPRIETATE	PROPERTY ASSESSMENTS
$	$	$	$	$	$

Servicii publice (Utilities) (marcaţi unde se aplică):

☐ Consumul Electric **(în afara încălzirii)** ☐ Telefone ☐ Încălzire (gaze, electrică, petrol - oil) ☐ Apă, canalizare, gunoi

O altă persoană sau agenţie mă ajută la plata tuturor, sau numai a unora dintre cheltuielile locuinţei: ☐ Da ☐ Nu

Dacă da, cine: _____ Care dintre cheltuieli: _____ Suma pe care o plătesc ei: $ _____

Eu (noi) plătesc, sau ar trebui să plătesc (marcaţi unde se aplică):

☐ Îngrijire pentru copil (child care) sau pentru dependenţi	Suma lunară: $	Cine plăteşte:
☐ Pensie pentru Copil (Child Support)	Suma lunară: $	Cine plăteşte:
☐ Note de plată medicale	Suma lunară: $	Cine plăteşte:

DECLARAŢIE ŞI SEMNĂTURĂ

Am citit (sau mi s-au explicat) drepturile şi obligaţiile mele şi am primit o copie a formularului Drepturi şi Obligaţii (Responsabilităţi), DSHS 14-113(X). Trebuie să raportez schimbările după cum îmi cere departamentul. Trebuie să furnizez dovezi că sunt eligibil. DSHS mă poate ajuta să obţin dovezile sau să contactez alte persoane sau agenţii în acest scop. Prin primirea beneficiilor din programul Asistenţă Temporară pentru Familiile Nevoiaşe (Temporary Assistance to Needy Families -TANF), desemnez anumite drepturi la suport pentru copii sau îngrijre medicală Statului Washington. Prin cererea şi primirea beneficiilor de îngrijire medicală, eu (noi) desemnez statului Washington drepturile mele (noastre) la suportul de îngrijire medicală şi orice plăţi ale unei a treia părţi pentru îngrijire medicală pentru achitarea serviciilor medicale acoperite în timp ce primesc beneficii de îngrijire medicală. Declar sub ameninţarea pedepsei pentru declaraţii mincinoase că informaţiile pe care le-am furnizat în această cerere (application) sunt adevărate, corecte şi complete, conform celor mai bune informaţii pe care le am. onţeleg că pot fi dat în judecată pentru fapte criminale dacă primesc în mod incorect cash, alimente sau asistenţă medicală dacă, în mod intenţionat, am dat declaraţii mincinoase sau nu am raportat, în mod intenţionat, ceva ce ar fi trebuit să raportez. Numai solicitantul trebuie să semneze dacă solicită Alimente de Bază (Basic Food). Dacă solicită cash sau ajutor medical, toţi membrii adulţi ai gospodăriei trebuie să semneze.

SEMNĂTURA SOLICITANTULUI	DATA	SEMNĂTURA ALTUI SOLICITANT ADULT	DATA
SEMNĂTURA CELUI CARE AJUTĂ, SAU A REPREZENTANTULUI	DATA	SEMNĂTURA MARTORULUI DACĂ ESTE SEMNAT CU UN "X	DATA