REVIZIJA POGODNOSTI

ELIGIBILITY REVIEW

Pitanja i Odgovori

Washington State Department of Social & Health Services

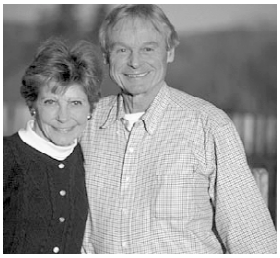
Ako Vam treba pomoć u čitanju, molimo Vas da upitate recepcionistu za pomoć.

Novčana pomoć

Pomoć za hranu

Medicinska pomoć

Opća pomoć za one koji nisu radno sposobni



Starački dom ili kućna njega

Pomažemo jedni drugima

P. Kako podnijeti zahtjev za beneficije?

O. To je jednostavno - samo popunite ove formulare. Oznacite kućicu na vrhu strane broj 2 ukoliko Vam treba pomoć u popunjavanju. Datum koji navedete utiče na to kada ćete početi primati beneficije. Ukoliko ovaj zahtjev podnosite ze neku drugu osobu, popunite formular sa informacijama o toj osobi. **Nama će trebati za početak vaše ime, adresa i potpis na strani broj 2, da bismo započeli proces; te popunjene stranice broj 3 i 4, da bismo kompletirali Vaš zahtjev. Ako nemate svoju adresu molimo Vas da o tome obavijesite recepcionistu kada predate ovaj zahtjev, tako da mi možemo pronaći način kako Vas kontaktirati.** Ovaj zahtjev možete predati recepcionisti, ili ga poslati poštom na Vašu lokalnu službu, Community Service Office (CSO). Za dugoročne usluge, pošaljite ovaj zahtjev vašem lokalnom Home and Community Services Office. Razgovor sa Vama neće biti potreban, ako jedino tražite medicinsku pomoć.

P. Šta ako mi treba pomoć ovog trenutka?

O. **Odgovorite na pitanja od 1 do 14,** te odmah odnesite do recepcioniste. Ako se ne nalazite u lokalnom uredu, ovu formu pošaljite poštom, ili odnesite osobno u lokalni ured.

Možete dobiti pomoć za hranu u roku pet (5) dana ,od dana kada mi primimo Vaš zahtjev ako:

- Pružite dokaz o Vašem identitetu; **i**
- Vaše domaćinstvo ima vrlo mala primanja ili izvore prihoda; **ili**
- Primanja Vašeg domaćinstvva i izvori prihoda nisu dovoljni da pokriju Vaššu mjesečnu stanarinu i režije zajednu; **ili**
- Ako Vaše domaćinstvo uključuje člana koji se preseljava zbog oskudice, ili sezonskog radnika na farmi.

P. Kada ću početi primati moje beneficije?

O. Ako se kvalifikujete za novčanu pomoć, ta će beneficija početi od onoga dana kad primite od nas informaciju da ste kvalifikovani. Ako ste kvalifikovani za pomoć u hrani (Food Stamps), Vaše beneficije obično započinju od onog datuma koji je naveden za Vasem zahtjevu. Za medicisku pomoć, datum primanja zavisi od vrste medicinskog programa za koji ste kvalifikovani i od datuma kada mi zapremimo Vaš zahtjev. Možete tražiti pomoć i za neke prethodne medicinske račune.

Važne informacije o Vašem imigracijskom statusu i broju socijane kartice (SSN)

- Vi možete ponijeti zahtjev za beneficije za dio svoje porodice čak i ako neki članovi Vašeg domaćinstva nisu kvalifikovani zbog imigracijskog statusa. Država Washington ima neke medicinske programe za osobe bez broja socijalne kartice (SSN) i dokaza o imigracijskom statusu.
- Ako Vam treba novčana pomoć ili pomoć u hrani, Vi trebate dati brojeve socijalnih kartica (SSN) i imigracijki status, ali samo za one članove koji traže beneficije. Vi možete dati svoj socijalni broj (SSN) dobrovoljno, a mi ćemo taj broj koristiti jedino da utvdimo da li ste kvalifikovani za beneficije, kao što ćemo u obzir uzeti i Vaša primanja. Ako odlučite da ne date svoj socijalni broj (SSN) ili imigracijski status, Vaša primanja i izvori prihoda moraju biti provjereni da se utvrdi da li možete primati pomoć.

U.S. Department of Agriculture (USDA)/Američki odsjek za agrikulturu zabranje diskriminaciju u svim svojim programima, baziranu na rasi, boji kože, spolu, vjeroispovjesti, nacionalnom porijeklu, ili političkim opredjeljenjima. Osobe sa invaliditetom, kojima treba drugačiji oblik komunikacije (Braillova abeceda, velika slova, audio kasete itd) trebaju kontaktirati USDA's TARGET Center na telefon (202) 720-2600 (razgovor i telekomunikacijski uređaj za gluhe). Da prijavite diskriminaciju pišite na USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ili nazovitel (202) 720-5964 (razgovor i telekomunikacijski uređaj za gluhe). USDA je poslodavac koji svima daje jednaka prava.

REVIZIJA POGODNOSTI

Washington State Department of Social & Health Services

☐ **Ako Vam treba pomoć u popunjavaju ove forme označite ovu kućicu i odnesite recepcionisti na poslu.**

FOR OFFICE USE ONLY	
DATE RECEIVED	INITIALS

1. IME SREDNJI INICIJAL PREZIME POTPIS (OBAVEZNO)	2. BROJ KLIJENTA, AKO JE POZNAT
3. ULICA NA KOJOJ ŽIVITE GRAD DRŽAVA POŠTANSKI BROJ	4. KUĆNI BROJ TELEFONA
5. POŠTANSKA ADRESA, AKO JE RAZLIČITA GRAD DRŽAVA POŠTANSKI BROJ	6. BROJ TELEFONA NA POSLU
9. Ja podnosim zahtjev za (Čekiraj sve na što se odnosi): ☐ Novčanu pomoć ☐ Pomoć za njegu starijih osoba ☐ Drugo (molimo da navedete): ☐ Hrana ☐ Tretman za drogu i alkoholizam _____ ☐ Medicinska zaštita ☐ COPES (Pomoć u življenju ili kućna njega) _____	7. E-MAIL ADRESA 8. BROJ MOBITELA

10. Koliko novaca očekujete da će vaše domaćinstvo dobiti ovaj mjesec: $ _____

11. Koliko novaca vaše domaćinstvo ima u gotovini ili na bankovnim računima: $ _____

12. Koliko vaše domaćinstvo plaća za stanarinu ili kredit na kuću: $ _____

13. Koje režije vaše domaćinstvo plaća: ☐ grijanje/hladjenje ☐ telefon ☐ drugo: _____

14. Da li je neko u vašem domaćinstvu sezonski radnik ili migrirajući poljoprivrednik? ☐ Da ☐ Ne

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

15. Treba mi telefonski razgovor jer sam: ☐ Stariji (a) ☐ Invalid ☐ Zaposlen ☐ Druge neprilike: _____

16. ☐ Ja trebam prevodioca. Govorim: _____ ili gluhonijem ☐ Hoću moja pisana slova na _____jeziku.

17. Ako tražite pomoć za hranu, za koliko članova domaćinstva hranu kupujete i pripremate: _____

18. Proteklih trideset dana (30), primio(la) sam novčanu pomoć, hranu iil medicinsku pomoć od druge države: ☐ Da ☐ Ne

19. Ja ili neko za koga tražim pomoć je krivično gonjen/ kažnjen zbog droge nakon 21.augusta 1996: ☐ Da ☐ Ne

20. Ja ili neko za koga podnosim zahtjev se krije od zakona radi izbjegavanja zatvorske kazne ili suđenja ☐ Da ☐ Ne

21. Ja, ili neko iz moga domaćinstva ima (označi sve na što se odnosi): ☐ Očekuje dijete (trudnoća): _____
☐ Medicinsku krizu ☐ Deložaciju ☐ Isključenu struju ili grijanje
☐ Slučaj nasilja u kući ☐ Invalidnost (navedi koju): _____

22. **Slijedeće informacije su dobrovoljne i neće se koristiti za odluku o beneficijama.**
Moje etničko porijaklo je Španjolsko ili Latinsko: ☐ Da ☐ Ne Ja smatram da je moja rasa (Čekiraj **sve** na što se odnosi): ☐ Bijela
☐ Crna ili Afričko-američka ☐ Azijska ☐ Prirodna Havajska ili s drugog Pacifičkog otočja
☐ Američki indijanac ili rođen na Aljasci (Ime plemena): _____ ☐ Drugo (navedi): _____

23. Navedi sve članove svojeg domaćinstva, uključujući i one koji ne podnose zahtjev za beneficije (dodaj i na posebnom papiru ako treba):

IME I PREZIME	U KOJEM JE ODNOSU OVA OSOBA SA VAMA	DA LI TRAŽITE BENEFICIJE I ZA OVU OSOBU DA NE	DATUM ROĐENJA	NIJE OBAVEZNO ZA ONE KOJI NE PODNOSE ZAHTJEV: USA DRŽAVLJANIN DA NE	AKO OSOBA NIJE DRŽAVLJANIN, IMA LI DOKAZ O STATUSU DA NE	BROJ SOCIJALNE KARTICE(SSN)	SPOL MUŠKO ŽENSKO
	JA	☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		

IME PODNOSIOCA ZAHTJEVA	BROJ SOCIJALNE KARTICE (SSN)	IDENTIFIKACIJSKI BROJ KLIJENTA

I. Opće informacije

1. Svi za koje podnosim zahtjev žive u Washington državi: ☐ Da ☐ Ne Ako jeste, otkad: _____
2. Ja ili neko iz mojeg domaćistva je sponzorirani useljenik: ☐ Da ☐ Ne
3. Neko privremeno živi van kuće: ☐ Da ☐ Ne Ako jeste, navedi tko (Navedi): _____
4. Ja ili neko iz mojeg domaćinstva je veteran ili izdržavan od veterana ili supružnik veterana (živ(a) ili pokojni(a) : ☐ Da ☐ Ne
5. Ja živim u: ☐ Mojoj vlastitoj kući ili stanu ☐ Smještaju za odrasle ☐ Zajedničkom domu
   ☐ Ustanovi (navedi koja): _____ ☐ Drugo: _____
6. Ja sam: ☐ Samac(ica) ☐ Oženjan - udata ☐ Rastavljen ☐ Odvojen ☐ Udovac - udovica

II. Medicinke informacije i informacije o zdravstvenom osiguranju

Ja ili mi (označi odgovarajuću kućicu):

1. Imam(o) zdravstvenih problema koje me (nas) spriječavaju da radimo na poslu ..... ☐ Da ☐ Ne
2. Imam(o) neplaćenih medicinskih računa ..... ☐ Da ☐ Ne
3. Trebam(o) pomoć za plaćanje medicinskih računa u zadnjh tri (3) mjeseca ..... ☐ Da ☐ Ne
4. Planiram(o) da uđem(o) ili sam-smo trenutno smješten(i) u medicinsku ustanovu ..... ☐ Da ☐ Ne
5. Imam(o) zdravstveno osiguranje (uključujući Tricare ili Long-term osiguranje) ..... ☐ Da ☐ Ne
6. Imam(o) Medicare (NAPOMENA: To nije isto što i medicinski kuponi) ..... ☐ Da ☐ Ne
7. Imao(li) sam- smo nesreću koja zahtijeva medicinsku njegu ..... ☐ Da ☐ Ne

III: Izvori sredstava i prihoda

Ovu sekciju nemojte popunjavati ako tražite medicinsku pomoć za djecu (Children's Medical) ili pomoć oko trudnoće JEDINO.

U dodatku svega navedenog na listi ispod, drugi slučajevi izvora prihoda mogu uključivati gotovinu, novac koji Vam drugi čuvaju, ugovore o prodaji, živad, usjeve ili poslovna oprema.

1. Ja, moj bračni partner, ili neko za koga tražim pomoć ima slijedeće prihode: ☐ Da ☐ Ne Ako jeste, navedite ispod:

VRSTA PRIHODA	ČIJI JE TO PRIHOD?	GDJE SE NALAZ PRIHOD (NPR. BANKA)	IZNOS ILI VRIJEDNOST	ČIJI JE TO PRIHOD?	GDJE SE NALAZ PRIHOD (NPR. BANKA)	IZNOS ILI VRIJEDNOST
Čekovna knjižica(e)			$			$
Štedna knjižica ili knjižica kreditne unije			$			$
Oročena štednja (CD)			$			$
Otpremnine			$			$
Stokovi, bondovi ili uzajamni fondovi			$			$
Penzionski fond ili IRA			$			$
Akcije fondovi, planovi ili ukopna mjesta			$			$
Životno osiguranje			$			$
Imovina			$			$
Drugo:			$			$
Drugo:			$			$

2. Ja, moj bračni partner ili neko za koga tražim pomoć je prodao(la), zamijenio(la), dao(la), ili prebacio(la) izvore prihode u poslijednjih pet (5) godina (uključujući i transfere u skrbništva ili ostavštine): ☐ Da ☐ Ne Ako jeste, što: _____ Kada: _____
3. Ja ili neko za koga tražim pomoć posjeduje slijedeća motorna vozila (uključujući kamione, kombije, brodove i prikolice):

GODINA PROIZVODNJE (NPR. 1980)	MARKA (NPR. FORD)	MODEL (NPR. ESCORT)	JE LI OVO VOZILO IZNAJMLJENO	JA(MI) KORISTIM (O) OVO VOZILO ZA MEDICINSKE POTREBE.	JA(MI) JOŠ DUGUJEM(O) ZA OVO VOZILO.
			☐ Da ☐ Ne	☐ Da ☐ Ne	☐ Da ☐ Ne
			☐ Da ☐ Ne	☐ Da ☐ Ne	☐ Da ☐ Ne

IV. Osobna primanja/zarada

1. Ja, moj bračni partner, ili neko za koga tražim pomoć ima osobne prihode (zarađuje): ☐ Da ☐ Ne Ako jeste, popunite ovu sekciju:

IME POSLODAVCA SA TELEFONSKIM BROJEM	BRUTO IZNOS PRIHODA (U DOLARIMA, PRIJE POREZA)
Da li Vi samostalno poslujete (self-employment)? ☐ Da ☐ Ne Ko zarađuje:	$ _____ Na: ☐ Sat ☐ Sedmično ☐ Dvo-sedmično ☐ Dvaput mjesečno ☐ Mjesečno Sati sedmično: _____ Datumi kada primam ček (npr. 1-oga ili 15-oga, ili svakog petka): _____
IME POSLODAVCA SA TELEFONSKIM BROJEM	BRUTO IZNOS PRIHODA (U DOLARIMA, PRIJE POREZA)
Da li Vi samostalno poslujete (self-employment)? ☐ Da ☐ Ne Ko zarađuje:	$ _____ Na: ☐ Sat ☐ Sedmično ☐ Dvo-sedmično ☐ Dvaput mjesečno ☐ Mjesečno Sati sedmično: _____ Datumi kada primam ček (npr. 1-oga ili 15-oga, ili svakog petka): _____

2. **Ja, moj bračni partner, ili neko za koga tražim pomoć je napustio(la) posao u zadnjih 60 dana** ☐ Da ☐ Ne

3. DRUGI PRIHODI	KO PRIMA OVAJ NOVAC?	MJESEČNI BRUTO PRIHODI	KO PRIMA OVAJ NOVAC?	MJESEČNI BRUTO PRIHODI
Nadoknada za nezaposlene		$		$
Beneficije socijalnog osiguranja		$		$
SSI - Pomoć sa Social Security		$		$
Alimentacija za djecu ili bivšeg supružnika		$		$
Mirovina ili penzija		$		$
Veteranska ili vojna penzija		$		$
Radničke i industrijske ili osiguravajuće beneficije		$		$
Ostavštine ili godišnje otpremnine		$		$
Ostalo:		$		$

V. Mjesečni troškovi

STANARINA	MJESEČNA RATA ZA KUĆU/STAN	NAJAM ZA PROSTOR	OSIGURANJE ZA VLASNIŠTVO KUĆE	POREZ NA IMOVINU	IMOVINSKE DADŽBINE
$	$	$	$	$	$

Režije (čekirajte sve što plaćate): ☐ Struju (**ne grijanje**) ☐ Telefona ☐ Grijanje (gas, struju ili loživo ulje) ☐ Voda, odvoz smeća, komunalije

Da li Vam neka druga osoba ili agencija pomažu plaćati dio ili sve ove troškove: ☐ Da ☐ Ne

Ako jeste, ko: _____ Koje troškove: _____ Iznos koje plaćaju: _____

Ja (mi) trebam(o) plaćati (čekirajte sve Vaše troškove):

☐ Troškove vrtića ili čuvanje djece	Mjesečni iznos: $	Ko plaća:
☐ Alimentaciju za dijete(cu)	Mjesečni iznos: $	Ko plaća:
☐ Medicinske račune	Mjesečni iznos: $	Ko plaća:

DEKLARACIJA I POTPIS

Ja sam pročitao(la) ili mi je neko objasnio, moja prava i obaveze, te sam dobio (la) kopiju Prava i obaveza klijenata, DSHS 14-113(X). Ja moram prijaviti promjene kako to od mene traži ova agencija. Ja moram pružiti dokaz da sam u mogućnosti da primam beneficije. DSHS mi može pomoći da nabavim ovaj dokaz ili da kontaktiram druge osobe ili agencije za to. Primanjem trenutne pomoći za oskudijevajuće porodice (TANF) ili medicinske beneficije, ja dodijeljujem određena prava državi Washington. Ja pod zakletvom izjavljujem da su informacije koje sam dao(la) istinite, ispravne i najbolje što ja znam. Ja razumijem da mogu biti krivično gonjen ako nezakonski primim novčanu pomoć, pomoć za hranu ili medicinsku pomoć, jer sam svjesno dao(la) neistinite podatke ili svjesno nisam prijavio(la) nešto što je trebalo prijaviti. Jedino osoba koja potražuje beneficije mora potpisati, ako traži pomoć za hranu. Ako tražim novčanu ili medicinsku pomoć, svi odrasli članovi domaćinstva se moraju potpisati.

POTPIS KLIJENTA	DATUM	POTPIS DRUGE ODRASLE OSOBE KOJA TRAŽI POMOĆ	DATUM
POTPIS POMAGAČA ILI PREDSTAVNIKA AGENCIJE	DATUM	POTPIS SVJEDOKA, AKO JE POTPIS SAMO SLOVO 'X'	DATUM