Revizija prava na pomoć

Pitanja i Odgovori

Ako vam treba pomoć kod čitanja, molimo da zatražite pomoć od recepcionera.

Novčana pomoć

Pomoć za hranu

Pomoć za medicinsku zaštitu

Opšta pomoć za one koji se ne mogu zaposliti

Njega u staračkom domu ili njega za nemoćne

Narod u službi pomoći naroda

P. Kako osiguravam dobivanje beneficija?

O.

- Popunite zahtjev. Odnesite ga ili pošaljite lokalnoj kancelariji.
- Označite kvadratić na stranici 2, ako vam treba pomoć.
- Da bi proces prijavljivanja bio započet, stavite svoje ime, adresu i potpis.
- Ako nemate stalnu adresu, recite to recepcionaru.
- Da bi proces prijavljivanja bio završen, popunite stranice 3 i 4.

P. Kada će mi beneficije početi?

O.

- Za novčanu pomoć, kao i pomoć medicinske zaštite, beneficije počinju kad obezbijedite sve podatke, potrebne za razmatranje vašeg prava na pomoć.
- Za Basic Food (Osnovna pomoć za hranu), vaše beneficije počinju na dan kad se prijavite.

P. Šta ako mi hrana treba odmah?

O. Popunite pitanja od 1 do 14 i odmah predate recepcioneru. Ako se ne nalazite u lokalnoj kancelariji, pošaljite ovu prijavu, ili je donesite u najbližu kancelariju.

Možete dobiti beneficije za hranu u roku od pet (5) dana od dana kad primimo vašu prijavu ako:

- Pokažete dokaz identiteta; **i**
- Vaše domaćinstvo ima veoma mali dohodak i/ili imovinu; **ili**
- Dohodak i imovina vašeg domaćinstva nisu dovoljni da pokriju iznos vaše mjesečne stanarine i režija zajedno; **ili**
- U vašem domu živi siromašan migratorni ili sezonski poljoprivredni radnik.

P. Mogu li dobiti informacije i usluge preporuke?

O. Ako ne prelazite maksimalnu granicu brutto dohotka (WAC 388-478-0060), imate pravo da koristite naše informacije i website sa preporukama, koji se zove: Your Community Services Office, da biste našli usluge koje vi ili vaša porodica možete trebati. Ovaj website ima informacije o programima i izvorima sredstava ovog odjela, od strane zajednice, koji vam se mogu naći u nuždi. Da biste koristili ovaj website, idite na sljedeću Internet adresu sa bilo kojeg kompjutera koji ima pristup Internetu: **https://wws2.wa.gov/dshs/onlinecso**

Važne informacije o imigracionom statusu i Socijalnim brojevima

- Možete prijaviti za beneficije dio porodice, čak i ako neki članovi možda nemaju pravo na njih zbog imigracionog statusa. Država Washington ima medicinske programe za osobe bez socijalnog broja, ili bez dokaza o imigracionom statusu.
- Ako vam trebaju novac ili pomoć za hranu, treba da dostavite socijalne brojeve ili imigracioni status samo za osobe koje se prijavljuju. Vi i dalje možete dostaviti vaš socijalni broj dobrovoljno, a mi ćemo ga koristiti samo da utvrdimo potrebne podatke potrebne za određivanje prava na pomoć, kao npr. vaš dohodak. Ako odaberete da ne date svoj socijalni broj ili ne objelodanite imigracioni status, vaš dohodak i imovina moraju biti utvrđeni, da bi se odredilo pravo na pomoć.

U.S. ministarstvo poljoprivrede (USDA) zabranjuje diskriminaciju u svim svojim programima i aktivnostima na osnovu rase, boje, pola, religije, nacionalnog porijekla ili političkih ubjeđenja. Osobe sa invaliditetom koje zahtijevaju alternativne vidove komunikacije u vezi programa (Brailovo pismo, veća slova, zvučnu traku, itd.) trebalo bi da kontaktiraju USDA-ov TARGET centar na (202) 720-2600 (glas i TDD). Da biste podnijeli žalbu za 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 zovite (202) 720-5964 (glas i TDD). USDA je davalac usluga i poslodavac sa istim pravima za sve.

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

ELIGIBILITY REVIEW/REVIZIJA PRAVA

☐ **Ako vam treba pomoć kod popunjavanja ovog formulara, molimo da označite ovaj kvadratić i donesete papir recepcioneru.**

SAMO ZA INTERNU UPOTREBU U KANCELARIJI

DATUM PRIJEMA | INICIJALI

1. IME | INICIJAL SREDNJEG IMENA | PREZIME | POTPIS (OBAVEZAN)

2. IDENTIFIKACIJSKI BROJ KLIJENTA (AKO JE POZNAT)

3. KUĆNA ADRESA | GRAD | DRŽAVA | POŠTANSKI BROJ

4. KUĆNI BROJ TELEFONA, ILI BROJ NA KOJI SE MOŽE OSTAVITI PORUKA

5. ADRESA NA KOJU SE ŠALJE POŠTA (AKO JE RAZLIČITA OD KUĆNE) | GRAD | DRŽAVA | POŠTANSKI BROJ

6. BROJ TELEFONA NA POSLU

7. E-MAIL ADRESA

8. BROJ MOBILNOG TELEFONA

9. Prijavljujem se za (označite sve što se odnosi za vas):

☐ Gotovina ☐ Njega u staračkom domu ☐ Ostalo (molimo da navedete):
☐ Hrana ☐ Liječenje od droge i alkohola
☐ Medicinsko osiguranje ☐ COPES (Njega za nemoćne ili kućna njega)

10. Koliko novca očekujete da uđe u domaćinstvo ovog mjeseca: $

11. Koliko novca domaćinstvo ima u gotovini i bankovnim računima: $

12. Koliko domaćinstvo plaća za stanarinu ili otplatu stana: $

13. Koje režije domaćinstvo plaća: ☐ grijanje/hlađenje ☐ telefon ☐ ostalo:

14. Da li je iko u vašem domaćinstvu migrirajući poljoprivredni radnik? ☐ Da ☐ Ne

SAMO ZA INTERNU UPOTREBU U KANCELARIJI
Domaćinstvo sa pravima za ubrzane usluge: ☐ Da ☐ Ne **Inicijali ispitivača:** **Datum:**

15. Tražim telefonski razgovor, zato što sam: ☐ Star/a ☐ Nesposoban(na) ☐ Radim ☐ Ostale poteškoće:

16. ☐ Treba mi prevodilac. Govorim: _____ ili ☐ znakovni jezik; Želim pisma na: _____

17. Ako se prijavljujete za pomoć za hranu, za koliko ljudi u domaćinstvu kupujete i pripremate hranu? _____

18. U zadnjih 30 dana, dobivam gotovinu, hranu, ili medicinsku pomoć iz nekog drugog državnog izvora: ☐ Da ☐ Ne

19. Ja, ili neko koga prijavljujem na pomoć sam (ili je) bio osuđen za zločin u vezi sa ilegalnim drogama, počinjen nakon 08/21/96: ☐ Da ☐ Ne

20. Ja ili neko koga prijavljujem za pomoć sam (ili je) u bjekstvu od zakona zbog izbjegavanja suda ili zatvora za počinjeni kriminal: ☐ Da ☐ Ne

21. Ja ili neko u mojem domaćinstvu imamo (označite sve što se odnosi na vas): ☐ Trudnoću; termin: _____
☐ Hitnu potrebu za medicinskom pomoći ☐ Obavijest o deložaciji ☐ Prekid usluga struje, plina ili vode
☐ Nasilje u kući ☐ Invaliditet (navedite vrstu): _____

22. **Sljedeće informacije su tražene na dobrovoljnoj osnovi i neće se koristiti prilikom odre đivanja vašeg prava na beneficije.**
Moje etničko porijeklo je Hispano ili Latino: ☐ Da ☐ Ne Smatram da je moja rasa (označite sve što se na vas odnosi): ☐ Bijela
☐ Crnac ili Amerikanac afričkog porijekla ☐ Azijat ☐ Urođeni Havajac ili drugi ostrvljanin sa Pacifika
☐ Američki Indijanac ili Urođenik sa Aljaske; ime plemena: _____ ☐ Ostalo (navedite): _____

23. Navedite sve osobe u domaćinstvu čak i ako ne prijavljujete svakog od njih (priložite dodatne listove, ako je to neophodno).

IME (IME, SREDNJE IME, PREZIME)	KAKVO JE VAŠE SRODSTVO SA OVOM OSOBOM?	DA LI TRAŽITE BENEFICIJE ZA OVU OSOBU? DA NE	DATUM ROĐENJA	OPCIJA ZA ONE KOJI SE NE PRIJAVLJUJU: U.S. DRŽAVLJANIN? DA NE	AKO NISTE/NIJE DRŽAVLJANIN, POSTOJI LI DOKUMENT KOJI POKAZUJE STATUS? DA NE	SOCIJALNI BROJ	POL M ILI Ž
	Ja	☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		

IME PRIJAVLJENIKA	SOCIJALNI BROJ	IDENTIFIKACIJSKI BROJ KLIJENTA

I. Opšte informacije

1. Svako koga prijavljujem živi u državi Washington: ☐ Da ☐ Ne Ako da, od kad (navedite datum): _____
2. Ja ili neko u mojem domaćinstvu je sponzorirani useljenik: ☐ Da ☐ Ne
3. Neko je privremeno van kuće: ☐ Da ☐ Ne Ako da, ko (navedite): _____
4. Ja ili neko u mom domaćinstvu sam/je veteran ili pod starateljstvom, ili bračni supružnik veterana (živog ili preminulog): ☐ Da ☐ Ne
5. Živim u: ☐ Vlastitoj kući ili apartmanu ☐ Staračkom domu ☐ Grupnom smještaju
   ☐ Ustanovi (navedite vrstu): _____ ☐ Ostalo: _____
6. Ja sam: ☐ Sam/sama ☐ U braku ☐ Razveden/a ☐ Razdvojen/a ☐ Udovac/udovica

II. Informacije o medicinskom i zdravstvenom osiguranju

Ja ili mi (označite odgovarajuće polje):

1. Imam(o) zdravstvene probleme koji me (nas) spriječavaju u radu. ☐ Da ☐ Ne
2. Imam(o) neplaćene medicinske račune ☐ Da ☐ Ne
3. Trebam(o) pomoć sa neplaćenim medicinskim računima za bilo koju priliku u protekla tri (3) mjeseca ☐ Da ☐ Ne
4. Planiram(o) da se prijavim(o), trenutno sam/o u, ili sam/o nedavno napustio/li medicinsku ustanovu (kao što je bolnica ili starački dom) ☐ Da ☐ Ne
5. Imam(o) zdravstveno osiguranje (uključujući Tricare ili Long-Term Care Insurance) ☐ Da ☐ Ne
6. Imam(o) Medicare (NAPOMENA: Ovo nije isto što i medicinski kupon) ☐ Da ☐ Ne
7. Imao/la(li) nesreću koja je zahtijevala medicinsku njegu ☐ Da ☐ Ne

III. Imovina

Ne morate popuniti ovaj dio, ako se prijavljujete za Children's Medical ili Pregnancy Medical (Medicinska zaštita za djecu ili medicinska zaštita za trudnice) SAMO.

U dodatku tačaka navedenih ispod, ostali primjeri imovine uključuju gotovinu, vaš novac kod drugih, kupo-prodajni ugovori, stoku, usjeve i poslovnu opremu.

1. Ja, moj/a supružnik/ca ili neko koga prijavljujem na pomoć ima imovinu: ☐ Da ☐ Ne Ako je odgovor Da, molimo navedite šta:

VRSTA IMOVINE?	KOME PRIPADA?	GDJE JE SMJEŠTENA? (NPR. IME BANKE)	IZNOS ILI VRIJEDNOST	KOME PRIPADA?	GDJE JE SMJEŠTENA? (NPR. IME BANKE)	IZNOS ILI VRIJEDNOST
Čekovni račun(i)			$			$
Štedni račun(i) ili račun(i) kod kreditnih unija			$			$
CD ili račun(i) tržišta novca			$			$
Obveznice ili anuiteti			$			$
Akcije, državne obveznice ili zajednički fondovi ulagača			$			$
Penzijski račun ili IRA			$			$
Različiti planovi za finalne troškove sahrana			$			$
Životno osiguranje			$			$
Imovina			$			$
Ostalo:			$			$
Ostalo:			$			$

2. Ja, moj/ supružnik/ca ili neko koga prijavljujem sam(je) prodao/la, zamijenio/la, dobio/la ili transformisao/la imovinu u zadnjih pet (5) godina (uključujući prenos u obveznice ili životne ušteđevine): ☐ Da ☐ Ne Ako da, šta: _____ Kada: _____

3. Ja ili neko koga prijavljujem ima sljedeća vozila (uključujući kamione, kombije, čamce i prikolice):

GODINA (NPR., 1980)	MARKA (NPR., FORD)	MODEL (NPR., ESCORT)	JE LI VOZILO IZNAJMLJENO?	JA (MI) KORISTIM(O) OVO VOZILO ZA MEDICINSKE SVRHE.	JA (MI) JOŠ UVIJEK DUGUJEMO NOVAC ZA OVO VOZILO.
			☐ Da ☐ Ne	☐ Da ☐ Ne	☐ Da ☐ Ne
			☐ Da ☐ Ne	☐ Da ☐ Ne	☐ Da ☐ Ne

IV. Dohodak

1. Ja, moj/a supružnik/ca, ili neko koga prijavljujem ima dohodak : ☐ Da ☐ Ne Ako da, molimo da popunite ovaj dio:

IME POSLODAVCA I BROJ TELEFONA	BRUTTO IZNOS DOHOTKA (IZNOS U DOLARIMA PRIJE POREZA)
	$ _____ svakih: ☐ Sat ☐ Sedmice ☐ Dvije sedmice
Da li je ovo privatni posao? ☐ Da ☐ Ne	☐ Dva puta mjesečno ☐ Mjesec Sati po sedmici: _____
Ko zarađuje dohodak:	Platni dani (npr. 1. i 15, ili svaki petak): _____
IME POSLODAVCA I BROJ TELEFONA	BRUTTO IZNOS DOHOTKA (IZNOS U DOLARIMA PRIJE POREZA)
	$ _____ svakih: ☐ Sat ☐ Sedmice ☐ Dvije sedmice
Da li je ovo privatni posao? ☐ Da ☐ Ne	☐ Dva puta mjesečno ☐ Mjesec Sati po sedmici: _____
Ko zarađuje dohodak:	Platni dani (npr. 1. i 15, ili svaki petak): _____

2. J a, moj supružnik ili neko koga prijavljujem sam (je) prestao/la raditi u zadnjih 60 dana. ☐ Da ☐ Ne

3. OSTALI DOHODAK	KO DOBIJA DOHODAK?	BRUTTO MJESEČNI IZNOS	KO DOBIJA DOHODAK?	BRUTTO MJESEČNI IZNOS
Beneficije kompenzacije za otpuštene sa posla		$		$
Socijalna sigurnost		$		$
Socijalni dohodak za nemoćne (SSI)		$		$
Alimentacija ili izdržavanje bivšeg supružnika/ce		$		$
Penzija		$		$
Beneficije Administracije veterana (VA) ili vojne beneficije		$		$
Labor and Industries (L&I) ili beneficije osiguranja		$		$
Obveznice ili anuiteti		$		$
Ostalo:		$		$

V. Mjesečni troškovi

STANARINA	OTPLATA NEKRETNINE	IZNAJMLJIVANJE PROSTORA	OSIGURANJE KUĆEVLASNIKA	POREZI NA IMOVINU	PROCJENE IMOVINE
$	$	$	$	$	$

Režije (označite sve što se odnosi na vas): ☐ Struja **(ne grijanje)** ☐ Telefon ☐ Grijanje (gas, električno, uljno) ☐ Voda, kanalizacija, smeće

Druga osoba ili agencija mi pomaže oko plaćanja bilo ukupnih ili djelimičnih troškova stanovanja: ☐ Da ☐ Ne

Ako da, ko: _____ Koje troškove: _____ Iznos koji plaćaju: _____

Ja (mi) plaćam(o) ili treba da plaćam(o) (označite sve što se odnosi):

☐ Čuvanje djeteta	Mjesečni iznos: $	Ko plaća:
☐ Alimentaciju	Mjesečni iznos: $	Ko plaća:
☐ Medicinske račune	Mjesečni iznos: $	Ko plaća:

IZJAVA I POTPIS

Pročitao/la sam (ili mi je objašnjeno) moja prava i dužnosti i primio/la kopiju Prava i dužnosti klijenta, DSHS 14-113(X). Moram prijaviti promjene kako je zahtijevano od strane kancelarije. Moram dostaviti dokaze za sticanje prava. DSHS mi može pomoći da dobijem dokaze ili kontaktirati druga lica ili agencije u tu svrhu. Dobijajući Privremenu pomoć za familije u nuždi (TANF) ili beneficije medicinskog pokrića, ja pripisujem određena prava brige i medicinske pomoći za dijete državi Washington. Tražeći i primajući beneficije medicinske pomoći, ja (mi) dajemo državi Washington moja (naša) prava na medicinsku brigu i pomoć i pomoć bilo koje treće strane, koja plaća za medicinsku pomoć, sve dok uživam zdravstvene beneficije od države. Izjavljujem pod prijetnjom kazne za krivokletstvo da je informacija koju dajem istinita, tačna i kompletna, koliko ja znam. Ja razumijem da mogu biti kriminalno gonjen/a ako nezakonito primim novac, hranu, ili medicinsku pomoć, u slučaju da svojom voljom dam lažne izjave ili svojom voljom propustim da prijavim nešto što znam da bi trebalo biti prijavljeno. Samo prijavljena osoba mora potpisati, ako se prijavljuje za Osnovnu pomoć za hranu. Ako se prijavljujete za novac ili medicinsku zaštitu, svi odrasli u domaćinstvu moraju potpisati.

POTPIS PRIJAVLJENIKA	DATUM	POTPIS DRUGOG ODRASLOG PRIJAVLJENIKA	DATUM
POTPIS POMAGAČA ILI ZASTUPNIKA	DATUM	POTPIS SVJEDOKA, AKO JE POTPISANO SA "X" DATUMOM	DATUM