Washington State Department of Social & Health Services

PŘEZKOUMÁNÍ NÁROKU
ELIGIBILITY REVIEW

IDENTIFICATION OR CASE NUMBER

1. VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM: JMÉNO	STŘEDNÍ JMÉNO	PŘÍJMENÍ	2. VAŠE TELEFONNÍ ČÍSLA: DOMŮ	ZAMĚSTNÁNÍ	VZKAZY

3. ADRESA NA KTERÉ BYDLÍTE

ULICE	MĚSTO	STÁT	SMĚROVACÍ ČÍSLO

4. POŠTOVNÍ ADRESA, POKUD SE LIŠÍ

ULICE	MĚSTO	STÁT	SMĚROVACÍ ČÍSLO

5. JÁ/MY NYNÍ DOSTÁVÁME

- ☐ Peníze
- ☐ Potravinové známky
- ☐ Zdravotní péči
- ☐ Péči v domově pro starší osoby

6. JÁ/MY POTŘEBUJEME

- ☐ Peníze
- ☐ Potravinové známky
- ☐ Zdravotní péči
- ☐ Péči v domově pro starší osoby
- ☐ Léčbu drogové/alkoholové závislosti
- ☐ Jiné:

7.

	ANO	NE
Máte problémy mluvit, číst nebo psát v angličtině?	☐	☐
Potřebujete tlumočníka? Pokud ano, zařídíme jej.	☐	☐

Pokud ano, jakým jazykem mluvíte? _____

8. Pokud chcete, aby vaše potravinové známky dostala nebo používala jiná osoba, vyplňte následující:

Jméno osoby _____ Telefonní číslo _____

PROSÍM PROČTĚTE

A. Toto přezkoumání má za účel zjistit, zda můžete nadále dostávat peníze, zdravotní podporu nebo potravinové známky. Pokud potřebujete pomoc s vyplněním formuláře, prosím dejte nám vědět.

B. Prosím vyplňte tento formulář a zašlete nebo přineste jej na místní Community Service Office do deseti dnů.

1. Můžeme vás požádat, abyste se dostavili do kanceláře na pohovor.
2. Můžeme vás požádat, abyste nechali ověřit vaši situaci nebo odpovědi, které jste poskytli na tomto formuláři.

C. Pokud nyní nedostáváte potravinové známky, ale žádáte o ně v odpovědi 6. nahoře:

1. Výše vaší podpory ve formě potravinových známek bude založena na datu, kdy obdržíme tento formulář.
2. Odpovězte na otázku 13. Podporu ve formě potravinových známek můžete dostat během pěti dnů, pokud:
   a. Váš příjem nebo zdroje jsou velmi nízké, nebo
   b. Váš příjem a zdroje nepokryjí vaše měsíční nájemné/ splátky hypotéky a inkaso, nebo
   c. Nemáte své vlastní bydlení, nebo
   d. Ve vaší domácnosti žije migrant anebo sezónní zemědělský pracovník.
3. Musíte nám sdělit identifikační číslo sociálního zabezpečení (Social Security Number) každého člena domácnosti anebo o ně j požádat, jak vyžaduje zákon.

D. Pokud nyní dostáváte podporu potravinovými známkami a nechcete, aby byla ukončena, odevzdejte tento formulář nejpozdě ji do15. dne příštího měsíce. Zjistíme, zda váš nárok trvá.

NEPOVINNÉ INFORMACE

Prosíme, abyste dobrovolně poskytli informace o vašem rasovém a etnickém původu. Tyto informace nebudou použity při posuzování vašeho nároku na podporu.

☐ Běloch ☐ Španělský ☐ Černý ☐ Americký Indián/ Aljašský domorodec ☐ Vietnamský / Laoský / Kambodžský
☐ Jiný asijský nebo Pacifický ☐ Jiný _____

PŘEZKOUMÁNÍ NÁROKU

VŠEOBECNÉ INFORMACE

9. Potřebuji mimořádnou pomoc, protože:

☐ Špatně vidím ☐ Špatně slyším ☐ Neumím číst ☐ Jiné: _____

10. Uveďte své jméno a všechny osoby, které bydlí s vámi. **Užívejte legální jména.**
NEPOUŽÍVEJTE PŘEZDÍVKY. Pokud nevíte číslo sociálního zabezpečení (Social Security Number), nevyplňujte.

JMÉNO, STŘEDNÍ JMÉNO,PŘÍJMENÍ	VZTAH K VÁM	DATUM NAROZENÍ (měsíc, den, rok)	ČÍSLO SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ (SSN)	POHLAVÍ MUŽ NEBO ŽENA	OBČAN USA? ANO NE	LEGÁLNÍ TRVALÝ POBYT? ANO NE	NAVŠTEVUJE ŠKOLU? ANO NE
A.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
B.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
C.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
D.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
E.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
F.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
G.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
H.					☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐

11. POKUD KDOKOLIV VE VAŠÍ DOMÁCNOSTI NĚKDY POUŽÍVAL JINÉ JMÉNO (RODNÉ NEBO MANŽELSKÉ) NEBO ČÍSLO SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ, PROSÍM UVEĎTE TATO JMÉNA A ČÍSLA (SSN)

JINÉ JMÉNO	ČÍSLO SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ (SSN)	JINÉ JMÉNO	ČÍSLO SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ (SSN)
A.		C.	
B.		D.	

12. UVEĎTE OSOBY, KTERÉ SE ODSTĚHOVALY Z VAŠEHO BYDLIŠTĚ OD POSLEDNÍHO PŘEZKOUMÁNÍ.

JMÉNO, STŘEDNÍ JMÉNO,PŘÍJMENÍ	VZTAH K VÁM	DATUM NAROZENÍ (měsíc, den, rok)	DATUM ODSTĚHOVÁN
A.			
B.			
C.			

13. TUTO ČÁST VYPLŇTE POUZE, POKUD JSTE V TOMTO MĚSÍCÍ NEDOSTALI POTRAVINOVÝ PŘÍSPĚVEK/ZNÁMKY, NYNÍ O NĚ ŽÁDÁTE A POTŘEBUJETE JE DO PĚTI DNŮ.

	ANO	NE	POKUD ANO, UVEĎTE ČÁSTKU
Já (my) mám (e) peníze v hotovosti, na běžném nebo spořícím účtu	☐	☐	$ _____
Já (my) jsem (jsme) tento měsíc obdržel (i) peníze, hotovost, šeky (příjem)	☐	☐	$ _____
Já (my) očekávám(e) tento měsíc peníze, hotovost, šeky (příjem)	☐	☐	$ _____
Já (my) mám(e) měsíční výdaje na nájemné nebo hypotéku	☐	☐	$ _____
Já (my) mám(e) měsíční výdaje na inkaso (plyn, topný olej, elektřina)	☐	☐	$ _____
Náš příjem (šeky, hotovost, peníze) nedávno skončil	☐	☐	Pokud ano, kdy? _____
Jsem (jsme) migrant (i) nebo sezónní zemědělský pracovník (pracovníci)	☐	☐	
Jsem (jsme) bezdomovec (bezdomovci)	☐	☐	

14. Zaškrtněte cokoliv z následujícího, pokud se vztahuje na kohokoliv ve vaší domácnosti

☐ Těhotenství (datum porodu)_____
Jméno těhotné členky domácnosti :
_____

☐ Nemá peníze/ peníze na potraviny
☐ Zdravotní náhlá nouze
☐ Oznámení o odpojení elektřiny/plynu
☐ Oběť násilí v rodině

☐ Nemá kde bydlet
☐ Nemá vytápění
☐ Vypovězení z bytu

15. Pro kolik lidí ve vaší domácnosti kupujete a připravujete stravu?
_____

FOR OFFICE USE ONLY - EXPEDITED SERVICE SCREEN (POUZE PRO INTERNÍ POTŘEBU – ZRYCHLENÉ SLUŽB)

16. Household eligible for expedited service ☐ **YES** ☐ **NO**

EXPEDITED SERVICE SCREENER'S SIGNATURE	DATE

PŘEZKOUMÁNÍ NÁROKU

VŠEOBECNÉ INFORMACE (Pokračování)

17. Stav nyní: ☐ Svobodný(á) ☐ Ženatý/Vdaná ☐ Rozvedený (á) ☐ Odloučený (á) ☐ Vdovec/Vdova

ANO NE

18. Je člen domácnosti dočasně nepřítomen? ..... ☐ ☐

Kdo? _____ Kde? _____

19. Bydlím (e): ☐ Vlastní bydliště ☐ Bydliště rodiny ☐ Zařízení sdružené péče ☐ Skupinový domov
☐ Zařízení léčebné péče pro dospělé ☐ Jiné _____

20. Pokud se někdo přistěhoval do vaší domácnosti po datu posledního přezkoumání, odpovězte o této osobě na otázky A až F.

Jméno: _____ Datum přistěhování: _____

A. Plánují žít ve státě Washington ..... ☐ ☐

B. Požádali o podporu nebo ji dostávají ve státě Washington nebo jinde ..... ☐ ☐

Pokud ano, kde: _____ Datum: _____

C. Pro rodinu, která nyní žádá o podporu a rodiče žijí spolu (jako manželé nebo druh a družka), uveďte toho z rodičů, kdo v minulých 24 měsících vydělal více peněz.

Jméno rodiče: _____

D. Jsou veteráni ozbrojených služeb, nebo druh/družka či závislá osoba veterána ..... ☐ ☐

E. Dostávají potraviny z programu Distribuce potravin Indiánům ..... ☐ ☐

F. Jsou sponzorovaní cizinci ..... ☐ ☐

Pokud ANO, jména a adresa sponzora: _____

21. Jsem (jsme) v penzionu (platím(e) někomu za poskytování jídla) ..... ☐ ☐

22. Očekávám (e) změnu v mojí (naší) situaci během příštích dvou měsíců ..... ☐ ☐

Pokud ANO, prosím popište: _____

ZDRAVOTNÍ INFORMACE

ANO NE

23. A. Mám (e) nezaplacené účty za zdravotní péči ..... ☐ ☐

B. Potřebuji (potřebujeme) pomoc se zaplacením zdravotních výdajů za poslední 3 měsíce ..... ☐ ☐

C. Jsem (jsme) v léčebném ústavu, nebo jsem (jsme) jej nedávno opustil(i) nebo mám(e) v plánu do něj nastoupit (např. nemocnice, ústav pro dlouhodobě nemocné atd.) ..... ☐ ☐

Pokud ANO, který ústav (ústavy) _____

(1) Datum nástupu	(2) Datum propuštění	(3) Plánované datum nástupu

D. Jsem (jsme) kryti Medicare ..... ☐ ☐

E. Mám(e) k dispozici CHAMPUS (vojenské) pojištění ..... ☐ ☐

F. Mám(e) zdravotní pojištění ..... ☐ ☐

(Včetně jakéhokoliv pojištění, za které vy anebo někdo jiný platíte, např. privátní pojištění, pojištění dlouhodobé péče, skupinové pojištění prostřednictvím zaměstnavatele nebo odborů atd.)

G. Měli(i) jsem (jsme) zdravotní pojištění v zaměstnání v průběhu posledních 3 let ..... ☐ ☐

H. Odmítl(i) jsem (jsme) zdravotní pojištění v zaměstnání z důvodu vysoké ceny ..... ☐ ☐

I. Utrpěl(i) jsem (jsme) úraz, který vyžaduje lékařské ošetření ..... ☐ ☐

PŘEZKOUMÁNÍ NÁROKU

ZDROJE

24. A. Vlastním(e) nebo se podílím(e) na jednom či více z následujícího (zaškrtněte ANO nebo NE u každé položky):

ZDROJE	ANO	NE	CELKEM/ HODNOTA	KOLIK	KDE
Hotovost	☐	☐	$		
Běžný účet	☐	☐	$		
Spořící účet/vkladový certifikát	☐	☐	$		
Kreditní unie (Credit union)	☐	☐	$		
Penzijní fondy IRA, KEOGH atd.	☐	☐	$		
Peníze v držení třetích osob	☐	☐	$		
Akcie/dluhopisy/investiční fondy	☐	☐	$		
Svěřenecký nebo důchodový účet	☐	☐	$		
Životní pojistka	☐	☐	$		
Předplacený pohřeb (nikoli životní pojištění)	☐	☐	$		
Peníze na pohřeb	☐	☐	$		
Hřbitovní místo	☐	☐	$		
Smlouva o prodeji	☐	☐	$		
Nemovitost, kde bydlíte	☐	☐	$		
Nemovitost, kde nebydlíte	☐	☐	$		
Vybavení pro podnikání (stroje a nástroje)	☐	☐	$		
Dobytek (koně, krávy, ovce)	☐	☐	$		
Dřevo/sklizeň	☐	☐	$		
Jiné	☐	☐	$		

B. Mám(e) nebo se chystám(e) koupit auto nebo jiný dopravní prostředek (nákladní auto, člun, přívěs, obytný automobil, sněžný skútr, motocykl apod.) ..... ANO ☐ NE ☐

PŘEDMĚT	ROK	MODEL	HODNOTA
			$
			$
			$
			$

	ANO	NE
C. Používám(e) vozidlo pro zdravotní účely	☐	☐
D. Používám(e) vozidlo za účelem zaměstnání	☐	☐
E. Prodal(i), vyměnil (i) nebo daroval(i) jsem (jsme) zdroj uvedený v A a B v průběhu minulých 2 1/2 roku	☐	☐

Pokud ANO, vysvětlete:

Který předmět? _____ Komu? _____

ZAMĚSTNÁNÍ

	ANO	NE
25. A. Pracuji (-jeme) nebo jsem pracoval (jsme pracovali) od doby posledního přezkoumání (včetně samostatné výdělečné činnosti)	☐	☐
Pokud ANO, posílal(i) jste pravidelné zprávy o výdělku vašemu finančnímu referentovi?	☐	☐

UVEĎTE ZAMĚSTNÁNÍ ČLENŮ DOMÁCNOSTI

OSOBA	ZAMĚSTNAVATEL	ODPRACOVANÉ HODINY ZA MĚSÍC	POSLEDNÍ ODPRACOVANÝ DEN
1.			
2.			

	ANO	NE
B. Jsem (jsme) schopen (schopni) pracovat (dospělí)	☐	☐

POKUD NESCHOPNI PRACOVAT, UVEĎTE KDO A PROČ

OSOBA	DŮVOD
1.	
2.	

PŘEZKOUMÁNÍ NÁROKU

ZAMĚSTNÁNÍ (POKRAČOVÁNÍ)

ANO NE

C. V posledních 60ti dnech jsem (jsme) opustil(i) zaměstnání ..... ☐ ☐

Pokud ano, jméno osoby: _____ Zaměstnavatel: _____

Důvod: ☐ Propuštěn dočasně ☐ Propuštěn trvale ☐ Odmítl práci ☐ Dočasné neplacené volno ☐ Zranění
☐ Odešel ze zaměstnaní ☐ Ve stávce ☐ Odmítl školení ☐ Nemoc

PŘÍJEM

26. **Dostávám(e) nebo jsem (jsme) požádal(i)** o peníze z následujících zdrojů (zaškrtněte ANO nebo NE pro každou položku):

PŘÍJEM	ANO	NE	OSOBA S PŘÍJMEM	ČÁSTKA	OSOBA S PŘÍJMEM	ČÁSTKA
Výdělek (mzda, plat)/provize	☐	☐		$		$
Státní podpora	☐	☐		$		$
Podpora v nezaměstnanosti	☐	☐		$		$
Sociální podpora (SSA)	☐	☐		$		$
Doplňková sociální podpora (SSI)	☐	☐		$		$
Příspěvky pro železničáře	☐	☐		$		$
Důchod/penze	☐	☐		$		$
Výživné na děti/manžele	☐	☐		$		$
Výplata pojistek	☐	☐		$		$
Svěřenecký nebo důchodový účet	☐	☐		$		$
Příjem od spolubydlících/nájemníků/podnájemníků	☐	☐		$		$
Peníze od příbuzných a přátel	☐	☐		$		$
Příspěvky veteránům	☐	☐		$		$
Pracovní a průmyslové	☐	☐		$		$
Vojenský příděl	☐	☐		$		$
Vrácená daň z příjmu	☐	☐		$		$
Granty a půjčky na vzdělávání	☐	☐		$		$
Výhry v hotovosti (bingo, loterie apod.)	☐	☐		$		$
Jiné půjčky	☐	☐		$		$
Jiný příjem	☐	☐		$		$

VÝDAJE

27. A. Mám(e) výdaje za bydlení (pokud ANO, uveďte částku níže): ☐ ANO ☐ NE

1. Nájemné ..... $ _____ Daň z nemovitosti ..... $ _____
   Hypotéka ..... $ _____ Výpočet daně ..... $ _____
   Pronájem místa ..... $ _____ Pojištění domácnosti ..... $ _____

ANO NE

2. Někdo jiný platí část nebo veškeré moje (naše) výdaje za bydlení a inkaso ..... ☐ ☐
3. Musím(e) platit následující: Topení/ klimatizaci ..... ☐ ☐
   Jiné inkaso ..... ☐ ☐

Elektřina: $ _____ Telefon: $ _____ Odvoz odpadků: $ _____ Jiné: $ _____
Topné palivo: $ _____ Kanalizace: $ _____ Voda: $ _____
(olej, plyn, dřevo atp.)

B. Máme výdaje za péči o závislou osobu nebo o dítě: ☐ ANO ☐ NE Pokud ANO, částka: $_____

C. Platím(e) soudně vyměřené výživné na dítě: ☐ ANO ☐ NE Pokud ANO, částka: $_____

PŘED PODEPSÁNÍM PEČLIVĚ PŘEČTĚTE

ROZUMÍM (E) NÁSLEDUJÍCÍCÍM SKUTEČNOSTEM:

- Musím(e) Oddělení sociálních a zdravotních služeb (DSHS – Community Services Office) písemně oznámit jakékoli změny týkající se mé (naší) situace. Opožděné oznámení může mít za následek nesprávný výpočet podpory.
- Musím(e) prokázat nárok na podporu. DSHS mi (nám) může poskytnout pomoc při získání dokladů nebo při kontaktování jiných osob nebo agentur.
- **Informace, které zde uvádím(e), podléhají ověření zaměstnanci státního nebo federálního úřadu, aby mohlo být rozhodnuto o mém (našem) nároku na podporu a její výši.** Je možný i neohlášený kontakt Úřadem pro zvláštní šetření (Office of Special Investigation).
- **Státní a federální agentury budou užívat moje (naše) číslo(a) sociálního zabezpečení (Social Security Number) ke zjištění totožnosti členů domácnosti, k zabránění možné duplicity účastníků programu podpory a k elektronické výměně informací s jinými agenturami (např. Social Security Administration, Internal Revenue Service, zaměstnavatelé a banky) za účelem ověření nároku na podporu.**
- Osoby ve věku 16 – 60 let, které žádají a dostávají podporu od programu Aid to Families with Dependent Children –AFDC mohou být povinny nastoupit do zaměstnání nebo se účastnit školení.
- Žádostí o finanční podporu a jejím získáním postupuji (postupujeme) státu Washington veškerá práva na jakoukoli podporu, včetně výživného na děti a zdravotní podpory.
- Žádostí o zdravotní příspěvek a jeho získáním, postupuji (postupujeme) státu Washington veškerá svá (naše) práva na zdravotní podporu, včetně veškerých plateb za zdravotní péči poskytnutou třetími stranami v době pobírání zdravotního příspěvku
- V případě, že je mi (nám) 55 let a více, Oddělení může žádat o zaplacení výdajů na dlouhodobou lékařskou péči z mého (našeho) dědictví. Dlouhodobá lékařská péče zahrnuje COPES, Medicaid Personal Care, služby ústavu pro dlouhodobě nemocné a související výdaje na nemocniční péči a předepsané léky.
- Pokud zneužiji (zneužijeme) zdravotní podpory, můžeme být omezeni na používání pouze jednoho lékaře a lékárny.

UPOZORNĚNÍ NA POKUTU PŘI ZNEUŽITÍ POTRAVINOVÝCH ZNÁMEK

Pokud použijete nebo získáte potravinové známky k obchodování se zbraněmi, municí, nebo výbušninami, první přestupek může mít za následek trvalé vyloučení z programu potravinových známek. Pokud použijete nebo získáte potravinové známky k obchodování s regulovanými látkami, za první přestupek můžete být z programu vyloučen(i) na dobu 12ti měsíců a další přestupek může mít za následek trvalé vyloučení. Úmyslné porušení jiných pravidel Programu potravinových známek může mít za následek vyloučení na šest měsíců za první porušení, na 12 měsíců za druhé porušení a trvalé vyloučení za třetí porušení. Dále soud může nařídit vaše vyloučení z programu na dalších 18 měsíců.

NENÍ DOVOLENO:

- Podávat falešné informace nebo informace skrývat.
- Obchodovat s potravinovými známkami a identifikačními kartami nebo je prodávat.
- Pozměňovat identifikační karty za účelem získání většího množství potravinových známek, než na které máte
- Používat potravinové známky k nákupu neoprávněného zboží jako je alkohol a tabák; nebo
- Používat pro svou domácnost potravinové známky a identifikační karty, které patří někomu jinému.

Pokud vědomě a úmyslně porušíte pravidlo, můžete být obžalován(i) a může vám být uložena pokuta do výše $250 000, nebo trest odnětí svobody do délky dvaceti let, nebo obojí. Můžete být rovněž obžalován(i) podle dalších federálních zákonů.

POKUTA U VŠEOBECNÉ PODPORY

Pokud vás soud shledá vinným(i) protiprávním pobíráním Všeobecné podpory, bude vám zakázáno pobírat hotovostní příspěvek a zdravotní podporu po dobu stanovenou soudem.

PROHLÁŠENÍ A PODPIS

Přečetl(i) jsem (jsme) (nebo mi/ nám bylo vysvětleno) a rozumím(e) informacím v tomto formuláři. Pod trestem za křivou výpověď prohlašuji (prohlašujeme), že informace mnou (námi) poskytnuté v tomto formuláři jsou podle mého (našeho) nejlepšího vědomí pravdivé, přesné a úplné. Jsem (jsme) si vědomi(i) možnosti obžalování z trestného činu v případě, že neoprávněně obdržím(e) hotovost, potravinové známky nebo zdravotní podporu z důvodu úmyslného nepravdivého prohlášení nebo úmyslného opomenutí oznámit skutečnost, kterou jsem (jsme) byl(i) povinni oznámit.

Žádost o potravinové známky podepisuje jen jeden žadatel.

Pokud společně žádáte o peníze nebo zdravotní podporu, všichni dospělí členové domácnosti musí podepsat.

PODPIS ŽADATELE	DATUM	PODPIS DOSPĚLÉHO ČLENA DOMÁCNOSTI	DATUM
PODPIS SVĚDKA, POKUD PODPIS ŽADATELE JE JEN "X"	DATUM	PODPIS SVĚDKA, POKUD PODPIS DRUHA/ DRUŽKY JE JEN "X"	DATUM
PODPIS OSOBY, KTERÁ POMOHLA S VYPLNĚNÍM	DATUM	PODPIS OSOBY, KTERÁ POMOHLA S VYPLNĚNÍM	DATUM