

طلب وإرشادات لبرامج الرعاية لغير المؤمن عليهم

الأدوية (ADAP)

ADAP Plus (الرعاية الأولية)

برنامج الرعاية المنزلية

برنامج استمرار التأمين (ADAP Plus (APIC)

برنامج المساعدة الوقائية قبل التعرض (PreP-AP)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

معهد الإيدز

برنامج الرعاية لغير المؤمن عليهم

Empire Station, P.O. Box 2052

Albany, NY 12220

1-844-682-4058 أو 1-800-542-2437

معلومات عامة

يُقدّم معهد الإيدز التابع لوزارة الصحة في ولاية نيويورك خمسة برامج لتوفير الوصول إلى الرعاية الصحية (ADAP)، والرعاية الأولية، والرعاية المنزلية، و APIC، و PreP-AP) للمقيمين في ولاية نيويورك الذين ليس لديهم تأمين أو لا يشملهم التأمين الصحي بشكل كامل. تستخدم البرامج نفس نموذج الطلب وعملية التسجيل، وهناك نماذج إضافية مطلوبة للرعاية المنزلية و APIC.

ADAP تدفع ثمن الأدوية لعلاج فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز وأنواع العدوى الانتهازية الأخرى. يُمكن لـ ADAP مساعدة الأشخاص الذين ليس لديهم تأمين أو تأمين جزئي أو إنفاق قليل/فائض من Medicaid أو برنامج Medicare الجزء د.

ADAP Plus (الرعاية الأولية) تدفع لخدمات الرعاية الأولية للمرضى الخارجيين من خلال العيادات والمستشفيات ومقدمي المعامل الطبية والممارسين الخاصين المشاركين.

بيان السرية لبرامج الرعاية لغير المؤمن عليهم

بموجب قانون ولاية نيويورك، يتم الاحتفاظ بالمعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية المُقدمة إلى برامج الرعاية لغير المؤمن عليهم بسرية تامة. قد يتم تقديم هذه المعلومات (أي أنك مشارك) إلى تلك الأطراف اللازمة للإدارة السليمة للبرامج. هؤلاء هم الأفراد والمؤسسات الذين تحتاج البرامج إلى مناقشة طلبك و/أو مشاركتك معهم من أجل تحديد الأهلية، أو الدفع مقابل الخدمات أو الأدوية التي تغطيها البرامج، أو تقديم حساب مناسب للأموال التي تم إنفاقها. يُدرك موظفو البرنامج حاجة المشارك إلى السرية والخصوصية، وسوف يناقشون المعلومات الشخصية الضرورية فقط لإدارة البرامج. لتزويدك بفهم أكبر لمسألة السرية وشروط المشاركة في البرامج، يتم توفير الأمثلة التالية:

• **لن تتصل** البرامج بصاحب العمل أو المالك أو العائلة أو الأصدقاء أو الجيران أو أي شخص آخر دون موافقة مباشرة منك؛ سواء كانت مرتبطة مباشرة بطلبك أو مشاركتك في البرامج.

• قد تتصل البرامج بطبيبك أو مُقدم الرعاية الصحية للحصول على مزيد من المعلومات أو توضيح المعلومات المطلوبة في نموذج الأهلية الطبية.

• ستتحقق البرامج للصيدلية أو لمُقدم الرعاية الصحية من أنك مُسجّل وتدفع مقابل الخدمات أو الأدوية المغطاة عندما يتم عرض بطاقة البرنامج، مع اسمك ورقم هويتك، للصيدلية أو مُقدم الرعاية الصحية.

يدفع برنامج الرعاية المنزلية تكاليف خدمات الرعاية المنزلية للأفراد المعتمدين طبيًا بشكل مُزمن بناءً على أوامر الطبيب. يغطي البرنامج الخدمات من خلال وكالات الرعاية الصحية المنزلية المُدرجة.

استمرار التأمين **ADAP Plus (APIC)** يدفع ثمن أقساط التأمين الصحي الفعالة من حيث التكلفة للمشاركين المؤهلين.

برنامج المساعدة الوقائية قبل التعرض (**PreP-AP**) يدفع مقابل خدمات العيادات الخارجية للمشاركين المؤهلين للحصول على الرعاية والمراقبة اللازمة لاستخدام PreP بنجاح للوقاية من عدوى فيروس نقص المناعي البشرية.

• ستناقش البرامج طلب الأفراد الموجودين في السجن مع الموظفين المُصرح لهم بالإفراج المشروط أو الإصلاحات حسب الحاجة للتسجيل في البرامج.

يُمكنك إخبار البرامج كتابيًا بشخص تريد للبرامج أن تتصل به إذا لم يتمكن موظفو البرنامج من الاتصال بك للحصول على معلومات (أي الأخصائي الاجتماعي الذي يساعدك في التقدم بطلب للحصول على البرنامج أو صديق موثوق به أو أحد أفراد الأسرة).

تُعتبر برامج الرعاية لغير المؤمن عليهم هي دافع الملاذ الأخير، وستتصل بشركة التأمين الصحي الخاصة بك أو بدافع آخر يقوم بسداد تعويض ADAP عن الأدوية المُقدمة لك بموجب البرامج. يُعد ذلك ضروريًا لـ ADAP لاسترداد الأموال التي تُستخدم لتوسيع البرامج لتشمل الأدوية/الخدمات الجديدة والمزيد من الأشخاص.

تبدأ هذه الشروط من تاريخ تقديمك لطلبك حتى فصلك من البرامج، بما في ذلك الوقت اللازم لإكمال أي إجراءات سداد لطرف ثالث مقابل الأدوية أو الخدمات التي تقدمها البرامج. يُمكنك إنهاء تسجيلك في البرامج كتابةً في أي وقت.

يُمكن العثور على نسخة من بيان خصوصية البرامج على الموقع الآتي:
<https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

إذا كان لديك أسئلة، يُرجى الاتصال على **1-800-542-2437** أو **1-844-682-4058**.

يتم الاحتفاظ بجميع المعلومات المُقدمة إلى البرامج في سرية تامة.

Medicare

حدد ما إذا كان لديك برنامج Medicare وإذا كان الأمر كذلك، فما هو النوع (الأنواع) C، B، A أو D.

التأمين الصحي

تأكد من الإجابة على جميع الأسئلة المتعلقة بالتأمين الصحي. إذا كنت تواجه مشكلة في سداد أقساط التأمين الصحي، فاتصل على **1-008-245-7342** أو **1-844-682-4058** أو أكمل طلب APIC (رقم النموذج DOH-2794c) والذي يمكن العثور عليه بزيارة الموقع الاتي <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

ج. دخل مُقدم الطلب وأفراد الأسرة**ترتيبات المعيشة:**

حدد المربع الذي يصف ترتيب معيشتك.

أفراد الأسرة

اذكر كل أفراد الأسرة أدناه. يُعتبر أي شخص مسؤول قانونيًا تجاهك أو عنك فردًا من أفراد الأسرة. يشمل ذلك الزوج وأي أطفال دون سن 21 عامًا أو أحد الوالدين والأشقاء إذا كان عُمرك أقل من 21 عامًا.

الأهلية المالية

تعتمد الأهلية المالية على 500% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL). تختلف FPL بناءً على حجم الأسرة ويتم تحديثها سنويًا. يتم احتساب الأهلية المالية على إجمالي الدخل المُنح للأسرة باستثناء Medicare والضمان الاجتماعي المققطع وتكلفة تغطية الرعاية الصحية التي يدفعها مُقدم الطلب.

مصدر الدخل

ضع قائمة بجميع مصادر الدخل لك ولجميع أفراد أسرتك. هذا الدخل مُخصص فقط لأفراد الأسرة الذين تربطك بهم علاقة مسؤولة قانونيًا (على سبيل المثال، الزوج أو الطفل، ولكن ليس العم أو ابن العم أو رفيق السكن). لكل مصدر، حدد المبلغ الإجمالي (قبل الضرائب)، وعدد مرات تلقي الدخل، وما إذا كان دخلك أو دخل أحد أفراد الأسرة. إذا كان أي فرد من أفراد الأسرة ليس لديه دخل، فيرجى توضيح ذلك في قسم الدخل. مطلوب إثبات الدخل. تقديم وثائق الدخل كاملة لكل مصدر من مصادر الدخل المُدرجة. تشمل أنواع مصادر الدخل: الراتب/الأجور (FT) أو (PT)، العمل الحر، البطالة، تعويض العمال، المساعدة العامة، SSI (دخل الضمان الإضافي)، SSD (إعاقة الضمان الاجتماعي)، تقاعد الضمان الاجتماعي، المعاش التقاعدي، مزايا المحاربين القدامى، النفقة/ دعم الطفل، الفوائد/توزيعات الأرباح/العائدات، تأجير الممتلكات، أخرى (حدد)، لا دخل وتعيش على المدخرات.

للعاملين بأجر

يجب توثيق الدخل بنسخ من كعوب الراتب للأيام الثلاثين الماضية. يجب أن يُظهر كعب الراتب أرباح العام حتى تاريخه، وساعات العمل، وجميع الخصومات والتواريخ التي يغطيها كعب الراتب. إذا لم تتمكن من الحصول على كعب الراتب، فأرسل إلينا خطابًا من صاحب العمل يوضح راتبك السنوي الإجمالي ونسخة من أحدث إقرار ضريبي على الدخل. (لا يلزم توجيه الرسالة إلى البرامج. يكفي خطاب موجه إلى "من يهيم الأمر").

الأهلية على أساس الحاجة المالية والطبية. إلى جانب تقديم الطلب الكامل، يلزم توثيق الإقامة والدخل. يجب تقديم طلب طبي مُنفصل من قبل طبيبك.

عندما تتم الموافقة عليك، ستحصل على بطاقة الأهلية وإرشادات حول كيفية استخدامها. يجب عليك تقديم هذه البطاقة والوصفة الطبية في الصيدلية المشاركة لتلقي الأدوية المُغطاة مجانًا. أظهر بطاقتك لمُقدمي الرعاية الصحية المشاركين لتلقي الخدمات الطبية المُغطاة مجانًا. إذا كنت بحاجة إليها، فستتلقى خدمات الرعاية المنزلية من وكالة رعاية صحية منزلية مُسجلة مجانًا (30 ألف دولار كحد أقصى فائدة مدى الحياة).

أ. المعلومات الخاصة بمُقدم الطلب**الاسم**

اذكر اسمك الكامل ورقم الضمان الاجتماعي وتاريخ الميلاد. إذا كان هناك اسم آخر معروف لك، فضعه في المساحة المتوفرة وأخبرنا بالاسم الذي تريد طباعته على بطاقتك. يُرجى التأكد من أن الاسم الذي تريده على بطاقتك يطابق الاسم الذي يضعه طبيبك في وصفاتك الطبية.

العنوان

مطلوب إثبات الإقامة في ولاية نيويورك. يُمكن توثيق الإقامة بنسخة من واحد مما يلي (يظهر اسمك وعنوانك عليها). إذا كان لديك رقم صندوق بريدي حيث تتلقى بريدك، يجب عليك إدراج معلومات توثق عنوانك الفعلي لتوثيق الإقامة في ولاية نيويورك.

• كعوب راتب أو كشف حساب بنكي باسمك وعنوانك (خلال الـ 90 يومًا الماضية)

• إشعار القرار الحالي من Medicaid

• فاتورة الوقود/المرافق (خلال الـ 90 يومًا الماضية)

• فاتورة الهاتف (خلال الـ 90 يومًا الماضية)

• إيصال الإيجار (خلال الـ 90 يومًا الماضية)

إذا كنت تعيش مع شخص ما وليس لديك أي من هذه العناصر باسمك، فنحن بحاجة إلى إثبات إقامته ورسالة تفيد أنك تعيش معه.

الجنس/العرق/الإثنية/اللغة

يُرجى التحقق من الجنس والعرق والإثنية واللغة المُفضلة لديك.

ب. تغطية الرعاية الصحية

يُمكن أن تساعد البرامج الأشخاص الذين لديهم تغطية صحية أخرى ويواجهون صعوبة في سداد المبالغ المقطوعة أو المدفوعات المشتركة أو إنفاق Medicaid المُنخفض/الفائض أو التكاليف الأخرى من الجيب. يُرجى إرفاق نسخة من الصفحة الأمامية والخلفية لجميع بطاقات التغطية الصحية الأخرى.

Medicaid

حدد حالة Medicaid الخاصة بك أو ما إذا كنت قد تقدمت بطلب للحصول على Medicaid. إذا كان لديك إنفاق مُنخفض/فائض في Medicaid، فاكتمل المبلغ في المساحة المتوفرة.

هـ. بيان الشهادة والتوقيع

اقرأ بيان الشهادة بعناية ثم قم بالتوقيع وكتابة التاريخ على الطلب. لا يمكننا معالجة طلب غير موقع. قم بعمل نسخة من الطلب وجميع الوثائق لسجلاتك.

مشاكل أو أسئلة

إذا كانت لديك مشاكل في تقديم الطلب أو كانت لديك أسئلة حول برامج الرعاية لغير المؤمن عليهم أو أي مستندات مطلوبة، يُرجى الاتصال على الرقم المجاني: **1-800-542-2437** أو **1-844-682-4058** أو راجع مستند "الأسئلة الشائعة" الموجود على الموقع الآتي. <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

الأفراد العاملين لحسابهم الخاص/دخل الإيجار

قم بتقديم أحدث إقرار ضريبي على الدخل وبيان الدخل السنوي الحالي المتوقع.

كل مصادر الدخل الأخرى:

يجب إرسال نسخ من خطابات أو شيكات أو شيكات خاصة بإعاقه الضمان الاجتماعي/دخل الضمان التكميلي، وشيكات البطالة، وشيكات المعاشات التقاعدية، إلخ، كدليل على أنواع الدخل الأخرى.

لا دخل

إذا لم يكن لديك دخل وتم دعمك من قبل صديق أو أحد أفراد الأسرة، فقدم خطابًا من ذلك الصديق أو أحد أفراد الأسرة يوضح كيف يدعمونك ماليًا.

العيش على المدخرات

أرسل نسخة من كشف حساب التوفير الخاص بك.

د. جهة (جهات) اتصال بديلة

لكي يتحدث موظفو البرنامج إلى شخص ما حول طلبك، يجب عليك إدراجهم هنا. يُرجى قراءة بيان السرية الذي يصف من قد نتصل به بخصوص طلبك والتسجيل الخاص بك.

طلب الحصول على برامج الرعاية لغير المؤمن عليهم

1-844-682-4058 أو 1-800-542-2437

يُستخدم هذا الطلب لتحديد الأهلية لبرنامج مساعدة أدوية الإيدز (ADAP)، و ADAP Plus (الرعاية الأولية)، والرعاية المنزلية لفيروس نقص المناعة البشرية، واستمرار تأمين ADAP Plus (APIC) وبرنامج المساعدة الوقائية قبل التعرض (PrEP-AP). هناك حاجة إلى إجراءات ورقية إضافية لاستمرار تأمين الرعاية المنزلية وتأمين ADAP Plus. إذا كانت لديك أي أسئلة حول البرامج أو إكمال هذا الطلب، فاتصل بالخط الساخن السري الخاص بنا على 1-844-682-4058 أو 1-008-245-7342.

يُرجى إكمال هذا الطلب بالكامل وطباعته بوضوح.

أ. المعلومات الخاصة بمقدم الطلب

الاسم الأخير _____ الاسم الأول _____ M.I. _____

أسماء أخرى مستعملة _____

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) _____ رقم الضمان الاجتماعي _____

العنوان مطلوب إثبات محل الإقامة.

الشارع _____ الشقة رقم _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

هل يُمكن إرسال معلومات البرنامج إلى العنوان المذكور؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بلا، فقم بإرفاق تفسير بعنوان بديل.

الهاتف

الهاتف الأساسي (_____) _____ الهاتف الثانوي (_____) _____

هل يُمكننا ترك رسالة؟ نعم لاالجنس حدد كل ما ينطبق: امرأة رجل مُتحوّل جنسيًا الجنس غير ثنائيالعرق أبيض أمريكي أسمر البشرة/أمريكي من أصل إفريقي أمريكي أصلي/سكان الأسكا الأصليينآسيوي: آسيوي هندي صيني فلبيني ياباني كوري فيتنامي آسيوي آخرمن السكان الأصليين لجزر هاواي/إحدى جزر المحيط الهادئ: من السكان الأصليين لجزر هاواي Chamorro أو Guamanian ساموا جزر المحيط الهادئ الأخرى أكثر من عرق واحد آخرالأصل الإثني: غير هسبانيهسباني/لاتيني: مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو بورتوريكو كوبي أصل هسباني/لاتيني آخر أو أصل إسبانياللغة المُفضلة الإنجليزية الإسبانية أخرىهل تحتاج إلى خدمات مساعدة لغوية؟ نعم لاالحالة الاجتماعية أعزب متزوج يعيش مع الزوج(ة) متزوج يعيش بعيدًا عن الزوج(ة)

ب. تغطية الرعاية الصحية

هل لديك تغطية رعاية صحية أخرى؟ (بوليصة خاصة، HMO، اتحاد، تقاعد، Medicare أو خطة صحية أخرى) نعم لاإذا كان برنامج Medicare، فما هو النوع (الأنواع)؟ A: العلاج في المستشفيات B: الرعاية الأولية C: خطة مزايا Medicare D: الأدوية التي تُصرفهل تدفع أقساط التأمين الصحي؟ نعم لا بوصفة طبية

إذا كان لديك تأمين صحي، أرسل نسخة من الصفحة الأمامية والخلفية لبطاقتك.

اتصل بالبرنامج على الرقم 1-800-542-2437 أو 1-844-682-4058 لمعرفة كيفية الحصول على مساعدة في سداد مدفوعات التأمين الصحي.

برنامج Medicaid

إذا كان لديك برنامج Medicaid مع إنفاق مُنخفض، فأدخل مبلغ الإنفاق _____ بالدولار الأمريكي

إذا تم حرمانك من برنامج Medicaid، فاذكر السبب _____

ج. دخل مُقدم الطلب وأفراد الأسرة مطلوب إثبات الدخل.

تعيش وحدك تعيش مع آخرين ملجأ/ مشرد الإفراج من الإصلاحات
ضع قائمة مُنفصلة بجميع مصادر الدخل لمُقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة.

اسم فرد الأسرة *	تاريخ الميلاد	صلة القرابة الشخص نفسه
مصدر الدخل	المبلغ الإجمالي	ما هو المعدل؟ <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> مرتان أسبوعيًا
اسم فرد الأسرة *	تاريخ الميلاد	صلة القرابة
مصدر الدخل	المبلغ الإجمالي	ما هو المعدل؟ <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> مرتان أسبوعيًا
اسم فرد الأسرة *	تاريخ الميلاد	صلة القرابة
مصدر الدخل	المبلغ الإجمالي	ما هو المعدل؟ <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> مرتان أسبوعيًا
اسم فرد الأسرة *	تاريخ الميلاد	صلة القرابة
مصدر الدخل	المبلغ الإجمالي	ما هو المعدل؟ <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> مرتان أسبوعيًا

* إذا كنت تريد منا التحدث مع أي فرد من أفراد الأسرة المُدرجين في القائمة، أضف اسمه كجهة اتصال بديلة ضمن القسم د.

د. جهة (جهات) اتصال بديلة

من خلال التوقيع على هذا الطلب، أفوض برامج الرعاية غير المؤمن عليهم للتحدث مع الشخص (الأشخاص) التاليين حول طلبي (أي الأخصائي الاجتماعي، مدير الحالة، أحد أفراد الأسرة):

الاسم	المنظمة	صلة القرابة	الهاتف
			()
			()
			()

هـ. بيان الشهادة والتوقيع

أشهد أن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة وأني مُقيم في ولاية نيويورك. أدخل التالي: يتم تقديم هذه المعلومات فيما يتعلق باستلام الأموال الفيدرالية من قبل ولاية نيويورك. سيتحقق مسؤولو البرنامج من المعلومات الواردة في هذا النموذج. يجوز لمسؤولي البرنامج التحقق دوريًا من حالة Medicaid الخاصة بي وفاتورة Medicaid حسب الضرورة.

إذا قمت عمدًا بتحريف المعلومات الواردة في هذا الطلب، فقد يُطلب مني سداد المزايا المقدمة لي وقد تتم مقاضاتي بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها.

أتقدم بطلب للحصول على المزايا بموجب برامج الرعاية لغير المؤمن عليه وأوافق على استخدام معلوماتي والإفصاح عنها عند الضرورة لأغراض علاجي ودفع خدمات الرعاية الصحية ودفع أقساط التأمين الصحي وعمليات الرعاية الصحية للبرنامج.

التاريخ

توقيع مُقدم الطلب (أو الوصي القانوني إذا كان مُقدم الطلب قاصرًا)

احتفظ بنسخة من هذا النموذج في سجلاتك وأرسل النموذج الأصلي وجميع الوثائق بالبريد إلى:

UNINSURED CARE PROGRAMS, EMPIRE STATION, P.O. BOX 2052 ALBANY, NY 12220-0052