ولاية نيويورك و Medicare يعملان معاً EPIC

ما المقصود ببرنامج تغطية التأمين الدوائي لكبار السن (EPIC)؟

إن برنامج تغطية التأمين الدوائي لكبار السن عبارة عن برنامج ترعاه ولاية نيويورك، حيث يوفر لكبار السن إعانة الدفع المشترك (co-pay) للجزء (د) من برنامج Medicare الذي يغطي أدوية الوصفات الطبية عندما أثناء تواجد الأعضاء في "فجوة تغطية التأمين" (عند بلوغ خطة التأمين الدوائي حدها الأقصى تتوقف التغطية). ويغطي برنامج EPIC أيضًا الجزء (د) من برنامج Medicare باستثناء الأدوية التي تم شراؤها أثناء "فجوة تغطية التأمين". وتتراوح المدفوعات المشتركة في برنامج EPIC ما بين 3-20 دولار أمريكي وفقاً لتكلفة الدواء.

البرنامج مجاني – ليس هناك رسوم أو مبالغ يدفعها المؤمن عليه من جيبه (deductibles). ويقوم برنامج EPIC بتسديد أقساط الجزء (د) من خطة برنامج Medicare بمبلغ يصل إلى حدود قيمة مبلغ الخطة الأساسية للأعضاء الذين يصل دخلهم السنوي إلى 23000 دولار أمريكي للشخص الأعزب و29000 دولار أمريكي للمتزوج. أما بالنسبة للأشخاص ذوي الدخول التي تتجاوز ذلك، فيتعين عليهم تسديد أقساط الجزء (د) من برنامج الرعاية الصحية.

مَن بإمكانه الاشتراك في البرنامج؟

- سكان ولاية نيويورك من أصحاب الـ 65 عامًا أو ما فوق والذين يصل دخلهم السنوي إلى 35000 دولار أمريكي في حالة الشخص الأعزب أو 50000 دولار أمريكي في حالة المتزوج، و
- كبار السن المؤهلون الذين يتمتعون بدخل وأصول أقل من الحد الأقصى المسموح به حسب Medicaid والذين لا يتمتعون بمنافع Medicaid الكاملة.

التسجيل في الجزء (د) من برنامج Medicare

يجوز للمتقدمين التقدم بطلبات للاشتراك في برنامج EPIC قبل تسجيلهم في خطة الجزء (د) من برنامج الرعاية الطبية Medicare، ولكن يتعين على جميع أعضاء برنامج EPIC الحصول على الجزء (د) من أجل التمتع بمنافع برنامج EPIC. نظرًا لأن برنامج EPIC يعد أحد برامج المساعدة الدوائية للحالة المؤهلة (SPAP)، فيستطيع الأعضاء الانضمام إلى خطة الجزء (د) خلال العام بمجرد التسجيل في برنامج EPIC أو تتاح لهم الفرصة لتبديل خطط الجزء (د) من الرعاية الطبية من برنامج Medicare مرة واحدة خلال العام.

كيفية التقدم بطلب؟

- املأ النموذج بالكامل ووقعه.
- إذا كنت متزوجًا، يمكنك أنت وزوجتك استخدام نفس النموذج.
- إذا كنت متزوجًا وتعيش مع زوجتك، فيتعين عليكما أن توقعا على النموذج.
- املأ خانة الدخل الإجمالي للسنة التقويمية السابقة.
- إذا كنت متزوجًا وتعيش أنت وزوجتك معًا، فاذكر دخل كل منكما الإجمالي حتى ولو كان مقدم الطلب شخصاً واحداً فقط.

لمزيد من المعلومات، اتصل بخط المساعدة المجاني على الرقم **1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138)**
قم بتنزيل طلب التقديم باللغة الإنجليزية أو الإسبانية من على الموقع التالي: **http://health.ny.gov** اضغط على برنامج EPIC لكبار السن
أو راسلنا على العنوان:

EPIC
P.O. Box 15018
Albany, New York 12212-5018

ولاية نيويورك و
Medicare يعملان معاً
EPIC

طلب التقديم

يرجى الكتابة بوضوح!

مَن يقدم الطلب؟ ☐ أنت **فقط** ☐ أنت **وزوجتك**

الاسم الأخير | الاسم الأول | الاسم الأوسط

لعناية/بواسطة الاسم (إذا كان مختلفًا عن الاسم المذكور أعلاه)

العنوان حيث تعيش (ليس صندوق البريد)

المدينة | الولاية | الرمز البريدي

العنوان حيث تستلم البريد (إذا كان مختلفًا عن المذكور أعلاه)

المدينة | الولاية | الرمز البريدي

رقم الضمان الاجتماعي

__ __ __ / __ __ / __ __ __ __

الجنس

☐ أنثي ☐ ذكر

تاريخ ميلادك

الشهر / اليوم / العام

_____ / _____ / _____

رقم هاتفك

رمز المنطقة الرقم

( )

الحالة الزوجية

☐ أرمل أو أعزب أو مطلق

☐ متزوج

☐ متزوج، يعيش بشكل منفصل

اسم الزوجة (إذا كانت تعيش معك)

الاسم الأخير | الاسم الأول | الاسم الأوسط

رقم الضمان الاجتماعي للزوجة

__ __ __ / __ __ / __ __ __ __

تاريخ ميلاد الزوجة

الشهر / اليوم / العام

_____ / _____ / _____

أدخل رقم مطالبة برنامج الرعاية الصحية Medicare (بطاقة حمراء وبيضاء وزرقاء) _____

أدخل رقم مطالبة برنامج الرعاية الصحية Medicare الخاص بزوجتك (بطاقة حمراء وبيضاء وزرقاء) _____

(يرجى ملء صفحة 2)

هل تحتاج إلى مساعدة؟ اتصل بالخط المجاني: 1-800-332-3742

اذكر دخلك الإجمالي للسنة التقويمية السابقة.

- **إذا كنت متزوجًا وتعيش أنت وزوجتك معًا، فعليك ذكر دخلكما الإجمالي حتى ولو كان مقدم الطلب شخصاً واحداً فقط. إذا كنت متزوجًا وتعيش بمفردك، فاذكر دخلك السنوي التابع لك فقط.**
- **قم بضرب المبلغ الشهري بـــ 12 للحصول على الدخل السنوي.**

	دخلك السنوي	دخل زوجتك السنوي
1. مخصصات الضمان الاجتماعي و/أو مخصصات تقاعد العاملين بالسكك الحديدية، (مطروحًا منها أقساط برنامج Medicare) المدفوعة لك بواسطة شيك أو الإيداع المباشر	$ _____	$ _____
2. دخل آخر: يشمل المعاشات التقاعدية، المرتبات السنوية، الفوائد، الأرباح، توزيعات حساب تقاعد الفرد (IRA)، المكاسب الرأسمالية، الأجور، دخل أو خسائر الأعمال، صافي دخل التأجير، إلخ.	$ _____	$ _____
3. **إجمالي الدخل السنوي** (أضف السطور 1 و2)	$ _____	$ _____

اقرأ بعناية ووقع أدناه:

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة، وأنني أقطن في ولاية نيويورك ولا أتلقى حاليًا منافع Medicaid كاملة. وأعلم أنني مطالب بتقديم دليل لإثبات عمري، ودخلي، ومكان إقامتي، وحالة الرعاية الطبية من برنامج Medicare والجزء (د) من خطة الدواء لبرنامج Medicare، إن وجدت. وإنني أعلم أيضًا أنني مطالب بالتسجيل في الجزء (د) من خطة الدواء لبرنامج Medicare من أجل التسجيل في برنامج EPIC. كما أدرك بأن عدم توفير المعلومات التعريفية اللازمة للتسجيل في خطة الجزء (د) من خطة الدواء لبرنامج Medicare، أو إعانة Medicare، إذا كنت مؤهلاً، قد ينتج عنه إنهاء تغطيتي في برنامج EPIC. وأوافق على تبادل جميع المعلومات اللازمة للتحقق من أهليتي وسط وفيما بين برنامج EPIC، وإدارة الضمان الاجتماعي، وبرنامج Medicare، وبرنامج الرعاية الطبية Medicaid بولاية نيويورك، ومصلحة الضرائب بولاية نيويورك، وخطط الجزء (د)، وأية كيانات أخرى ضرورية. في حالة المدفوعات الزائدة أو المكررة من قبل برنامج EPIC، فإنني أفوض برنامج EPIC في أي منافع أدوية قد تكون مخولة لي وفقًا للجزء (د) من الخطة أو أي خطة حكومية. كما إنني أسمح لمقدمي الرعاية الصحية بالإفراج عن أي معلومات طبية خاصة بي لبرنامج EPIC تتعلق بوصفات طبية و/أو تشخيص طبي وذلك من أجل استخدامها في الدفع أو التدقيق المالي أو العمليات ذات الصلة بالرعاية الصحية.

يجب أن توقع أنت وزوجتك أدناه (إذا كنتما متزوجان وتعيشان معًا):

_____ _____

توقيعك (التمثيل القانوني) التاريخ

_____ _____

توقيع زوجتك (التمثيل القانوني) التاريخ

تفويض (اختياري): إنني أوافق على أن يقوم برنامج EPIC بالكشف عن بياناتي إلى الأشخاص/أفراد الأسرة التاليين المرتبطين برعايتي الصحية كلما اقتضت الضرورة لمعالجة فوائد برنامج EPIC التابعة لي.

_____

يرجى كتابة الأسماء بشكلها الكامل

أرسل هذا النموذج المكتمل إلى:

EPIC
P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018

أو بالفاكس: (518) 452-3576

ولاية نيويورك و Medicare يعملان معاً EPIC

تحاط المعلومات المتضمنة في هذا الطلب بسرية تامة وتستخدم فقط لتحديد أهليتك لبرنامج EPIC.