



NEW YORK STATE | Department of Health

העלט אינשורענס

פאר עלטערע ערוואקסענע מענטשן מיט באגרעניצונגען און געוויסע אנדערע באפעלקערונגען

אפליקאציע

access
NY
health care

אפטיילונג A אפליקאנט'ס אינפארמאציע

מיר דארפן זיך קענען פארבינדן מיט די מענטשן וואס געבן זיך איין פאר העלט אינשורענס. די היים אדרעס איז וואו די מענטשן וואס געבן זיך איין פאר העלט אינשורענס וואוינען. די פאסט אדרעס, אויב אנדערש, איז וואו איר ווילט אז מיר זאלן שיקן העלט אינשורענס קארטלעך און מעלדונגען וועגן אייער קעיס. איר קענט אונז אויך זאגן אויב איר ווילט אז איינער אנדערש זאל באקומען אינפארמאציע וועגן אייער קעיס און/אדער קענען אדורכרעדן אייער קעיס.

אפטיילונג B פאמיליע אינפארמאציע

ביטע רעכנט אויס די אינפארמאציע פאר יעדער וואס וואוינט מיט אייך אפילו אויב זיי געבן זיך נישט איין פאר העלט אינשורענס. עס איז וויכטיג אז איר זאלט אויסרעכענען יעדער וואס וואוינט מיט אייך אז מיר זאלן קענען מאכן א ריכטיגע בארעכטיגקייט באשלוס. רעכנט אריין לעגאלע נאמען איידער'ן חתונה, אויב דאס איז נוגע פאר דעם מענטש. רעכנט אויך אריין סיטי, סטעיט און לאנד פון געבורט. אויב א מענטש איז געבוירן אינדריסן פון די פאראייניגטע שטאטן, שרייבט בלויז די לאנד פון געבורט.

- **איז די מענטש טראגעדיג?** אויב יא, ווען דארף דאס קינד געבוירן ווערן? די אינפארמאציע העלפט אונז באשטימען די גרויסקייט פון אייער פאמיליע. א טראגעדיגע מענטש ווערט גערעכנט אלס צוויי מענטשן.
- **פארבינדונג מיט דער מענטש אויף ליניע 1.** ערקלערט וויאזוי יעדע מענטש איז פארבינדן מיט דער מענטש אויף ליניע 1 (צום ביישפיל, מאן/ווייב, קינד, שטיף-קינד, געשוויסטער, אייניקל, א.ד.ג.)
- **פאבליק העלט דעקונג.** אויב איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך איז שוין איינגעשריבן אדער איז שוין געווען איינגעשריבן אין Medicaid, דער Family Planning Benefit Program (פאמיליע פלאנירן בענעפיט פראגראם), אדער סיי וועלכע אנדערע פארעם פון פאבליק היילף אזויווי דער Supplemental Nutrition Assistance Program (צוגעלייגטע נערונג געהילף פראגראם, SNAP), דארפן מיר וויסן וועלכע פראגראם. אויך, זאגט אונז די אידענטיפיקאציע נומער וואס איז אויף די ניו יארק סטעיט בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל.
- **סאושעל סעקיויריטי נומער.** א סאושעל סעקיויריטי נומער זאל ווערן צוגעשטעלט פאר אלע מענטשן וואס געבן זיך איין, אויב דער מענטש האט איינס. אויב דער מענטש האט נישט א סאושעל סעקיויריטי נומער, לאזט דער קעסטל ליידיג.
- **בירגערשאפט און אימיגראציע סטאטוס.** די אינפארמאציע איז נאר נויטיג פאר די מענטשן וואס געבן זיך איין פאר העלט אינשורענס. צו זיין בארעכטיגט פאר העלט אינשורענס, דארפן מענטשן פון 19 יאר אלט און עלטער זיין U.S. בירגער אדער זיין אין אמעריקע לעגאל. אויב מיר קענען נישט באשטעטיגען אייער U.S. בירגערשאפט און אידענטיפיקאציע עלעקטראניש דורך פעדעראלע דאטא באזעס, וועלן מיר דארפן זען דאקומענטאציע פון U.S. בירגערשאפט און אידענטיפיקאציע. ביטע פארבינדט זיך מיט אייער ארטיגע דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס אדער רופט 1-800-698-4543 צו הערן וואו איר קענט ברענגען די דאקומענטן. ביטע באמערקט אז אויב איר זענט אויף Medicare, אדער איר באקומט סאושעל סעקיויריטי דיסאביליטי אבער איר זענט נאכנישט בארעכטיגט פאר Medicare, איז נישט נויטיג צו דאקומענטירן בירגערשאפט אדער אידענטיפיקאציע.
- **ראסע/עטנישע גרופע.** די אינפארמאציע איז פרייוויליג און וועט אונז העלפן מאכן זיכער אז אלע מענטשן האבן צוטריט צו די פראגראמען. אויב איר פולט אויס די אינפארמאציע, נוצט די קאוד געוויזן אויפ'ן אפליקאציע וואס שילדערט דאס בעסטע יעדע מענטש'ס ראסע אדער עטנישע הינטערגרונד. איר מעגט אויסוועלן מער ווי איינס.

פריוואטקייט דערקלערונג אלע אינפארמאציע וואס איר שטעלט צו אויף דעם אפליקאציע וועט פארבלייבן פריוואט. די איינציגסטע מענטשן וועלכע וועלן זען די אינפארמאציע זענען די אסיסטארס און די סטעיט און לאקאלע אגענטורן און העלט פלענער וועלכע מוזן וויסן די אינפארמאציע כדי צו באשטימען אויב איר (דער אפליקאנט) און אייער הויזגעזינד מיטגלידער זענען בארעכטיגט. דער מענטש וואס העלפט אייך מיט אייער אפליקאציע טאר נישט אדורכרעדן אייער אפליקאציע מיט קיינעם, אויסער מיט א סופערווייזער פון א סטעיט אדער לאקאלע אגענטור אדער העלט פלענער וועלכע דארפן האבן די אינפארמאציע.

ציל פון די אפליקאציע פולט אויס די אפליקאציע אויב איר ווילט העלט אינשורענס צו דעקן מעדיצינישע אויסגאבן. דער אפליקאציע קען ווערן גענוצט זיך איינצוגעבן פאר Medicaid, דער Family Planning Benefit Program (פאמיליע פלאנירן בענעפיט פראגראם), אדער פאר היילף מיט'ן באצאלן אייער העלט אינשורענס פרימיום. איר קענט זיך איינגעבן פאר זיך און/אדער נאנטע פאמיליע מיטגלידער וואס וואוינען מיט אייך. אויב איר דארפט היילף מיטן אויספולן דעם אפליקאציע צוליב א באגרעניצונג, רופט אייער לאקאלע אפטיילונג פאר סאושעל סערוויסעס. זיי וועלן פרובירן אלץ וואס זיי קענען צוצושטעלן לאגישע איינארדענונגען צו אדרעסירן אייער געברויכן.

ביטע ליינט דורך די גאנצע אפליקאציע ביכל איידער איר הויבט אן אויספולן די אפליקאציע. די אפליקאציע, אינאיינעם מיט ביילאגע A, מוז ווערן גענצליך אויסגעפולט אויב איר זענט 65 יאר אלט אדער מער, סערטיפייד בלינד, סערטיפייד באגרעניצט אדער אין אן אינסטיטוציע, און/אדער אויב איר גיבט זיך איין פאר דעקונג פון נורסינג היים קעיר. ביילאגע A ענטהאלט פראגעס איבער אייערע היילפסמיטלען, אזויווי געלט אין די באנק אדער פראפערטי וואס געהערט צו אייך. די אפליקאציע ווערט אויך גענוצט ווען איר גיבט זיך איין דורך א פראוויידער, פאר מענטשן וואס זענען טראגעדיג אדער אונטער 19. אויב דער אפליקאציע איז פאר א טראגעדיגע מענטש אדער א קינד אונטער 19, מוזן נאר אפטיילונגען A ביז G, און ווערן אויסגעפולט.

סיי וועלכע אנדערע אפליקאנטן מוזן זיך איינגעבן דורך NY סטעיט אוו העלט. איר קענט זיך פארבינדן מיט NY סטעיט אוו העלט דורך באזוכן זייער וועבסייט אויף <https://nystateofhealth.ny.gov/>, אדער אויפ'ן טעלעפאן אויף 1-855-355-5777. ווען איר זעט די ווערטער **שיקט באווייזן** אויפ'ן אפליקאציע קוקט אויף די "דאקומענטן נויטיג ווען איר געבט זיך איין פאר העלט אינשורענס" אפטיילונג פאר א ליסטע פון אנגענומענע שטיצונג דאקומענטן, בלעטער 4-6.

וויאזוי צו באקומען היילף ווען איר גיבט זיך איין פאר פאבליק העלט אינשורענס, דארפט איר נישט באזוכן אייער ארטיגע דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס אדער אן אסיסטער פאר אן אינטערוויו, אבער איר מעגט זיך טרעפן אדער זיך פארבינדן מיט אן אסיסטער פאר היילף מיט'ן אויספולן דעם אפליקאציע. איר קענט באקומען א ליסטע פון אסיסטערס וואו איר האט באקומען דעם אפליקאציע, אדער דורך רופן 1-800-698-4543. איר קענט אויך רופן די Medicaid היילף ליניע אויף 1-800-541-2831. אלע היילף איז אומזיסט. **(1-877-898-5849 TTY ליניע פאר הער-קראפט באגרעניצטע)**

נאך איר האט געענדיגט אויספולן די אפליקאציע ביטע שיקט צוריק צו די לאקאלע דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס אין די קאונטי וואו איר וואוינט. https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

אפטיילונג C פאמיליע איינקונפט (געלט וואס איר באקומט)

- אין דעם אפטיילונג, רעכנט אויס אלע סארטן פון איינקונפט (געלט וואס איר באקומט) און די סומעס באקומען דורך די מענטשן אויסגערעכנט אין אפטיילונג B.
- ביטע זאגט אונד וויפיל איר פארדינט איידער איר נעמט אראפ שטייער.
- אויב עס קומט נישט אריין קיין געלט אין אייער שטוב, ערקלערט וויאזוי איר באצאלט פאר אייער לעבנס אויסגאבן, ווי עסן און וואוינארט.
- מיר דארפן וויסן אויב איר האט געטוישט ארבעט אדער אויב איר זענט א סטודענט.
- מיר דארפן אויך וויסן אויב איר באצאלט א צווייטן אדער א צווייטער פלאץ, אזויווי א דעי קעיר סענטער, צו אכטונג געבן אויף אייער קינדער אדער א באגרעניצטער מאן/ווייב אדער עלטערן בשעת איר גייט ארויס ארבעטן אדער אין שולע. אויב יא, דארפן מיר וויסן וויפיל איר באצאלט. מיר וועלן מעגליך קענען אראפרעכענען טייל פון די סומע וואס איר צאלט פאר די אויסגאבן פון די סומע וואס מיר רעכענען אלס אייער איינקונפט.



אפטיילונג D העלט אינשורענס

עס איז וויכטיג אונד צו זאגן אויב איינער פון די וואס געבן זיך איין זענען געדעקט אדער קענען זיין געדעקט דורך א צווייטן'ס העלט אינשורענס. פאר געוויסן אפליקאנטן, קענען מיר אראפנעמען די סומע וואס איר צאלט פאר העלט אינשורענס פון די סומע וואס מיר רעכענען אלס אייער איינקונפט; אדער קענען מיר מעגליך באצאלן די קאסטן פון אייער העלט אינשורענס פרימיום אויב מיר באשליסן אז עס איז קאסט אפעקטיוו. מיר וועלן מעגליך קענען העלפן באצאלן פאר העלט אינשורענס פרימיום אויב איר האט אדער קענט באקומען אינשורענס דורך אייער ארבעט. מיר וועלן דארפן באקומען נאך אינפארמאציע וועגן די אינשורענס און וועלן שיקן אן אינשורענס פראגע בויען צו אייך אויף פאסט.

אויב איר ווערט 65 אין די קומענדיגע דריי מאנאטן אדער איר זענט 65 יאר אדער עלטער, קענט איר זיין בארעכטיגט פאר נאך מעדיקעל בענעפיטן דורך די Medicare פראגראם. איר זענט געפאדערט זיך איינצוגעבן פאר Medicare אלס א באדינגונג פון בארעכטיגקייט פאר Medicare. Medicaid איז א פעדעראלע העלט אינשורענס פראגראם פאר מענטשן וואס זענען 65 אדער עלטער און פאר געוויסע מענטשן מיט באגרעניצונגען אפגעזען פון איינקונפט. ווען א מענטש האט ביידע Medicare און Medicaid, צאלט Medicare ערשט און Medicaid צווייט. איר זענט געפאדערט זיך איינצוגעבן פאר Medicare אויב:

- איר האט כראנישע רענאל פעלונג (ענדע שטאפל רענעל קראניק/ESRD) אדער אמיאטראפישע לאטערעל סקלעראסיס (Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS); אדער
- איר ווערט 65 אין די קומענדיגע דריי מאנאטן אדער איר זענט שוין 65 יאר אדער עלטער און אייער איינקונפט איז ביי אדער אונטער די Medicaid איינקונפט שטאפל (באזירט אויף די פאמיליע גרויסקייט פאר אן איינצלנע מענטש אדער פארהייראטע פארפאלק). אויב עס איז אזוי, קען דער Medicaid פראגראם באצאלן אייער פרימיום אדער אייך פארגוטיגן פאר אייער Medicare פרימיום. אויב דער Medicaid פראגראם קען באצאלן אדער פארגוטיגן אייער פרימיום, וועט איר זיין געפאדערט זיך איינצוגעבן פאר Medicare אלס א באדינגונג פון Medicaid בארעכטיגקייט. נאר בירגער און געזעצליכע פערמענאנט איינוואוינער וועלעך האבן געוואוינט

אין די פאראייניגטע שטאטן פאר פינף יאר אין א צי מוזן זיך איינגעבן פאר Medicare. פיל אימיגראנטן און נישט-בירגער זענען נישט געפאדערט זיך איינצוגעבן פאר Medicare.

אפטיילונג E וואוינארט אויסגאבן

שרייבט אריין אייער מאנאטליכע קאסט פון וואוינונג. דאס רעכנט אריין רענט, מאנאטליכע מארטגעדזש באצאלונגען אדער אנדערע וואוינארט באצאלונגען. אויב איר האט א מארטגעדזש באצאלונג, רעכנט אריין די סומע פון פראפערטי שטייערן אין די מארטגעדזש סומע וואס איר זאגט אונד. אויב אייער וואוינארט אויסגאבן זענען מיטגעטיילט מיט אנדערע אדער אייער רענט איז סאבסידייזד, ביטע זאגט אונד נאר וויפיל איר באצאלט פאר אייער רענט אדער מארטגעדזש. אויב איר צאלט פאר אייער וואסער, זאגט אונד וויפיל איר צאלט און ווי אפט.

אפטיילונג F בלינד, באגרעניצט, כראניש קראנק אדער נורסינג היים קעיר

די פראגעס העלפן אונד באשליסן וועלכע פראגראם איז דאס בעסטע פאר יעדע אפליקאנט, און וועלכע סערוויסעס קענען זיין נויטיג. א מענטש מיט א באגרעניצונג, ערנסטע קראנקייט אדער היינט מעדיצינישע קאסטן וועט מעגליך קענען באקומען מער העלט סערוויסעס. איר קענט האבן א באגרעניצונג אויב אייער טעגליכע אקטיוויטעטן זענען באגרעניצט צוליב א קראנקייט אדער אומשטאנד וואס גייט אן אדער וואס איז ערווארטעט אנצוגיין פאר כאטש 12 מאנאטן. אויב איר זענט בלינד, באגרעניצט, כראניש קראנק אדער איר דארפט נורסינג היים קעיר, וועט איר דארפן אויספולן ביילאגע A. אויב נישט איר און נישט קיינער וואס געבט זיך איין מיט אייך זענען בלינד, באגרעניצט, כראניש קראנק אדער אין א נורסינג היים, גייט צו אפטיילונג G.

אפטיילונג G נאך העלט פראגעס

אויב איר האט באצאלטע אדער נישט באצאלטע מעדיקל בילס פון די לעצטע דריי מאנאטן, וועט Medicaid מעגליך קענען באצאלן פאר די קאסטן. לאזט אונד וויסן פאר וועמען די בילס זענען און אין וועלכע מאנאטן זיי זענען געווארן. לייגט אריין קאפיעס פון די מעדיקעל בילס מיט די אפליקאציע. באמערקונג: די דריי-מאנאטיגע צייט אפשניט הייבט זיך אן ווען די לאקאלע דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס באקומט אייער אפליקאציע אדער ווען איר טרעפט זיך מיט אן אסיסטער זיך צו איינשרייבן. איר וועט אונד דארפן זאגן וואס אייער איינקונפט איז געווען פאר סיי וועלכע פאראנגעגעבן מאנאטן אין וועלכע איר האט מעדיקעל בילס אז מיר זאלן קענען זען אויב איר זענט געווען בארעכטיגט אין דעם צייט. מיר פרעגן אויך איבער וואו איר האט געוואוינט אין די לעצטע דריי מאנאטן, ווייל דאס קען אפּעקטירן אונדער מעגליכקייט צו באצאלן פאר פאראנגעגעבן בילס. מיר פרעגן איבער סיי וועלכע אנגיינענדע געריכט קעיסעס אדער געזונטהייט פראבלעמען פאראורזאכט דורך א צווייטן אז מיר זאלן וויסן אויב איינער אנדערש זאל באצאלן פאר א טייל פון אייער מעדיקעל קעיר קאסטן.



אפטיילונג H

עלטערן אדער מאן/ווייב וואוינט נישט מיט די פאמיליע אדער געשטארבן

- **אויב סיי וועלכע פון די אפליקאנטן האבן א פעלנדע מאן/ווייב אדער עלטערן, מוזט איר אויספולן די אפטיילונג אז מיר זאלן קענען זען אויב מעדיקעל שטיצע איז אוועילעבל פאר אייך אדער אייער קינד.**
- **אויב איר זענט טראגעדיג, מוזט איר נישט אויספולן די פראגעס ביז 60 טעג נאכ'ן געבורט פון אייער קינד.** אלע אנדערע מענטשן וואס געבן זיך איין און זענען 21 יאר אלט אדער עלטער מוזן זיין וויליג צו מיטטיילן אינפארמאציע וועגן אן עלטערן פון א מינדערייגער וואס געבט זיך איין אדער א מאן/ווייב וואס וואוינט אינדריסן פון שטוב צו זיין בארעכטיגט פאר העלט אינשורענס, סיידן עס איז דא א גוטע סיבה. א ביישפיל פון "א גוטע סיבה" איז מורא פון פיזישע און עמאציאנאלע שאדנס צו אייך אדער א פאמיליע מיטגליד. פראגע 2 גייט ארויף אויף די **עלטערן** פון א קינד אונטער 21 וואס געבט זיך איין. פראגע 3 גייט ארויף אויף די **מאן/ווייב** פון איינער וואס געבט זיך איין.
- **אויב דער עלטערן וואס געבט זיך איין איז נישט וויליג צוצושטעלן די אינפארמאציע, קען די קינד וואס געבט זיך איין נאכאלץ זיין בארעכטיגט פאר Medicaid.**

ווער מוז אויסוועלן א העלט פלאן? מערסטנס מענטשן וואס זענען בארעכטיגט פאר Medicaid מוזן אויסוועלן א העלט פלאן צו באקומען מערסטנס פון זייער Medicaid בענעפיטן. ליינט ווייטער צו זען וויאזוי צו באקומען מער אינפארמאציע איבער דעם.

וויאזוי ווייס איך וועלכע העלט פלאן צו אויסוועלן און אויב איך קען זיך איינשרייבן?
פאר Medicaid, אויב איר ווילט הערן מער איבער וויאזוי מענעדזש קעיר פלענער ארבעטן, אויב איר דארפט אנטווייל נעמען, און וויאזוי צו אויסוועלן א פלאן, רופט Medicaid אויסוואל אויף 1-800-505-5678, אדער רופט אדער באזוכט אייער ארטיגע דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס. בעט פאר א מענעדזש קעיר עדיוקעישאן פעקל. אינפארמאציע איבער העלט פלענער איז אויך דא אויף די NYS דעפארטמענט אוו העלט וועבסייט אויף www.health.ny.gov. איר קענט זיך אויך איינשרייבן אויפ'ן טעלעפאן, דורך רופן 1-800-505-5678.

באמערקונג: אויב איר אדער א פאמיליע מיטגליד איז בארעכטיגט פאר Medicaid, און איז אן אמעריקאנע אינדיאנע/אלאסקע נעטיוו זענט איר נישט געפאדערט זיך צו איינשליסן אין א העלט פלאן. איר **וועט** נאכאלץ זיין איינגעשריבן אין די העלט פלאן וואס איר וועלט אויס, אויסער אויב איר צייכנט די קעסטל אויפ'ן אפליקאציע וואס זאגט אז איר ווילט נישט ווערן איינגעשריבן, אדער זאגט אונז אז איר ווילט נישט ווערן איינגעשריבן דורך רופן אדער שרייבן צו אייער ארטיגע דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס.

אפטיילונג J | אונטערשריפט

ביטע ליינט די פאראגראף אין דעם אפטיילונג פארזיכטיג און ליינט די **טערמינען, רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן** אפטיילונג. איר מוזט דאן אונטערשרייבן און שרייבן די דאטום אויפ'ן אפליקאציע. געדענקט צו שיקן די אפליקאציע צו די לאקאלע דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס אין די קאונטי וואו איר וואוינט.

אפטיילונג I | העלט פלאן אויסוואל

וואס איז א העלט פלאן? אויב איר זענט בארעכטיגט פאר Medicaid, קענט איר זיין געפאדערט צו באקומען אייער העלט קעיר דעקונג דורך א מענעדזש קעיר העלט פלאן. א מענעדזש קעיר העלט פלאן וועט צושטעלן אייער קעיר דורך ארבעטן מיט א נעטווארק פון דאקטוירים, קליניקס, שפיטעלער און אפטייקן צוצושטעלן פאר אירע מיטגלידער א הויכע קוואליטעט העלט קעיר. ווען איר שליסט זיך איין אין א פלאן, וועלט איר אויס איין דאקטער (פריימערי העלט קעיר פראווידער PCP) פון די פלאן צו קעיר נעמען פון אייער געווענליכע געזונטהייט און מעדיקעל געברויכן. אויב איר ווילט בלייבן מיט די דאקטער וואס איר האט, דארפט איר אויסוועלן א פלאן וואס ארבעט מיט אייער דאקטער. מענעדזש קעיר העלט פלענער לייגן געוויכט אויף פארמיידנדע קעיר אז די קליינע פראבלעמען זאלן נישט ווערן גרויסע. אויב איר דארפט א ספעציאליסט, קען אייער PCP אייך רעפערירן צו איינס אין אייער פלאן'ס נעטווארק.

דאקומענטן נויטיג ווען איר געבט זיך איין פאר העלט אינשורענס

אפליקאנט נאמען

אפליקאציע דאטום

* אייער איינשרייבן קען נישט ווערן פארענדיגט ביז אלע נויטיגע דאקומענטן ווערן אריינגעגעבן. אויב איר דארפט הילף מיט באקומען סיי וועלכע פון די דאקומענטן, לאזט אונז וויסן. איר דארפט אונז נישט ווייזן אלע פון די דאקומענטן. מיר דארפן נאר דאקומענטן וואס זענען נוגע פאר אייך אדער אנדערע וואס געבן זיך איין. אויב מיר קענען נישט באשטעטיגען אייער U.S. בירגערשאפט און אידענטיטעט עלעקטראניש דורך פעדעראלע דאטאבאזעס, וועלן מיר דארפן זען דאקומענטאציע פון U.S. בירגערשאפט און אידענטיטעט פון U.S. בירגערשאפט און אידענטיטעט. ביטע שיקט נישט אויף פאסט אריגינעלע U.S. בירגערשאפט אדער אידענטיטעט דאקומענטן. קאפיעס פון אנדערע דאקומענטן נויטיג צו באשטימען בארעכטיגקייט קענען געשיקט ווערן אויף פאסט מיט אייער אפליקאציע אדער געברענגט צו אייער לאקאלע דעפארטמענט פון אשועל סערוויסעס. ביטע פארבינדט זיך מיט אייער ארטיגע דעפארטמענט פון אשועל סערוויסעס אדער רופט 1-800-698-4543 צו הערן וואו איר קענט ברענגען די דאקומענטן.

איר מוזט צייגן באווייז פון אידענטיטעט, U.S. בירגערשאפט און/אדער אימיגראציע סטאטוס און דאטום פון געבורט.

דאקומענטן מיט א * נעבן זיי צייגן אויך דאטום פון געבורט

U.S. בירגערשאפט (שטעלט צו איינס)

U.S. געבורט סערטיפיקאט*

סערטיפיקאציע פון געבורט ארויסגעגעבן דורך דעפארטמענט אוו סטעיט (בויגנס FS-545 אדער DS-1350)*

באריכט פון געבורט אויסלאנד (FS-240)

U.S. נאציאנאלע ID קארטל (בויגן I-197 אדער I-179)

רעליגיעזע/שולע רעקארדס*

מיליטערישע רעקארד פון דינסט צייגנדיג U.S. ארט פון געבורט

ענדגילטיגע אדאפטירונגס באפעל

באווייז פון זיין בארעכטיגט פאר U.S. בירגערשאפט אונטער די קינד בירגערשאפט אקט פון 2000

און

אידענטיטעט (שטעלט צו איינס)

סטעיט דרייווער'ס לייסענס אדער ID קארטל מיט בילד*

ID קארטל ארויסגעגעבן דורך א פעדעראלע, סטעיט, אדער לאקאלע רעגירונגס אגענטור

U.S. מיליטערישע קארטל אדער רעקרוטירונג רעקארד אדער U.S. קאוסט גארד מערשענט מארינער קארטל

שולע ID קארטל מיט א בילד (קען אויך ווייזן דאטום פון געבורט)

סערטיפיקאט פון אינדיאנער בלוט אדער אנדערע אמעריקאנע/אלאסקא נעטיוו שבט שטאפל דאקומענט מיט בילד

באשטעטיגטע שולע, נורסערי, אדער דעיקעיר רעקארדס (פאר קינדער אונטער 18) (קען אויך ווייזן דאטום פון געבורט)

קליניק, דאקטער אדער שפיטאל רעקארדס (פאר קינדער אונטער 18)*

אויב איר האט נישט איינע פון די דאקומענטן וואס צייגן אייער דאטום פון געבורט, מוזט איר אויך אריינגעבן איינע פון די פאלגנדע זאכן:

הייראט סערטיפיקאט

NYS בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל

איר קענט צושטעלן איינס פון די פאלגנדע דאקומענטן צו אויפווייזן ביידע U.S. בירגערשאפט, אידענטיטעט און אייער דאטום פון געבורט:

U.S. פאספארט/קארטל

סערטיפיקאט פון נאטוראליזאציע (DHS בויגנס N-550 אדער N-570)

סערטיפיקאט פון U.S. בירגערשאפט (DHS בויגנס N-560 אדער N-561)

NYS פארבעסערטע דרייווער'ס לייסענס (EDL).

נעטיוו אמעריקאנע שבט דאקומענט ארויסגעגעבן דורך א פעדעראלע אנערקענטע שבט

ווען קיין איינע פון די אויבנדערמאנטע דאקומענטן זענען נישט אוועילעבל, איין דאקומענט פון דער U.S. בירגערשאפט לייסענס און איין פון די אידענטיטעט לייסענס קען ווערן גענוצט צו אויפווייזן אייער בירגערשאפט און/אדער אידענטיטעט. די לייסענס רעכנט נישט אלס אריין. אויב איר האט נישט קיין איינע פון די דאקומענטן, ביטע גייט צו די "וויאזוי צו באקומען הילף" אפטיילונג פון די אנווייזונגען.

* ביטע שיקט צוריק אלע נויטיגע דאקומענטן ביז:

אנדערש קען די אפליקאציע אפגעזאגט ווערן.

דאקומענטן נויטיג ווען איר געבט זיך איין פאר העלט אינשורענס

אויב איר זענט נישט א U.S. בירגער

די ליסטע אונטן ענטהאלט עטליכע פון די מערסטע באקאנטע פאראייניגטע שטאטן בירגערשאפט און אימיגראציע סערוויסעס (USCIS) בויגס גענוצט צו ווייזן אייער אימיגראציע סטאטוס. די ליסטע רעכנט נישט אלס אריין. אויב איר האט נישט קיין איינע פון די דאקומענטן, ביטע גיט צו די "וויאזוי צו באקומען הילף" אפטיילונג פון די אנווייזונגען.

מיר דארפן זען איינס פון די פאלגנדע דאקומענטן צו אויפווייזן אימיגראציע סטאטוס, אידענטיטעט און אייער דאטום פון געבורט. איר מוזט אויפווייזן אלע דריי.

דאקומענטן מיט א * נעבן זיי צייגן אויך דאטום פון געבורט

אימיגראציע סטאטוס/אידענטיטעט

- I-551 פערמענאנט איינוואוינער קארטל ("גריין קארד")*
- I-688B אדער I-766 עמפלויעמענט אוטאריזאציע קארטל*

אימיגראציע סטאטוס, אבער דארף נאך אן אידענטיטעט דאקומענט

- I-94 אנקומען/אוועקפארן רעקארד*
- USCIS בויגן I-797 מעלדונג פון שריט

דאטום פון געבורט/אידענטיטעט, אבער דארף נאך אן אימיגראציע סטאטוס דאקומענט

- וויזע
- U.S. פאספארט

היים אדרעס: די אדרעס מוז פאסן מיט די היים אדרעס וואס איר שרייבט אין אפטיילונג A פון די אפליקאציע. דאס באווייזט מוז האבן א דאטום אין די 6 מאנאטן פון ווען איר האט אונטערגעשריבן דעם אפליקאציע.

- ליעס/בריוו/רענט ריסיט מיט אייער היים אדרעס פון לענדלארד
- יוטייליטי ביל (געז, עלעקטריק, טעלעפאן, קעבל, געזאלין אדער וואסער)
- פראפערטי טעקס רעקארדס אדער מארטגעדזש סטעיטמענט
- דרייווער'ס לייסענס (אויב ארויסגעגעבן אין די לעצטע 6 מאנאטן)
- רעגירונג ID קארטל מיט אדרעס
- פאסטמארקעט קאנווערט אדער פאסט קארטל (קען נישט ווערן גענוצט אויב געשיקט צו א P.O. קעסטל)

באווייז פון יעצטיגע איינקונפט, אדער איינקונפט וואס איר וועט מעגליך באקומען אינעם צוקומפט אזויווי ארבעטסלאזיגקייט בענעפיטן אדער א געריכט: איר מוזט צושטעלן א בריוו, געשריבענע דערקלערונג, אדער קאפיע פון טשעקס אדער סטאבס, פון דער ארבעטסגעבער, מענטש אדער אגענטור וואס שטעלט צו דער איינקונפט. איר דארפט אונז נישט ווייזן אלע די דאקומענטן, נאר די וואס זענען נוגע צו אייך און די מענטשן וואס וואוינען מיט אייך.

אין באווייז פון יעדע סארט איינקונפט וואס איר האט איז געפאדערט. שטעלט צו די לעצטע באווייז פון איינקונפט איידער שטייער און אנדערע סומעס וואס איר נעמט אראפ. די באווייז מוז האבן א דאטום, דער ארבעטסגעבער'ס נאמען און ווייזן גראס איינקונפט פאר די באצאל צייט אפשניט. די באווייז מוז זיין פאר די לעצטע פיר וואכן, צי איר ווערט באצאלט וועכנטליך, יעדע צווייטע וואך, אדער מאנאטליך. עס איז וויכטיג פאר די אלע צו זיין יעצטיג.

וועידזשעס און סעלערי

- פעטישעק סטאבס
- בריוו פון ארבעטסגעבער אויף א פירמע קעפל בריוו, אונטערגעשריבן מיט'ן דאטום
- ביזנעס/פעריאל רעקארדס

זעלבסט-עמפלויעמענט

- יעצטיגע אונטערגעשריבענע מיט'ן דאטום איינקומפט טעקס ריטורן און אלע סקעדזשולס
- רעקארדס פון פארדינסטן און אויסגאבן/ביזנעס רעקארדס

ארבעטסלאזיגקייט בענעפיטן

- שענקונגס בריוו/סערטיפיקאט
- מאנאטליכע בענעפיט סטעיטמענט פון NYS דעפארטמענט אוו לעיבאר
- ארויסדריקונג פון דערהאלטער'ס אקאונט אינפארמאציע פון די NYS דעפארטמענט אוו לעיבאר'ס וועבסייט (www.labor.ny.gov)
- קאפיע פון דירעקטע באצאלונג קארטל מיט אן ארויסדריקונג
- קארעספאנדענץ מיט דער NYS דעפארטמענט אוו לעיבאר

פריוואטע פענסיע/עניואיטי

- סטעיטמענט פון פענסיע/עניואיטי

אושעל סעקיריטי

- שענקונגס בריוו/סערטיפיקאט
- יערליכע בענעפיט סטעיטמענט
- קארעספאנדענץ פון שאושעל סעקיריטי אדמיניסטראציע

ארבעטער'ס פארגוטיונג

- שענקונגס בריוו
- טשעק סטאב

טשיילד סופארט/אלימאני

- בריוו פון מענטש וואס שטעלט צו סופארט
- בריוו פון געריכט
- טשיילד סופארט/אלימאני טשעק סטאב
- קאפיע פון NY EPPICard מיט אן ארויסדריקונג
- קאפיע פון טשיילד סופארט אקאונט אינפארמאציע פון www.childsupport.ny.gov
- קאפיע פון באנק סטעיטמענט צייגנדיג דירעקטע דעפאזיט

וועטעראנען'ס בענעפיטן

- שענקונגס בריוו
- בענעפיט טשעק סטאב
- קארעספאנדענץ פון וועטעראנס אפערס

מיליטערישע באצאלט

- שענקונגס בריוו
- טשעק סטאב

איינקונפט פון רענט אדער צימער/איינשטיין

- בריוו פון דינגער, איינשטייער, טענענט
- טשעק סטאב

אינטערעסט/ווידיענדס/רויעלטיעס

- לעצטיגע סטעיטמענט פון באנק, קרעדיט יוניאן אדער פינאנציעלע אינסטיטוציע
- בריוו פון מעקלער
- בריוו פון אגענט
- 1099 אדער טעקס ריטורן (אויב קיין אנדערע דאקומענטאציע איז אוועילעבל)

דאקומענטן נויטיג ווען איר געבט זיך איין פאר העלט אינשורענס

הילפסמיטלען (נאר אויב איר זענט 65 אדער עלטער, סערטיפייד בלינד אדער באגרעניצט און איר האט נישט קיין קינדער אונטער 21 יאר וואס וואוינט מיט אייך):

- באנק אקאונט סטעיטמענטס: טשעקינג, סעווינינגס, ריטיירמענט (IRA און Keogh)
- סטאקס, באנדס, סערטיפיקאט סטעיטמענטס
- קאפיע פון לעבן אינשורענס פאליסי
- קאפיע פון באערדיגונג טראסט אדער פאנד באערדיגונג ארט שטר אדער לוי' אפמאך
- שטר פאר ריעל עסטעיט אויסער וואוינארט

באווייז פון סטודענט סטאטוס פאר קאלעדזש סטודענט אויב עמפלויד:

- קאפיע פון סקעדזשול
- סטעיטמענט פון קאלעדזש אדער יוניווערסיטי
- אנדערע קארעספאנדענץ פון קאלעדזש ווייזנדיג סטודענט סטאטוס

אויב איר צאלט צו האבן קעיר פאר אייער קינדער אדער אן ערוואקסענע אין אייער פאמיליע בשעת איר ארבעט, שטעלט צו איינע פון די פאלגנדע:

- געשריבענע סטעיטמענט פון דעי קעיר סענטער אדער אנדערע קינד/ערוואקסענע קעיר פראוויידער
- אפגערופענע טשעקס אדער רעסיטס וואס ווייזן אייער באצאלונגען

אויב איר אדער אייער מאן/ווייב איז געפאדערט צו באצאלן געריכט באפוילענע סופארט מוזט איר צושטעלן די פאלגנדע:

- געריכט באפעל

באווייז פון העלט אינשורענס, שטעלט צו אלע וואס זענען נוגע:

- באווייז פון יעצטיגע אינשורענס (אינשורענס פאליסי, סערטיפיקאט פון אינשורענס אדער אינשורענס קארטל)
- העלט אינשורענס אפשטעל בריוו
- Medicare קארטל (רויט, ווייס און בלוי קארטל)
- באשטעטיגונג פון Medicare אפליקאציע
- Medicare שענקונג אדער אפזאג בריוו

אויב איר האט מעדיקעל בילס אין די לעצטע דריי מאנאטן, שטעלט צו אלע פון די פאלגנדע (אויב נוגע):

- פאר באשטימונג פון בארעכטיגקייט פאר מעדיקעל אויסגאבן פון די לעצטע דריי מאנאטן:
- באווייז פון איינקומפט פאר די מאנאט(ן) אין וועלכע די אויסגאבע האט פאסירט
 - באווייז פון וואוינונג/היים אדרעס פאר די מאנאט(ן) אין וועלכע די אויסגאבע האט פאסירט, אויב אנדערש ווי די אדרעס וואס שטייט אין אפטיילונג A פון די אפליקאציע
 - מעדיקעל בילס פון די לעצטע דריי מאנאטן, נישט קיין חילוק אויב איר האט עס באצאלט אדער נישט

צוטריט צו NY העלט קעיר Medicaid

דרוקט קלאר מיט בלויע אדער שווארצע טינט. א נישט-פארענדיגטע אפליקאציע קען נישט ווערן פראצעסירט און וועט פאראורזאכן א פארשפעטיגונג פון א באשלוס אויף אייער אפליקאציע.

אפטיילונג A		אפליקאנט'ס אינפארמאציע		ביטע זאגט אונז ווער איר זענט און וויאזוי זיך צו פארבינדן מיט אייך.	
לעגאלע ערשטע נאמען		מיטלסטע אינישעל		לעגאלע לעצטע נאמען	
הויפט טעלעפאן נומער		אנדערע טעלעפאן נומער		וועלכע שפראך: רעדט איר: ליינט איר?	
היים אדרעס פון די מענטשן וואס געבן זיך איין פאר העלט אינשורענס שיקט באווייז		גאס		דירה נומער	
<input type="checkbox"/> צייכנט דא אויב היימלאז		סיטי		זיפ-קאוד קאונטי	
היים אדרעס פון די מענטשן וואס געבן זיך איין פאר העלט אינשורענס אויב אנדערש ווי אויבן.		גאס		דירה נומער	
		סיטי		זיפ-קאוד	
פרייוויליג: אויב איז דא נאך א מענטש וואס איר ווילט זאל באקומען אייער Medicaid מעלדונגען, ביטע שרייבט דער מענטש'ס קאנטאקט אינפארמאציע. איר וויל אז די קאנטאקט מענטש זאל:		נאמען		סטעיט	
<input type="checkbox"/> זיך איינגעבן פאר און/אדער באנייען Medicaid פאר מיר		גאס		דירה נומער	
<input type="checkbox"/> אדורכרעדן מיין Medicaid אפליקאציע אדער קעיס, אויב נויטיג		סיטי		זיפ-קאוד	
<input type="checkbox"/> באקומען מעלדונגען און קארעספאנדענץ				טעלעפאן נומער	
<input type="checkbox"/> צייכנט אלע וואס זענען גילטיג				<input type="checkbox"/> סעל <input type="checkbox"/> היים <input type="checkbox"/> ארבעט <input type="checkbox"/> אנדערע	

וויכטיגע מעלדונג אפציעס אוועילעבל פאר אפליקאנטן וואס זענען מעגליך בלינד אדער זע-קראפט באגרעניצט

אויב איר זענט בלינד אדער זע-קראפט באגרעניצט און דארפט אינפארמאציע אין אן אנדערע פארמאט, צייכנט וועלכע סארט פאסט איר ווילט באקומען פון אונז.

- געווענליכע מעלדונג און גרויסע אותיות מעלדונג
 - סטאנדארט מעלדונג און דאטא CD מעלדונג
 - סטאנדארט מעלדונג און אודיא CD מעלדונג
 - סטאנדארט מעלדונג און ברעיל מעלדונג, אויב איר באשטעטיגט אז קיין איינס פון די אויבנדערמאנטע אלטערנאטיווע פארמאטן זענען נישט אייניג הילפבאר פאר אייך
- אויב איר דארפט אז מיר זאלן זיך צושטעלן אויף אן אנדערע אופן, ביטע פארבינדט זיך מיט אייער סאושעל סערוויסעס דיסטריקט.

אפליקאציעס פאר בענעפיטן געגעבן דורך די ניו יארק סטעיט Medicaid פראגראם (אריינגערעכנט די Medicare סעיווינגס פראגראם און די פאמיליע פלאנירן בענעפיט פראגראם) זענען אוועילעבל אין גרויסע אותיות און דאטא פארמאטן. אודיא און ברעיל ווערסיעס פון די אפליקאציעס זענען אוועילעבל בלויז פאר אינפארמאציע צוועקן.

אויב איר וואוינט אין די פאמיליע, הייבט אן מיט אייך. אויב נישט, הייבט אן מיט סיי וועלכע ערוואקסענע וואס וואוינען אין די פאמיליע. רעכנט אויס די פולע לעגאלע נעמען פון די מענטשן וואס געבן זיך איין פאר אדער באקומען שוין Medicaid און רעכנט אויס די ID נומער פון זייער בענעפיט קארטל אדער העלט פלאן ID קארטל. איר מוזט צושטעלן אינפארמאציע פאר פאמיליע מיטגלידער אריינגערעכנט: עלטערן, סטעפ-עלטערן, און מאן/ווייב. איר קענט צושטעלן אינפארמאציע פאר אנדערע פאמיליע מיטגלידער (צום ביישפיל, א דעפענדענט קינד אונטער 21 יאר אלט). אויסרעכענען אנדערע פאמיליע מיטגלידער קען אונז מעגליך ערלויבן אייך צו געבן א העכערע בארעכטיגונג שטאפל. אפליקאנטן וואס זענען שוואנגעדיג אדער אונטער 19 קענען מעגליך זיין בארעכטיגט פאר אינשורענס אפגעזען פון אימיגראציע סטאטוס. ניו יארק סטעיט פארזיכערט אייער רעכט צו באקומען שטאטישע בענעפיטס און/אדער סערוויסעס אפגעזען פון אייער מין, דזשענדער אידענטיטעט, אדער אויסדרוק. אויב איר ווילט מיטטיילן מיט אונז וויאזוי איר אדער אייער הויזגעזונד מיטגלידער טוען זיך יעצט אידענטיפיצירן, ביטע וועלט אויך אויס דזשענדער אידענטיטעט.

דאטום פון געבורט	שיקט באווייז	געבט זיך דער מענטש איין פאר העלט אינשורענס?	איר דער מענטש אן עלטערן פון א קינד וואס געבט זיך איין?	וואס איז די פארבינדונג צו דער מענטש אין קעסטל 1?	אויב דער מענטש האט געהאט פאבליק העלט דעקונג אין די פארגאנגענהייט, צייכנט די קעסטל וואס איז גילטיג.	סאושעל סעקיוירטי נומער (אויב איר האט איינס)	ביטע צייכנט איין קעסטל וואס ווייזט אייער יעצטיגע בירגערשאפט אדער אימיגראציע סטאטוס.	ראסע/ עטנישע גרופע (פרייוויליג)	באקומען א סערוויס פון דער IHS, אדער אינדיאנער העלט פראגראם?
____/____/____	<input type="checkbox"/> מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי/נאן-קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> ראנסדזשענדער אנדערע <input type="checkbox"/> אידענטיטעט שילדערט אייער אידענטיטעט (פרייוויליג).	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> זעלבסט	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> ID נומער פון בענעפיט קארטל/פלאן קארטל, אויב באקאנט:	<input type="checkbox"/> U.S. בירגער <input type="checkbox"/> אימיגראנט/נישט-בירגער <input type="checkbox"/> שרייבט אריין די דאטום וואס איר האט באקומען אייער אימיגראציע סטאטוס מאנאט טאג יאר <input type="checkbox"/> נישט-אימיגראנט (וויזא האלטער) <input type="checkbox"/> קיין איינע פון די אויבנדערמאנטע	B - טונקל אדער אפריקאנער אמעריקאנער I - אמעריקאנער אינדיאנער אדער נעטיוו אלאסקער W - ווייס U - אומבאקאנט A** - אזיאנער U** - נעטיוו האוואיען אדער אנדערע פאסיפיק איילענדער AAPI אדערע	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין
____/____/____	<input type="checkbox"/> מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי/נאן-קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> ראנסדזשענדער אנדערע <input type="checkbox"/> אידענטיטעט שילדערט אייער אידענטיטעט (פרייוויליג).	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> זעלבסט	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> ID נומער פון בענעפיט קארטל/פלאן קארטל, אויב באקאנט:	<input type="checkbox"/> U.S. בירגער <input type="checkbox"/> אימיגראנט/נישט-בירגער <input type="checkbox"/> שרייבט אריין די דאטום וואס איר האט באקומען אייער אימיגראציע סטאטוס מאנאט טאג יאר <input type="checkbox"/> נישט-אימיגראנט (וויזא האלטער) <input type="checkbox"/> קיין איינע פון די אויבנדערמאנטע	B - טונקל אדער אפריקאנער אמעריקאנער I - אמעריקאנער אינדיאנער אדער נעטיוו אלאסקער W - ווייס U - אומבאקאנט A** - אזיאנער U** - נעטיוו האוואיען אדער אנדערע פאסיפיק איילענדער AAPI אדערע	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין

1 לעגאלע ערשטע, מיטלסטע, לעצטע נאמען
 דער מענטש'ס געבורט נאמען איידער זיי האבען געהייראט
 סטיי
 סטעיט פון געבורט לאנד פון געבורט

2 לעגאלע ערשטע, מיטלסטע, לעצטע נאמען
 דער מענטש'ס געבורט נאמען איידער זיי האבען געהייראט
 סטיי
 סטעיט פון געבורט לאנד פון געבורט

שיקט באווייז גייט צו די "דאקומענטן נויטיג ווען איר געבט זיך אין פאר העלט אינשורענס" אויף בלעטער 4-6, פאר א ליסטע פון דאקומענטן וואס ווייזן אויף אידענטיטעט, בירגערשאפט אדער אימיגראציע סטאטוס. דזשענדער אידענטיטעט: דזשענדער אידענטיטעט איז וויאזוי איר זעט זיך און וואס איר רופט זיך. אייער דזשענדער אידענטיטעט קען זיין די זעלבע אדער אנדערש ווי אייער סעקס. אויב איר האט אויסגעוועלט A - אזיאנער, אדער P - נעטיוו האוואיען אדער פאסיפיק איילענדער ביטע זעט אונטן אינפארמאציע וועגן אנדערע AAPI. אנדערע אזיאנער אמעריקאנער/פאסיפיק איילענדער (פרייוויליג) - ביטע אידענטיפיצירן אייער AAPI סוב-גרופע. סוב-גרופעס אין די קאמיוניטי שליסן איין, אבער זענען נישט באגרעניצט צו: כינעזיש, יאפאנעזיש, פיליפינא, קארעאן, וויעטנאמעז, קאמבאדיאן, אינדיאנעזיש, פאקיסטאניש, סרי לאנקען, טאיוואנעז, נעטיוו האוואיען, סאמאען, טאנגאן, גואמאניאן אדער שאמארא, מארשאלעז, פידזשיאן, און אנדערע. ^{††}האט איר אמאל באקומען א סערוויס פון די אינדיאנער העלט סערוויס (IHS), א שבת העלט פראגראם, אן אורבאן אינדיאנער העלט פראגראם אדער א רעפערעל פון IHS אדער איינע פון די פראגראמען?

אז איינער אין אייער הויזגעזונד א וועטעראן? <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	דאטום פון געבורט שיקט באווייז <input type="checkbox"/> מין	*דזשענדער אידענטיטעט (פרייוויליג) <input type="checkbox"/> מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי/נאן-קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> ראנסדזשענדער אנדערע <input type="checkbox"/> אידענטיטעט שילדערט אייער אידענטיטעט (פרייוויליג).	געבט זיך דער מענטש העלט איינשרענס? <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	איז דער מענטש אן עלטערן פון א קינד וואס געבט זיך אין? <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	וואס איז דער מענטש אין קעסטל 1? <input type="checkbox"/> זעלבסט	איב דער מענטש האט געהאט פאבליק העלט דעקאונג אין די פאראנגעהייט, צייכנט די קעסטל וואס איז גילטיג. <input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> ID נומער פון בענעפיט קארטל/פלאן קארטל, אויב באקאנט:	סאשעל סעקיריטי נומער (אויב איר האט איינס) <input type="checkbox"/>	ביטע צייכנט איין קעסטל וואס ווייזט אייער יעצטיגע בירגערשאפט אדער אימיגראציע סטאטוס. שיקט באווייז <input type="checkbox"/> U.S. בירגער <input type="checkbox"/> אימיגראנט/נישט-בירגער שרייבט אריין די דאטום וואס איר האט באקומען אייער אימיגראציע סטאטוס מאנאט טאג יאר <input type="checkbox"/> נישט-אימיגראנט (וויזא האלטער) <input type="checkbox"/> קיין איינע פון די אויבנדערמאנטע	ראסע/עטנישע גרופע (פרייוויליג) <input type="checkbox"/> B - טונקל אדער אפריקאנער אמעריקאנער <input type="checkbox"/> I - אמעריקאנער אינדיאנער אדער נעישיוו אלאסקער <input type="checkbox"/> W - ווייס <input type="checkbox"/> U - אומבאקאנט <input type="checkbox"/> A** - אזיאנער <input type="checkbox"/> U** - נעישיוו האוואיען אדער אנדערע פאסיפיק איילענדער אנדערע AAPI <input type="checkbox"/> ביטע זאגט אונד אויך אויב איר זענט היספאניש אדער לאטינא <input type="checkbox"/> H - היספאניש אדער לאטינא	סערוויס פון דער IHS אדער אינדיאנער העלט פארגראם? <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין
<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> מין	<input type="checkbox"/> מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי/נאן-קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> ראנסדזשענדער אנדערע <input type="checkbox"/> אידענטיטעט שילדערט אייער אידענטיטעט (פרייוויליג).	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> זעלבסט	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> ID נומער פון בענעפיט קארטל/פלאן קארטל, אויב באקאנט:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> U.S. בירגער <input type="checkbox"/> אימיגראנט/נישט-בירגער שרייבט אריין די דאטום וואס איר האט באקומען אייער אימיגראציע סטאטוס מאנאט טאג יאר <input type="checkbox"/> נישט-אימיגראנט (וויזא האלטער) <input type="checkbox"/> קיין איינע פון די אויבנדערמאנטע	<input type="checkbox"/> B - טונקל אדער אפריקאנער אמעריקאנער <input type="checkbox"/> I - אמעריקאנער אינדיאנער אדער נעישיוו אלאסקער <input type="checkbox"/> W - ווייס <input type="checkbox"/> U - אומבאקאנט <input type="checkbox"/> A** - אזיאנער <input type="checkbox"/> U** - נעישיוו האוואיען אדער אנדערע פאסיפיק איילענדער אנדערע AAPI <input type="checkbox"/> ביטע זאגט אונד אויך אויב איר זענט היספאניש אדער לאטינא <input type="checkbox"/> H - היספאניש אדער לאטינא	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין
<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> מין	<input type="checkbox"/> מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי/נאן-קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> ראנסדזשענדער אנדערע <input type="checkbox"/> אידענטיטעט שילדערט אייער אידענטיטעט (פרייוויליג).	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> זעלבסט	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> ID נומער פון בענעפיט קארטל/פלאן קארטל, אויב באקאנט:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> U.S. בירגער <input type="checkbox"/> אימיגראנט/נישט-בירגער שרייבט אריין די דאטום וואס איר האט באקומען אייער אימיגראציע סטאטוס מאנאט טאג יאר <input type="checkbox"/> נישט-אימיגראנט (וויזא האלטער) <input type="checkbox"/> קיין איינע פון די אויבנדערמאנטע	<input type="checkbox"/> B - טונקל אדער אפריקאנער אמעריקאנער <input type="checkbox"/> I - אמעריקאנער אינדיאנער אדער נעישיוו אלאסקער <input type="checkbox"/> W - ווייס <input type="checkbox"/> U - אומבאקאנט <input type="checkbox"/> A** - אזיאנער <input type="checkbox"/> U** - נעישיוו האוואיען אדער אנדערע פאסיפיק איילענדער אנדערע AAPI <input type="checkbox"/> ביטע זאגט אונד אויך אויב איר זענט היספאניש אדער לאטינא <input type="checkbox"/> H - היספאניש אדער לאטינא	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין
<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> מין	<input type="checkbox"/> מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי/נאן-קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> ראנסדזשענדער אנדערע <input type="checkbox"/> אידענטיטעט שילדערט אייער אידענטיטעט (פרייוויליג).	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> זעלבסט	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> ID נומער פון בענעפיט קארטל/פלאן קארטל, אויב באקאנט:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> U.S. בירגער <input type="checkbox"/> אימיגראנט/נישט-בירגער שרייבט אריין די דאטום וואס איר האט באקומען אייער אימיגראציע סטאטוס מאנאט טאג יאר <input type="checkbox"/> נישט-אימיגראנט (וויזא האלטער) <input type="checkbox"/> קיין איינע פון די אויבנדערמאנטע	<input type="checkbox"/> B - טונקל אדער אפריקאנער אמעריקאנער <input type="checkbox"/> I - אמעריקאנער אינדיאנער אדער נעישיוו אלאסקער <input type="checkbox"/> W - ווייס <input type="checkbox"/> U - אומבאקאנט <input type="checkbox"/> A** - אזיאנער <input type="checkbox"/> U** - נעישיוו האוואיען אדער אנדערע פאסיפיק איילענדער אנדערע AAPI <input type="checkbox"/> ביטע זאגט אונד אויך אויב איר זענט היספאניש אדער לאטינא <input type="checkbox"/> H - היספאניש אדער לאטינא	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין

איז איינער אין אייער הויזגעזונד א וועטעראן? יא ניין אויב יא, נאמען: _____

שיקט באווייז גייט צו די "דאקומענטן נויטיג ווען איר געבט זיך אין פאר העלט אינשרענס" אויף בלעטער 4-6, פאר א ליסטע פון דאקומענטן וואס ווייזן אויף אידענטיטעט, בירגערשאפט אדער אימיגראציע סטאטוס.
 *דזשענדער אידענטיטעט: דזשענדער אידענטיטעט איז וויאזוי איר זעט זיך און וואס איר רופט זיך. אייער דזשענדער אידענטיטעט קען זיין די זעלבע אדער אנדערש ווי אייער סעקס.
 **אויב איר האט אויסגעוועלט A - אזיאנער, אדער P - נעישיוו האוואיען אדער פאסיפיק איילענדער ביטע זעט אונטן אינפארמאציע וועגן אנדערע AAPI.
 †אנדערע אזיאנער אמעריקאנער/פאסיפיק איילענדער (פרייוויליג) - ביטע אידענטיפיצירט אייער AAPI סוב-גרופע. סוב-גרופע אין די קאמיוניטי שליסן איין, אבער זענען נישט באגרעניצט צו: כינעזיש, יאפאנעזיש, פיליפינא, קארעאן, וועיטנאמעז, קאמבאדיאן, אינדאנעזיש, פאקיסטאניש, סרי לאנקען, טאיוואנעז, נעישיוו האוואיען, סאמאען, טאנגאן, גואמאניאן אדער שאמארא, מארשאלעז, פידזשיאן, און אנדערע.
 ††האט איר אמאל באקומען א סערוויס פון די אינדיאנער העלט סערוויס (IHS), א שבת העלט פארגראם, אן אורבאן אינדיאנער העלט פארגראם אדער דורך א רעפערעל פון IHS אדער איינע פון די פארגראמען?

פארדינסטן פון ארבעט:

רעכנט אריין וועידזשעס, סעלעריס, קאמיסיעס, טיפס, אווערטיים, זעלבסט-עמפלויעמענט. אויב איר זענט זעלבסט-עמפלויד, צייכנט דא: אויב קיין פארדינסטן פון ארבעט, צייכנט דא:

נאמען פונעם מענטש	סארט איינקונפט/ארבעטסגעבער נאמען	וויפיל? (איידער שטייער)	ווי אפט? (וועכנטליך, מאנאטליך)

אומפארדינטע איינקונפט:

אריינגערעכנט סאושעל סעקיוויטי בענעפיטן, דיסאביליטי באצאלונגען, ארבעטסלאזיגקייט באצאלונגען, אינטערעסט און דיווידענדס, וועטעראנען בענעפיטן, ארבעטערס' פארגוטיגונג, טשייד סופארט באצאלונגען/אלימאני, רענטאל איינקומפט, פענסיע, אניואיטיס און טראסט איינקונפט. אויב קיין אומפארדינטע איינקונפט, צייכנט דא:

נאמען פונעם מענטש	סארט איינקונפט/קוואל	וויפיל? (איידער שטייער)	ווי אפט? (וועכנטליך, מאנאטליך)

ביישטייערונגען:

געלט פון פאמיליע אדער פריינט, דינגער אדער איינשטייערס (אריינגערעכנט געלט וואס סיי ווער געבט אייך יעדן מאנאט צו העלפן דעקן לעבנס קאסטן). אויב קיין ביישטייערונגען, צייכנט דא:

נאמען פונעם מענטש	סארט איינקונפט/קוואל	וויפיל? (איידער שטייער)	ווי אפט? (וועכנטליך, מאנאטליך)

אנדערע:

צייטווייליגע (קעש) הילף, צוגעקומענע סעקיוויטי איינקונפט (SSI) באצאלונגען, סטודענט גרענטס, אדער לאנס. אויב קיין איינס, צייכנט דא:

נאמען פונעם מענטש	סארט איינקונפט/קוואל	וויפיל? (איידער שטייער)	ווי אפט? (וועכנטליך, מאנאטליך)

אויב איר אדער אן אנדערע ערוואקסענע וואס געבט זיך איין אין אפטיילונג B האט נישט קיין איינקונפט, זאגט אונז ווער?

1. אויב עס איז נישט דא קיין איינקונפט אויסגערעכנט אויבן, ביטע ערקלערט וויאזוי איר לעבט: (צום ביישפיל: לעבט מיט פריינט אדער פאמיליע)

2. האט איר אדער איינער וואס געבט זיך איין געטוישט ארבעט אדער אויפגעהערט ארבעטן אין די לעצטע 3 מאנאטן? ניין יא / דאטום / נאמען פון ארבעטסגעבער: אויב יא: אייער לעצטע ארבעט איז געווען:

3. זענט איר אדער איינער וואס געבט זיך איין א סטודענט אין א וואוקעישאנעל, אנדערגראדזשועט, אדער גראדזשועט פראגראם? ניין יא גראדזשועט נאמען פון סטודענט: אויב יא: פול טיים פארט טיים אנדערגראדזשועט גראדזשועט

4. דארפט איר באצאלן פאר טשיילדקעיר (אדער פאר די קעיר פון א דיסעילד ערוואקסענע) כדי צו ארבעטן אדער גיין אין שולע? ניין יא

קינד'ס/ערוואקסענע'ס נאמען: וויפיל? \$ ווי אפט? (וועכנטליך, יעדע צוויי וואכן, מאנאטליך)

קינד'ס/ערוואקסענע'ס נאמען: וויפיל? \$ ווי אפט? (וועכנטליך, יעדע צוויי וואכן, מאנאטליך)

קינד'ס/ערוואקסענע'ס נאמען: וויפיל? \$ ווי אפט? (וועכנטליך, יעדע צוויי וואכן, מאנאטליך)

5. אויב איר זענט נישט בארעכטיגט פאר Medicaid דעקונג, קענט איר מעגליך נאכאלץ זיין בארעכטיגט פאר Family Planning Benefit Program (פאמיליע פלאנירן בענעפיט פראגראם). זענט איר אינטערעסירט אין באקומען דעקונג בלויז פאר פאמיליע פלאנירן סערוויסעס? ניין יא

6. זענט איר אדער אייער מאן/ווייב / אנדערע עלטערן געפאדערט צו באצאלן געריכט פארארדענעטע סופארט? ניין יא ווער וויפיל? \$

אפטיילונג D העלט אינשורענס

איר און אייער פאמיליע קענען זיין בארעכטיגט אפילו אויב איר האט אנדערע העלט אינשורענס.

1. האט איינע פון די וואס געבן זיך איין Medicare? ניין יא **שיקט באווייז**
אויב יא, שיקט מיט א קאפיע פון אייער קארטל (רויט, ווייס און בלוי קארטל), פאר יעדער וואס באקומט Medicare. פולט אויס די רעשטע פון די אפליקאציע און פולט אויס ביילאגע A.

אויב נישט, און איר האט כראנישע רענאל פעלונג (ענדע שטאפל רענאל קראנקייט, ESRD) אדער אמיאטראפישע לאטעראל סקלעראסיס (ALS), אדער איר זענט 65 יאר אלט אדער עלטער, אדער ווערט 65 יאר אין די קומענדיגע דריי מאנאטן, און האט נישט קיין Medicare, מוזט איר זיך איינגעבן פאר Medicare און ווייזן באווייז פון אפליקאציע. געוויסע מענטשן זענען געפאדערט זיך איינצוגעבן פאר Medicare אלס א באדינגונג פון בארעכטיגקייט פאר Medicaid. ביטע קוקט אויף בלעטער 2 און 3 (אפטיילונג D) פאר נאך אינפארמאציע אנבאלאנגט בארעכטיגקייט פאדערונגען.

באמערקונג: אויב איר געבט זיך איין בלויז פאר Medicare Savings Program (MSP), גייט צו אפטיילונג G. איר דארפט נישט אויספולן ביילאגע A.

2. האט איינע פון די וואס געבן זיך איין אנדערע קאמערשעל העלט אינשורענס, אריינגערעכנט לאנג טערמיניגע קעיר אינשורענס? ניין יא **שיקט באווייז**

אויב יא, מוזט איר שיקן א קאפיע פון די צוויי זייטן פון די אינשורענס קארטלעך מיט דעם אפליקאציע.

נאמען פון אינשורירטע (הויפט):

מענטשן געדעקט:

פרייז פון פאליסי:

ענדע דאטום פון דעקונג, אויב ענדיגט זיך באלד
מאנאט / טאג / יאר

3. טוט אייער יעצטיגע ארבעט צושטעלן העלט אינשורענס? מיר וועלן מעגליך קענען העלפן באצאלן פאר דעם. ניין יא

אויב יא, וועט א "פארלאנג פאר אינפארמאציע ארבעטסגעבער געצאלטע העלט אינשורענס" בויגן געשיקט ווערן צו אייך.

אפטיילונג E וואוינארט אויסגאבן:

1. מאנאטליכע וואוינארט באצאלונגען אזויווי רענט אדער מארטגעדזש, אריינגערעכנט פראפערטי שטייער (בלויז אייער טייל) \$

2. אויב איר צאלט באזונדער פאר וואסער וויפיל צאלט איר? \$ **שיקט באווייז**

ווי אפט צאלט איר? יעדע מאנאט 2 מאל א יאר יעדע פערטל יאר (4 מאל א יאר) איינמאל א יאר

3. באקומט איר אומזיסטע וואוינונג אלס טייל פון אייער באצאלט? ניין יא

אפטיילונג F בלינד, דיסעיבלד, כראניש קראנק אדער נורסינג היים קעיר

די פראגעס העלפן אונד באשליסן וועלכע פראגראם איז דאס בעסטע פאר יעדע אפליקאנט.

אויב קיינער איז נישט בלינד, דיסעיבלד, כראניש קראנק אדער אין א נורסינג היים **שטעלט זיך אפ** ביטע גייט צו אפטיילונג G.

1. זענט איר, אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך און געבט זיך איין, אין א רעזידענשאל באהאלדונג פאסיליטעט אדער באקומט נורסינג היים קעיר אין א שפיטאל, נורסינג היים אדער אנדערע מעדיצינישע אנשטאלט? ניין יא

2. זענט איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך בלינד, דיסעיבלד אדער כראניש קראנק? ניין יא

באמערקונג: אויב איר געבט זיך איין בלויז פאר די Medicare Savings Program (MSP), גייט צו אפטיילונג G. איר דארפט נישט אויספולן ביילאגע A.

<p>1. האט איינע פון די וואס געבן זיך איין באצאלטע אדער נישט באצאלטע מעדיקעל אדער פרעסקריפשען בילס פאר די מאנאט אדער די לעצטע דריי מאנאטן איידער די מאנאט? Medicaid וועט מעגליך קענען באצאלן די בילס אדער אייך פארגוטן?</p> <p>אויב יא, רעכנט אויס: אין וועלכע מאנאט(ן) פון די פריערדיגע דריי מאנאטן האט איר מעדיקעל בילס?</p> <p>שיקט באווייזן שיקט באווייזן פון איינקומפט פאר סיי וועלכע מאנאט אין די לעצטע דריי-מאנאט צייט אפשניט פאר וועלכע איר האט די בילס. אויב איר האט באצאלטע מעדיקעל בילס פאר וועלכע איר זוכט פארגוטיגונג, מוזט איר שיקן קאפיעס און באווייזן פון באצאלונג.</p>	<p><input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא</p>	<p>2. האט איר, אדער איינער וואס געבט זיך איין, נישט באצאלטע מעדיקעל בילס אדער פרעסקריפשען בילס פון איידער די פריערדיגע דריי מאנאטן?</p> <p>3. האט איר, אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך און געבט זיך איין מיט אייך, זיך אריבערגעצויגן צו דעם קאונטי פון אן אנדערע סטעיט אדער ניו יארק סטעיט קאונטי דערין די פארגאנגענע דריי מאנאטן?</p> <p>4. האט איינע פון די וואס געבן זיך איין אן אנגייענדע געריכט קעיס צוליב קערפערליכע שאדן?</p> <p>5. האט איינע פון די וואס געבן זיך איין א ארבעטערס' פארגוטיגונג קעיס אדער א וואונד, קראנקהייט, אדער דיסאביליטי וואס איז פאראורזאכט געווארן דורך א צווייטן (וואס קען ווערן געדעקט דורך אינשורענס)?</p>
---	--	--

אפטיילונג H עלטערן אדער מאן/ווייב וועלכע וואוינט נישט מיט די פאמיליע אדער איז געשטארבן

שוואנגעדיגע אפליקאנטן און פאמיליעס וואס געבן זיך איין בלויז פאר זייער קינדער זענען נישט געפאדערט צו אויספולן דעם אפטיילונג. אלע אנדערע מענטשן וואס געבן זיך איין זענען 21 יאר אלט אדער עלטער מוזן זיין וויליג צוזושטעלן אינפארמאציע איבער אן עלטערן פון א מינדעריעריגע וואס געבט זיך איין אדער א מאן/ווייב וואס וואוינט אינדרויסן פון שטוב צו זיין בארעכטיגט פאר העלט אינשורענס, אויסער אויב עס איז דא א גוטע סיבה. קינדער קענען נאכאלץ זיין בארעכטיגט אפילו אויב אן עלטערן איז נישט וויליג צוזושטעלן די אינפארמאציע. אויב איר פארקט פיזישע אדער עמאשאנעל שאדן אלס א רעזולטאט פון מיטטיילן די אינפארמאציע וועגן אן עלטערן אדער מאן/ווייב וואס וואוינט נישט אין שטוב, קענט איר זיין באפרייט פון צושטעלן די אינפארמאציע. דאס ווערט אנגערופן גוטע סיבה. איר וועט מעגליך ווערן געבעטן צו ווייזן אז איר האט א גוטע סיבה דאס צו פארקטן.

<p>1. איז די מאן/ווייב אדער עלטערן פון איינער וואס געבט זיך איין געשטארבן? (אויב מאן/ווייב אדער עלטערן איז געשטארבן גייט צו פראגע 3.)</p>	<p><input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא</p>	<p>2. וואוינט דער עלטערן פון איינע פון די קינדער וואס געבן זיך איין אינדרויסן פון שטוב? (אויב נישט, גייט צו פראגע 3.)</p> <p>אויב איר פארקט פיזישע אדער עמאשאנעל שאדן אויב איר שטעלט צו אינפארמאציע וועגן אן עלטערן וואס וואוינט נישט אינדערהיים, צייכנט דאס קעסטל <input type="checkbox"/>.</p>
<p>קינד'ס נאמען:</p> <p>נאמען פון עלטערן וואס וואוינט אינדרויסן פון שטוב</p> <p>יעצטיגע אדער לעצטע באוואוסטע אדרעס:</p> <p>גאס: _____ סטי/סטעיט: _____</p> <p>דאטום פון געבורט (אויב באקאנט): _____ / _____ / _____</p> <p>SSN (אויב באקאנט): _____</p>	<p>נאמען פון עלטערן וואס וואוינט אינדרויסן פון שטוב</p> <p>יעצטיגע אדער לעצטע באוואוסטע אדרעס:</p> <p>גאס: _____ סטי/סטעיט: _____</p> <p>דאטום פון געבורט (אויב באקאנט): _____ / _____ / _____</p> <p>SSN (אויב באקאנט): _____</p>	<p>3. איז איינער וואס געבט זיך איין נאכאלץ פארהייראט מיט איינער וואס וואוינט אינדרויסן פון שטוב?</p> <p>אויב איר פארקט פיזישע אדער עמאשאנעל שאדן אויב איר שטעלט צו אינפארמאציע וועגן א מאן/ווייב וואס וואוינט נישט אינדערהיים, צייכנט דאס קעסטל <input type="checkbox"/>.</p>
<p>לעגאלע נאמען פון מאן/ווייב וואס וואוינט אינדרויסן פון שטוב:</p> <p>נאמען פון עלטערן וואס וואוינט אינדרויסן פון שטוב</p> <p>יעצטיגע אדער לעצטע באוואוסטע אדרעס:</p> <p>גאס: _____ סטי/סטעיט: _____</p> <p>דאטום פון געבורט (אויב באקאנט): _____ / _____ / _____</p> <p>SSN (אויב באקאנט): _____</p>	<p>נאמען פון עלטערן וואס וואוינט אינדרויסן פון שטוב</p> <p>יעצטיגע אדער לעצטע באוואוסטע אדרעס:</p> <p>גאס: _____ סטי/סטעיט: _____</p> <p>דאטום פון געבורט (אויב באקאנט): _____ / _____ / _____</p> <p>SSN (אויב באקאנט): _____</p>	<p>אויב איר פארקט פיזישע אדער עמאשאנעל שאדן אויב איר שטעלט צו אינפארמאציע וועגן א מאן/ווייב וואס וואוינט נישט אינדערהיים, צייכנט דאס קעסטל <input type="checkbox"/>.</p>

אויב איר באקומט שוין Medicare, שטעלט זיך אפ היפט איבער דעם אפטיילונג.

וויכטיג: מערסטנס מענטשן מיט Medicaid דארפן אויסוועלן א העלט פלאן; אויב איר וועלט נישט אויס א העלט פלאן וועט איר אוטאמאטיש ווערן איינגעשריבן אין איינס אויסער אויב עס ווערט באשטימט אז איר דארפט נישט. אויב איר דארפט אינפארמאציע וועגן וועלכע פלענער זענען אוועילעבל אין אייער קאונטי, וועלכע פלענער אייער דאקטער איז אין און אויב איר מוזט זיך אנשליסן, ביטע רופט New York Medicaid CHOICE אויף 1-800-505-5678. איר קענט אויך רופן אדער באזוכן אייער לקאלע דעפארטמענט פאר סאושעל סערוויסעס. אויב איר וויסט שוין וועלכע פלאן איר ווילט, נוצט דעם אפטיילונג פאר אייער פלאן אויסוואל.

באמערקונג: אויב איר אדער פאמיליע גלידער ווערן בארעכטיגט פאר Medicaid, וועט איר ווערן איינגעשריבן אין די העלט פלאן וואס איר וועלט אויס. אויב איר זענט אן אמעריקאנער/אלאסקא נעטיוו זענט איר נישט געפאדערט זיך אנצושליסן אין א העלט פלאן; איר קענט אונז זאגן אז איר ווילט נישט זיין א טייל פון א העלט פלאן דורך רופן אדער שרייבן צו אייער לאקאלע דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס אדער דורך צייכענען דעם קעסטל .

לעגאלע לעצטע נאמען	לעגאלע ערשטע נאמען	דאטום פון געבורט	סאושעל סעקיורטי נומער	נאמען פון העלט פלאן אין וועלכע איר שרייבט זיך אין	דאקטער וואס איר ווילט אדער העלט סענטער (פרייוויליג) צייכנט דעם קעסטל אויב יעצטיגע פראוויידער	OB/GYN (אויב איר ווילט)
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	

איך בין איינשטימיג אז די אינפארמאציע אויף דעם אפליקאציע און אויף די יערליכע באנייאונג זאל ווערן מיטגעטיילט בלויז מיט Medicaid, די העלט פלענער אויסגעריכט אין אפטיילונג I, די ארטיגע דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס, און די ארגאניזאציע וואס שטעלט צו די אפליקאציע הילף. איך ערלויב אויך צו מיטטיילן די אינפארמאציע מיט סיי וועלכע שולע-באזירטע העלט סענטער וואס שטעלט צו סערוויסעס צו די אפליקאנט(ן). איך פארשטיי אז די אינפארמאציע ווערט מיטגעטיילט פאר די ציל פון באשטימען בארעכטיגקייט פון די מענטשן וואס געבן זיך איין פאר Medicaid, אדער צו אפשאצן די ערפאלג פון די פראגראמען. יעדע ערוואקסענע וואס געבט זיך איין מוז אונטערשרייבן די אפליקאציע אין די אנגעגעבענע ארט אונטן.

איך האב געליינט און פארשטיי די טערמינען, רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן אנטהאלטן אין די אפליקאציע בוך אויפ'ן נעקסטן בלאט. איך באשטעטיג אונטער שטראף פון פערדזשורי אז אלס אויף די אפליקאציע איז ריכטיג ווי ווייט איך ווייס.

אונטערשריפט פון ערוואקסענע אפליקאנט אדער באפולמעכטיגטע פארשטייער פארן אפליקאנט	דאטום
אונטערשריפט פון ערוואקסענע אפליקאנט אדער באפולמעכטיגטע פארשטייער פארן אפליקאנט	דאטום

העלט קעיר פראקסי

דער ניו יארק העלט קעיר פראקסי געזעץ ערלויבט אייך צו אויסוועלן איינעם וואס איר געטרויעט צו מאכן העלט קעיר באשלוסן פאר אייך אויב איר קענט זיי נישט מאכן אליינס. דער מענטש ווערט אנגערופן א העלט קעיר אגענט. איר קענט לערנען מער איבער דער ניו יארק סטעיט העלט קעיר פראקסי געזעץ און באקומען די בויגן פאר א העלט קעיר אגענט (פראקסי בויגן) אויפ'ן ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו העלט וועבסייט אויף: www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy

צו באקומען א קאפיע פון די בויגן אויף פאסט, רופט דער ניו יארק סטעיט Medicaid הילף ליניע אויף 1-800-541-2831.

טערמינען, רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן

אושעל סעקיריטי נומער (SSN)

SSN'ס זענען געפאדערט פאר אלע אפליקאנטן, אויסער אויב דער מענטש איז א נישט-קוואליפיצירטע נישט-בירגער. איך פארשטיי אז דאס איז געפאדערט לויט פעדעראלע געזעץ אויף 42 U.S.C. 1320b-7 (a) און דורך Medicaid רעגולאציעס אויף 435.910 CFR 42. זענען נישט געפאדערט פאר פאמיליע מיטגלידער וואס געבן זיך נישט איין פאר בענעפיטן. אויב מיין בארעכטיגקייט ווענדט זיך אויף די צאל הילפסמיטלען געאייגנט דורך מיין מאן/ווייב, קענען הילפסמיטלען ווערן באשטעטיגט אויב מיין מאן/ווייב'ס SSN ווערט צוגעשטעלט. SSN'ס ווערן גענוצט אין פיל וועגן, סיי אין ארטיגע דעפארטמענט פון שאושעל סערוויסעס (DSS) און צווישן די DSS און פעדעראלע, סטעיט, און ארטיגע אגענטורן, סיי אין ניו יארק און אנדערע יוריסדיקציעס. געוויסע נוצן פון SSN'ס זענען: צו איבערקוקן אידענטיטעט, צו אידענטיפיצירן און באשטעטיגן פארדינטע און נישט פארדינטע איינקומפט, צו זען אויך נישט-קאסטאדיעלע עלטערן קענען באקומען העלט אינשורענס דעקונג פאר זייער קינד(ער), צו זען אויב אפליקאנטן קענען באקומען מעדיקעל סופארט, צו זען אויב אפליקאנטן קענען באקומען געלט אדער אנדערע הילף, און צו באשטעטיגן הילפסמיטלען פאר אפליקאנטן און זייער נישט-איינגעבנדע מאן/ווייב. SSN'ס קענען אויך גענוצט ווערן פאר אידענטיפיקאציע פון די דערהאלטער דערין און צווישן צענטראלע רעגירונגס Medicaid אגענטורן צו פארזיכערן אז פאסיגע סערוויסעס ווערן געמאכט פאר'ן דערהאלטער.

בלויז פאר Medicaid אפליקאנטן

- ארויסלאז פון עדיוקעישנעל רעקארדס איך געבן ערלויבעניש פאר די לאקאלע דעפארטמענט פון שאושעל סערוויסעס און ניו יארק סטעיט צו באקומען סיי וועלכע אינפארמאציע אנבאלאנגט די עדיוקעישנעל רעקארדס פון מיינע קינד(ער), וואס זענען אויסגערעכנט דא, נויטיג צו באקומען Medicaid פארגוטיונג פאר געזונטהייט-פארבינדענע עדיוקעישנעל סערוויסעס, און צו געבן פאר די פאסיגע פעדעראלע רעגירונגס אגענטור צוטריט צו די אינפארמאציע פאר די איינציגסטע סיבה פון איבערקוקן (אודיט).
- אירלי אינטערווענשאן פראגראם אויב מיין קינד איז אפגעשאצט פאר אדער נעמט אנטויל אין די ניו יארק סטעיט אירלי אינטערווענשאן פראגראם, דאן גיב איך ערלויבעניש פאר די ארטיגע דעפארטמענט פון שאושעל סערוויסעס און פאר ניו יארק סטעיט צו מיטטיילן מיין קינד'ס Medicaid בארעכטיגקייט אינפארמאציע מיט מיין קאונטי אירלי אינטערווענשאן פראגראם פאר די צוועק אז זיי זאלן קענען בילן (נעמען געלט פון) מעדיקעיד.
- פארגוטיונג פון מעדיקעל אויסגאבן איך פארשטיי אז איך האב א רעכט אלס טייל פון מיין Medicaid אפליקאציע, אדער שפעטער, צו פארלאנגען פארגוטיונג פון אויסגאבן וואס איך האב באצאלט פאר געדעקטע מעדיקעל קעיר, סערוויסעס און געצייגן דערהאלטן דורכאויס די דריי מאנאטיגע צייט אפשינט איידער די מאנאט פון מיין אפליקאציע. נאך די דאטום פון מיין אפליקאציע און ענדיגדיג אויפ'ן דאטום וואס איך האב באקומען מיין Medicaid בענעפיט קארטל (באקאנטע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל, CBIC), פארשטיי איך אז פארגוטיונג פון מעדיקעל נויטיגע געדעקטע מעדיקעל קעיר, סערוויסעס און געצייגן וועט נאר זיין אוועילעבל אויב באקומען פון Medicaid איינגעשריבענע פראוויידערס און אז פארגוטיונג איז באגרעניצט צו נישט מער ווי די Medicaid ראטע אדער פרייז גילטיג אין די צייט פון סערוויס, אפילו אויב איך האב באצאלט מער. איך פארשטיי אז איינמאל איך באקום מיין Medicaid (CBIC) בענעפיט קארטל, מוז איך באזוכן בלויז Medicaid איינגעשריבענע פראוויידערס אדער נאטווארק פראוויידערס פון מיין Medicaid מענעדזשד קעיר פלאן צו באקומען געדעקטע קעיר און סערוויסעס, אז מיין פראוויידער מוז אריינגעבן א קלעים צו Medicaid אדער מיין Medicaid מענעדזשד קעיר פלאן צו ווערן באצאלט פאר מעדיציניש נויטיג סערוויסעס און אז קיין פארגוטיונג וועט נישט געגעבן ווערן פאר אויסגאבן וואס איך האב נאך דעם דאטום און באצאל פאר מיר אליינס.

דורך אויספולן און אונטערשרייבן דעם אפליקאציע, געב איך זיך איין פאר Medicaid. איך פארשטיי אז די אפליקאציע און אנדערע שטיצע אינפארמאציע וועט געשיקט ווערן צו די פראגראם(ען) פאר וועלכע איך וויל זיך איינשרייבן. איך בין איינשטימיג ארויסצולאזן פערזענליכע און פינאנציעלע אינפארמאציע פון דעם אפליקאציע און סיי וועלכע אנדערע אינפארמאציע נויטיג צו באשטימען בארעכטיגקייט פאר די פראגראמען. איך פארשטיי אז איך קען געבעטן ווערן מער אינפארמאציע. איך בין איינשטימיג צו זאפארט איבערגעבן סיי וועלכע ענדערונגען צו די אינפארמאציע אויף דעם אפליקאציע.

- איך פארשטיי אז איך מוז צושטעלן די נויטיגע אינפארמאציע וואס מען דארף צו אויפווייזן מיין בארעכטיגקייט פאר יעדע פראגראם. אויב איך האב נישט געקענט באקומען די אינפארמאציע פאר Medicaid, וועל איך עס איבערגעבן פאר'ן לאקאלע דעפארטמענט פון שאושעל סערוויסעס. די לאקאלע דעפארטמענט פון שאושעל סערוויסעס וועט מעגליך קענען העלפן באקומען די אינפארמאציע.
- אויב איך געב זיך איין ביי א פלאץ אנדערש ווי אן ארטיגע דעפארטמענט פון שאושעל סערוויסעס, זון מיינע קינדער ווערן נישט בארעכטיגט פאר Medicaid צונדיג די אפליקאציע, קען איך זיך פארבינדן מיט די לאקאלע דעפארטמענט פון שאושעל סערוויסעס צו זען אויב מיינע קינדער זענען בארעכטיגט פאר Medicaid אויף אן אנדערע באזיס.
- איך פארשטיי אז ארבעטערס פון די פראגראם, פאר וועלכע פאמיליע מיטגלידער אדער איך האב זיך איינגעגעבן, קענען איבערקוקן די אינפארמאציע וואס איך האב געגעבן פאר די אפליקאציע. די אגענטורן וועלכע פירן די פראגראמען וועלן האלטן די אינפארמאציע אין געהיים לויט 42 U.S.C. 1396a (a) (7) און 431.300-431.307 CFR 42, און אנדערע פעדעראלע און סטעיט געזעצן און רעגולאציעס.
- איך פארשטיי אז Medicaid, וועט נישט באצאלן מעדיקעל אויסגאבן וואס אינשורענס אדער אן אנדערע מענטש דארף באצאלן, און אז אויב איך געבן זיך איין פאר Medicaid, געב איך איבער פאר'ן אגענטור אלע מיינע רעכטן צו נאכגיין און באקומען מעדיקעל סופארט פון א מאן/ווייב אדער עלטערן פון מענטשן אונטער 21 יאר און מיין רעכט צו נאכגיין און באקומען דריטע פארטיי באצאלונגען פאר די גאנצע צייט וואס איך באקום די בענעפיטן.
- איך וועל פיילן סיי וועלכע קלעיינס פאר העלט אדער עקסידענט אינשורענס בענעפיטן אדער אנדערע הילפסמיטלען פאר וועלכע איך בין בארעכטיגט. איך פארשטיי אז איך האב די רעכט צו פארלאנגען א גוטע סיבה נישט צו מיטארבעטן אין נוצן העלט אינשורענס אויב איר באנוץ קען פאראורזאכן שאדן צו מיינ געזונט אדער זיכערהייט אדער דאס געזונט און זיכערהייט פון איינער וואס איך בין געזעצליך פאראנטווארליך פאר.
- איך פארשטיי אז מיין בארעכטיגקייט פאר Medicaid וועט נישט זיין אפעקטירט דורך מיין ראסע, קאליר, אנדער נאציאנאלע אפשטאם. איך פארשטיי אויך אז ווענדדיג אין די פאדערונגען פון די פראגראם, קען מיין עלטער, דיסאביליטי אדער בירגערשאפט שפילן א ראלע און אויב איך ווער בארעכטיגט אדער נישט.
- איך פארשטיי אז אויב מיין קינד איז אויף Medicaid, קענען זיי באקומען ברייטע הויפט און פארמיידנדע קעיר, אריינגערעכנט אלע נויטיגע באהאנדלונגען דורך די קינד/יוגנטליכער געזונטהייט פראגראם. איך קען באקומען מער אינפארמאציע איבער די פראגראם פון די לאקאלע דעפארטמענט פון שאושעל סערוויסעס.
- איך פארשטיי אז איינער וואס ווייסט און זאגט ליגנט אדער באהאלט די אמת כדי צו באקומען סערוויסעס פון פראגראמען באגיט א פארברעכן און איז אויסגעשטעלט צו פעדעראלע און סטעיט שטראפן און קען דארפן צוריקצאלן די סומע פון בענעפיטן באקומען און צאלן ציווילע שטראף געלט. דער ניו יארק סטעיט דעפארטמענט פון שטייער און פינאנס האט די רעכט צו איבערקוקן איינקומפט אינפארמאציע אויף דעם בויגן.

Medicaid מענדעזשד קעיר

איך האב געליינט וויאזוי צו אויסגעפונען וועלכע Medicaid מענדעזשד קעיר העלט פלאנער זענען אוועילעבל פאר מיר אין מיין קאונטי. איך פארשטיי אז אויב איך, און סיי וועלכע מיטגלידער פון מיין פאמיליע וועלכע געבן זיך איין, ווערן בארעכטיגט פאר Medicaid און זענען געפאדערט צו זיין אין א מענדעזשד קעיר העלט פלאן, וועל איך און סיי וועלכע בארעכטיגטע פאמיליע מיטגלידער וועלכע האבן זיך איינגעגעבן, וועלן ווערן איינגעשריבן אין די העלט פלאן וואס איך וועל אויס.

איך האב געליינט וויאזוי צו אויסגעפונען די רעכטן און בענעפיטן וואס איך וועל האבן אלס א מיטגליד פון א מענדעזשד קעיר העלט פלאן און די בענעפיט באגרעניצונגען פון מענדעזשד קעיר מיטגלידערשאפט. איך פארשטיי אז אין Medicaid מענדעזשד קעיר, מוז איך אויסוועלן א פריימער קעיר פראוויידער (PCP) און אז איך וועל האבן אן אויסוואל פון כאטש דריי PCP'ס אין מיין העלט פלאן. איך פארשטיי אז איינמאל איך שרייב זיך איין צו א העלט פלאן, וועל איך דאפן נוצן מיין PCP און אנדערע פראוויידערס אין מיין העלט פלאן אויסער אין עטליכע ספעציעלע אומשטענדן.

איך פארשטיי אז אויב א קינד ווערט געבוירן צו מיר בשעת איך בין א מיטגליד פון א Medicaid מענדעזשד קעיר העלט פלאן, וועט מיין קינד ווערן איינגעשריבן אין די זעלבע העלט פלאן ווי מיינס.

ארויסלאז פון מעדיקעל אינפארמאציע

איך ערלויב ארויסצולאזן סיי וועלכע מעדיקעל אינפארמאציע וועגן מיר און סיי וועלכע מיטגליד פון מיין פאמיליע פאר וועם איך קען געבן ערלויבעניש:

- דורך מיין PCP, אדער אנדערע העלט קעיר פראוויידער אדער דער ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו העלט (NYSDOH) צו מיין העלט פלאן און אנדערע העלט קעיר פראוויידערס פארמישט און קעיר'ן פאר מיר און מיין פאמיליע, ווי לאגיש נויטיג פאר מיין העלט פלאן אדער מיינע פראוויידערס צו אויספירן באהאנדלונגען, באצאלט, אדער העלט קעיר אפעראציעס. דאס קען אריינרעכענען אפטייק און אנדערע מעדיקעל קלעימס אינפארמאציע נויטיג צו העלפן מענדעזש'ן מיין קעיר;
 - דורך מיין העלט פלאן און מיין העלט קעיר פראוויידערס צו NYSDOH און אנדערע באפולמעכטיגטע פעדעראלע, סטעיט, און ארטיגע אגענטורן פאר צוועקן פון אויספירן די Medicaid פראגראמען; און
 - דורך מיין העלט פלאן צו אנדערע מענטשן אדער ארגאניזאציעס, ווי לאגיש נויטיג פאר מיין העלט פלאן צו אויספירן באהאנדלונגען, באצאלט, אדער העלט קעיר אפעראציעס.
- איך בין אויך איינשטימיג אז די אינפארמאציע וואס ווערט ארויסגעגעבן פאר באהאנדלונג, באצאלט און העלט קעיר אפעראציעס קען אריינרעכענען HIV, גייסטישע געזונטהייט אדער אלקאהאל און סובסטאנץ אביז אינפארמאציע וועגן מיר און מיטגלידער פון מיין פאמיליע לויט וויפיל עס איז ערלויבט דורך די געזעץ, ביז איך נעם צוריק דעם ערלויבעניש.
- אויב מער ווי איין ערוואקסענע אין די פאמיליע שליסט זיך אן אין א Medicaid העלט פלאן, דאן דארף מען די אונטערשריפט פון יעדע ערוואקסענע וואס געבט זיך איין כדי צו קענען ארויסלאזן די אינפארמאציע.

מעלדונג פון נאנדיסקרימינאציע פאליסי

די ניו יארק סטעיט אוו העלט קומט נאך אלע גילטיגע פעדעראלע ציווילע רעכטן געזעצן און סטעיט געזעצן און דיסקרימינירט נישט באזירט אויף ראסע, קאליר, נאציאנאלע אפשטאם, קריד'רעליגיע, מין, עלטער, הייראטאפאמיליע סטאטוס, דיסאביליטי, ארעסט רעקארד, קרימינאלע קאנויקשאן(ס), דזשענדער אידענטיטעט, געשלעכטליכע אריענטאציע, פרידיספאזינג גענעטישע כאראקטעריסטיקס, מיליטערישע סטאטוס, דאמעסטישע געוואלדטאטן וויקטימס סטאטוס און/אדער נקמה.

אויב איר גלויבט אז דער ניו יארק Medicaid פראגראם האט דיסקרימינירט קעגן אייך, קענט איר אריינגעבן א קלאגע דורך גיין צו: http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ אדער, דורך אימעיל'ן די דייווערסיטי מענדעזשמענט אפיס אויף DMO@health.ny.gov.

איר קענט אויך אריינגעבן א ציווילע רעכטן קלאגע מיט די U.S. דעפארטמענט אוו העלט און הוימען סערוויסעס, אפיס פון ציווילע רעכטן עלעקטראניש אויף:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> אדער דורך פאסט אדער טעלעפאן צו U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 800-368-1019 (TTY 800-537-7697). קלאגע בויגנס זענען אוועילעבל אויף <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

זושטעלונגען

די ניו יארק Medicaid פראגראם שטעלט צו אומזיסטע הילף און סערוויסעס פאר מענטשן מיט דיסאביליטיס צו קענען גוט קאמיוניקירן מיט אונז, אזוי ווי:

- TTY דורך NY רילע סערוויס
- אויב איר זענט בלינד אדער ערנסט זע-קראפט באגרעניצט און דארפט מעלדונגען אדער אנדערע געשריבענע מאטריאלן אויף אן אנדערע פארמאט (גרויסע דרוק, אודיא, אדער דאטא CD, אדער ברעיל), און איר וואוינט אין א קאונטי אינדרויסן פון ניו יארק סיטי, ביטע רופט אייער לאקאלע דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס. אויב איר וואוינט אין די פינף באראס פון ניו יארק סיטי, ביטע רופט דער הוימען הילפסמיטלען אדמיניסטראציע'ס אפיס פון קאנסטיטוענט סערוויסעס אויף 212-331-4640. אדער שרייבט עס אין אפטיילונג A אויף בלאט 1 פון דעם אפליקאציע.

דער Medicaid NY פראגראם שטעלט אויך צו אומזיסטע שפראך הילף סערוויסעס פאר מענטשן וועמענס הויפט שפראך איז נישט ענגליש אזויווי:

- קוואליפיצירטע דאלמעטשערס
- געשריבענע אינפארמאציע אין אנדערע שפראכן

אויב איר דארפט די סערוויסעס אדער מער אינפארמאציע אויף לאגישע זושטעלונגען, און איר וואוינט אין א קאונטי אינדרויסן פון ניו יארק סיטי, ביטע רופט אדער באזוכט אייער לאקאלע דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס. אויב איר וואוינט אין די פינף באראס פון ניו יארק סיטי, ביטע רופט דער הוימען הילפסמיטלען אדמיניסטראציע'ס אפיס פון קאנסטיטוענט סערוויסעס אויף 212-331-4640.

צו ווערן אויסגעפילט דורך די מענטש וואס העלפט אייך מיט אייער אפליקאציע

אונטערשריפט פון דער מענטש וועלכער האט ערהאלטן בארעכטיגקייט אינפארמאציע:
X

עמפלויד דורך: (צייכנט איינס) העלט פלאן לאקאלע דעפארטמענטס פון אושעל סערוויסעס
 פראוויידער אגענטור קוואליפירטע קערפערשאפטן

ארבעטסגעבער נאמען:

צו ווערן גענוצט דורך די לאקאלע אושעל סערוויסעס דיסטריקט

בארעכטיגקייט באשטימט דורך:

דאטום:

בארעכטיגקייט באשטעטיגט דורך:

דאטום:

צענטראלע אפיס:

אפליקאציע דאטום:

יוניט ID:

ארבעטער ID:

קעיס נאמען:

דיסטריקט:

קעיס סארט:

קעיס נומער:

גילטיג דאטום:

MA דיספאזיציע סיבה קאוד אפזאג קאוד ארויסציען קאוד

פראקסי:
 ביין יא

רעגיסטראר נומער:

Ver:



**Department
of Health**