



NEW YORK STATE | Department of Health

التأمين الصحي
لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقات وبعض الفئات السكانية الأخرى
المحددة
الطلب

access
NY
health care

بيان السرية إن كل المعلومات التي تقدمها في استمارة الطلب ستبقى سرية. إن الأشخاص الذين سيُسمح لهم بالإطلاع على هذه المعلومات هم فقط المساعدون ووكالات الولاية أو الوكالات المحلية والخطط الصحية التي تحتاج لمعرفة هذه المعلومات لتحديد ما إذا كنت (مقدم الطلب) وأفراد أسرتك مؤهلين أم لا. لا يمكن للشخص الذي يساعدك فيما يتعلق باستمارة الطلب هذه أن يناقش المعلومات مع أي شخص، إلا إذا كان مع أحد المشرفين أو مع وكالات الولاية أو الوكالات المحلية أو الخطط الصحية التي تحتاج إلى هذه المعلومات.

الغرض من استمارة الطلب هذه قم بإكمال هذه الاستمارة إذا كنت تريد أن يغطي التأمين الصحي النفقات الطبية. يمكن استخدام هذه الاستمارة للتقدم لبرنامج Medicaid وبرنامج Family Planning Benefit أو للمساعدة في سداد أقساط التأمين الصحي الخاص بك. يمكنك التقديم لنفسك و/أو بالنيابة عن أفراد أسرتك من الدرجة الأولى الذين يعيشون معك. إذا كنت تحتاج للمساعدة في إكمال هذه الاستمارة بسبب الإعاقة، فقم بالاتصال بالإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتعامل معها. وسيبدلون كل الجهد لتقديم الحلول الملائمة للوفاء باحتياجاتك.

يرجى قراءة كتيب استمارة الطلب بالكامل قبل البدء في ملء استمارة الطلب. يتعين تعبئة استمارة الطلب هذه بالكامل، بما يتضمن الملحق (A) أيضًا إذا كان عمرك لا يقل عن 65 عامًا، و/أو تحمل شهادة بأنك كفيف، و/أو لديك شهادة بأنك مصاب بإعاقة أو كنت محجورًا في إحدى المؤسسات، و/أو إذا كنت تقدم تقدم طلبًا للحصول على تغطية لتكاليف الرعاية التمريضية المنزلية. يشتمل الملحق (A) على أسئلة حول مواردك، مثل الأموال المودعة في البنك أو العقارات التي تمتلكها. تُستخدم استمارة الطلب هذه أيضًا عند التقديم من خلال أحد مقدمي الخدمات، وذلك للأفراد من النساء الحوامل أو دون سن 19 عامًا. إذا كان الطلب يخص امرأة حاملًا أو طفلاً تحت سن 19 عامًا، فيجب إكمال الأجزاء من A إلى G و I و J فقط.

يتعين على أي من المتقدمين بطلبات Medicaid الآخرين أن يتقدموا بطلباتهم من خلال NY State of Health. يمكنك التواصل مع NY State of Health من خلال زيارة موقعهم الإلكتروني على <https://nystateofhealth.ny.gov>، أو عبر الهاتف على الرقم 1-855-355-5777.

عندما ترى الكلمات **ارسل دليل إيجابيات** في استمارة الطلب، فارجع إلى قسم "وثائق لازمة عند التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي" للاطلاع على قائمة بالمستندات الداعمة المقبولة، بالصفحات 4-6.

كيفية الحصول على المساعدة عندما تتقدم بطلب للحصول على تأمين صحي عام، فإفك لا تحتاج إلى زيارة الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية أو أحد المساعدين من أجل إجراء مقابلة، ولكن يمكنك المجيء أو الاتصال بأحد المساعدين من أجل المساعدة في تعبئة استمارة الطلب هذه. يمكنك الحصول على قائمة بالمساعدين من المكان الذي حصلت على هذه الاستمارة منه أو عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-698-4543. يمكنك أيضًا الاتصال بخط المساعدة لدى Medicaid على 1-800-541-2831. كل المساعدات مجانية. **(الخط 1-877-898-5849 لضعاف السمع)** بعد أن تكون قد أكملت استمارة الطلب هذه، يرجى إرسالها/إعادة إرسالها عبر البريد إلى الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية في المقاطعة التي تقيم فيها.

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/dss.htm

القسم A معلومات مقدم الطلب

ينبغي أن تتمكن من الاتصال بالأشخاص المتقدمين للحصول على تأمين صحي. عنوان المنزل هو مكان إقامة الأشخاص المتقدمين للحصول على التأمين الصحي. العنوان البريدي، إن كان مختلفًا، هو المكان الذي نريدنا أن نرسل لك بطاقات التأمين الصحي والإخطارات عن حالتك إليه. كما يمكنك كذلك إخبارنا إذا كنت تريد أن يحصل شخص آخر على معلومات عن حالتك و/أو أن يتمكن من مناقشة حالتك.

القسم B معلومات الأسرة

يُرجى تضمين المعلومات الخاصة بكل الأشخاص الذين يعيشون معك حتى إذا كانوا لن يتقدموا للحصول على تأمين صحي. من المهم أن تُدرج كل الأشخاص الذين يعيشون معك لكي تتمكن من اتخاذ قرار استحقاق صحيح. أدخل الاسم القانوني قبل الزواج، إذا كان هذا ينطبق على الشخص. قم أيضًا بتضمين مدينة وولاية ودولة الميلاد. وإذا كان أحد الأشخاص قد وُلد خارج الولايات المتحدة، فقم بكتابة دولة الميلاد فقط.

- **هل مقدمة الطلب سيدة حامل؟** إذا كان الأمر كذلك، فما الموعد المتوقع لولادة الطفل؟ تساعدنا هذه المعلومات على تحديد عدد أفراد أسرتك. تُحسب السيدة الحامل كأنها شخصان.
- **صلة القرابة بالشخص المذكور في السطر 1.** اشرح صلة قرابة كل شخص بالشخص المدرج في السطر 1 (على سبيل المثال، الزوج، الطفل، الربيب، الأخ، الحفيد، الخ)
- **تنظية الصحة العامة.** إذا كنت، أنت أو أي شخص يعيش معك، مسجلًا بالفعل أو كنت مسجلًا سابقًا في برنامج Medicaid أو برنامج Family Planning Benefit أو أي شكل آخر من أشكال المساعدة العامة مثل برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP)، فنحن نحتاج إلى معرفة هذا البرنامج. أخبرنا أيضًا برقم التعريف الموجود على بطاقة هوية المخصصات بولاية نيويورك.
- **رقم الضمان الاجتماعي.** ينبغي تقديم رقم الضمان الاجتماعي لكل الأشخاص المتقدمين، إذا كان الشخص يمتلك رقمًا. وإذا كان الشخص ليس لديه رقم ضمان اجتماعي، فقم بترك هذا المربع فارغًا.
- **حالة المواطنة والهجرة.** هذه المعلومة مطلوبة فقط في حالة الأشخاص المتقدمين للحصول على تأمين صحي فقط. لتكون مستحقًا للاستفادة من التأمين الصحي، يجب أن يكون الأشخاص الذين يبلغ عمرهم 19 فأكثر مواطنين أمريكيين أو متواجدين بصورة قانونية. إذا لم تتمكن من التحقق من جنسيتك الأمريكية والهوية إلكترونيًا من خلال قواعد البيانات الفيدرالية، فنحتاج إلى الاطلاع على مستندات الجنسية الأمريكية والهوية. يُرجى الاتصال بالإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتعامل معها أو الاتصال برقم 1-800-698-4543 لمعرفة أين يمكنك تقديم هذه الوثائق. يُرجى ملاحظة أنه إذا كنت ملتحقًا ببرنامج Medicare أو تتلقى الدعم من خدمة الضمان الاجتماعي لذوي الإعاقة لكنك ما زلت غير مؤهل للاستفادة من برنامج Medicare، فمن غير الضروري تقديم وثيقة المواطنة أو تحديد الهوية الخاصة بك.
- **المجموعة العرقية/الإثنية.** هذه المعلومات اختيارية وستساعد على التأكد من أن كل الناس يمكنهم الوصول إلى البرامج. إذا قمت بملء هذه المعلومات، فاستخدم الرمز الظاهر في الاستمارة الذي يصف الخلفية العرقية أو الإثنية لكل شخص بالشكل الأمثل. ويمكنك تحديد أكثر من خيار واحد.

القسم C

دخل الأسرة (الأموال المتلقاة)

في هذا القسم، قم بإدراج كل أنواع الدخل (الأموال المتلقاة) والمبالغ المتلقاة من قبل الأشخاص الذين أدرجتهم في القسم B.

- يُرَجى إخبارنا بالمبلغ الذي تجنيه قبل خصم الضرائب.
- إذا لم يكن هناك أموال تدخل لمنزلك، فاشرح كيف تسدد نفقات معيشتك، مثل نفقات الطعام والسكن.
- نحتاج إلى معرفة ما إذا كنت قد غيرت وظيفتك أو ما إذا كنت طالبًا.
- كما نحتاج إلى معرفة ما إذا كنت تسدد مدفوعات لشخص أو مكان آخر، مثل مركز رعاية نهارية، في مقابل رعاية أطفالك أو زوجك (زوجتك) المعاق (المعاقبة) أو أحد والديك المصاب بالإعاقة بينما تعمل أو تذهب إلى المدرسة. إذا كان الأمر كذلك، نحتاج لمعرفة قيمة ما تدفعه. قد تتمكن من خصم بعض المبالغ التي تدفعها بخصوص هذه التكاليف من المبلغ الذي نحسبه ليمثل دخلك.



القسم D

التأمين الصحي

من المهم إخبارنا إذا كان أي شخص من الأشخاص المتقدمين يغطيه أو يمكن أن يغطيه التأمين الصحي الخاص بشخص آخر. في حالة بعض المتقدمين، يمكننا خصم المبلغ الذي تدفعه مقابل التأمين الصحي من المبلغ الذي نحسبه ليمثل دخلك؛ أو قد تتمكن من دفع التكلفة الخاصة بقسط التأمين الصحي الخاص بك إذا قررنا أنها اقتصادية. قد تتمكن من المساعدة في سداد أقساط التأمين الصحي إذا كان لديك أو يمكنك الحصول على تأمين من خلال وظيفتك. سنحتاج لجمع المزيد من المعلومات عن التأمين وسنرسل إليك استبيانًا بخصوص التأمين.

القسم E

نفقات السكن

اكتب التكلفة الشهرية للسكن الخاص بك. يتضمن هذا الإيجار أو مدفوعات الرهن العقاري الشهرية أو أي صورة أخرى من صور المدفوعات الخاصة بالسكن. إذا كان عليك مدفوعات رهن عقاري، فقم بتضمين ضرائب الملكية في مبلغ الرهن العقاري الذي تخبرنا به. إذا كنت تقوم بمشاركة نفقات السكن الخاصة بك أو تتلقى العون لدفع الإيجار، فيُرَجى أن تُخبرنا فقط بالمبلغ الذي تسدده أنت بخصوص الإيجار أو الرهن العقاري. إذا كنت تقوم بسداد مبلغ محدد مقابل الماء، فأخبرنا بالمبلغ الذي تدفعه وبمدى تكرار عملية الدفع.

القسم F

كيفية أو معاق أو مريض بمرض مزمن أو في حاجة للرعاية التمريضية المنزلية

تساعدنا هذه الأسئلة على معرفة أي البرامج هو الأفضل لكل مقدم طلب، وما الخدمات التي قد تكون ضرورية. قد يتمكن من يعاني من إعاقة أو مرض خطير أو لديه فواتير صحية عالية القيمة من الحصول على خدمات صحية أكثر. قد تُعد من أصحاب الإعاقات إذا كنت تعاني من مرض أو حالة صحية تحد من نشاطك اليومي واستمرت أو من المتوقع أن تستمر لمدة 12 شهرًا على الأقل. إذا كنت كفيفًا أو معاقًا أو مريضًا بمرض مزمن أو تحتاج إلى رعاية تمريضية منزلية، فستحتاج إلى إكمال الملحق A. إذا لم تكن أنت أو أي شخص يقدم الطلب كفيفًا أو معاقًا أو مريضًا بمرض مزمن أو مقيمًا في دار للرعاية التمريضية المنزلية، فانتقل إلى القسم Z.

القسم G

أمثلة إضافية عن الصحة

إذا كنت قد سددت أو لم تسدد فواتير طبية تتعلق بالأشهر الثلاثة الماضية، فقد يتمكن برنامج Medicaid من سداد التكاليف الخاصة بهذه الفواتير. أتخ لنا معرفة الشخص الذي تخصصه هذه الفواتير والأشهر التي صدرت الفواتير عنها. قم بتضمين نسخ من الفواتير الطبية مع هذه الاستمارة. ملاحظة: تبدأ فترة الأشهر الثلاثة هذه من اليوم الذي تتلقى فيه الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية استمارة الطلب الخاصة بك أو عندما تقابل أحد المساعدين من أجل التقديم. ستحتاج لإخبارنا عن دخلك في أي أشهر سابقة لديك فيها فواتير طبية لكي يمكننا معرفة ما إذا كان يحق لك الاستفادة من الدعم خلال ذلك الوقت أم لا. كما أننا نسأل عن مكان إقامتك في الأشهر الثلاثة الماضية، لأن هذا قد يؤثر على قدرتك على سداد الفواتير الماضية. ونسأل عن أي دعاوى قضائية معلقة أو مشاكل صحية تسبب فيها شخص آخر، لكي نعرف ما إذا كان ينبغي على شخص آخر السداد فيما يخص أي جزء من التكاليف الخاصة بالرعاية الصحية الخاصة بك.

إذا كنت ستبلغ من العمر 65 عامًا في غضون الأشهر الثلاثة القادمة أو كنت تبلغ من العمر 65 عامًا أو أكبر، فقد يحق لك الحصول على مخصصات طبية إضافية من خلال برنامج Medicare. يتعين عليك التقدم بطلب لبرنامج Medicare كشرط أهلية لبرنامج Medicaid. برنامج Medicare هو برنامج تأمين صحي فيدرالي للأشخاص الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكبر ولبعض الأشخاص المحددين من ذوي الإعاقات بغض النظر عن الدخل. حين يلتحق الشخص بكل من Medicare و Medicaid، يقوم Medicare بالدفع أولاً، بينما يدفع Medicaid ثانيًا. أنت مطالب بتقديم طلب إلى Medicare في حالة:

- إصابتك بفشل كلوي مزمن (داء كلوي بالمرحلة النهائية/ ESRD) أو تصلب جانبي ضموري (ALS)؛ أو



القسم I اختيار الخطة الصحية

ما الخطة الصحية؟ إذا ثبت أنك مؤهل لبرنامج Medicaid، فقد يُطلب منك الحصول على تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك من خلال خطة الرعاية الصحية المدارة. وستقوم خطة الرعاية الصحية المدارة بتقديم الرعاية إليك من خلال العمل مع شبكة من الأطباء والعيادات والمستشفيات والصيدليات لتزويد أعضائها برعاية صحية عالية الجودة. عندما تنضم إلى إحدى خطط التغطية الصحية، تختار أحد الأطباء (مقدم رعاية رئيسي أو PCP) من هذه الخطة للتعامل مع احتياجاتك الصحية والطبية الدورية. إذا أردت الإبقاء على الطبيب الخاص بك، فإنك تحتاج إلى اختيار خطة التغطية الصحية التي تناسب طبيبك. وترتكز خطط الرعاية الصحية الموجهة على الرعاية الوقائية على ألا تتحول المشكلات الصغيرة إلى أخرى كبيرة. إذا كنت تحتاج إلى متخصص، فسبوجهك مقدم الرعاية الرئيسي الخاص بك إلى أحد المتخصصين في شبكة خطتك.

من يجب عليه اختيار الخطة الصحية؟ يجب على أغلب الأشخاص الذين يحق لهم الاستفادة من برنامج Medicaid اختيار خطة صحية للحصول على أغلب مخصصات برنامج Medicaid. استمر في القراءة لمعرفة كيفية الحصول على المزيد من المعلومات عن هذا.

كيف تعرف أي خطة صحية تختار وما إذا كان يمكنك الالتحاق بها أم لا؟ بالنسبة لبرنامج Medicaid، إذا كنت تريد معرفة المزيد عن كيف تعمل خطط الرعاية الموجهة وإذا كان عليك الانضمام وكيفية اختيار إحدى الخطط الصحية، فقم بالاتصال بخط Medicaid CHOICE على رقم 1-800-505-5678، أو قم بالاتصال بالإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتعامل معها أو تفضل بزيارتها. اطلب مجموعة تعليم الرعاية الموجهة. توجد أيضاً معلومات عن الخطط الصحية على الموقع الإلكتروني لإدارة الصحة بولاية نيويورك على www.health.ny.gov. كما يمكنك أيضاً الالتحاق عبر الهاتف، من خلال الاتصال على 1-800-505-5678.

ملاحظة: إذا وجد أنك أنت أو أحد أفراد أسرتك مؤهلين لبرنامج Medicaid، وكنت أمريكياً هندیًا/من سكان الأسكا الأصليين، فلست مطالبًا بالانضمام إلى خطة صحية. سوف يستمر إلحاقك إلى الخطة الصحية التي تختارها، إلا إذا قمت بوضع علامة على المربع الموجود على الاستمارة والذي يقول إنك لا تريد أن يتم إلحاقك، أو قمت بإخبارنا أنك لا تريد أن يتم إلحاقك من خلال مكالمة هاتفية أو مراسلة الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتعامل معها.

القسم J التوقيع

يُرجى قراءة الفقرة الموجودة في هذا القسم بعناية وقراءة قسم **الشروط والحقوق والمسؤوليات**. يجب عليك بعد ذلك توقيع وتسجيل التاريخ على الاستمارة. تذكر أن ترسل الطلب إلى الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية لديك في المقاطعة التي تقيم فيها.

■ كنت ستبلغ من العمر 65 عامًا في غضون الأشهر الثلاثة القادمة أو كنت تبلغ بالفعل 65 عامًا أو أكبر وكان دخلك لا يزيد عن 120% من مستوى الفقر المحدد الفيدرالي (بناءً على حجم الأسرة بالنسبة لفرد أعزب أو لزوجين)، أو عند معيار Medicaid. إذا كان الأمر كذلك، فيمكن لبرنامج Medicaid أن يدفع قسطك أو يعوض أقساط Medicare الخاصة بك. إذا كان بإمكان برنامج Medicaid أن يدفع أقساطك أو يعوضها، فسيتطلب منك التقدم بطلب لبرنامج Medicare باعتبار ذلك شرطاً للتأهل إلى Medicaid. يجب فقط على المواطنين والمقيمين الدائمين الشرعيين الذين يعيشون في الولايات المتحدة بصورة مستمرة لخمس سنوات التقدم بطلب إلى Medicare. لا يُطلب من العديد من المهاجرين وغير المواطنين التقدم بطلب إلى Medicare.

القسم H الوالد (الوالدة) أو الزوج (الزوجة) الذي لا يعيش في الأسرة أو متوفى (متوفاة)

- إذا كان أي من مقدمي الطلبات لديه زوج (زوجة) أو والد غائب، فيجب عليك إكمال هذا القسم ليتمكننا معرفة ما إذا كان الدعم الطبي متاحًا لك أو لطفلك.
- إذا كنت سيدة حاملاً، فلست مضطرة إلى الإجابة عن هذه الأسئلة حتى مرور 60 يومًا بعد ميلاد طفلك. يجب أن يكون كل الأشخاص الآخرين المتقدمين ويبلغ عمرهم 21 عامًا أو أكثر راغبين في تقديم المعلومات عن أحد والدي المتقدم القاصر أو زوج (زوجة) يعيش (تعيش) خارج المنزل ليكونوا مؤهلين للحصول على التأمين الصحي، إلا إذا كان هناك سبب وجيه. أحد الأمثلة على "سبب وجيه" وجيه من تعرضك أنت أو أحد أفراد أسرتك إلى الضرر البدني أو العاطفي. يشير السؤال 2 إلى **والد/ والدة** أي طفل متقدم تحت عمر 21 عامًا. ويشير السؤال 3 إلى **زوج (زوجة)** أي من المتقدمين.
- إذا لم تكن هناك رغبة لدى الوالد المتقدم (الوالدة المتقدمة) في تقديم هذه المعلومات، فقد يظل الطفل المتقدم مؤهلاً لبرنامج Medicaid.

وثائق لازمة عند التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي

اسم مقدم الطلب

تاريخ التقدم بالطلب

* لا يمكن إكمال عملية التحاقك حتى يتم تلقي كل العناصر الضرورية. إذا كنت تحتاج للمساعدة في الحصول على أي من هذه العناصر،

فقم بإعلامنا بذلك. لست بحاجة إلى إبراز جميع هذه المستندات لدينا. سنحتاج فقط الوثائق التي تنطبق على حالتك أو حالة المتقدمين الآخرين. إذا لم تتمكن من التحقق من جنسيتك الأمريكية والهوية إلكترونياً من خلال قواعد البيانات الفيدرالية، فسنحتاج إلى الاطلاع على مستندات الجنسية الأمريكية والهوية. يُرجى عدم إرسال النسخ الأصلية من مستندات الجنسية الأمريكية أو الهوية عبر البريد. ويمكن إرسال نسخ من المستندات الأخرى المطلوبة لتحديد الأهلية عبر البريد مع طلبك أو تسليمها إلى الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية التابع لها. يُرجى الاتصال بالإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتعامل معها أو الاتصال برقم 1-800-698-4543 لمعرفة أين يمكنك تقديم الوثائق.

يتعين عليك تقديم دليل إثبات الهوية وحالة المواطنة الأمريكية و/أو الهجرة وتاريخ الميلاد.

يمكنك تقديم إحدى الوثائق التالية لإثبات كلٍ من المواطنة الأمريكية والهوية وتاريخ ميلادك:

- بطاقة/جواز سفر أمريكي
- شهادة التجنس (نماذج DHS رقم N-550 أو N-570)
- شهادة الجنسية الأمريكية (نموذجي DHS رقم N-560 أو N-561)
- رخصة قيادة معززة من ولاية نيويورك (EDL)*
- مستند قبلي للأمريكيين الأصليين يكون صادرًا عن قبيلة معترف بها فيدراليًا
- شهادة ميلاد أمريكية* (قدم وثيقة واحدة)
- شهادة ميلاد صادرة عن وزارة الخارجية (النماذج FS-545 أو DS-1350)
- تقرير الولادة بالخارج (FS-240)
- بطاقة هوية وطنية أمريكية (النموذج I-197 أو I-179)
- السجلات الدينية/المدرسية*
- سجل الخدمة العسكرية الذي يوضح الميلاد في الولايات المتحدة
- مرسوم التبنّي النهائي
- دليل التأهل للحصول على الجنسية الأمريكية بموجب قانون جنسية الطفل لسنة 2000

و

الهوية (قدم وثيقة واحدة)

- رخصة قيادة الولاية أو بطاقة هوية بصورة*
- بطاقة هوية صادرة عن وكالة فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية
- بطاقة عسكرية أمريكية أو مسودة سجل أو بطاقة بحار تاجر من خفر سواحل الولايات المتحدة
- بطاقة هوية مدرسية مزودة بصورة (قد تُظهر أيضًا تاريخ الميلاد)
- شهادة توضح درجة الانحدار من أصل إحدى قبائل الهنود الحمر أو أي من المستندات الأخرى القبلية لسكان أمريكا الأصليين/ سكان الأسكا الأصليين وبشرط وجود صورة شخصية به
- سجلات المدرسة أو الحضانة أو الرعاية النهارية المتحقق منها (للأطفال دون سن 18 عامًا) (قد تُظهر أيضًا تاريخ الميلاد)
- سجلات العيادة، أو الطبيب، أو المستشفى (للأطفال الأقل من 18 عامًا)*

توضح الوثائق الموضع بجانبها علامة * كذلك تاريخ الميلاد

في حالة عدم امتلاكك لإحدى الوثائق التي توضح تاريخ الميلاد، يجب عليك كذلك تقديم أحد العناصر التالية:

- وثيقة زواج
- بطاقة هوية للمخصصات بولاية نيويورك

وإلا فسيتم رفض الطلب.

*يُرجى إعادة إرسال جميع المستندات اللازمة بحلول:

وثائق لازمة عند التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي

إثبات الدخل الحالي أو الدخل الذي قد تحصل عليه في المستقبل مثل مخصصات البطالة أو دعوى قضائية: يجب تقديم خطاب أو بيان مكتوب أو نسخة من شيك أو كعوب راتب من صاحب العمل أو الشخص أو الوكالة التي توفر الدخل. أنت لا تحتاج إلى أن تظهر لنا كل هذه المستندات، بل فقط تلك التي تنطبق عليك وعلى الأشخاص الذين يعيشون معك.

يلزم تقديم دليل إثبات واحد لكل نوع من أنواع الدخول الخاصة بك. قدم أحدث دليل إثبات بالدخل قبل خصم الضرائب وأي اقتطاعات أخرى. يجب أن يكون دليل الإثبات مؤرخًا ويحتوي على اسم الموظف ويوضح إجمالي الدخل لفترة السداد. يجب أن يكون دليل الإثبات خاصًا بأخر أربعة أسابيع، سواء إذا كنت تحصل على أجره بشكل أسبوعي أو شهري أو كل أسبوعين. من المهم أن تكون هذه المستندات حالية.

الأجور والرواتب

- كعوب شيكات الأجر
- خطاب من صاحب العمل على ترويسة الشركة، موقع ومؤرخ
- سجلات الأعمال/الرواتب

العمل للحساب الخاص (الآخر)

- إقرار ضريبة الدخل المؤرخ والموقع وجميع الجداول الزمنية
- سجلات الأرباح والنفقات/سجلات الأعمال التجارية

مخصصات البطالة

- شهادة/خطاب المنح
- بيان المخصصات الشهرية من وزارة العمل بولاية نيويورك
- نموذج مطبوع من معلومات حساب المثلثي من الموقع الإلكتروني لوزارة العمل بولاية نيويورك (www.labor.ny.gov)
- نسخة من بطاقة الدفع المباشر مع نموذج مطبوع
- مراسلة من وزارة العمل بولاية نيويورك

معاشات تقاعد خاصة/مدفوعات سنوية

- بيان الجهة المانحة للمعاش/المدفوعات السنوية

الضمان الاجتماعي

- شهادة/خطاب المنح
- بيان مخصصات سنوي
- مراسلة من إدارة الضمان الاجتماعي

تعويض العاملين

- خطاب منح
- كعوب شيك

نفقة/إعالة الطفل

- بيان من الشخص الذي يقوم بتسديد الإعالة
- خطاب من المحكمة
- كعوب شيك/نفقة/إعالة الطفل
- نسخة من بطاقة EPPICard بنيويورك مع نموذج مطبوع
- نسخة من معلومات حساب إعالة الطفل من www.childsupport.ny.gov
- نسخة من كشف حساب بنكي يوضح الإيداع المباشر

مخصصات المحاربين القدامى

- خطاب منح
- كعوب شيك المخصصات
- مراسلة من شؤون المحاربين القدامى

مدفوعات الجيش

- خطاب منح
- كعوب شيك

الدخل المكتسب من التأجير أو مشاركة المسكن/الغرفة

- خطاب من النزلي أو الساكن المشارك أو المستأجر
- كعوب شيك

الفوائد/حصص الأرباح/عائدات الملكية

- بيان حديث من البنك، أو اتحاد انتماني أو مؤسسة مالية
- خطاب من سمسار
- خطاب من وكيل
- نموذج 1099 أو الإقرار الضريبي (إذا لم تتوفر مستندات أخرى)

إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا

تحتوي القائمة أدناه على بعض نماذج United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) الأكثر شيوعًا والمستخدمة لتوضيح حالة الهجرة الخاصة بك. هذه القائمة ليست حصرية. إذا لم يكن لديك إحدى هذه الوثائق، فيرجى الرجوع إلى قسم التعليمات الموجود تحت عنوان "كيف تحصل على المساعدة".

نحن نحتاج إلى الاطلاع على إحدى الوثائق التالية لإثبات حالة الهجرة والهوية وتاريخ ميلادك. يجب عليك إثبات الثلاثة جميعًا. توضح الوثائق الموضوع بجانبها علامة * كذلك تاريخ الميلاد

حالة الهجرة/الهوية

- بطاقة الإقامة الدائمة I-551 ("البطاقة الخضراء")*
- بطاقة تصريح العمل I-688B أو I-766*
- حالة الهجرة، ولكن تتطلب وثيقة هوية إضافية
- سجل الوصول/المغادرة I-94*
- نموذج USCIS رقم I-797 إشعار الإجراء

تاريخ الميلاد/الهوية، ولكن يتطلب وثيقة إضافية لحالة الهجرة

- تأشيرة
- جواز سفر أمريكي

عنوان المنزل: يجب أن يتطابق هذا العنوان مع عنوان المنزل الذي كتبت في القسم A من استمارة الطلب هذه. يجب أن يكون تاريخ دليل الإثبات في حدود 6 أشهر من تاريخ توقيعك على استمارة الطلب هذه.

- عقد إيجار/خطاب/إيصال إيجار من المؤجر يحمل عنوان المنزل
- فاتورة المرافق (الغاز أو الكهرباء أو الهاتف أو محطات الكابل أو الوقود أو المياه)
- سجلات ضرائب عقارية أو بيان رهن عقاري
- رخصة قيادة (إذا كانت صادرة خلال الـ 6 أشهر الماضية)
- بطاقة هوية صادرة عن الحكومة ومزودة بعنوان
- مطروف يحمل خاتم بريد أو بطاقة بريدية (لا يمكن استخدامها في حالة إرسالها إلى صندوق بريدي)

وثائق لازمة عند التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي

الموارد (فقط إذا كان عمرك لا يقل عن 65 عامًا أو كنت كفيلاً قانونيًا أو مصابًا بإعاقة وليس لديك أطفال دون سن الـ 21 يُقيمون معك):

- كشوف الحسابات المصرفية: الجارية والتوفير والتقاعد (IRA و Keogh)
- كشوفات الشهادات والأسهم والسندات
- نسخة من وثيقة/بوليصة التأمين على الحياة
- نسخة من صندوق أو ائتمان الدفن أو صك أرض المدفن أو اتفاقية الجنازة
- صك لعقار غير محل الإقامة

إثبات لحالة الطالب بالنسبة لطلاب الكليات إذا كانوا موظفين:

- نسخة من الجدول
- بيان من الكلية أو الجامعة
- مراسلة أخرى من الكلية توضح حالة الطالب

إذا كنت تدفع أموالاً مقابل الحصول على رعاية لأطفالك أو أحد البالغين في أسرتك أثناء عملك، فقدم إحدى الوثائق التالية:

- بيان مكتوب من مركز الرعاية النهارية أو غيره من مقدمي الرعاية للأطفال/البالغين
- شيكات أو إيصالات ملغاة توضح مدفوعاتك

إذا كنت أنت أو زوجك/زوجتك ملزمًا بدفع إعالة بأمر من المحكمة، فيتعين عليك تقديم ما يلي:

- أمر المحكمة

دليل إثبات بالتأمين الصحي، قدم جميع ما ينطبق:

- دليل إثبات بالتأمين الحالي (بوليصة التأمين أو شهادة التأمين أو بطاقة التأمين)
- خطاب إنهاء التأمين الصحي
- بطاقة Medicare (بطاقة حمراء وبيضاء وزرقاء)
- تأكيد لطلب Medicare
- خطاب منح أو رفض من Medicare

إذا كانت قد صدرت لك فواتير طبية خلال الأشهر الثلاثة الماضية، فقدم جميع ما يلي (إذا انطبق):

- لتحديد الأهلية للحصول على النفقات الطبية المتكبدة خلال الأشهر الثلاثة الماضية:
- إثبات الدخول للشهر (الأشهر) الذي تكببت فيه (فيها) المصروفات
- إثبات لعنوان المنزل/الإقامة للشهر (للأشهر) الذي تكببت فيه (فيها) المصروفات، إذا كان مختلفًا عن العنوان المدرج في القسم A من هذا الطلب
- فواتير طبية للأشهر الثلاثة الماضية، سواء دفعتها أم لا

الوصول إلى الرعاية الصحية في نيويورك Medicaid

اكتب بأحرف واضحة بالحبر الأزرق أو الأسود. لا يمكن التعامل مع استمارة طلب غير مُستكملة وسيؤدي ذلك إلى تأخر عملية اتخاذ القرار فيما يتعلق باستمارة طلبك.

| القسم A | | معلومات مقدم الطلب | | يرجى إطلاعنا على هويتك وكيفية الاتصال بك. | |
|---|---|--|--|---|---|
| الاسم الأول القانوني | الحرف الأول من الاسم الأوسط | اسم العائلة القانوني | رقم هاتف آخر | المنزل <input type="checkbox"/> الخلوي <input type="checkbox"/> | المنزل <input type="checkbox"/> الخلوي <input type="checkbox"/> |
| رقم الهاتف الأساسي | رقم هاتف آخر | المنزل <input type="checkbox"/> العمل <input type="checkbox"/> | المنزل <input type="checkbox"/> العمل <input type="checkbox"/> | ما اللغة التي تتحدثها؟ تقرأها؟ | ما اللغة التي تتحدثها؟ تقرأها؟ |
| عنوان منزل الأشخاص المتقدمين بطلب الحصول على التأمين الصحي | الشارع | رقم الشقة | رقم هاتف آخر | رقم الشقة | رقم هاتف آخر |
| إرسال الإثبات | المدينة | الولاية | رقم الشقة | الولاية | رقم هاتف آخر |
| <input type="checkbox"/> ضع علامة هنا إذا كان بلا مأوى | الشارع | الولاية | الولاية | الولاية | الولاية |
| العنوان البريدي للشخص المتقدم بطلب للحصول على تأمين صحي، إذا كان يختلف عن الشخص الموضح أعلاه. | الشارع | الولاية | الولاية | الولاية | الولاية |
| اختياري: إذا كان هناك شخص آخر ترغب في أن يتلقى إخطارات Medicaid الخاصة بك، فيرجى تقديم معلومات الاتصال الخاصة بذلك الشخص. أرغب أن يقوم ذلك الشخص الذي يمثل جهة اتصال بالتالي: | الاسم | الولاية | الولاية | الولاية | الولاية |
| <input type="checkbox"/> التقدم بطلب للحصول على تغطية Medicaid و/أو تجديدها نيابة عني | الشارع | الولاية | الولاية | الولاية | الولاية |
| <input type="checkbox"/> مناقشة استمارة طلبي للحصول على تغطية Medicaid أو حالتي، إذا لزم الأمر | المدينة | الولاية | الولاية | الولاية | الولاية |
| <input type="checkbox"/> تلقي الإخطارات والمراسلات | رقم الشقة | الولاية | الولاية | الولاية | الولاية |
| <input type="checkbox"/> ضع علامة على كل ما ينطبق | رقم هاتف آخر | الولاية | الولاية | الولاية | الولاية |
| | المنزل <input type="checkbox"/> الخلوي <input type="checkbox"/> | الولاية | الولاية | الولاية | الولاية |
| | المنزل <input type="checkbox"/> العمل <input type="checkbox"/> | الولاية | الولاية | الولاية | الولاية |

ملاحظة مهمة تتاح خيارات لمقدمي الطلبات الذين قد يكونون مكفوفين أو يعانون من ضعف الإبصار

إذا كنت كفيفاً أو ضعيف البصر وتحتاج إلى المعلومات بتنسيق بديل، فضع علامة على نوع البريد الذي ترغب في استلامه منا. يُرجى إعادة هذا النموذج مع استمارة طلبك.

- إشعار اعتيادي وإشعار مطبوع كبير
- إشعار اعتيادي وإشعار عن طريق قرص مضغوط للبيانات/إشعار اعتيادي وإشعار في صورة قرص مضغوط صوتي
- إشعار اعتيادي وإشعار بطريقة برايل، إذا أكدت أن أيًا من الصيغ البديلة الأخرى لن تكون فعالة بنفس الدرجة بالنسبة لك
- إذا كنت بحاجة لمواصلة أخرى، فيرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

تتاح طلبات الحصول على المخصصات التي يديرها برنامج Medicaid في ولاية نيويورك (بما يتضمن برنامج Medicare Savings وبرنامج Family Planning Benefit Program) في صورة تنسيقات بيانات ومطبوعات بحروف كبيرة الحجم. وتتاح الإصدارات الصوتية وإصدارات برايل من الطلبات من أجل الأغراض المعلوماتية فقط.

إذا كنت تُقيم بالمنزل مع أسرتك، فابدأ بنفسك. إذا لم تكن كذلك، فابدأ بالبالغين الذين يُقيمون في المنزل. اذكر الاسم القانوني الكامل للشخص الذي يحصل على أو يتقدم بطلب للحصول على مخصصات Medicaid واذكر رقم تعريف الهوية المدون ببطاقة المخصصات أو بطاقة هوية الخطة الصحية الخاصة بهم. يتعين عليك أن تقدم معلومات عن أفراد الأسرة بما في ذلك: الوالدان وزوج الوالدة (زوجة الوالد) والأزواج. يمكنك تقديم معلومات عن أفراد آخرين من الأسرة (على سبيل المثال، طفل مُعال دون سن 21). نُذكر أفراد آخرين من الأسرة قد يسمح لنا بمنحك درجة أعلى من الأهلية. قد تتمتع السيدات الحوامل والأطفال دون سن 19 بالأهلية للحصول على تأمين صحي بغض النظر عن حالة الهجرة. تتضمن ولاية نيويورك حَق في الوصول إلى مخصصات و/أو خدمات الولاية بغض النظر عن نوعك الاجتماعي أو هويتك الجنسية أو تعبيرك الجنسي. إذا كنت ترغب في تزويدنا بكيفية تحدد أنت أو أفراد أسرتك هويتك في الوقت الحالي، فيرجى أيضًا تحديد هوية جنسية.

| هل تم الحصول على خدمة من IHS أو من نظام صحي هندي آخر؟ | المجموعة العرقية/الإثنية | يرجى وضع علامة على المربع الذي يشير إلى حالة المواطنة أو الهجرة الحالية الخاصة بك. إرسال الإثبات | رقم الضمان الاجتماعي (إذا كان لديك واحدًا) | إذا كان هذا الشخص يمتلك أو كان يمتلك تغطية صحية في الماضي، فضع علامة على المربع الذي ينطبق. | ما العلاقة التي تجمعها بالشخص المذكور في المربع 1؟ | هل هذا الشخص أحد والدي طفلك متقدم بطلب؟ | هل هذه السيدة حامل؟ | هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تأمين صحي؟ | **الهوية الجنسية (اختيارية) | تاريخ الميلاد إرسال الإثبات النوع الاجتماعي | الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة اسم هذا الشخص قبل الزواج وعند الميلاد المدينة ولاية الميلاد |
|---|--------------------------|--|--|--|--|---|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مهاجر/غير مواطن أدخل التاريخ الذي حصلت فيه على حالة الهجرة الخاصة بك الشهر / / السنة <input type="checkbox"/> غير مهاجر (حامل لفيزا) <input type="checkbox"/> لا شيء مما ورد أعلاه | | <input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus رقم هوية التعريف ببطاقة المخصصات/بطاقة الخطة، إذا كان معروفًا: | SELF | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ما التاريخ المتوقع؟ / / | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير موافق للثنائية الجنسية/غير موافق جنسيًا <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> مُتحول جنسيًا <input type="checkbox"/> هوية مختلفة حدد هويتك الجنسية (اختياري). | / / / <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى | 1 الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة اسم هذا الشخص قبل الزواج وعند الميلاد المدينة ولاية الميلاد |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مهاجر/غير مواطن أدخل التاريخ الذي حصلت فيه على حالة الهجرة الخاصة بك الشهر / / السنة <input type="checkbox"/> غير مهاجر (حامل لفيزا) <input type="checkbox"/> لا شيء مما ورد أعلاه | | <input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus رقم هوية التعريف ببطاقة المخصصات/بطاقة الخطة، إذا كان معروفًا: | | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ما التاريخ المتوقع؟ / / | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير موافق للثنائية الجنسية/غير موافق جنسيًا <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> مُتحول جنسيًا <input type="checkbox"/> هوية مختلفة حدد هويتك الجنسية (اختياري). | / / / <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى | 2 الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة اسم هذا الشخص قبل الزواج وعند الميلاد المدينة ولاية الميلاد |

أرسل الإثبات

ارجع إلى وثائق لازمة عند التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي" بالتعليمات المدونة بالصفحات 4-6، للاطلاع على قائمة الوثائق التي تثبت الهوية وحالة المواطنة أو الهجرة.

*النوع الاجتماعي: يجب أن يكون النوع الذي تبلغ عنه هنا هو نفسه الموجود حاليًا في الملف لدى إدارة الضمان الاجتماعي. إن النوع الذي تبلغ عنه هنا هو من أجل استخدام نظام الكمبيوتر الخاص بنا فقط ولن يظهر على بطاقة مخصصاتك أو على أي وثيقة أخرى متاحة للعمامة. وهذا مطلوب لمعالجة طلبك. إذا كنت تعترف نفسك بشكل مختلف، فيمكنك إضافة تلك المعلومة في حقل الهوية الجنسية المقدم.

**الهوية الجنسية: الهوية الجنسية هي كيف ترى نفسك وما تطلقه على نفسك. يمكن لهويتك الجنسية أن تكون هي نفسها نوعك الاجتماعي المحدد لك عند الولادة وقد تكون مختلفة عنه.

أرموز المجموعة العرقية/الإثنية (اختياري): **A** - آسيوي، **B** - أسود أو أمريكي من أصل إفريقي، **I** - من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان أسكا الأصليين، **P** - من السكان الأصليين لجزر هاواي أو إحدى جزر المحيط الهادئ الأخرى، **W** - أبيض، **U** - غير معروف. يُرجى إخطارنا كذلك إذا كنت من أصل إسباني أو لاتيني - **H**.

††هل سبق لك أن تلقيت خدمة من الخدمات الصحية الهندية (IHS)، أو برنامج صحي قبلي، أو برنامج صحة هندي حضري، أو من خلال إحالة من IHS أو أحد هذه البرامج؟

| هل تم الحصول على خدمة من IHS من نظام صحي هندي آخر؟ | المجموعة العرقية/الإثنية | يرجى وضع علامة على المربع الذي يشير إلى حالة المواطنة أو الهجرة الحالية الخاصة بك. إرسال الإجابات | رقم الضمان الاجتماعي (إذا كان لديك واحدًا) | إذا كان هذا الشخص يمتلك أو كان يمتلك تغطية صحية في الماضي، فضع علامة على المربع الذي ينطبق. | ما العلاقة التي تجمعها بالشخص المذكور في المربع 1؟ | هل هذا الشخص أحد والدي طفلك المتقدم؟ بطلب؟ | هل هذه السيدة حامل؟ | هل يتقدم هذا الشخص للحصول على تأمين صحي؟ | **الهوية الجنسية (اختيارية) | تاريخ الميلاد إرسال الإجابات | النوع الاجتماعي | |
|---|--------------------------|---|--|---|--|---|---|---|---|--|---|---|
| نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مهاجر/غير مواطن أدخل التاريخ الذي حصلت فيه على حالة الهجرة الخاصة بك _____/_____/_____ الشهر اليوم السنة <input type="checkbox"/> غير مهاجر (حامل لفيزا) <input type="checkbox"/> لا شيء مما ورد أعلاه | <input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus رقم هوية التعريف ببطاقة المخصصات/بطاقة الخطة، إذا كان معروفًا: | | | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير موافق للثنائية الجنسية/غير متوافق جنسيًا <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> متحول جنسيًا <input type="checkbox"/> هوية مختلفة حدد هويتك الجنسية (اختياري). | _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى | الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة اسم هذا الشخص قبل الزواج وعند الميلاد المدينة ولاية الميلاد | 3 |
| نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مهاجر/غير مواطن أدخل التاريخ الذي حصلت فيه على حالة الهجرة الخاصة بك _____/_____/_____ الشهر اليوم السنة <input type="checkbox"/> غير مهاجر (حامل لفيزا) <input type="checkbox"/> لا شيء مما ورد أعلاه | <input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus رقم هوية التعريف ببطاقة المخصصات/بطاقة الخطة، إذا كان معروفًا: | | | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير موافق للثنائية الجنسية/غير متوافق جنسيًا <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> متحول جنسيًا <input type="checkbox"/> هوية مختلفة حدد هويتك الجنسية (اختياري). | _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى | الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة اسم هذا الشخص قبل الزواج وعند الميلاد المدينة ولاية الميلاد | 4 |
| نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي <input type="checkbox"/> مهاجر/غير مواطن أدخل التاريخ الذي حصلت فيه على حالة الهجرة الخاصة بك _____/_____/_____ الشهر اليوم السنة <input type="checkbox"/> غير مهاجر (حامل لفيزا) <input type="checkbox"/> لا شيء مما ورد أعلاه | <input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus رقم هوية التعريف ببطاقة المخصصات/بطاقة الخطة، إذا كان معروفًا: | | | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير موافق للثنائية الجنسية/غير متوافق جنسيًا <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> متحول جنسيًا <input type="checkbox"/> هوية مختلفة حدد هويتك الجنسية (اختياري). | _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى | الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة اسم هذا الشخص قبل الزواج وعند الميلاد المدينة ولاية الميلاد | 5 |

هل أي من أفراد أسرتك من المحاربين القدامى؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فاكذب الاسم:

إرسال الإجابات ارجع إلى "وثائق لازمة عند التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي" بالتعليمات المدونة بالصفحات 4-6، للاطلاع على قائمة الوثائق التي تثبت الهوية وحالة المواطنة أو الهجرة.

*النوع الاجتماعي: يجب أن يكون النوع الذي تبلغ عنه هنا هو نفسه الموجود حاليًا في الملف لدى إدارة الضمان الاجتماعي. إن النوع الذي تبلغ عنه هنا هو من أجل استخدام نظام الكمبيوتر الخاص بنا فقط ولن يظهر على بطاقة مخصصاتك أو على أي وثيقة أخرى متاحة للعمامة. وهذا مطلوب لمعالجة طلبك. إذا كنت تعرف نفسك بشكل مختلف، فيمكنك إضافة تلك المعلومة في حقل الهوية الجنسية المقدم.

**الهوية الجنسية: الهوية الجنسية هي كيف ترى نفسك وما تطلقه على نفسك. يمكن لهويتك الجنسية أن تكون هي نفسها نوعك الاجتماعي المحدد لك عند الولادة وقد تكون مختلفة عنه.

أرموز المجموعة العرقية/الإثنية (اختياري): **A** - آسيوي، **B** - أسود أو أمريكي من أصل إفريقي، **I** - من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان الأسكا الأصليين، **P** - من السكان الأصليين لجزر هاواي أو إحدى جزر المحيط الهادئ الأخرى، **W** - أبيض، **U** - غير معروف. يُرجى إخطارنا كذلك إذا كنت من أصل إسباني أو لاتيني - **H**.

††هل سبق لك أن تلقيت خدمة من الخدمات الصحية الهندية (IHS)، أو برنامج صحي قبلي، أو برنامج صحة هندي حضري، أو من خلال إحالة من IHS أو أحد هذه البرامج؟

القسم C دخل الأسرة

اكتب أنواع النقود والمبالغ المستلمة بواسطة كل الأشخاص المذكورين في القسم B و إرسال الإثبات ،

عائدات العمل: تشمل الأجور والرواتب والعمولات والبشيش والوقت الإضافي والأعمال الحرة. إذا كنت تعمل بالأعمال الحرة، فضع علامة هنا: إذا لم تكن تحصل على عائدات من العمل، فضع علامة هنا:

| اسم الشخص | نوع الدخل/اسم صاحب العمل | كم المبلغ؟ (قبل الضرائب) | معدل الدفع؟ (أسبوعي؟ شهري؟) |
|-----------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

الدخل غير المكتسب: يشمل مخصصات الضمان الاجتماعي ومدفوعات الإعاقة ومدفوعات البطالة والفوائد والأرباح ومدفوعات المحاربين القدامى وتعويضات العمال ومدفوعات إعالة الطفل/النفقة والدخل من الإيجار والمعاش والمعاش السنوي والدخل من الودائع. إذا لم يكن هناك دخل غير مكتسب، فضع علامة هنا:

| اسم الشخص | نوع الدخل/المصدر | كم المبلغ؟ (قبل الضرائب) | معدل الدفع؟ (أسبوعي؟ شهري؟) |
|-----------|------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

الإسهامات: النقود من المقرّبين أو الأصدقاء أو النزلاء أو نزلاء الإقامة الشاملة (تشمل النقود التي يعطيها لك أي شخص كل شهر لمساعدتك على الوفاء بنفقات المعيشة). إذا لم تكن هناك مساهمات، فضع علامة هنا:

| اسم الشخص | نوع الدخل/المصدر | كم المبلغ؟ (قبل الضرائب) | معدل الدفع؟ (أسبوعي؟ شهري؟) |
|-----------|------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

غير ذلك: مساعدة مؤقتة (نقدًا) أو مدفوعات دخل الضمان التكميلي (SSI) أو منح الطلبة أو القروض. ضع علامة هنا إذا كان لا يوجد أي من ذلك:

| اسم الشخص | نوع الدخل/المصدر | كم المبلغ؟ (قبل الضرائب) | معدل الدفع؟ (أسبوعي؟ شهري؟) |
|-----------|------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

إذا لم يكن لديك دخل أو لدى شخص بالغ مقدم للطلب في القسم B، فأخبرنا من هو؟

1. إذا لم يكن هناك دخل مذكور أعلاه، فيرجى أن تفسر كيف تعيش: (على سبيل المثال: تعيش مع صديق أو قريب)

2. هل قمت أنت أو أي شخص متقدم بالطلب بتغيير وظيفتك أو توقفت عن العمل في الأشهر الثلاثة (3) الأخيرة؟ لا نعم إذا كانت الإجابة نعم: وظيفتك الأخيرة كانت: التاريخ / / اسم صاحب العمل:

3. إذا كنت أنت أو أي شخص متقدم بالطلب طالبًا في برنامج مهني أو قبل التخرج أو بعد التخرج؟ لا نعم إذا كانت الإجابة نعم: دوام كامل دوام جزئي قبل التخرج خريج اسم التلميذ:

4. هل يجب عليك الدفع لرعاية طفل (أو لرعاية شخص بالغ لديه إعاقة) من أجل العمل أو الذهاب للمدرسة؟ لا نعم

اسم الطفل/البالغ: ما القيمة؟ \$ معدل الدفع؟ (أسبوعي، كل أسبوعين، شهري)

اسم الطفل/البالغ: ما القيمة؟ \$ معدل الدفع؟ (أسبوعي، كل أسبوعين، شهري)

اسم الطفل/البالغ: ما القيمة؟ \$ معدل الدفع؟ (أسبوعي، كل أسبوعين، شهري)

5. إذا لم تكن مؤهلاً لتغطية Medicaid، فقد تكون ما زلت مؤهلاً لبرنامج Family Planning Benefit. هل أنت مهتم بتلقي تغطية لخدمات التخطيط العائلي فقط؟ لا نعم

6. هل أنت أو زوجك/الوالد الآخر مطالب بدفع إعالة بأمر من المحكمة؟ لا نعم من كم؟ \$

القسم D التأمين الصحي

قد تكون أنت وعائلتك ما زلت مؤهلين حتى إن كنت تتمتع بتأمين صحي آخر.

1. هل يملك أي شخص متقدم بالطلب تغطية Medicare؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم، فقم بإرفاق نسخة من بطاقتك (البطاقات الحمراء والبيضاء والزرقاء) لكل مستفيد من Medicare. أكمل باقي استمارة الطلب هذه وأكمل الملحق A.

إرسال الإثبات

إذا كانت الإجابة نعم، وكنت تعاني من فشل كلوي مزمن (داء كلوي بالمرحلة النهائية/ ESRD) أو تصلب جانبي ضموري (ALS)، أو كنت تبلغ من العمر 65 عامًا أو أكبر، أو كنت ستبلغ من العمر 65 عامًا خلال ثلاثة أشهر، ولم تكن ببرنامج Medicare، فيجب عليك التقدم بطلب لبرنامج Medicare وتقديم إثبات للطلب. يتعين على بعض الناس التقدم بطلب لبرنامج Medicare كشرط أهلية لبرنامج Medicaid. يُرجى الرجوع إلى الصفحتين 2 و3 (القسم G) للحصول على معلومات إضافية حول متطلبات الأهلية.

ملاحظة: إذا كنت تقدم طلبًا للحصول على مخصصات برنامج Medicare Savings Program (MSP) فقط، فانتقل إلى القسم G. ولا يلزم أن تقوم بإكمال الملحق A.

2. هل يملك أي شخص من المتقدمين بالطلب تأمينًا صحيًا تجاريًا آخر بالفعل، بما في ذلك التأمين الخاص بالرعاية طويلة الأمد؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم، يجب أن ترسل نسخة من واجهة وخلفية بطاقة التأمين مع استمارة الطلب هذه.

إرسال الإثبات

اسم المؤمن عليه (الأساسي):
الأشخاص المشمولون:

تكلفة الوثيقة/البوليصة:

تاريخ نهاية التغطية، إن كانت ستنتهي قريبًا
الشهر / اليوم / السنة

3. هل تقدم وظيفتك الحالية تأمينًا صحيًا؟ قد يكون بإمكاننا مساعدتك في دفع تكلفته. لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم، فسيتم إرسال نموذج "طلب معلومات عن التأمين الصحي المدعوم من صاحب العمل".

القسم E نفقات السكن

1. مدفوعات السكن الشهرية مثل الإيجار أو الرهن العقاري بما في ذلك الضرائب العقارية (نصيبك فقط) \$

2. إذا كنت تدفع مقابل الماء بشكل منفصل، فكم تدفع؟ \$

إرسال الإثبات

ما معدل الدفع الذي تقوم به؟ كل شهر مرتان سنويًا ربع سنوي (4 مرات سنويًا) مرة واحدة سنويًا

3. هل تحصل على سكن مجاني كجزء من أجرك؟ لا نعم

القسم F كيف أو مصاب بإعاقة أو مريض بمرض مزمن أو في حاجة للرعاية التمريضية المنزلية

تساعدنا هذه الأسئلة على تحديد أي البرامج أفضل بالنسبة لمقدمي الطلبات.

إذا لم يكن أي من المتقدمين بالطلب كافيًا أو مصابًا بإعاقة أو مصابًا بمرض مزمن أو في دار رعاية تمريضية **توقف** فيرجى الانتقال إلى القسم G.

1. هل أنت أو أي شخص يعيش معك ومتقدم بطلب، موجود في منشأة علاجية سكنية أو يتلقى رعاية تمريضية منزلية في مستشفى أو دار رعاية تمريضية منزلية أو مؤسسات طبية أخرى؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم، فإنه إكمال استمارة الطلب هذه وأكمل الملحق A.

2. هل أنت أو أي شخص يعيش معك كفيف أو مصاب بإعاقة أو مصاب بمرض مزمن؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم، فإنه إكمال استمارة الطلب هذه وأكمل الملحق A.

ملاحظة: إذا كنت تقدم طلبًا للحصول على مخصصات برنامج Medicare Savings Program (MSP) فقط، فانتقل إلى القسم G. ولا يلزم أن تقوم بإكمال الملحق A.

1. هل يملك أي شخص متقدم بالطلب فواتير طبية أو وصفات طبية مدفوعة أو غير مدفوعة لهذا الشهر لا نعم إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر الاسم:
أو للشهور الثلاثة قبل هذا الشهر؟ قد تكون Medicaid قادرة على دفع هذه الفواتير أو تعويضك عنها.
في أي شهر (أشهر) من الأشهر الثلاثة الماضية كانت لديك هذه الفواتير الطبية؟
- إرسال الإثبات** على الدخل لأي شهر في فترة الأشهر الثلاثة التي لديك فواتير عنها. إذا كنت قد دفعت الفواتير الطبية التي تسعى للحصول على تعويض عنها، فيجب أن ترسل نسخًا منها ودليل إثبات على الدفع.
2. هل لديك أنت أو أي شخص متقدم بالطلب فواتير طبية أو وصفات طبية غير مدفوعة من مدة تزيد لا نعم عن الأشهر الثلاثة السابقة؟
3. هل قمت أنت أو أي شخص يعيش معك ومتقدم بطلب بالانتقال إلى هذه المقاطعة من ولاية أخرى لا نعم إذا كانت الإجابة نعم، فمن الذي انتقل؟
أو من مقاطعة أخرى في New York State في الأشهر الثلاثة الماضية؟
أي ولاية؟
أي مقاطعة؟
4. هل هناك دعوى قضائية قائمة بسبب إصابة تتعلق بأي شخص متقدم بطلب؟ لا نعم إذا كانت الإجابة نعم، فمن الذي انتقل؟
5. هل هناك أي شخص من المتقدمين بالطلب له دعوى قضائية لتعويضات العمال أو إصابة أو مرض لا نعم إذا كانت الإجابة نعم، فمن الذي انتقل؟
أو إعاقة تسبب فيها شخص آخر (يمكن تغطيتها بواسطة التأمين)؟

النساء الحوامل المتقدمات بالطلب أو العائلات المتقدمة بطلب من أجل أطفالهم فقط غير مطالبين بتعبئة هذا القسم. يجب أن يكون كل الأشخاص الآخرين المتقدمين ويبلغ عمرهم 21 عامًا أو أكثر راغبين في تقديم المعلومات عن أحد والدي المتقدم القاصر أو زوج (زوجة) يعيش (تعيش) خارج المنزل ليكونوا مؤهلين للحصول على التأمين الصحي، إلا إذا كان هناك سبب جيد. قد يظل الأطفال مؤهلين حتى إذا كان الوالد غير راغب في توفير هذه المعلومات. إذا كنت تخشى الإصابة بالأذى البدني أو العاطفي كنتيجة لتوفير معلومات عن والد أو زوج لا يعيش (تعيش) في المنزل، يمكن إعفاؤك من توفير هذه المعلومات. ويسمى ذلك السبب الوجيه. قد يُطلب منك توضيح امتلاكك لسبب وجيه يفسر مخاوفك.

القسم H

الوالد (الوالدة) أو الزوج (الزوجة) لا يعيش في الأسرة أو متوفى (متوفاة)

1. هل زوج (زوجة) أو والد (والدة) أي من المتقدمين بالطلب متوفى (متوفاة)؟ (إذا كان الزوج (الزوجة) أو الوالد (الوالدة) متوفى (متوفاة)، فإذهب إلى السؤال 3.) لا نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اسم مقدم الطلب الذي (التي) توفي والده (والدتها) أو زوجته (زوجها):
2. هل يعيش والد أي طفل متقدم بالطلب خارج المنزل؟ (إذا كانت الإجابة بلا، فتخطّ للسؤال 3) لا نعم إذا كنت تخشى الإصابة بالأذى البدني أو العاطفي إذا قمت بتوفير معلومات عن والد لا يعيش في المنزل، فضع علامة على هذا المربع .
- | اسم الطفل: | اسم الوالد الذي يعيش خارج المنزل | العنوان الحالي أو آخر عنوان معلوم: |
|------------|-------------------------------------|--|
| | الشارع: | المدينة/الولاية: |
| | تاريخ الميلاد (إن كان معروفًا): / / | رقم الضمان الاجتماعي (إن كان معروفًا): |
| اسم الطفل: | اسم الوالد الذي يعيش خارج المنزل | العنوان الحالي أو آخر عنوان معلوم: |
| | الشارع: | المدينة/الولاية: |
| | تاريخ الميلاد (إن كان معروفًا): / / | رقم الضمان الاجتماعي (إن كان معروفًا): |
3. هل هناك أي شخص من المتقدمين بالطلب ما زال متزوجًا بشخص يعيش خارج المنزل؟ لا نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اسم الشخص المتقدم بالطلب الذي ما زال متزوجًا:
إذا كنت تخشى الإصابة بالأذى البدني أو العاطفي إذا قمت بتوفير معلومات عن زوج (زوجة) لا يعيش (تعيش) في المنزل، فضع علامة على هذا المربع .
- | اسم القانوني للزوج (الزوجة) الذي (التي) يعيش (تعيش) خارج المنزل: | العنوان الحالي أو آخر عنوان معلوم: |
|--|--|
| | الشارع: |
| | المدينة/الولاية: |
| | تاريخ الميلاد (إن كان معروفًا): / / |
| | رقم الضمان الاجتماعي (إن كان معروفًا): |

إذا كنت تتلقى خدمات Medicare، توقف فتخط هذا القسم.

مهم: يجب على معظم الأشخاص المشتركين في Medicaid اختيار خطة صحية؛ وإذا لم تقم باختيار خطة صحية، فقد يتم تسجيلك تلقائيًا في واحدة إلا إذا تقرر أنك مُعفى. إذا احتجت معلومات بشأن الخطط المتاحة في مقاطعتك، وما الخطط التي يشترك بها طبيبك، وما إذا كان لزامًا عليك الاشتراك، فيرجى الاتصال بـNew York Medicaid CHOICE على الرقم 1-800-505-5678. يمكنك أيضًا الاتصال أو زيارة الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية الخاصة بك. إذا كنت تعرف بالفعل الخطة التي ترغب في الاشتراك بها، فاستخدم هذا القسم من أجل اختيار خطتك.

ملاحظة: إذا تقرر أنك أو أحد أعضاء عائلتك مؤهلين لبرنامج Medicaid، فسيتم تسجيلك في الخطة الصحية التي تختارها. إذا كنت من سكان أمريكا الأصليين/سكان ألاسكا الأصليين، فلست مطالبًا بالانضمام إلى خطة صحية؛ ويمكنك إخبارنا بعدم رغبتك في الانضمام إلى خطة صحية بالاتصال بالإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية الخاصة بك أو مراسلتها أو بوضع علامة على هذا المربع .

| اسم العائلة القانوني | الاسم الأول القانوني | تاريخ الميلاد | رقم الضمان الاجتماعي | اسم الخطة الصحية التي تقوم بالتسجيل فيها | الطبيب أو المركز الصحي المفضل (اختياري) ضع علامة على المربع إذا كان مقدم الرعاية الحالي الخاص بك | طبيب نساء وتوليد (اختياري) |
|----------------------|----------------------|---------------|----------------------|--|--|----------------------------|
| | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | |

أقر بموافقتي على أن تتم مشاركة المعلومات الموجودة في استمارة الطلب هذه وفي التجديد السنوي بين Medicaid والخطط الصحية الموضحة في القسم J والإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية والمنظمة التي تقدم المساعدة في تقديم الطلب. كما أعطي موافقتي أيضًا على مشاركة هذه المعلومات مع أي مركز صحي مدرسي يوفر الخدمات لمقدم (مقدمي) الطلب. أفهم أن مشاركة هذه المعلومات تتم بغرض تحديد أهلية الأفراد المتقدمين بطلبات لبرامج Medicaid أو لتقييم مدى نجاح هذه البرامج. يجب على كل فرد بالغ متقدم بطلب التوقيع على استمارة الطلب هذه في المساحة الموجودة أدناه.

كما قرأت أيضًا وأفهم الشروط والحقوق والمسؤوليات المضمنة في كتيب استمارة الطلب هذا في الصفحة التالية. أشهد أنا، تحت عقوبة الحنث باليمين، أن كل شيء مذكور في هذا الطلب مطابق للحقيقة على حد علمي.

توقيع الشخص البالغ المتقدم باستمارة الطلب أو الممثل المفوض عن المتقدم بالطلب

التاريخ

توقيع الشخص البالغ المتقدم باستمارة الطلب أو الممثل المفوض عن المتقدم بالطلب

التاريخ

يسمح لك قانون توكيل الرعاية الصحية في نيويورك باختيار شخص تثق به من أجل اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك إذا لم تتمكن من اتخاذها بنفسك. وهذا الشخص يُطلق عليه اسم ممثل الرعاية الصحية. ويمكنك معرفة المزيد حول قانون توكيل الرعاية الصحية في ولاية نيويورك والعتور على نموذج لوكيل الرعاية الصحية (نموذج التوكيل) على الموقع الإلكتروني لإدارة الصحة بولاية نيويورك على: www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy لطلب إرسال نسخة من النموذج إليك عبر البريد، اتصل على خط مساعدة Medicaid بولاية نيويورك على الرقم 1-800-541-2831.

رقم الضمان الاجتماعي (SSN)

يجب على جميع مقدمي الطلبات تقديم أرقام SSN، باستثناء ما إذا كان الشخص شخصاً أجنبياً غير مؤهل. أدرك أن هذا مطلوب بموجب القانون الفيدرالي تبعاً للقسم 42 U.S.C. 1320b-7 (a) ولوائح Medicaid في CFR 42.910-435. أرقام SSN غير مطلوبة لأفراد أسرتي غير المتقدمين بطلبات للحصول على مخصصات. إذا كانت أهليتي تعتمد على مقدار الموارد التي يمتلكها زوجي (زوجتي)، فيمكن التحقق من الموارد في حالة تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بزوجي (زوجتي). يتم استخدام أرقام الضمان الاجتماعي بالكثير من الطرق، سواء داخل إدارة الخدمات الاجتماعية (DSS) أو بين DSS والوكالات الفيدرالية والتابعة للولاية والمحلية، سواء في نيويورك أو في النطاقات القضائية الأخرى. من بين استخدامات أرقام الضمان الاجتماعي: التحقق من الهوية وتحديد الدخل المكتسب وغير المكتسب والتحقق منه وتحديد ما إذا كان يمكن لأولياء الأمور غير الأوصياء الحصول على تغطية التأمين الصحي لأطفالهم وتحديد ما إذا كان يمكن للمتقدمين الحصول على الدعم الطبي، وأخيراً تحديد ما إذا كان يمكن للمتقدمين الحصول على نفود أو مساعدات أخرى، والتحقق من الموارد لمقدمي الطلبات من خدمات البرنامج والزوج (الزوجة) غير المتقدم. يمكن استخدام أرقام الضمان الاجتماعي أيضاً لتعريف المتلقي داخل وبين الوكالات الحكومية المركزية التابعة لبرنامج Medicaid للتأكد من إتاحة الخدمات المناسبة للمتلقي.

لمقدمي طلبات الالتحاق ببرنامج Medicaid فقط

- الإفصاح عن السجلات التعليمية
- أمنح الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية (Local Department of Social Services) وولاية نيويورك إذن الحصول على أي معلومات متعلقة بالسجلات التعليمية لطفلي (أطفالي)، المذكور اسمه في هذه الوثيقة، والضرورية لمطالبة تغطية برنامج Medicaid بسداد تكاليف الخدمات التعليمية المرتبطة بالصحة والسماح للوكالة الحكومية الفيدرالية المناسبة بالوصول إلى هذه المعلومات بغرض التدقيق فقط.
- برنامج التدخل المبكر
- إذا تم تقييم طفلي للدخول في برنامج التدخل المبكر بولاية نيويورك أو كان يشارك فيه، فإنني أمنح الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك الإذن بمشاركة معلومات أهلية طفلي للاستفادة من تغطية برنامج Medicaid مع برنامج التدخل المبكر الموجود في مقاطعتي بغرض إرسال الفواتير إلى برنامج Medicaid.
- التعويض عن النفقات الطبية
- أدرك أنني أملك الحق كجزء من طلب الالتحاق ببرنامج Medicaid، أو لاحقاً، لطلب تعويض عن النفقات التي دفعتها لتغطية الرعاية الطبية والخدمات والمستلزمات التي تلقيتها أثناء فترة الأشهر الثلاثة السابقة للشهر الذي تقدمت فيه باستمارة الطلب. بعد تاريخ استمارة الطلب الخاصة بي وانتهاء حلول التاريخ الذي أُلقي فيه بطاقة مخصصات Medicaid (بطاقة هوية المخصصات المشتركة (CBIC))، فإنني أدرك أنه لن يُتاح التعويض عن الرعاية والخدمات والإمدادات الطبية الضرورية من الناحية الطبية **إلا فقط** في حالة الحصول عليها من مقدمي الرعاية المسجلين لدى Medicaid وأن يقتصر التعويض على ما لا يزيد عن أسعار أو رسوم Medicaid السارية في وقت تقديم الخدمة، حتى لو دفعت مبلغاً أكبر. أدرك أنني بمجرد حصولي على بطاقة مخصصاتي لدى Medicaid (CBIC)، يتعين علي زيارة مقدمي الرعاية المسجلين لدى Medicaid أو مقدمي الرعاية المتضمنين في شبكة خطة رعايتي المدارة ببرنامج Medicaid فقط، وأنه يتعين على مقدم الرعاية الخاص بي أن يقدم مطالبة

بإكمال والتوقيع على استمارة الطلب هذه، أنا أقدم بطلب لبرنامج Medicaid. أدرك أن استمارة الطلب والمعلومات الداعمة الأخرى هذه سيتم إرسالها إلى البرنامج (البرامج) الذي أرغب في التقديم للالتحاق به (بها). أوافق على الكشف عن معلومات شخصية ومالية من استمارة الطلب هذه وأي معلومات أخرى لازمة لتحديد الأهلية لهذه البرامج. أدرك أنه قد يطلب مني توفير المزيد من المعلومات. أوافق على الإبلاغ عن أي تغييرات تطرأ على المعلومات في استمارة الطلب هذه فوراً.

- أدرك تماماً أنني يجب أن أقدم المعلومات اللازمة لإثباتي أهليتي لكل برنامج. وإذا لم أكن قادراً على الحصول على المعلومات لبرنامج Medicaid، فسأخبر الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية. قد تتمكن الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية من المساعدة في الحصول على المعلومات.
- إذا كنت أقدم بطلب في مكان غير الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية ولم يتم اعتبار أطفالي مؤهلين للالتحاق ببرنامج Medicaid باستخدام استمارة الطلب هذه، فيمكنني الاتصال بالإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية لمعرفة ما إذا كان أطفالي مؤهلين للالتحاق ببرنامج Medicaid على أساس آخر أم لا.
- أدرك أن العاملين من البرامج التي قدمت فيها أنا أو أفراد عائلتي قد يقومون بالتحقق من المعلومات التي أعطيها في استمارة الطلب هذه. وستحافظ الوكالات التي تدير هذه البرامج على سرية هذه المعلومات بموجب قانون الولايات المتحدة رقم 42 المادة 1396 (a)(7) والقانون الفيدرالي (42 CFR 431.300-431.307)، بالإضافة إلى أي قوانين ولوائح فيدرالية وتابعة للولاية.
- أدرك أن برنامج Medicaid لن يدفع نفقات طبية من المفترض أن تدفعها جهة التأمين أو شخص آخر، وأنتي أقدم طلباً لبرنامج Medicaid، وأنتي أنتازل للوكالة عن جميع حقوقي في طلب الدعم الطبي وتلقيه من الزوج/الزوجة أو من أولياء أمور الأشخاص الذين يقل عمرهم عن 21 عاماً وحقي في طلب مدفوعات الطرف الثالث وتلقيها طوال الوقت الذي أحصل خلاله على المخصصات.
- سأقدم أي مطالبات تتعلق بمخصصات التأمين الصحي أو التأمين ضد الحوادث أو أي موارد أخرى يحق لي الحصول عليها. أدرك أن لدي الحق في ادعاء وجود سبب وجيه لعدم التعاون في استخدام التأمين الصحي إذا كان استخدامه سبب أذى لصحتي أو لسلامتي أو لصحة وسلامة شخص أحمل عنه المسؤولية القانونية.
- أدرك أن أهليتي للالتحاق ببرنامج Medicaid لن تتأثر بعريقي أو لوني أو أصلي القومي. وأدرك أيضاً أنه بناءً على المتطلبات الخاصة بالبرنامج، فقد يكون عمري أو إعاقتي أو حالة المواطنة الخاصة بي عاملاً مؤثراً في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً أم لا.
- أدرك أنه إذا كان طفلي مغطى ضمن برنامج Medicaid، فيمكنه الحصول على رعاية أولية ووقائية شاملة، بما في ذلك كل العلاج اللازم من خلال برنامج صحة الأطفال/المراهقين (Child/Teen Health Program). يمكنني الحصول على المزيد من المعلومات عن هذا البرنامج من الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية.
- أدرك أن الشخص الذي يقوم بالكذب أو إخفاء الحقيقة عن عمد حتى يتلقى الخدمات التي توفرها هذه البرامج، يرتكب جريمة ويكون معرضاً لأن توقع عليه عقوبات فيدرالية وعقوبات خاصة بالولاية وقد يتعين على هذا الشخص إعادة دفع مبلغ المخصصات التي تلقاها ودفع مبالغ العقوبات المدنية. تملك New York State Department of Tax and Finance (إدارة الضرائب والتمويل في New York State) الحق في مراجعة معلومات الدخل الموجودة في هذا النموذج.

إلى Medicaid أو خطة رعايتي المدارة ببرامج Medicaid من أجل سداد تكاليف الخدمات الضرورية طبيًا وأنه لن يتم تعويض أي مصروفات قد تكبدتها بعد ذلك التاريخ وسأدفعها بنفسني.

الرعاية المُدارة من Medicaid

لقد قرأت عن كيفية معرفة ما إذا كانت خطط الرعاية الصحية المدارة ببرامج Medicaid متاحة في المقاطعة الخاصة بي أم لا. أدرك أيضًا أنني إذا كنت أنا، وأي فرد من أفراد عائلتي المتقدمين بالطلبات، مؤهلاً لبرنامج Medicaid، وكنت مطالبًا بأن أكون في خطة رعاية صحية مُدارة، فسيتم إلحاقني أنا وأي فرد مؤهل من أفراد الأسرة المتقدمين بالطلبات في الخطة الصحية التي أختارها.

لقد قرأت عن كيفية معرفة الحقوق والمخصصات التي سأحصل عليها كمشارك في خطة رعاية صحية موجهة وحدود المخصصات لعضوية الرعاية الموجهة. أدرك أنه في الرعاية المدارة ببرامج Medicaid، يجب أن أختار مقدم رعاية أوليًا (PCP) وأنني سيكون لدي الاختيار من بين ثلاثة موفري رعاية رئيسيين على الأقل في خطتي الصحية. أدرك أنه بمجرد تسجيلي في خطة صحية، سيجب علي أن أستخدم مقدم الرعاية الرئيسي الخاص بي والمقدمين الآخرين في خطتي الصحية ماعدا في ظروف استثنائية قليلة.

أدرك أنه إذا ولد لي طفل أثناء اشتراكي في خطة رعاية صحية مُدارة خاصة ببرامج Medicaid، فسيتم تسجيل طفلي في نفس الخطة الصحية التي أتبعها أنا.

الإفصاح عن المعلومات الطبية أو أفق على الإفصاح عن أي معلومات طبية عني وعن أي من أفراد عائلتي الذين يمكنني إعطاء الموافقة بالنيابة عنهم:

- بواسطة مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بي أو أي مقدم رعاية صحية آخر أو New York State Department of Health (NYSDOH) لخطتي الصحية وأي مقدم رعاية صحية مشترك في رعايتي أو رعاية عائلتي، في حدود المعقول الضروري لخطتي الصحية أو ليقوم الموفرون الخاصون بي بتنفيذ العلاج أو السداد أو عمليات الرعاية الصحية. وهذا قد يتضمن الصيدلية وأي معلومات لمطالبات طبية أخرى مطلوبة للمساعدة في إدارة رعايتي؛
- بواسطة خطتي الصحية وأي موفر رعاية صحية إلى NYSDOH والوكالات المصرح لها الفيدرالية والتابعة للولاية والمحلية الأخرى لأغراض إدارة برامج Medicaid
- بواسطة خطتي الصحية لأشخاص آخرين أو منظمات أخرى في حدود المعقول اللازم لتنفيذ العلاج أو السداد أو عمليات الرعاية الصحية.

أوافق أيضًا على أن المعلومات التي سيتم الكشف عنها للعلاج والسداد وعمليات الرعاية الصحية قد تتضمن معلومات عني وعن أفراد عائلتي تخص فيروس نقص المناعة البشرية أو الصحة العقلية أو معاقرة الكحول والمواد المخدرة إلى الحد الذي يسمح به القانون حتى أقوم بسحب موافقتي هذه.

إذا كان هناك أكثر من شخص بالغ في الأسرة يلتحق بخطة صحية تابعة لبرنامج Medicaid، فإن توقيع كل شخص

بالغ متقدم بطلب أمر ضروري للموافقة على الإفصاح عن المعلومات.

إشعار بسياسة عدم التمييز

يمثل برنامج New York Medicaid لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وقوانين الولاية السارية ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العقيدة/الدين أو النوع أو العمر أو الحالة الزوجية/العائلية أو الإعاقة أو سجل الاعتقال أو الإدانة (الإدانات) الجنائية أو الهوية الجنسية أو الميول الجنسية أو تهينة الخصائص الجينية أو الوضع العسكري أو حالة ضحايا العنف الأسري و/أو الانتقام.

إذا كنت تعتقد أن برنامج New York Medicaid قد مارس التمييز ضدك، فيمكنك تقديم شكوى عن طريق الانتقال إلى: http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ أو عن طريق إرسال بريد إلكتروني إلى وزارة التنوع على DMO@health.ny.gov.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية إلكترونيًا على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> أو عن طريق البريد أو الهاتف في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، HHH، 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, Building, Washington, D.C. 20201; 800-368-1019 (الهاتف النصي لضعاف السمع (800-537-7697) (TTY)). تتوفر نماذج الشكاوى على الرابط <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

المواعات

يوفر برنامج New York Medicaid مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة للتواصل معنا بشكل فعال، مثل:

- هاتف الصم وضعاف السمع من خلال خدمة الترحيل في NY
- إذا كنت مصابًا بالعمى أو ضعف البصر بشكل خطير وتحتاج إلى إشعارات أو مواد مكتوبة أخرى في صيغة بديلة (طباعة كبيرة أو صوتية أو قرص مضغوط للبيانات أو طريقة برايل)، وكنت تقيم في مقاطعة خارج مدينة نيويورك، فيرجى التواصل مع الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية لديك. إذا كنت تقيم في أحد الأحياء الخمسة من مدينة نيويورك، فيرجى الاتصال بمكتب خدمات الناخبين لدى إدارة الموارد البشرية على الرقم 212-331-4640. أو أخبرنا في القسم A بالصفحة 1 من استمارة الطلب هذه.

كما يوفر برنامج NY Medicaid أيضًا خدمات مساعدة لغوية مجانية للأشخاص غير المتحدثين باللغة الإنجليزية كلغة أساسية، مثل:

- المترجمين الفوريين المؤهلين
- المعلومات المكتوبة بلغاتٍ أخرى

إذا كنت تحتاج إلى هذه الخدمات أو للحصول على المزيد من المعلومات حول المواعات المعقولة، وكنت مقيمًا في مقاطعة تقع خارج مدينة نيويورك، فيرجى التواصل مع الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية التابع لها. إذا كنت تقيم في أحد الأحياء الخمسة من مدينة نيويورك، فيرجى الاتصال بمكتب خدمات الناخبين لدى إدارة الموارد البشرية على الرقم 212-331-4640.

للاستخدام المكتبي فقط

يتم استكمال هذا الجزء بواسطة الشخص الذي يساعد في تقديم استمارة الطلب

توقيع الشخص الذي حصل على معلومات الأهلية:

X

اسم صاحب العمل:

يعمل لدى: (ضع علامة على أحد الخيارات) الخطة الصحية الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية وكالة مقدم الرعاية الكيانات المؤهلة

مخصص لاستخدام قطاع الخدمات الاجتماعية المحلي

تم تحديد الأهلية بواسطة:

التاريخ:

تمت الموافقة على الأهلية بواسطة:

التاريخ:

المكتب المركزي:

تاريخ استمارة الطلب:

هوية الوحدة:

هوية العامل:

اسم الحالة:

القطاع:

نوع الحالة:

رقم الحالة:

تاريخ السريان:

رمز سبب تنظيم MA

التوكيل:

رقم التسجيل:

الإصدار:

رمز الرفض رمز الانسحاب

نعم لا



**Department
of Health**