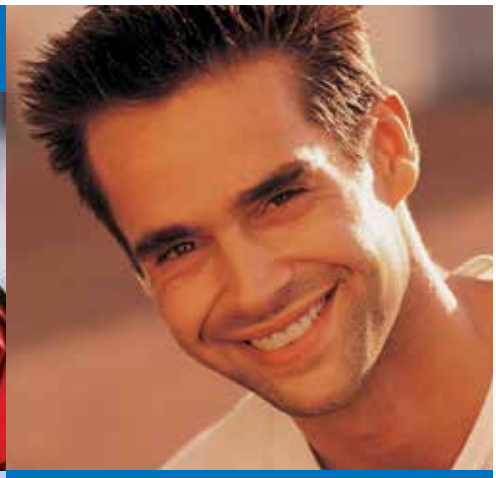

access NY health care

استمارة طلب للحصول على تأمين صحي

للأطفال والبالغين والأسر

Medicaid

Child Health Plus

family health plus

التعليمات

بيان السرية كل المعلومات التي تقدمها في استمارة الطلب هذه ستبقى سرية. الأشخاص الذين سيُسمح لهم بالاطلاع على هذه المعلومات هم فقط الأشخاص من جهات التسجيل الميسر ووكالات الولاية أو الوكالات المحلية وبرامج الخطط 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 برامج الخطط الصحية التي تحتاج هذه المعلومات.

الغرض من هذه الاستمارة قم بإكمال هذه الاستمارة إذا كنت تريد أن يغطي التأمين الصحي النفقات الطبية. يمكن استخدام هذه الاستمارة للتقدم لبرنامج **Medicaid** وبرنامج **Family Health Plus** وبرنامج **Child Health Plus** وبرنامج **Family Planning Benefit** أو للمساعدة في سداد أقساط التأمين الصحي الخاص بك. يمكنك التقديم لنفسك و/أو لأفراد أسرتك من ذوي صلات القرابة من الدرجة الأولى الذين يعيشون معك.

إذا كنت تحتاج للمساعدة في إكمال هذه الاستمارة بسبب الإعاقة، فقم بالاتصال بالإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية. سيبذلون كل الجهد لتقديم الحلول الملائمة للوفاء باحتياجاتك.

يُرجى قراءة كتيب استمارة الطلب بالكامل قبل البدء في ملء استمارة الطلب. إذا كنت تُقدم طلب للحصول على تأمين صحي لأطفال فقط أو إذا كنت سيدةً حاملًا تقدم الطلب لنفسها فقط، يجب إكمال **الأقسام أ إلى ز والأقسام ط و ي.** ويجب على مقدمي الطلبات الآخرين ملء كل الأقسام.

إذا كان عمرك **65** عامًا أو أكثر أو لديك شهادة بأنك كفيف أو لديك شهادة بأنك معاق أو كنت محجوزًا في إحدى المؤسسات وتُقدم طلبًا للحصول على تغطية لتكاليف الرعاية التمريضية المنزلية، يجب أن تكمل **أيضًا الملحق أ.** يتضمن الملحق أسئلة عن مواردك مثل الأموال في البنك أو العقارات التي تمتلكها.

عندما ترى الكلمات **أرسل دليل إثبات** في استمارة الطلب، فارجع إلى قسم "وثائق لازمة عند التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي" للاطلاع على قائمة بالمستندات المقبولة الداعمة.

كيف تحصل على المساعدة عندما تتقدم بطلب للحصول على تأمين صحي عام، فأنت **لا** تحتاج لزيارة الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية أو إحدى جهات التسجيل الميسر التي تتعامل معها لإجراء مقابلة، ولكنك **قد** تذهب إلى أو تتصل بإحدى جهات التسجيل الميسر للمساعدة في ملء استمارة الطلب هذه. **يمكنك الحصول على قائمة بجهات التسجيل الميسر من المكان الذي حصلت على هذه الاستمارة منه أو عن طريق الاتصال بـ 1-800-698-4543. كل المساعدات مجانية.**
(1-877-898-5849 خط الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع)

القسم أ المعلومات الخاصة بمقدم الطلب

ينبغي أن نتمكن 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 تريدنا 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 ب المعلومات الخاصة بالأسرة

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 نتمكن من اتخاذ قرار استحقاق صحيح. قم بتضمين اسم السيدة قبل الزواج (الاسم القانوني للسيدة قبل الزواج)، إذا كان هذا ينطبق على الشخص. قم بتضمين مدينة وولاية ودولة الميلاد أيضًا. إذا كان أحد الأشخاص قد وُلد خارج الولايات المتحدة، فقم بكتابة دولة الميلاد فقط. نحتاج أيضًا لمعرفة اسم الأم الكامل قبل الزواج (الاسم الأول واسم العائلة)، لكل شخص متقدم. قد تُستخدم هذه المعلومات للحصول على دليل إثبات لتاريخ ميلاد مقدم الطلب في ظروف معينة.

- **هل مقدم الطلب سيدة حامل؟** إذا كان الأمر كذلك، ما هو الموعد المتوقع لولادة الطفل؟ تساعدنا هذه المعلومات على تحديد عدد أفراد أسرتك. تُحسب السيدة الحامل وكأنها شخصان.
- **صلة القرابة بالشخص المذكور في السطر 1 .** اشرح صلة القرابة بين كل شخص والشخص المذكور في السطر 1 (مثل، الزوج (الزوجة)، الابن (الابنة)، ابن (ابنة) الزوج (الزوجة)، الأخ، الأخت، بنت الأخ (الأخت)، ابن الأخ (الأخت)، إلخ.)
- **التغطية الصحية العامة.** إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك ملتحقًا بالفعل أو كنت قد التحقت سابقًا ببرنامج **Medicaid** أو برنامج **Family Health Plus** أو برنامج **Child Health Plus** أو برنامج **Family Planning Benefit** أو أي صورة أخرى من صور الدعم العام، مثل قسائم الطعام، فنحن نحتاج لمعرفة ذلك. أيضًا، أخبرنا عن رقم هويتك في بطاقة **New York State** هوية المخصصات أو بطاقة هوية خطة برنامج **Child Health Plus**.
- **رقم الضمان الاجتماعي** ينبغي تقديم رقم الضمان الاجتماعي لكل الأشخاص المتقدمين بطلب، إذا كان الشخص لديه واحدًا. إذا 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. ليس على السيدات الحوامل الإجابة عن هذا السؤال. لتكون مستحقًا للاستفادة من التأمين الصحي، يجب أن يكون الأشخاص الآخرون الذين يبلغ عمرهم **19** فأكثر مواطنين أمريكيين أو أن ينتموا إلى إحدى فئات الهجرة المستحقة لذلك. نحتاج للاطلاع على أصل وثيقة المواطنة الأمريكية وأصل وثيقة تحديد الهوية أو على نسختين معتمدتين من هاتين الوثيقتين. يُرجى الاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية المحلية أو الاتصال بالرقم **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 للمعاقين لكنك ما زلت غير مؤهل للاستفادة من برنامج **Medicare**، فليس من الضروري تقديم وثيقة المواطنة أو تحديد الهوية الخاصة بك.

  اعتبارا من 1 يوليو 2010، لا يلزم على المواطنين من الأطفال الذين يقدمون رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم تقديم الوثيقة الخاصة بالمواطنة أو تحديد الهوية، إذا كان الطفل مؤهلًا للاستفادة من برنامج **Child Health Plus**.

  ويُعد الأطفال المقيمون في **New York State** وليس لديهم تأمين صحي آخر مؤهلين، بغض النظر عن حالة الهجرة الخاصة بهم.

المعلومات المتعلقة بالالتزام الحكومي

قد قررت United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) (إدارة خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية) أن الالتحاق ببرنامج Medicaid أو برنامج Family Health Plus أو برنامج Child Health Plus أو برنامج Family Planning Benefit لا يمكن أن يؤثر على قدرة أحد الأشخاص على الحصول على بطاقة خضراء أو على أن يصبح مواطنًا أو على رعاية أحد أفراد الأسرة أو على السفر داخل أو إلى خارج الدولة. ولا يسري ذلك إذا كان برنامج Medicaid يسدد تكاليف الرعاية طويلة الأجل في مكانٍ ما مثل دار رعاية تمريضية منزلية أو أحد مستشفيات الصحة النفسية.

لن تقوم الولاية بإبلاغ إدارة USCIS بأي معلومات ترد في هذه الاستمارة.

- **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. يمكنك اختيار أكثر من رمز واحد.

القسم ج — دخل الأسرة (الأموال المتلقاة)

- في هذا القسم، قم بإدراج كل أنواع الدخل (الأموال المتلقاة) والمبالغ المتلقاة من قبل الأشخاص الذين أدرجتهم في القسم ب.
- يُرجى إخبارنا بمبلغ ما تكسبه 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 (المعاقة) أو أحد والديك المصاب بالإعاقة بينما تعمل أو تذهب إلى المدرسة. إذا كان الأمر كذلك، نحتاج لمعرفة قيمة ما تدفعه. قد نتمكن من خصم بعض المبالغ التي تدفعها بخصوص هذه التكاليف من المبلغ الذي نحسبه ليمثل دخلك.

القسم د — التأمين الصحي

من المهم إخبارنا إذا كان أي شخص من الأشخاص المتقدمين بطلب يغطيه أو يمكن أن يغطيه التأمين الصحي الخاص بشخص آخر.

قد تؤثر هذه المعلومات على مسألة استحقاقهم للتغطية؛ في حالة بعض المتقدمين، يمكننا خصم المبلغ الذي تدفعه مقابل التأمين الصحي من المبلغ الذي نحسبه ليمثل دخلك؛ أو قد نتمكن من دفع التكلفة الخاصة بقسط التأمين الصحي الخاص بك إذا قررنا أنها اقتصادية.

قد يكون الأطفال الذين كان لديهم تأمين صحي مكفول من قبل صاحب العمل أثناء الستة أشهر الماضية خاضعين لفترة انتظار قبل أن يمكنهم الالتحاق ببرنامج Child Health Plus. سيعتمد هذا على دخل أسرتك والسبب وراء فقدان أطفالك للتغطية المكفولة من قبل صاحب العمل.

ملحوظة: تقدم خطط المخصصات الصحية للولاية تغطية تأمين صحي من خلال New York State (Health Insurance Program (NYSHIP) (برنامج التأمين الصحي لولاية نيويورك). التغطية مُقدمة إلى الموظفين/المتقاعدين التابعين إلى حكومة NYS وState Legislature (الهيئة التشريعية للولاية) و Unified Court System (نظام القضاء الموحد). كما تختار بعض الوكالات الحكومية المحلية والمناطق التعليمية الاشتراك في برنامج NYSHIP كذلك. إذا كنت غير متأكد، فقم بفحص الأمر مع صاحب العمل الخاص بك. إذا كان طفلك يحصل على مخصصات التأمين الصحي للولاية من خلال برنامج NYSHIP، فلن يكون لديه الحق في التغطية المقدمة من برنامج Child Health Plus.

قد نتمكن 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 هـ — 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 المبلغ الذي تخبرنا به. إذا كنت تقوم بمشاركة نفقات السكن الخاصة بك أو تتلقى العون لدفع الإيجار، يُرجى أن تُخبرنا فقط بالمبلغ الذي تسدده أنت بخصوص الإيجار أو الرهن العقاري. إذا كنت تقوم بسداد مبلغ مقابل الماء، فأخبرنا بالمبلغ الذي تدفعه وبمدى تكرار عملية الدفع.

القسم و — كفيف أو معاق أو مريض بمرض مزمن أو في حاجة للرعاية التمريضية المنزلية

هذه الأسئلة تساعدنا على معرفة أي البرامج هو الأفضل لكل مقدم طلب، وما هي 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 أ. إذا لم تكن أنت أو أي شخص يقدم الطلب كفيفًا أو معاقًا أو مريضًا بمرض مزمن أو مقيمًا في دار للرعاية التمريضية المنزلية، فاذهب إلى القسم ز.

القسم ز — أسئلة إضافية عن الصحة

إذا كنت قد سددت أو لم تسدد فواتير طبية تتعلق بالثلاثة أشهر الماضية، فقد يتمكن برنامج Medicaid من سداد التكاليف الخاصة بهذه الفواتير. أتح لنا معرفة الشخص الذي تخصه هذه الفواتير والأشهر الصادرة فيها. قم بتضمين نسخ من الفواتير الطبية مع هذه الاستمارة. ملحوظة: تبدأ فترة الثلاثة أشهر هذه من اليوم الذي تتلقى فيه إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية استمارة الطلب الخاصة بك أو عندما تقابل مسؤول جهة التسجيل الميسر. ستحتاج لإخبارنا عن دخلك في أي أشهر سابقة لديك فيها فواتير طبية لكي يمكننا معرفة ما إذا كنت يحق لك الاستفادة من الدعم خلال ذلك الوقت أم لا. كما أننا نسألك عن مكان إقامتك في الثلاثة أشهر الماضية، لأن هذا قد يؤثر على قدرتنا 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.

القسم هـ الوالد (الوالدة) أو الزوج (الزوجة) لا يعيش مع الأسرة أو متوفٍ (متوفاة)

- **إذا كان أي من مقدمي الطلبات لديه زوج (زوجة) أو والد غائب، يجب عليك إكمال هذا القسم ليمكننا معرفة ما إذا كان الدعم الطبي متاحًا لك أو لطفلك.**
- **ليس على السيدات الحوامل الإجابة على 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 ليكون مؤهلًا للحصول على التأمين الصحي، إلا إذا كان هناك سبب جيد لخلاف ذلك. أحد الأمثلة على "سبب جيد" الخوف من تعرضك أو أحد أفراد أسرتك إلى الضرر البدني أو العاطفي. يشير السؤال 2 إلى **والد/والدة** أي طفل متقدم أقل من عمر 21. ويشير السؤال 3 إلى **زوج (زوجة)** أي من المتقدمين.
- إذا كان الوالدان غير راغبين في تقديم هذه المعلومات، قد لا يزال الطفل المتقدم مؤهلًا لبرنامج Medicaid أو برنامج Child Health Plus.

القسم I اختيار الخطة الصحية

ما هي الخطة الصحية؟ التقدم للبرامج من خلال خدمة Access NY Health Care قد يعني أنك تحصل على تغطية للرعاية الصحية الخاصة بك من خلال خطة رعاية موجهة. عندما تنضم إلى إحدى خطط التغطية الصحية، تختار أحد الأطباء (موفر رعاية رئيسي أو PCP) من هذه الخطة للتعامل مع احتياجاتك الدورية. إذا أردت الإبقاء على الطبيب الخاص بك، تحتاج إلى اختيار خطة التغطية الصحية التي تناسب طبيبك. وتركز خطط الرعاية الصحية الموجهة على الرعاية الوقائية لتجنب تحول المشكلات الصغيرة إلى أخرى كبيرة. إذا كنت تحتاج إلى متخصص، فسيوجهك موفر الرعاية الرئيسي الخاص بك إلى أحد المتخصصين.

من يجب عليه اختيار خطة صحية؟ يجب أن يختار الأشخاص الذين يحق لهم الاستفادة من برنامج Family Health Plus وبرنامج Child Health Plus خطة صحية للحصول على الرعاية الطبية. 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 وإذا ما كان يمكنك الالتحاق بها أم لا؟ بالنسبة لبرنامجي Medicaid وFamily Health Plus، 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 الرقم **1-800-505-5678** أو قم بالاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية المحلية التي تتعامل معها أو قم بزيارتها. اطلب مجموعة تعليم الرعاية الموجهة. توجد أيضًا معلومات عن الخطط الصحية على الموقع الإلكتروني لـ NYSDOH **www.nyhealth.gov**. كما يمكنك الالتحاق عبر الهاتف، من خلال الاتصال بالرقم **1-800-505-5678**.

ملحوظة: إذا تقرر أنه يحق لك أو لأحد أفراد أسرتك الاستفادة من برنامج Medicaid، وكنت تقيم في مقاطعة لا تتطلب قواعدها من الأشخاص الملتحقين ببرنامج Medicaid الانضمام إلى خطة صحية، فسيتم إلحاقك، مع ذلك، إلى الخطة الصحية التي تختارها إذا كانت تقدم مخصصات برنامج Medicaid، إلا إذا قمت بوضع علامة على المربع الموجود على الاستمارة والذي يقول أنك لا تريد أن يتم إلحاقك، أو قمت بإخبارنا أنك لا تريد أن يتم إلحاقك من خلال مكالمة هاتفية أو مراسلة إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية التي تتعامل معها.

بالنسبة لبرنامج Child Health Plus:

للحصول على المعلومات عن خطط برنامج Child Health Plus، يُرجى الاتصال على الرقم **1-800-698-4543**.

قسط برنامج Child Health Plus

لا يوجد أقساط لبرنامج Medicaid أو برنامج Family Health Plus. قد يكون هناك قسط شهري في حالة برنامج Child Health Plus. قم باستخدام الرسم البياني المرفق لتقرر ما إذا كنت تحتاج إلى سداد قسط بناءً على دخلك الشهري أم لا. يجب عليك أن تُرفق قسط الشهر الأول مع الاستمارة المستكملة وإلا لن يتم إلحاق طفلك.

القسم ي التوقيع

يُرجى قراءة الفقرة الموجودة في هذا القسم بعناية وقراءة قسم **الشروط والحقوق والمسؤوليات**. يجب عليك بعد ذلك توقيع وتسجيل التاريخ على الاستمارة.

family health plus

Child Health Plus

Medicaid

State of New York
Department of Health

وثائق لازمة عند التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي

اسم مُقدم 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.***

ليس عليك أن تقدم إلينا كل هذه الوثائق. سنحتاج فقط الوثائق التي تنطبق على حالتك أو حالة المتقدمين الآخرين. سنحتاج لرؤية أصل وثيقتي الهوية والمواطنة الأمريكية أو نسخ معتمدة منها. يُرجى الاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية المحلية التي تتعامل معها أو الاتصال برقم 1-800-698-4543 لمعرفة أين يمكنك تقديم وثيقتي الهوية والمواطنة الأمريكية. العديد من الخطط الصحية لإدارة الخدمات الاجتماعية المحلية وبرنامج Child Health Plus لا تقبل تسلم أصول الوثائق عبر البريد، فيُرجى الرجوع إليهم إذا كنت ترغب في إرسال هذه الوثائق. يمكن إرسال نسخ المستندات الأخرى مع استمارة الطلب الخاصة بك.

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

بداية من 2010/7/1، لم يعد المواطنون من الأطفال الذين يقدمون رقم ضمان اجتماعي بحاجة إلى تقديم الوثيقة الخاصة بالمواطنة أو تحديد الهوية، إذا كانوا مؤهلين للاستفادة من برنامج Child Health Plus.
يمكنك تقديم إحدى الوثائق التالية لإثبات كلٍ من المواطنة الأمريكية والهوية وتاريخ ميلادك:

- ☐ كتيب/بطاقة جواز سفر أمريكي **أو**
- ☐ شهادة تطبيع (نموذجا DHS N-550 أو N-570) **أو**
- ☐ شهادة المواطنة الأمريكية (نموذجا DHS N-560 أو N-561) **أو**
- ☐ رخصة NYS المعززة للقيادة.

عندما تكون إحدى الوثائق المذكورة أعلاه غير متاحة، يمكن استخدام وثيقة واحدة من كل قائمة من القوائم المدرجة أدناه لإثبات مواطنتك و/أو هويتك.
هذه القائمة ليست حصرية. إذا لم يكن لديك إحدى هذه الوثائق، يُرجى الرجوع إلى قسم التعليمات الموجود تحت عنوان "كيف تحصل على المساعدة".

توضح الوثائق الموضع بجانبها علامة * كذلك تاريخ الميلاد

المواطنة الأمريكية

- ☐ شهادة الميلاد الأمريكية*
- ☐ شهادة ميلاد صادرة من Department of State (وزارة الخارجية) (نموذجا FS-545 أو DS-1350)*
- ☐ تقرير الميلاد بدولة أجنبية (FS-240)
- ☐ بطاقة الهوية القومية الأمريكية (نموذجا I-197 أو I-179)
- ☐ وثيقة مواطن من القبائل الأمريكية الأصلية*
- ☐ سجلات دينية/مدرسية*
- ☐ سجل خدمة عسكرية يظهر مكان الميلاد في الولايات المتحدة
- ☐ قرار التبني النهائي
- ☐ الدليل على الأهلية للمواطنة الأمريكية بمقتضى قانون 2000 لمواطنة الطفل.

الهوية

- ☐ رخصة قيادة صادرة من الولاية أو بطاقة هوية مزودة بصورة*
- ☐ بطاقة تعريف هوية صادرة من وكالة فيدرالية أو تابعة للولاية أو وكالة محلية حكومية
- ☐ سجل التجنيد أو البطاقة العسكرية الأمريكية أو بطاقة مشاة البحرية التجارية لخفر السواحل الأمريكي
- ☐ بطاقة هوية مدرسية مزودة بصورة (قد توضح كذلك تاريخ الميلاد)
- ☐ شهادة مزودة بصورة توضح الانحدار من أصل إحدى قبائل الهنود الحمر أو من قبيلة أخرى من سكان أمريكا الأصليين/سكان ألاسكا الأصليين
- ☐ سجلات موثقة من المدرسة أو الحضانة أو دار الرعاية النهارية (للأطفال أقل من 16 سنة) (يمكن أن توضح كذلك تاريخ الميلاد)
- ☐ سجلات من العيادة أو الطبيب أو المستشفى (للأطفال أقل من 16 سنة)*

في حالة عدم استخدامك لإحدى الوثائق التي توضح تاريخ الميلاد، يجب عليك كذلك تقديم إحدى الوثائق التالية:

- ☐ قسيمة زواج
- ☐ بطاقة هوية مخصصات لـ NYS

***يُرجى تقديم جميع العناصر اللازمة بحلول:** _____ **وإلا فقد يتم رفض استمارة الطلب.**

وثائق لازمة عند التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي

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 غير حصرية. إذا لم يكن لديك إحدى هذه الوثائق، يُرجى الرجوع إلى قسم التعليمات الموجود تحت عنوان "كيف تحصل على المساعدة".

نحتاج إلى الاطلاع على **إحدى** الوثائق التالية لإثبات كل من حالة الهجرة والهوية وتاريخ الميلاد:
توضح كذلك الوثائق الموضع بجانبها علامة * تاريخ الميلاد

حالة الهجرة/الهوية

- ☐ I-551 بطاقة الإقامة الدائمة ("البطاقة الخضراء")*
- ☐ بطاقة تصريح العمل I-688B أو I-766*

حالة الهجرة، ولكن يلزم تقديم وثيقة تعريف هوية أخرى

- ☐ I-94 سجل الوصول/المغادرة*
- ☐ نموذج I-797 "إخطار باتخاذ إجراء" من إدارة خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية
- ☐ دليل إثبات بالإقامة الدائمة بالولايات المتحدة قبل 1 يناير 1972

عنوان المنزل: يجب أن يتطابق هذا العنوان مع عنوان المنزل الذي كتبته في القسم أ 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 بالأجر من المالك يحمل عنوان منزلك
- ☐ فاتورة مرافق (غاز أو كهرباء أو هاتف أو كابل أو وقود أو مياه)
- ☐ سجلات ضريبة الملكية أو بيان الرهن العقاري
- ☐ رخصة قيادة (إذا كانت صادرة خلال الـ 6 أشهر الماضية)
- ☐ بطاقة هوية حكومية تحمل العنوان
- ☐ مظروف يحمل خاتم بريد أو بطاقة بريدية (لا يمكن استخدامها في حالة إرسالها إلى صندوق بريدي)

دليل إثبات بالدخل الحالي أو الدخل الذي قد تحصل عليه في المستقبل مثل مخصصات البطالة أو إحدى الدعاوى القضائية: يجب أن تقدم خطابًا أو بيانًا خطيًا أو نسخةً من الشيك أو كعوبات الشيكات، الموفرة من صاحب العمل أو الشخص أو الوكالة التي توفر الدخل. أنت غير ملزم بإطلاعنا على جميع تلك الوثائق، فقط تلك التي تنطبق عليك وعلى الأشخاص الذين يُقيمون 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 خاص بآخر أربعة أسابيع، سواء إذا كنت تحصل على أجرك بشكل أسبوعي أو شهري أو كل أسبوعين. من الضروري أن تكون أدلة الإثبات تلك حديثة.

الأجور والرواتب

- ☐ كعوب شيكات الراتب
- ☐ خطاب من صاحب العمل على ورق مسجلة عليه معلومات الشركة، موقع ومؤرخ
- ☐ إقرار حديث بضريبة الدخل، موقع ومؤرخ مع جميع الجداول**
- ☐ سجلات العمل/جدول الرواتب

العمل الحر

- ☐ إقرار بضريبة الدخل حديث وموقع ومؤرخ وجميع الجداول**
- ☐ سجلات بالإيرادات والنفقات/سجلات العمل

مخصصات البطالة

- ☐ شهادة/خطاب المنح
- ☐ بيان بالمخصصات الشهرية من إدارة القوى العاملة بولاية نيويورك
- ☐ نسخة من معلومات حساب المُستلم من موقع إدارة القوى العاملة بولاية نيويورك (www.labor.state.ny.us)
- ☐ نسخة من بطاقة الدفع المباشر بنموذج مطبوع
- ☐ مراسلة من إدارة القوى العاملة بولاية نيويورك

المعاشات/مبالغ التقاعد الخاصة

- ☐ بيان من التقاعد/المعاش

***يمكن استخدام إقرارات ضريبة الدخل لغير أصحاب الأعمال الحرة لاستمارات الطلب قبل 1 إبريل من العام التالي.*

الضمان الاجتماعي

- ☐ شهادة/خطاب المنح
- ☐ بيان سنوي بمخصصات التقاعد
- ☐ مراسلة من إدارة الضمان الاجتماعي

تعويضات العمال

- ☐ خطاب المنح
- ☐ كعب شيك

إعالة الطفل/النفقة

- ☐ خطاب من الشخص الذي يقدم الدعم
- ☐ خطاب من المحكمة
- ☐ كعب شيك إعالة الطفل/النفقة
- ☐ نسخة من بطاقة NY Epicard مع نموذج مطبوع
- ☐ نسخة من معلومات حساب إعالة الطفل من موقع **www.newyorkchildsupport.com**
- ☐ نسخة من البيان البنكي توضح الإيداع المباشر

مخصصات المحاربين القدامى

- ☐ خطاب المنح
- ☐ كعب شيك المخصصات
- ☐ مراسلة من شؤون المحاربين القدامى

رواتب وأجور العسكريين

- ☐ خطاب المنح
- ☐ كعب الشيك

الدخل الوارد من الإيجار أو الغرفة/الإقامة الشاملة

- ☐ خطاب من نزيل الغرفة أو نزيل الإقامة الشاملة أو المستأجر
- ☐ كعب الشيك

الفائدة/الأرباح/العائدات

- ☐ بيان حديث من البنك أو اتحاد الائتمان التعاوني أو المؤسسة المالية
- ☐ خطاب من السمسار
- ☐ خطاب من الوكيل
- ☐ 1099 أو إقرار ضريبي (في حالة عدم توافر وثائق أخرى)

وثائق لازمة عند التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي

إذا كنت تدفع أموال مقابل الحصول على رعاية لأطفالك أو والديك أثناء عملك، فقدم إحدى الوثائق التالية:

- ☐ بيان مكتوب من مركز الرعاية النهارية أو موفر رعاية آخر للأطفال/البالغين
- ☐ شيكات أو إيصالات ملغاة توضح مدفوعاتك

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 (البطاقة الحمراء والبيضاء والزرقاء)

للسيدات الحوامل فقط: دليل إثبات الحمل، قدمي إحدى الوثائق التالية:

- ☐ صحيفة فحص الأهلية الافتراضية للسيدات الحوامل مُستكمل من قبل أحد موفري الرعاية بحيث تطلعنا الصحيفة على تاريخ الولادة المتوقع
- ☐ بيان من الأخصائي الطبي (مثل الطبيب أو ممارس التمريض) بالتاريخ المتوقع للولادة
- ☐ نموذج إحالة طبية من برنامج السيدات والرضع والأطفال يُطلعنا على تاريخ الولادة المتوقع

إذا كانت قد صدرت لك فواتير طبية خلال الثلاثة أشهر الماضية، فقدم جميع ما يلي:

لتحديد الأهلية للحصول على النفقات الطبية المتكبدة خلال الثلاثة أشهر الماضية:

- ☐ دليل إثبات بالدخل خلال الشهر (الأشهر) الذي تم تكبد النفقات خلاله
- ☐ دليل إثبات بعنوان السكن/المنزل خلال الشهر (الأشهر) الذي تم تكبد النفقات خلاله
- ☐ فواتير طبية للثلاثة أشهر الماضية، سواء أكنت قد دفعتها أم لا

الموارد (فقط إذا كنت قد تجاوزت 65 عامًا أو كنت معاقًا وليس لديك أطفال دون سن الـ 21 يُقيمون معك):

- ☐ بيانات الحسابات البنكية: الحسابات الجارية وحسابات الادخار والتقاعد (حساب التقاعد الفردي و Keogh)
- ☐ بيانات الشهادات والأسهم والسندات
- ☐ نسخة من بوليصة التأمين على الحياة
- ☐ نسخة من وديعة الدفن أو سند وديعة مكان الدفن أو اتفاقية الجنازة
- ☐ سند الملكية العقارية غير المسكن

دليل إثبات بحالة الطالب بالنسبة للطلاب الجامعيين إذا كانوا يعملون:

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

الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بنيويورك Medicaid / Family Health Plus / Child Health Plus

يُرجى قراءة التعليمات واستمارة الطلب بالكامل قبل استكمالها. اكتب بأحرف واضحة بالحبر الأزرق أو الأسود. لا يمكن التعامل مع استمارة طلب غير مُستكملة وسيؤدي ذلك إلى تأخر عملية اتخاذ قرار فيما يتعلق باستمارة طلبك.

القسم أ معلومات مُقدم الطلب

يُرجى إطلاعنا على هويتك وكيفية الاتصال بك.

الاسم الأول القانوني	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اسم العائلة القانوني

رقم الهاتف الرئيسي	رقم هاتف آخر	ما اللغة التي تتحدثها؟ _____ تقرأها؟ _____
☐رقم هاتف المنزل ☐الهاتف المحمول ☐هاتف العمل ☐غير ذلك	☐رقم هاتف المنزل ☐الهاتف المحمول ☐هاتف العمل ☐غير ذلك	

عنوان منزل أرسل دليل إثبات

الشخص المتقدم بطلب للحصول على تأمين صحي

☐ ضع علامة هنا إذا كان بلا مأوى

الشارع			رقم الشقة
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة

العنوان البريدي

للشخص المتقدم بطلب للحصول على تأمين صحي، إذا كان يختلف عن الشخص الموضح أعلاه.

الشارع			رقم الشقة
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	

اختياري: إذا كان هناك شخص آخر ترغب في أن يتلقى إخطارات Medicaid الخاصة بك، يُرجى تقديم معلومات الاتصال الخاصة بذلك الشخص.

أرغب أن يقوم ذلك الشخص الذي يمثل جهة اتصال بالتالي:

الاسم			الولاية
الشارع		رقم الشقة	الرمز البريدي
المدينة			رقم الهاتف ☐رقم هاتف المنزل ☐الهاتف المحمول ☐هاتف العمل ☐غير ذلك

ضع علامة على جميع ما ينطبق

☐ التقدم بطلب للحصول على تغطية Medicaid و/أو تجديدها نيابة عني

☐ مناقشة استمارة التقدم بطلب للحصول على تغطية Medicaid أو حالتي، إذا لزم الأمر

☐ استلام الإخطارات والمراسلات

القسم ب المعلومات المتعلقة بالأسرة

إذا كنت تُقيم بالمنزل مع أسرتك، فابدأ بنفسك. إذا كنت لا تُقيم بالمنزل مع أسرتك، فابدأ بالبالغين الذين يُقيمون بالمنزل. اذكر الاسم القانوني الكامل للشخص الذي يحصل على أو يتقدم بطلب للحصول على مخصصات Medicaid أو Family Health Plus أو Child Health Plus **واذكر رقم تعريف الهوية المدون ببطاقة المخصصات أو بطاقة هوية الخطة الصحية الخاصة بهم. ينبغي** أن تقدم معلومات عن أفراد الأسرة بما في ذلك: الوالدين وزوج الوالدة (زوجة الوالد) والأزواج. قد تحتاج إلى تقديم معلومات عن أفراد آخرين من الأسرة (على سبيل المثال، طفل مُعال دون سن الـ 21).

ذكر أفراد آخرين من الأسرة قد يسمح لنا بمنحك درجة أعلى من الأهلية. قد تكون السيدات الحوامل والأطفال دون سن الـ 19 مؤهلات للحصول على تأمين صحي بغض النظر عن حالة الهجرة.

	بيانات الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة القانونية	تاريخ الميلاد أرسل دليل إثبات	هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تأمين صحي؟	هل هذه السيدة حامل؟ أرسل دليل إثبات	هل هذا الشخص أحد والدي طفل متقدم بطلب؟	ما هي العلاقة التي تجمعه بالشخص المذكور في المربع 1؟	إذا كان هذا الشخص يمتلك أو كان يمتلك تغطية صحية في الماضي، فضع علامة على المربع الذي ينطبق.	رقم الضمان الاجتماعي (إذا كان لديك واحدًا)	يُرجى وضع علامة على المربع الذي يُشير إلى حالة المواطنة أو الهجرة الحالية الخاصة بك. غير لازم للسيدات الحوامل أرسل دليل إثبات	*المجموعة العرقية/ الإثنية
01		/ /	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا ما هو تاريخ الولادة المتوقع؟ / /	☐ نعم ☐ لا	SELF	☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus رقم هوية التعريف ببطاقة المخصصات/بطاقة الخطة، إذا كان معروفًا:		☐ مواطن أمريكي ☐ مهاجر/غير مواطن أدخل التاريخ الذي حصلت فيه على حالة الهجرة الخاصة بك ___/___/___ الشهر اليوم العام ☐ غير مهاجر (حامل تأشيرة) ☐ لا شيء مما سبق	
	الاسم الكامل قبل الزواج (اسم الشخص الكامل عند الولادة قبل الزواج)	☐ ذكر ☐ أنثى								
	المدينة التي ولد فيها الولاية التي ولد فيها الدولة التي ولد فيها									
	الاسم الكامل لوالدة هذا الشخص قبل زواجها									
02		/ /	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا ما هو تاريخ الولادة المتوقع؟ / /	☐ نعم ☐ لا		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus رقم هوية التعريف ببطاقة المخصصات/بطاقة الخطة، إذا كان معروفًا:		☐ مواطن أمريكي ☐ مهاجر/غير مواطن أدخل التاريخ الذي حصلت فيه على حالة الهجرة الخاصة بك ___/___/___ الشهر اليوم العام ☐ غير مهاجر (حامل تأشيرة) ☐ لا شيء مما سبق	
	الاسم الكامل قبل الزواج (اسم الشخص الكامل عند الولادة قبل الزواج)	☐ ذكر ☐ أنثى								
	المدينة التي ولد فيها الولاية التي ولد فيها الدولة التي ولد فيها									
	الاسم الكامل لوالدة هذا الشخص قبل زواجها									

ابتداء من 2010/7/1، لم يعد المواطنون من الأطفال الذين يقدمون رقم ضمان اجتماعي بحاجة إلى تقديم الوثيقة الخاصة بالمواطنة أو تحديد الهوية، إذا كانوا مؤهلين للاستفادة من برنامج Child Health Plus.

أرسل دليل إثبات **ارجع إلى "وثائق لازمة عند التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي" بالتعليمات المدونة بالصفحات 3-1، "قائمة الوثائق المرجعية للتأمين الصحي"، لمعرفة قائمة الوثائق التي تُثبت الهوية وحالة المواطنة أو الهجرة.**

***رموز المجموعة العرقية/الإثنية (اختياري):** A-أسيوي، B-أسود أو أمريكي من أصل إفريقي، I- من أصل أمريكي أو من سكان ألاسكا 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 أسباني أو لاتيني-H

(يُتبع في صفحة 2) NYS DOH

القسم ب المعلومات المتعلقة بالأسرة (مستكمل من الصفحة السابقة)

	بيانات الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة القانونية	تاريخ الميلاد أرسل دليل إثبات	هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تأمين صحي؟	هل هذه السيدة حامل؟ أرسل دليل إثبات	هل هذا الشخص أحد والدي طفل متقدم بطلب؟	ما هي العلاقة التي تجمعه بالشخص المذكور في المربع 1؟	إذا كان هذا الشخص يمتلك أو كان يمتلك تغطية صحية في الماضي، فضع علامة على المربع الذي ينطبق.	رقم الضمان الاجتماعي (إذا كان لديك واحدًا)	يُرجى وضع علامة على المربع الذي يُشير إلى حالة المواطنة أو الهجرة الحالية الخاصة بك. غير لازم للسيدات الحوامل أرسل دليل إثبات	*المجموعة العرقية/ الإثنية
03	_____ الاسم الكامل قبل الزواج (اسم الشخص الكامل عند الولادة قبل الزواج) المدينة التي ولد فيها الولاية التي ولد فيها الدولة التي ولد فيها الاسم الكامل لوالدة هذا الشخص قبل زواجها	/ / ☐ ذكر ☐ أنثى	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا ما هو تاريخ الولادة المتوقع؟ / /	☐ نعم ☐ لا		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus رقم تعريف الهوية ببطاقة المخصصات/بطاقة الخطة، إذا كان معروفًا:		☐ مواطن أمريكي ☐ مهاجر/غير مواطن أدخل التاريخ الذي حصلت فيه على حالة الهجرة الخاصة بك _____/_____/_____ الشهر اليوم العام ☐ غير مهاجر (حامل تأشيرة) ☐ لا شيء مما سبق	
04	_____ الاسم الكامل قبل الزواج (اسم الشخص الكامل عند الولادة قبل الزواج) المدينة التي ولد فيها الولاية التي ولد فيها الدولة التي ولد فيها الاسم الكامل لوالدة هذا الشخص قبل زواجها	/ / ☐ ذكر ☐ أنثى	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا ما هو تاريخ الولادة المتوقع؟ / /	☐ نعم ☐ لا		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus رقم تعريف الهوية ببطاقة المخصصات/بطاقة الخطة، إذا كان معروفًا:		☐ مواطن أمريكي ☐ مهاجر/غير مواطن أدخل التاريخ الذي حصلت فيه على حالة الهجرة الخاصة بك _____/_____/_____ الشهر اليوم العام ☐ غير مهاجر (حامل تأشيرة) ☐ لا شيء مما سبق	
05	_____ الاسم الكامل قبل الزواج (اسم الشخص الكامل عند الولادة قبل الزواج) المدينة التي ولد فيها الولاية التي ولد فيها الدولة التي ولد فيها الاسم الكامل لوالدة هذا الشخص قبل زواجها	/ / ☐ ذكر ☐ أنثى	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا ما هو تاريخ الولادة المتوقع؟ / /	☐ نعم ☐ لا		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus رقم تعريف الهوية ببطاقة المخصصات/بطاقة الخطة، إذا كان معروفًا:		☐ مواطن أمريكي ☐ مهاجر/غير مواطن أدخل التاريخ الذي حصلت فيه على حالة الهجرة الخاصة بك _____/_____/_____ الشهر اليوم العام ☐ غير مهاجر (حامل تأشيرة) ☐ لا شيء مما سبق	
06	_____ الاسم الكامل قبل الزواج (اسم الشخص الكامل عند الولادة قبل الزواج) المدينة التي ولد فيها الولاية التي ولد فيها الدولة التي ولد فيها الاسم الكامل لوالدة هذا الشخص قبل زواجها	/ / ☐ ذكر ☐ أنثى	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا ما هو تاريخ الولادة المتوقع؟ / /	☐ نعم ☐ لا		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus رقم تعريف الهوية ببطاقة المخصصات/بطاقة الخطة، إذا كان معروفًا:		☐ مواطن أمريكي ☐ مهاجر/غير مواطن أدخل التاريخ الذي حصلت فيه على حالة الهجرة الخاصة بك _____/_____/_____ الشهر اليوم العام ☐ غير مهاجر (حامل تأشيرة) ☐ لا شيء مما سبق	
07	_____ الاسم الكامل قبل الزواج (اسم الشخص الكامل عند الولادة قبل الزواج) المدينة التي ولد فيها الولاية التي ولد فيها الدولة التي ولد فيها الاسم الكامل لوالدة هذا الشخص قبل زواجها	/ / ☐ ذكر ☐ أنثى	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا ما هو تاريخ الولادة المتوقع؟ / /	☐ نعم ☐ لا		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus رقم تعريف الهوية ببطاقة المخصصات/بطاقة الخطة، إذا كان معروفًا:		☐ مواطن أمريكي ☐ مهاجر/غير مواطن أدخل التاريخ الذي حصلت فيه على حالة الهجرة الخاصة بك _____/_____/_____ الشهر اليوم العام ☐ غير مهاجر (حامل تأشيرة) ☐ لا شيء مما سبق	

هل أي من أفراد أسرتك من المحاربين القدامى؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اسمه: _____

بداية من 2010/7/1، لم يعد المواطنون من الأطفال الذين يقدمون رقم ضمان اجتماعي بحاجة إلى تقديم الوثيقة الخاصة بالمواطنة أو تحديد الهوية، إذا كانوا مؤهلين للاستفادة من برنامج Child Health Plus.

أرسل دليل إثبات ارجع إلى "وثائق لازمة عند التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي" بالتعليمات المدونة بالصفحات 3-1، "قائمة الوثائق المرجعية للتأمين الصحي"، لمعرفة قائمة الوثائق التي تُثبت الهوية وحالة المواطنة أو الهجرة.

***رموز المجموعة العرقية/الإثنية (اختياري):** A-آسيوي، B-أسود أو أمريكي من أصل إفريقي، I- من أصل أمريكي أو من سكان ألاسكا 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 أسباني أو لاتيني-H

القسم ج دخل الأسرة

أكتب أنواع النقود والمبالغ المستلمة بواسطة كل الأشخاص المذكورين في القسم ب و **أرسل دليل إثبات**

العائدات من العمل: تشمل الأجور والرواتب والعمولات والبقشيش والوقت الإضافي والعمل لحسابك الخاص. إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فضع علامة هنا: ☐ ضع علامة هنا إذا لم تكن تحصل على عائدات من العمل: ☐

اسم الشخص	نوع الدخل/اسم صاحب العمل	ما هي القيمة؟ (قبل الضرائب)	ما هو معدل التكرار؟ (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. ضع علامة هنا إذا لم يكن لك أي دخل غير مكتسب: ☐

اسم الشخص	نوع الدخل/المورد	ما هي القيمة؟ (قبل الضرائب)	ما هو معدل التكرار؟ (أسبوعي، شهري)

المساهمات: النقود من الأقارب أو الأصدقاء أو النزلاء أو نزلاء الإقامة الشاملة (تشمل النقود التي يعطيها لك أي شخص كل شهر لمساعدتك على الوفاء بنفقات المعيشة). ضع علامة هنا إذا لم تكن تحصل على أي مساهمات: ☐

اسم الشخص	نوع الدخل/المورد	ما هي القيمة؟ (قبل الضرائب)	ما هو معدل التكرار؟ (أسبوعي، شهري)

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

اسم الشخص	نوع الدخل/المورد	ما هي القيمة؟ (قبل الضرائب)	ما هو معدل التكرار؟ (أسبوعي، شهري)

1. هل أنت أو أي شخص بالغ آخر متقدم بالطلب في القسم ب لا تملكون دخلاً؟ ☐ لا ☐ نعم من؟ _____

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

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

4. هل أنت أو أي شخص متقدم بالطلب طالبًا في برنامج مهني أو طالب في المرحلة الجامعية أو طالب في الدراسات العليا؟ ☐ لا ☐ نعم
إذا كانت الإجابة بنعم: ☐ دوام كامل ☐ دوام جزئي ☐ قبل التخرج ☐ الدراسات العليا اسم الطالب

5. هل يجب عليك الدفع لرعاية طفل (أو لرعاية شخص بالغ معاق) من أجل العمل أو الذهاب للمدرسة؟ ☐ لا ☐ نعم

اسم الطفل/البالغ:	ما هي القيمة؟	دولار	ما هو معدل التكرار؟ (أسبوعي، كل أسبوعين، شهري)
اسم الطفل/البالغ:	ما هي القيمة؟	دولار	ما هو معدل التكرار؟ (أسبوعي، كل أسبوعين، شهري)
اسم الطفل/البالغ:	ما هي القيمة؟	دولار	ما هو معدل التكرار؟ (أسبوعي، كل أسبوعين، شهري)

6. إذا لم تكن مؤهلاً لتغطية Medicaid أو Family Health Plus، فقد تكون مازالت مؤهلاً لبرنامج Family Planning Benefit. هل ترغب في تلقي تغطية لخدمات التخطيط العائلي فقط؟ ☐ لا ☐ نعم

القسم د التأمين الصحي

قد تكون أنت وعائلتك مازلتم مؤهلين حتى إذا كان لديك تأمين صحي آخر.

1. هل لدى أي شخص متقدم بالطلب تغطية Medicare؟ ☐ لا ☐ نعم **إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإرفاق نسخة من بطاقتك (البطاقة الحمراء والبيضاء والزرقاء) لكل مستفيد من Medicare.** **أرسل دليل إثبات** **أكمل باقي استمارة الطلب هذه وأكمل الملحق أ.**

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

اسم المؤمن عليه (الرئيسي) _____ الأشخاص الخاضعون للتغطية _____ تكلفة بوليصة التأمين _____ تاريخ انتهاء التغطية، إذا كانت ستنتهي قريبًا _____/_____/_____ (الشهر / اليوم / السنة)

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

3. هل والد (والدة) / أو زوجة والد /أو زوج والدة أي طفل متقدم بالطلب يعمل كموظف عام يمكنه الحصول على التغطية العائلية عن طريق خطة مخصصات رعاية صحية تابعة للولاية؟ (انظر التعليمات) ☐ لا ☐ نعم
إذا كانت الإجابة بنعم، هل تقوم الوكالة العامة حيث يعمل هذا الشخص بدفع جميع أو جزء من النفقات الخاصة بالخطة الصحية؟ ☐ لا ☐ نعم

4. في الأشهر الستة الأخيرة، هل فقد أي شخص أو قام بإلغاء أي نوع من التأمين الصحي الذي تم توفيره من خلال صاحب العمل؟ ☐ لا ☐ نعم (إذا كانت الإجابة بلا، فتخطى إلى السؤال 5) إذا كانت الإجابة بنعم، ففي أي يوم فقدت التغطية؟ _____/_____/_____ (الشهر / اليوم / السنة)

ستساعدنا إجابتك على هذا السؤال على فهم أسباب تغيير الأشخاص لتأمينهم الصحي.

ولم لا يعد الشخص (الأشخاص) لديه (لديهم) تأمينًا صحيًا؟ (اختر واحدًا فقط)

☐ 1. الشخص الذي كان لديه التأمين لم يعد يعمل مع صاحب العمل الذي كان يوفر له التأمين .
☐ 2. توقف صاحب العمل عن تقديم التأمين الصحي.
☐ 3. توقف صاحب العمل عن تقديم التأمين الصحي للطفل (الأطفال)
أو توقف عن الدفع للتأمين الصحي للطفل (الأطفال) ولكنه استمر في تغطية الوالد (الوالدة) العامل.
☐ 4. ارتفعت تكاليف التأمين الصحي ولم يعد بالإمكان تحملها.
☐ 5. يكلف برنامج Child Health Plus أو برنامج Family Health Plus أقل من التأمين الذي كان لدى الشخص (الأشخاص)
☐ 6. يقدم برنامج Child Health Plus أو برنامج Family Health Plus مخصصات أفضل من التأمين الذي كان لدى الشخص (الأشخاص)

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

القسم هـ نفقات السكن

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

2. إذا كنت تدفع مقابل الماء بشكل منفصل، فكم تدفع؟ _____دولار **أرسل دليل إثبات** ما معدل تكرار الدفع الذي تقوم به؟ ☐ كل شهر ☐ مرتان سنويًا ☐ ربع سنوي (أربع مرات سنويًا) ☐ مرة سنويًا

3. هل تتلقى سكنًا **مجانيًا** كجزء من أجرك؟ ☐ لا ☐ نعم

القسم و كفيف أو معاق أو مصاب بمرض مزمن أو في حاجة للرعاية التمريضية المنزلية

تساعدنا هذه الأسئلة على تحديد أي البرامج أفضل بالنسبة لمقدم الطلب.

إذا لم يكن أي من المتقدمين بالطلب كفيفًا أو معاقًا أو مصابًا بمرض مزمن أو في دار رعاية تمريضية منزلية **توقف** **يُرجى الذهاب إلى القسم ز.**

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 بنعم، قم بإكمال استمارة الطلب هذه وأكمل الملحق أ.

2. هل أنت أو أي شخص يعيش معك كفيف أو معاق أو مصاب بمرض مزمن؟ ☐ لا ☐ نعم إذا كانت الإجابة بنعم، قم بإكمال استمارة الطلب هذه وأكمل الملحق أ.
ملاحظة: إذا كنت تقدم طلبًا للحصول على مخصصات برنامج Medicare Savings Program (MSP) فقط، فاذهب إلى القسم ز. ولا يلزم أن تقوم بإكمال الملحق أ.

القسم ز أسئلة إضافية عن الصحة

1. هل لدى أي شخص متقدم بالطلب فواتير طبية أو وصفات طبية مدفوعة أو غير مدفوعة لهذا الشهر أو للشهور الثلاثة قبل هذا الشهر؟ قد تكون Medicaid قادرة على دفع هذه الفواتير أو تعويضك عنها.
☐ لا ☐ نعم إذا كانت الإجابة بنعم: الاسم: _____ في أي شهر (شهور) من الأشهر الثلاثة الماضية كانت لديك هذه الفواتير الطبية؟ _____

أرسل دليل إثبات على الدخل لأي شهر في فترة الأشهر الثلاثة التي لديك فواتير عنها. إذا كنت قد دفعت الفواتير الطبية التي تسعى للحصول على تعويض عنها، يجب 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 عن الأشهر الثلاثة السابقة؟ ☐ لا ☐ نعم

3. هل قمت أنت أو أي شخص يعيش معك ومتقدم بطلب بالانتقال إلى هذه المقاطعة من ولاية أخرى أو من مقاطعة أخرى في New York State في الأشهر الثلاثة الماضية؟ ☐ لا ☐ نعم
إذا كانت الإجابة بنعم، فمن الذي انتقل؟ _____ أي ولاية؟ _____ أي مقاطعة؟ _____

4. هل هناك دعوى قضائية قائمة بسبب إصابة تتعلق بأي شخص متقدم بطلب؟ ☐ لا ☐ نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هذا الشخص؟ _____

5. هل هناك أي شخص من المتقدمين بالطلب له دعوى قضائية لتعويضات العمال أو إصابة أو مرض أو إعاقة تسبب بها شخص آخر (يمكن تغطيتها بواسطة التأمين)؟ ☐ لا ☐ نعم
إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هذا الشخص؟ _____

القسم ح الوالد (الوالدة) أو الزوج (الزوجة) لا يعيش في المنزل أو متوفى

العائلات المتقدمة بالطلب لأطفالها أو النساء الحوامل **لا** يجب عليهم ملء 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 وجيه. قد يظل الأطفال مؤهلين حتى إذا كان الوالد (الوالدة) غير راغب في توفير هذه المعلومات. إذا كنت تخشى الإصابة بالأذى البدني أو العاطفي كنتيجة لتوفير معلومات عن والد (والدة) أو زوج (زوجة) لا يعيش (تعيش) في المنزل، يمكن إعفاؤك من توفير هذه المعلومات. ويسمى ذلك **السبب الوجيه**. قد يُطلب منك توضيح أن لديك سبب وجيه لمخاوفك.

1. هل زوج (زوجة) أو والد (والدة) أي من المتقدمين بالطلب متوفى (متوفاة)؟ ☐ لا ☐ نعم
إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اسم مقدم الطلب الذي (التي) توفي والده (والدتها) أو زوجته (زوجها): _____ (إذا كان الزوج (الزوجة) أو الوالد (الوالدة) متوفى (متوفاة)، فاذهب إلى السؤال 3.)

2. هل يعيش والد (والدة) أي طفل متقدم بالطلب خارج المنزل؟ (إذا كانت الإجابة بلا، فتخطى للسؤال 3) ☐ لا ☐ نعم

إذا كنت تخشى الإصابة بالأذى البدني أو العاطفي إذا قمت بتوفير معلومات عن والد (والدة) لا يعيش في المنزل، فضع علامة على هذا المربع ☐

اسم الطفل:	**اسم الوالد (الوالدة) الذي يعيش خارج المنزل** _____ تاريخ الميلاد (إن كان معروفًا): _____/_____/_____	**العنوان الحالي أو آخر عنوان معروف:** الشارع: _____ المدينة/الولاية: _____ رقم الضمان الاجتماعي (إن كان معروفًا): _____
اسم الطفل:	**اسم الوالد (الوالدة) الذي يعيش خارج المنزل** _____ تاريخ الميلاد (إن كان معروفًا): _____/_____/_____	**العنوان الحالي أو آخر عنوان معروف:** الشارع: _____ المدينة/الولاية: _____ رقم الضمان الاجتماعي (إن كان معروفًا): _____

3. هل هناك أي شخص من المتقدمين بالطلب مازال متزوجًا بشخص يعيش خارج المنزل؟ ☐ لا ☐ نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اسم الشخص المتقدم بالطلب الذي مازال 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 ☐

الاسم القانوني للزوج (الزوجة) الذي (التي) يعيش (تعيش) خارج المنزل:	**تاريخ الميلاد (إن كان معروفًا):** _____/_____/_____	**العنوان الحالي أو آخر عنوان معروف:** الشارع: _____ المدينة/الولاية: _____ رقم الضمان الاجتماعي (إن كان معروفًا): _____

القسم ط اختيار الخطة الصحية

إذا كنت تتلقى خدمات Medicare، توقف فتخطى هذا القسم.

مهم: يجب على الأشخاص المشتركين في Family Health Plus و Child Health Plus اختيار خطة صحية للحصول على خدماتهم الصحية. **يجب** على معظم الأشخاص المشتركين في Medicaid اختيار خطة صحية؛ وإذا لم تقم باختيار خطة صحية، فقد يتم تسجيلك تلقائيا في واحدة إلا إذا تقرر أنك معفي. **بالنسبة لـ Medicaid و Family Health Plus:** إذا احتجت معلومات بشأن الخطط المتاحة في مقاطعتك، وما هي الخطط التي يشترك بها طبيبك، وما إذا كان لزامًا عليك الاشتراك، يُرجى الاتصال بـ **New York Medicaid CHOICE** على الرقم 1-800-505-5678. يمكنك أيضًا الاتصال أو زيارة إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية الخاصة بك. للحصول على المعلومات عن خطط برنامج Child Health Plus، يُرجى الاتصال على الرقم 1-800-698-4543. إذا كنت تعرف بالفعل الخطة التي ترغب في الاشتراك بها، فاستخدم هذا القسم من أجل اختيار خطتك.

ملحوظة: إذا تقرر أنك أو أحد أعضاء عائلتك مؤهلين لبرنامج Medicaid، فسيتم تسجيلك في الخطة الصحية التي تختارها إذا كانت توفر Medicaid. إذا كنت تعيش في مقاطعة لا تتطلب من الأشخاص المشتركين في Medicaid الانضمام إلى خطة صحية، يمكنك إخبارنا بعدم رغبتك في الانضمام إلى خطة صحية بالاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية المحلية الخاصة بك أو مراسلتها أو بوضع علامة في هذا المربع. ☐

اسم العائلة القانوني	الاسم الأول القانوني	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	اسم الخطة الصحية التي تقوم بالتسجيل بها	الطبيب أو المركز الصحي (اختياري) المفضل ضع علامة في المربع إذا كان موفر الرعاية الحالي الخاص بك	طبيب النساء والتوليد (اختياري)
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	

القسم ي التوقيع

أوافق على أن تتم مشاركة المعلومات الموجودة في استمارة الطلب هذه وفي التجديد السنوي بين Medicaid و Family Health Plus و Child Health Plus والخطط الصحية الموضحة في القسم ط وقطاع الخدمات الاجتماعية المحلية ومنظمات التسجيل المسهل التي توفر المساعدة في تقديم الطلب فقط. كما أعطي موافقتي أيضًا على مشاركة هذه المعلومات مع أي مركز صحي مدرسي يوفر الخدمات لمقدمي (مقدمي) الطلب. أفهم أن مشاركة هذه المعلومات تتم بغرض تحديد أهلية الأفراد المتقدمين بطلبات لبرامج Medicaid أو Family Health Plus أو Child Health Plus أو لتقييم مدى نجاح هذه البرامج. يجب على كل فرد بالغ متقدم بطلب التوقيع على استمارة الطلب هذه في المساحة الموجودة أدناه. بالتوقيع على استمارة الطلب هذه، أفهم أن كل شخص متقدم بطلب للاستفادة من برامج Medicaid أو Family Health Plus أو Child Health Plus سيتم تسجيله في البرنامج المناسب إذا كان مؤهلاً لذلك. **كما قرأت أيضًا وأفهم الشروط والحقوق والمسؤوليات المضمنة في كتيب استمارة الطلب هذا في الصفحة التالية.** وأشهد تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن كل ما هو مذكور في استمارة الطلب هذه هو الحقيقة بقدر ما أعلم.

التاريخ _____ *توقيع الشخص البالغ مقدم الطلب أو الممثل المفوض عن مقدم الطلب* _____

التاريخ _____ *توقيع الشخص البالغ المتقدم باستمارة الطلب أو الممثل المفوض عن المتقدم بالطلب* _____

الشروط والحقوق والمسؤوليات

بإكمال والتوقيع على استمارة الطلب هذه، أنا أتقدم بطلب لبرامج Medicaid و Family Health Plus و Child Health Plus. أدرك أن استمارة الطلب والإخطارات والمعلومات الداعمة الأخرى هذه سيتم إرسالها إلى البرنامج (البرامج) الذي أرغب في التقديم للالتحاق به. 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 تغيرات تطرأ على المعلومات في استمارة الطلب هذه فورًا.

- أدرك أنني يجب أن أوفر المعلومات اللازمة لإثبات أهليتي لكل برنامج. إذا لم أكن قادرًا على الحصول على المعلومات لبرنامج Medicaid أو Family Health Plus، فسأقوم بإخبار قطاع الخدمات الاجتماعية. قد يكون قطاع الخدمات الاجتماعية قادرًا على المساعدة في الحصول على المعلومات.
- إذا كنت أتقدم بطلب في مكان غير إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية ولم يتم اعتبار أطفالي مؤهلين للالتحاق ببرنامج Medicaid باستخدام استمارة الطلب هذه، يمكنني الاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية المحلية 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 طلبا قد يقومون بالتحقق من المعلومات التي أعطيتها في استمارة الطلب هذه. ستحتفظ الوكالات التي تدير هذه البرامج بسرية هذه المعلومات لقسمين 42 U.S.C. 1396a (a) (7) و 42 CFR 431.300-431.307 وأي قوانين ولوائح فيدرالية وتابعة للولاية.
- بالتقديم للالتحاق ببرنامج Child Health Plus، أوافق على دفع مساهمات الأقساط السارية التي لا تدفعها New York State.
- أفهم أن برامج Medicaid و Family Health Plus و Child Health Plus لن تقوم بدفع النفقات الطبية التي من مفترض أن يدفعها التأمين أو شخص آخر، وأنه إذا قمت بالتقديم لالتحاق ببرنامج Medicaid و Family Health Plus، فأنا أعطي الوكالة جميع حقوقي للسعي وراء وتلقي الدعم الطبي من الزوج (الزوجة) أو والدي الأشخاص أقل من 21 عامًا وحقي في السعي وراء وتلقي مدفوعات الطرف الثالث طوال المدة التي أتلقى فيها المخصصات.
- سوف أتقدم بأي دعاوى للحصول على مخصصات التأمين الصحي أو التأمين على الحوادث أو أي موارد أخرى يحق لي الحصول عليها. أدرك أن لدي الحق في إدعاء وجود سبب جيد لعدم التعاون في استخدام التأمين الصحي إذا كان استخدامه سيسبب أذىً لصحتي أو لسلامتي أو لصحة وسلامة شخص أتحمل عنه المسؤولية القانونية.
- أدرك أن أهليتي لهذه البرامج لن تتأثر بعرقي أو لوني أو أصلي القومي. أدرك أيضًا أنه تبعًا لمتطلبات هذه البرامج المنفردة قد يمثل عمري أو نوعي أو إعاقتي أو حالة الجنسية الخاصة بي عوامل تؤثر في كوني مؤهلاً أم لا.
- أدرك أنه إذا كان طفلي في Medicaid أو Family Health Plus، فسيمكن له الحصول على رعاية أولية ووقائية شاملة، بما في ذلك جميع العلاجات الضرورية من خلال برنامج Child/Teen Health. يمكنني الحصول على المزيد من المعلومات عن هذا البرنامج من إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية.
- أدرك أن أي شخص يقوم بالكذب أو إخفاء الحقيقة عن علم من أجل تلقي الخدمات تحت هذه البرامج يرتكب جريمة ويخضع لعقوبات القانون الفيدرالي وقانون الولاية وقد يضطر إلى إعادة دفع مبالغ المخصصات التي تلقاها وإلى دفع 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.

رقم الضمان الاجتماعي

Child Health Plus: لا تكون أرقام الضمان الاجتماعي ضرورية للتسجيل في Child Health Plus. إذا كان ذلك متاحًا، فسوف أقوم بتضمينه للأطفال المتقدمين بالطلب للالتحاق ببرنامج Child Health Plus أو Medicaid. Family Health Plus: تكون أرقام الضمان الاجتماعي ضرورية لجميع مقدمي الطلبات، إلا إذا كان الشخص سيدةً حاملاً أو شخصًا أجنبيًا غير مؤهل. لا تكون أرقام الضمان الاجتماعي ضرورية لأفراد أسرتي الذين لا يتقدمون بطلبات للحصول على المخصصات. أدرك أن هذا مطلوب بموجب القانون الفيدرالي تبعًا للقسم 42 U.S.C. 1320b-7 (a) و لوائح Medicaid في 42 CFR 435.910. 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. بعض استخدامات أرقام الضمان الاجتماعي هي: التحقق من الهوية وتحديد والتأكد من الدخل المكتسب وغير المكتسب ولمعرفة ما إذا كان الوالدان غير الأوصياء يمكنهم الحصول على تغطية تأمين صحي لمقدمي الطلبات ولمعرفة ما إذا كان بإمكان مقدمي الطلبات لحصول على دعم طبي ولمعرفة ما إذا كان بإمكان مقدمي الطلبات الحصول على المال أو مساعدة أخرى. يمكن استخدام أرقام الضمان الاجتماعي أيضًا لتعريف المتلقي داخل وبين الوكالات الحكومية المركزية التابعة لبرنامج Medicaid للتأكد من إتاحة الخدمات المناسبة للمتلقي. أيضًا، إذا تقدمت لبرامج أخرى في استمارة الطلب المشتركة هذه، فسيكون لهذه البرامج حق الوصول إلى رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي واستخدامها في إدارة البرنامج.

لمقدمي طلبات الالتحاق ببرنامج MEDICAID فقط

- الكشف عن السجلات الدراسية
  أعطي الإذن لإدارة الخدمات الاجتماعية المحلية و New York State للحصول على أي معلومات بشأن السجلات الدراسية الخاصة بطفلي (أطفالي)، المذكور اسمه هنا، واللازمة للحصول على تعويضات Medicaid عن الخدمات الدراسية المتعلقة بالصحة ولتزويد وكالة الحكومة الفيدرالية المناسبة بحق الوصول إلى هذه المعلومات لغرض التدقيق فقط.
- برنامج التدخل المبكر
  إذا تم تقييم طفلي أو شارك في برنامج التدخل المبكر الخاص بـ New York State، فأنا أعطي الأذن لإدارة الخدمات الاجتماعية المحلية و New York State لمشاركة معلومات أهلية طفلي لبرنامج Medicaid مع برنامج التدخل المبكر الخاص بمقاطعتي لغرض عمل الفواتير الموجهة إلى Medicaid.
- التعويض عن النفقات الطبية
  أدرك أنني أملك الحق كجزء من طلب الالتحاق ببرنامج Medicaid، أو لاحقًا، لطلب تعويض عن النفقات التي دفعتها لتغطية الرعاية الطبية والخدمات والمستلزمات التي تلقيتها أثناء فترة الثلاثة أشهر السابقة للشهر الذي تقدمت فيه باستمارة الطلب. بعد تاريخ استمارة الطلب الخاصة بي، سيكون التعويض عن الرعاية الطبية والخدمات والمستلزمات المغطاة متاحًا فقط إذا تم الحصول عليه من موفري Medicaid المسجلين.

FAMILY HEALTH PLUS ورعاية MEDICAID الموجهة

أدرك أنه من أجل تلقي مخصصات Family Health Plus، يجب علي الانضمام إلى خطة رعاية صحية موجهة. كما أعلم أيضًا أنه في بعض المقاطعات، قد يكون الانضمام لخطة صحية لازمًا لتلقي خدمات Medicaid. لقد قرأت عن كيفية معرفة ما إذا كانت مقاطعتي تتطلب من المسجلين في Medicaid الانضمام إلى خطة صحية وكيفية معرفة الخطط الصحية المتاحة لي في Family Health Plus ورعاية Medicaid الموجهة. أدرك أنه إذا تم التوصل إلى أني مؤهل للالتحاق ببرنامج Family Health Plus، فسوف يتم تسجيلي في خطة Family Health Plus التي قمت باختيارها. أدرك/ندرك أيضًا أنه إذا تم التوصل إلى أني / أننا مؤهل (مؤهلين) للالتحاق ببرنامج Medicaid بدلاً من Family Health Plus وكنت/كنا في مقاطعة تتطلب من المسجلين في Medicaid أن يكونوا مشتركين في خطة رعاية صحية موجهة، فسوف يتم تسجيلي/تسجيلنا في الخطة الصحية التي قمت/قمنا باختيارها إلا إذا لم تكن الخطة الصحية مشاركة في رعاية Medicaid الموجهة.

الشروط والحقوق والمسؤوليات

إذا كنت/كنا في مقاطعة لا تتطلب من المسجلين أن يكونوا مشتركين في خطة رعاية صحية موجهة تتبع برنامج **Medicaid**، فسأستمر/فسنستمر في الاشتراك في الخطة الصحية التي أختارها/نختارها إلا إذا قمت/قمنا بإخطار إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية كتابيًا أو قمت/قمنا بوضع علامة على المربع في القسم ط للإشارة إلى أنني/نحن لا أرغب/نرغب في المشاركة في هذه الخطة.

لقد قرأت عن كيفية معرفة الحقوق والمخصصات التي سأحصل عليها كمشارك في خطة رعاية صحية موجهة وحدود المخصصات لعضوية الرعاية الموجهة. أدرك أنه في كلٍ من برنامج **Family Health Plus** ورعاية **Medicaid** الموجهة، يجب أن اختار موفر رعاية رئيسي (**PCP**) وأنني سيكون لدي الاختيار من بين ثلاثة موفرين رعاية رئيسيين على الأقل في خطتي الصحية. أدرك أنه بمجرد تسجيلي في خطة، صحية سيجب علي أن استخدم موفر الرعاية الرئيسي الخاص بي والموفرين الآخرين في خطتي الصحية ماعدا في ظروف استثنائية قليلة.

أدرك أنه إذا ولد لي طفل أثناء اشتراكي في خطة رعاية صحية موجهة خاصة ببرنامج **Medicaid**، فسيتم تسجيل طفلي في نفس الخطة الصحية التي اتبعها أنا. أدرك أنه إذا ولد لي طفل أثناء اشتراكي في خطة **Family Health Plus** التي تشارك أيضًا في رعاية **Medicaid** الموجهة، فسيتم تسجيل طفلي في نفس الخطة الصحية التي اتبعها أنا.

- الكشف عن المعلومات الطبية
  أوافق على الكشف عن أي معلومات طبية عني وعن أي فرد من أفراد أسرتي يمكنني إعطاء الموافقة عنه:
  - بواسطة موفر الرعاية الرئيسي الخاص بي أو أي موفر رعاية صحية آخر أو **New York State Department of Health (NYSDOH)** لخطتي الصحية وأي موفر 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. وقد يتضمن ذلك الصيدلة ومعلومات المسائل الطبية الأخرى اللازمة للمساعدة في إدارة رعايتي؛
  - وبواسطة خطتي الصحية وأي موفر رعاية صحية إلى **NYSDOH** والوكالات المصرح لها الفيدرالية والتابعة للولاية والمحلية الأخرى لأغراض إدارة برامج **Medicaid** و **Child Health Plus** و **Family Health Plus**؛
  - وبواسطة 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 سوء استخدام الكحول والمخدرات إلى الحد الذي يسمح به القانون حتى أقوم بسحب موافقتي هذه.

إذا كان هناك أكثر من شخص بالغ من العائلة سينضم إلى **Family Health Plus** أو خطة **Medicaid** الصحية، فسيكون توقيع كل شخص بالغ ضروريًا للموافقة على الكشف عن المعلومات.

- التعويض عن النفقات الطبية
  أدرك أنه إذا تقررت أهليتي لبرنامج **Family Health Plus**، فسيسري تسجيلي في خلال مدة لا تزيد عن **90** يومًا من تاريخ تقديم الاستمارة المكتملة. في حالة حدوث خطأ أو تأخير في التسجيل، قد تكون **Medicaid** قادرة على تعويضي عن النفقات الطبية المعقولة التي أدفعها نتيجة للخطأ أو التأخير. يمكن أن تدفع **Medicaid** لموفر الرعاية الخاص بي أي نفقات غير مدفوعة فقط إذا كان موفر الرعاية هو موفر مسجل في **Medicaid**.

لاستخدام المكتب فقط

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

توقيع الشخص الذي حصل على معلومات الأهلية: X _____	يعمل لدى: (اختر خيارًا واحدًا) ☐ وكالة تسجيل ميسر معتمدة على المجتمع ☐ الخطة الصحية ☐ قطاع الخدمات الاجتماعية ☐ وكالة موفرة للرعاية ☐ الكيانات المؤهلة اسم صاحب العمل: _____

يتم إكمال هذا الجزء بواسطة المسجلين الميسرين

المسجل الميسر:	اسم الوكالة/الخطة الرئيسية:		هوية المنظمة/الخطة الرئيسية:
اللغة المستخدمة للمساعدة في استمارة الطلب:	تاريخ بداية استمارة الطلب:	رقم استمارة الطلب التسلسلي:	تاريخ انتهاء استمارة الطلب:	أدخل رمز الطفل المتقدم بالطلب: Medicaid _____ CHPlus _____

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: ☐ رمز الرفض ☐ الانسحاب	التوكيل: ☐ نعم ☐ لا	رقم التسجيل:	الإصدار:

مخصص لاستخدام خطط Child Health Plus

تنظيم CHPlus: ☐ تمت الموافقة عليه ☐ تم رفضه	رمز الرفض:	تاريخ السريان:	عدد الأطفال المسجلين (CHPlus):