

براہ کرم واضح طور پر پرنٹ کریں اور سایہ والے تاریخ حصے میں نہ لکھیں۔

## درخواست دہندہ

گھر کا فون			پہلا نام، درمیانی ابتدائی نام، آخری نام		
ریاست	زپ کوڈ	کاؤنٹی	اپارٹمنٹ نمبر	شہر	گھر کا پتہ گلی
ریاست			اپارٹمنٹ نمبر		
ریاست			اپارٹمنٹ نمبر		
ریاست			اپارٹمنٹ نمبر		

کیا یہ پناہ گاہ ہے؟  ہاں  نہیں

ڈاک کا پتہ گلی/پوسٹ آفس باکس (اگر اوپر سے مختلف ہو)

## نام

سب سے پہلے اپنا نام درج کریں۔ عرفی نام اور پہلا نام شامل کریں۔ اگر ضروری ہو تو، تمام بچوں کی فہرست کے لیے ایک اضافی شیٹ منسلک کریں۔

پہلا نام، درمیانی ابتدائی نام، آخری نام	تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال)	جنس	سوشل سیکیورٹی نمبر	نسلی/قومی گروپ (نیچے کے کوڈز دیکھیں)
خود				
شریک حیات				
بچہ*				
بچہ*				

\*اگر 18 سال سے کم عمر ہو۔

نسلی/قومی وابستگی کے کوڈز: B: سیاہ فام، ہسپانوی نژاد نہیں W: سفید فام، ہسپانوی نژاد نہیں H: ہسپانوی A: ایشیائی یا بحر الکاہل کے جزیرے کا باشندہ I: امریکی ہندوستانی یا الاسکا کا مقامی باشندہ U: نامعلوم O: دیگر

## شہریت کی معلومات

کیا آپ امریکی شہری ہیں؟  ہاں  نہیں

اگر نہیں، تو کیا آپ کی ترک وطن کی حیثیت تسلی بخش ہے؟  ہاں  نہیں اگر قابل اطلاق ہو تو ایلیٹ نمبر، حیثیت کی تاریخ، اور ملک میں داخل ہونے کی تاریخ شامل کریں۔

ایلیٹ نمبر	حیثیت کی تاریخ (Date of Status, DOS)	ملک میں داخل ہونے کی تاریخ (Date Entered Country, DEC)
------------	--------------------------------------	--------------------------------------------------------

کیا آپ کا شریک حیات امریکی شہری ہے؟  ہاں  نہیں

اگر نہیں، تو کیا آپ کے شریک حیات کی ترک وطن کی حیثیت تسلی بخش ہے؟  ہاں  نہیں اگر قابل اطلاق ہو تو ایلیٹ نمبر، حیثیت کی تاریخ، اور ملک میں داخل ہونے کی تاریخ شامل کریں۔

ایلیٹ نمبر	حیثیت کی تاریخ (Date of Status, DOS)	ملک میں داخل ہونے کی تاریخ (Date Entered Country, DEC)
------------	--------------------------------------	--------------------------------------------------------

## Medicare کی معلومات

درخواست دہندہ کا Medicare نمبر (سرخ اور نیلے Medicare کارڈ سے)

کیا آپ کے پاس Medicare پارٹ A ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	کیا آپ کے پاس Medicare پارٹ B ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	مؤثر تاریخ
شریک حیات کا Medicare نمبر (سرخ اور نیلے Medicare کارڈ سے)		
کیا آپ کے شریک حیات کے پاس Medicare پارٹ A ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	کیا آپ کے شریک حیات کے پاس Medicare پارٹ B ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	مؤثر تاریخ

کیا آپ چاہتے ہیں کہ ہم آپ کے Medicare پریمیم کی ماضی سے مؤثر باز ادائیگی فراہم کرنے پر غور کریں؟  ہاں  نہیں

کیا آپ یا آپ کا شریک حیات Medicare کے علاوہ کوئی اور صحت بیمہ کی پریمیم ادا کرتے ہیں؟  ہاں  نہیں

مابانہ رقم \$	کون؟
---------------	------

کیا آپ یا آپ کا شریک حیات بچے/شریک حیات کی مدد کیلئے ادائیگی کرتے ہیں؟  ہاں  نہیں

مابانہ رقم \$	کون؟
---------------	------

کیا آپ کو یا آپ کے شریک حیات کو کسی ٹرسٹ سے ادائیگیاں موصول ہوتی ہیں یا آپ کا یا ان کا نام استفادہ کنندگان کی فہرست میں ہے؟  ہاں  نہیں

مابانہ رقم \$	کون؟
---------------	------

## آمدنی

ذیل میں تمام دستیاب آمدنی کی فہرست بنائیں جیسے: تنخواہ، اجرت، پنشن، سوشل سیکیورٹی، قبل از وقت ملازمت سے سیکڈوشی کا معاوضہ، کرایہ یا کاروباری آمدنی وغیرہ۔ اگر ضروری ہو تو، آمدنی کے تمام ذرائع کی فہرست کے لیے ایک اضافی شیٹ منسلک کریں۔

درخواست دہندہ، شریک حیات، یا 18 سال سے کم عمر کے بچے کا نام	پیسہ کون فراہم کرتا ہے؟ (نام/ذریعہ آمدنی)	کتنی رقم؟	کتنی بار؟ (ہر ہفتے، ہر دو ہفتے پر، مابانہ، دیگر)

کیا آپ اس میں نوٹس موصول کرنا چاہتے ہیں:  صرف انگریزی  ہسپانوی اور انگریزی

## رضامندی

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس درخواست/سرٹیفیکیشن فارم پر دستخط کر کے میں محکمہ برائے سماجی خدمات کی طرف سے Medicaid کے لیے میری درخواست کے سلسلے میں دی گئی معلومات یا ان کی طرف سے کی گئی کسی دوسری تفتیش کی تصدیق یا توثیق کرنے کے لیے کی جانے والی کسی بھی تحقیقات سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔ اگر اضافی معلومات کی درخواست کی جاتی ہے، تو میں وہ فراہم کروں گا/گی۔

## دستخط

درخواست دہندہ/نمائندہ کا دستخط	تاریخ
شریک حیات کا دستخط	تاریخ

نمائندہ کا دستخط		
شہر	ریاست	زپ کوڈ
فون نمبر	تعلق	

## ہدایات

### درخواست مکمل کریں

تمام سوالات کے جوابات ضرور دیں۔ اگر آپ شادی شدہ ہیں اور اپنے شریک حیات کے ساتھ رہ رہے ہیں، تو آپ کو درخواست پر "خود" اور "شریک حیات" دونوں سوالات کو مکمل کرنا ہوگا (چاہے شریک حیات MSP کے لیے درخواست نہ دے رہا ہو)۔

### درخواست پر دستخط کریں اور تاریخ لکھیں

اگر میں بیوی دونوں درخواست دے رہے ہوں، تو دونوں کو MSP درخواست پر دستخط کرنے ہوں گے۔

### درج ذیل تصدیقی دستاویزات شامل کریں

براہ کرم اس فہرست کا جائزہ لیں اور وہ دستاویزات جمع کروائیں جو آپ کو Medicaid پروگرام کے لیے فراہم کرنے کی ضرورت ہوں گی تاکہ یہ تعین کیا جا سکے کہ آیا آپ MSP کے اہل ہیں یا نہیں۔ اگر آپ اپنی Medicare پریمیم کی سابقہ باز ادائیگی کی درخواست کر رہے ہیں، تو آپ کو پچھلے تین مہینوں کی آمدنی کا ثبوت بھیجنا ہوگا۔ اگر درخواست دینے والا شریک حیات ہے تو، شریک حیات کو بھی دستاویزات فراہم کرنا ہوں گی۔

- آپ کے Medicare کارڈ کے آگے اور پیچھے کی فوٹو کاپی۔
- آمدنی کا ثبوت: بے چیک اسٹیٹس، آجر کی طرف سے موصول شدہ خط، انکم ٹیکس ریٹرن، کسی بھی بغیر کمائی ہوئی آمدنی کی مراعات جیسے سوشل سیکیورٹی، بے روزگاری، یا سابق فوجی کی مراعات، یا کرایہ دار، بورڈر یا کرایہ دار کا خط
- صحت بیمہ کی پریمیم جو آپ Medicare کے علاوہ ادا کرتے ہیں: آجر کا خط، پریمیم اسٹیٹمنٹ، یا بے اسٹب۔
- تاریخ پیدائش کا ثبوت: ریاست کا ڈرائیونگ لائسنس، U.S. سند پیدائش، مستقل رہائشی کارڈ ("گرین کارڈ")، یا NYS بینیفٹ شناختی کارڈ۔
- رہائش کا ثبوت: آپ کے مکان مالک سے آپ کے گھر کے پتے کے ساتھ لیز/خط/کرایے کی رسید، ڈرائیونگ لائسنس (اگر پچھلے 6 ماہ میں جاری کیا گیا ہو)، یوٹیلٹی بل (گیس، بجلی، فون، کیبل، ایندھن یا پانی)، پتہ، پراپرٹی ٹیکس ریکارڈ یا رین کے اسٹیٹمنٹ کے ساتھ سرکاری ID کارڈ، یا ڈاک کی مہر لگا ہوا لفافہ یا پوسٹ کارڈ (اگر پوسٹ آفس باکس میں بھیجا جائے تو استعمال نہیں کر سکتے)۔
- اگر آپ U.S. شہری نہیں ہیں، تو آپ کو اپنی موجودہ ترک وطن کی حیثیت کی نشاندہی کرنے والی دستاویزات فراہم کرنی چاہئیں۔

درخواست اور مطلوبہ دستاویزات اپنے مقامی محکمہ برائے سماجی خدمات (Local Department of Social Services, LDSS) یا انسانی وسائل کی انتظامیہ

(Human Resource Administration, HRA) کو ڈاک سے بھیجیں۔ اپنے کاؤنٹی میں پتہ تلاش کرنے کے لیے: [http://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss.htm](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm)

### شرائط، حقوق اور ذمہ داریاں

اس فارم کو مکمل کر کے اور اس پر دستخط کر کے، میں Medicare سبونگز پروگرام کے لیے درخواست دے رہا/رہی ہوں۔ آپ کی Medicare پریمیم کی ادائیگی MEDICAID کا فائدہ ہے۔

### سزائیں

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری درخواست کی چھان بین ہو سکتی ہے، اور میں ایسی تفتیش میں تعاون کرنے سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔ وفاقی اور ریاستی قوانین جرمانہ، قید یا دونوں کی سزائیں فراہم کرتے ہیں اگر آپ Medicaid کی مراعات کے لیے درخواست دینے وقت سچ نہیں بولتے ہیں یا کسی بھی وقت جب آپ سے آپ کی اہلیت کے بارے میں سوال کیا جاتا ہے، یا کسی اور کو آپ کی درخواست یا آپ کی مسلسل اہلیت کے بارے میں سچ نہ بتانے کا سبب بنتا ہے۔

### تبدیلیاں

میں اس درخواست پر معلومات میں کسی بھی تبدیلی کی فوری اطلاع دینے سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔

### سوشل سیکیورٹی نمبر (SOCIAL SECURITY NUMBER, SSN)

اگر آپ Medicare سبونگز پروگرام کے لیے درخواست دے رہے/رہی ہیں، تو آپ کو اپنے SSN کی اطلاع دینی ہوگی، الا یہ کہ آپ ایک حاملہ خاتون ہوں۔ جو قوانین اس کا تقاضا کرتے ہیں وہ یہ ہیں: 18NYCRR سیکشن 351.2، 360-1.2 اور 42USC 1320b-7؛ 360-3.2(j)(3) اور SSNs کو بہت سے طریقوں سے استعمال کیا جاتا ہے، دونوں مقامی سماجی خدمات کے اضلاع کے اندر اور مقامی سماجی خدمات کے اضلاع اور وفاقی، ریاستی اور مقامی ایجنسیوں کے درمیان، دونوں نیو یارک اور دیگر دائرہ اختیار میں۔ SSNs کے کچھ استعمالات یہ ہیں: شناخت کی جانچ کرنا، کمائی ہوئی اور بغیر کمائی ہوئی آمدنی کی شناخت اور تصدیق کرنا، یہ دیکھنا کہ آیا غیر حاضر والدین درخواست دہندگان کے لیے صحت بیمہ حاصل کر سکتے ہیں یا نہیں، یہ دیکھنا کہ آیا درخواست دہندگان کو امداد اطفال مل سکتی ہے یا نہیں اور یہ دیکھنا کہ آیا درخواست دہندگان کو رقم یا دوسری مدد مل سکتی ہے یا نہیں۔

### شہریت اور ترک وطن کی حیثیت کا سرٹیفیکیشن

میں ہرجانہ دروغ حلفی کے تحت، اس درخواست پر اپنے نام پر دستخط کر کے تصدیق کرتا/کرتی ہوں، کہ میں، اور/یا وہ شخص جس کے لیے میں دستخط کر رہا/رہی ہوں، U.S. شہری یا ریاستہائے متحدہ کا شہری ہوں/ہے یا میری/اس کی ترک وطن کی حیثیت تسلی بخش ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے بارے میں معلومات یونائیٹڈ اسٹیٹس سٹیزن شپ اینڈ امیگریشن سروسز (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) کو میری ترک وطن کی حیثیت کی تصدیق کے لیے جمع کرائی جائے گی، اگر قابل اطلاق ہو۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے بارے میں معلومات کا استعمال یا انکشاف صرف ان افراد اور تنظیموں تک محدود ہے جو ترک وطن کی حیثیت کی تصدیق اور Medicaid پروگرام کے التزامات کے نظم و نسق اور نفاذ سے براہ راست منسلک ہیں۔

### غیر امتیازی سلوک کا نوٹس

اس درخواست پر نسل، رنگ، جنس، معذوری، مذہبی عقیدہ، قومی اصلیت، یا سیاسی عقیدے سے قطع نظر غور کیا جائے گا۔

### سرٹیفیکیشن

اس درخواست پر دستخط کر کے، میں حلف اٹھاتا/اٹھاتی ہوں اور تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے Medicaid کی بنیاد کے طور پر محکمہ برائے سماجی خدمات کو جو معلومات دی ہیں یا دوں گی وہ درست ہے۔ میں محکمہ برائے سماجی خدمات کو بھی وہ حقوق تفویض کرتا/کرتی ہوں جو میرے پاس ایسے افراد سے تعاون حاصل کرنے کے لیے آئے ہیں جن پر میری مدد کے لیے قانونی ذمہ داری عائد ہے اور دوسرے فریق ثالث کے وسائل کی پیروی کرتے ہیں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری طرف سے ادا کی گئی Medicaid ان افراد سے وصول کی جا سکتی ہے جن کی طبی خدمات حاصل کرنے کے وقت میری مدد کی قانونی ذمہ داری تھی۔

اگر اس فارم کو پڑھنے اور مکمل کرنے کے بعد، آپ فیصلہ کرتے ہیں کہ آپ Medicare سبونگز پروگرام کے لیے درخواست نہیں دینا چاہتے، تو براہ کرم ذیل میں اپنے نام کے سامنے دستخط کریں:

میں اپنی درخواست واپس لینے پر رضامند ہوں:

درخواست کنندہ کا دستخط	تاریخ
------------------------	-------

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information		Date	Employed By			
Date Eligibility Determined By Worker			Date Eligibility Approved By			
Central/Office	Application Date	Unit ID	Worker ID	Case Type	Case No.	Reuse Ind.
Case Name	District		Registry No.		Ver.	
Effective Date	MA Disp.		Denial	Withdrawal	Reason Code	
				Proxy		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No