

## ملحق أ الخاص بـ Access NY

يجب استكمال هذا الملحق إذا كان أي من مقدمي الطلبات:

- يبلغ من العمر 65 عامًا أو أكثر
- لديه شهادة تثبت أنه كفيف أو لديه شهادة إثبات إعاقة (من أي عمر)
- ليس لديه شهادة إثبات إعاقة ولكنه مصاب بمرض مزمن
- قد تم إدخاله إلى مؤسسة رعاية ويقدم طلبًا للحصول على تغطية لمصاريف الرعاية التمريضية المنزلية. يشمل هذا الرعاية المقدمة في مستشفى والتي تعادل الرعاية التمريضية المنزلية

ملاحظة: إذا كنت تقدم طلبًا للحصول على مخصصات برنامج Medicare Savings Program (MSP) فقط، فلا يلزم إكمال هذا الملحق.

التعليمات:

- يجب إكمال الأقسام من أ إلى و كما يجب التوقيع على هذا الملحق.
- إذا تقدمت أنت أو أي أحد من أسرتك بطلب للحصول على تغطية تكاليف الرعاية التمريضية المنزلية، يجب عليك أيضًا إكمال الأقسام من ز إلى ط.

أ. يجري إكمال هذا الملحق من أجل:

اسم العائلة القانوني	الاسم الأول القانوني	الحرف الأول من الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي	الحالة الاجتماعية

ملحوظة: الأسئلة المتبقية موجهة للشخص (الأشخاص) المذكورين أعلاه.

ب. الكفيف أو المعاق أو المصاب بمرض مزمن

لا  نعم

1. هل أنت مصاب بمرض مزمن؟  
(تتمثل أمثلة الإصابات بمرض مزمن في عدم القدرة على العمل لمدة 12 شهرًا على الأقل بسبب المرض أو الإصابة، أو الإصابة بمرض أو اعتلال يسبب إعاقة استمرت أو من المتوقع لها أن تستمر لمدة 12 شهرًا.)

2. هل لديك شهادة من Commission for the Blind and Visually Handicapped

(لجنة المكفوفين والمعاقين بصريًا) تثبت أنك كفيف؟

لا  نعم

(إذا كان الجواب بنعم، فأرسل دليلًا.)

لا  نعم

3. إذا كنت معاقًا وتعمل، فهل ترغب في تقديم طلب للحصول على مخصصات برنامج MBI-WPD؟

يقدم برنامج Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) تغطية Medicaid للأشخاص المعاقين الذين يعملون ويبلغون من العمر 16 عامًا على الأقل ولكن لم يصلوا لعمرك 65 عامًا بعد. يسمح البرنامج بمستويات دخل أعلى من تلك التي يسمح بها برنامج Medicaid المعتاد حتى يتسنى للأشخاص العاملين الذين يعانون من إعاقات جني المزيد من المال مع احتفاظهم بتغطية Medicaid التي يتلقونها.

لا  نعم

ج. هل تعيش في دار رعاية للبالغين أو مسكن للدعم المعيشي؟

د. الموارد/أصول الممتلكات (ضع علامة على المربع الذي ينطبق):

أنت تقدم طلباً للحصول على تغطية Medicaid ولكن ليس التغطية الخاصة بخدمات الرعاية طويلة الأمد للمجتمعات المحلية. يمكنك أن تقرر بمقدار الموارد الخاصة بك وتصدق على ذلك. ليس مطلوباً منك أن تقدم الوثائق الخاصة بمواردك. لا تشمل هذه التغطية الرعاية التمريضية المنزلية أو الرعاية المنزلية أو أي من خدمات الرعاية طويلة الأمد للمجتمعات المحلية الأخرى المدرجة أدناه.\*

أنت تقدم طلباً للحصول على التغطية الخاصة بخدمات الرعاية طويلة الأمد للمجتمعات المحلية. يجب عليم تقديم الوثائق الخاصة بالمقدار الحالي لمواردك.\* تتضمن هذه الخدمات الآتي:

- الرعاية الصحية النهارية للبالغين
- الرعاية المنزلية المرخصة المحدودة
- الخدمات التمريضية الخاصة
- دور الرعاية في المجتمع
- برنامج الإقامة بدور الرعاية
- برنامج الدعم المعيشي
- برنامج المساعدة الشخصية الموجه للمستهلك
- خدمات وكالات الرعاية الصحية المنزلية المعتمدة
- الرعاية داخل منشآت الإقامة العلاجية
- خدمات الاستجابة للطوارئ الشخصية
- خدمات الرعاية الشخصية
- الرعاية طويلة الأمد المدارة داخل المجتمع
- برنامج waiver وخدمات أخرى تُقدم من خلال برنامج waiver منزلي وذلك الذي يركز على المجتمع

ملحوظة: بعض الأمثلة على البرامج القائمة على المنزل والمجتمع والتي تقدم خدمات التنازل وخدمات أخرى هي Long Term Home Health Care Program و Traumatic Brain Injury Program.

تم إدخالك إلى مؤسسة رعاية وتقدم طلباً للحصول على تغطية لتكاليف الرعاية التمريضية المنزلية. يجب عليك تقديم الوثائق الخاصة بمواردك بتاريخ يعود إلى 1 فبراير 2006 أو للأشهر الـ 60 الأخيرة، أيهما أقل.

\* قد تكون مؤهلاً للحصول على خدمات إعادة التأهيل قصيرة الأمد. تتضمن خدمات إعادة التأهيل قصيرة الأمد بدء/الالتحاق بالرعاية التمريضية المنزلية و /أو الرعاية الصحية المنزلية المعتمدة لمدة تصل إلى 29 يوماً متواصلًا خلال فترة 12 شهراً.

اذكر جميع الموارد التي تمتلكها أنت و/أو زوجك (زوجتك)/والديك، بما في ذلك حسابات الوصاية. في حالة تقديم الطلب للحصول على تغطية تكاليف الرعاية التمريضية المنزلية، فاذكر أيضاً أي حسابات أغلقت منذ 1 فبراير 2006، أو في الأشهر الـ 60 الأخيرة، أي الفترتين أقصر؛ اذكر الرصيد عند الإغلاق وقم بتقديم توضيح للمكان الذي تم تحويل الرصيد إليه أو كيف صُرف. في ورقة منفصلة، قم بتقديم توضيح لكل معاملة مالية تبلغ 2000 دولار أو أكثر. ملحوظة: تحتفظ Medicaid بالحق في مراجعة جميع المعاملات المالية التي تمت خلال فترة التحقق من التحويل.

1. الحساب الجاري/حساب الادخار/حسابات اتحاد الائتمان التعاوني/شهادات الإيداع (CDs):

اسم البنك ورقم الحساب	اسم المالك (أسماء المالكين)	المقدار الحالي بالدولار	رصيد الحساب عند الإغلاق/ تاريخ الإغلاق
		دولار	دولار

2. حسابات التقاعد (التعويضات المؤجلة و IRA و/أو Keogh):

رقم الحساب	اسم المالك (أسماء المالكين)	النوع/المؤسسة	المقدار الحالي بالدولار	تم دفع المبلغ
			دولار	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
			دولار	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
			دولار	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
			دولار	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

**3. بوالص التأمين على الحياة:**

شركة التأمين	رقم البوليصة	اسم المالك (أسماء المالكين)	القيمة النقدية	القيمة الاسمية
			دولار	دولار

**4. المعاشات والأسهم والسندات وصناديق الاستثمار التعاونية:**

اسم المالك (أسماء المالكين)	الشركة	تاريخ الشراء	القيمة
			دولار

**5. الحسابات الائتمانية: إذا أنشأت أنت و/أو زوجك (زوجتك) أو كنت المستفيد من وديعة، فقم بتقديم نسخة من الوديعة، بما في ذلك جدول بأصول الوديعة.**

اسم الوديعة	المانح	الوصي (الأوصياء)	الأصول	المستفيد	الدخل
			دولار		دولار
			دولار		دولار
			دولار		دولار

**6. أصول ممتلكات الدفن/عقود الدفن: (يرجى تضمين نسخ)**

- هل لديك أنت و/أو زوجك (زوجتك) اتفاق على جنازة مسبق الدفع من أجلك أو من أجل أي أحد من أفراد أسرتك؟  نعم  لا
- هل لديك أنت و/أو زوجك (زوجتك) مساحة أو قطعة أرض مخصصة للدفن من أجلك أو من أجل أي أحد من أفراد أسرتك؟  نعم  لا
- هل تمتلك أنت و/أو زوجك (زوجتك) مالا في حساب بنكي موضوعا جانبيا كصندوق نقدي مخصص للدفن؟  نعم  لا
- إذا كانت الإجابة بنعم، ففي أي حساب (حسابات) تضع أنت و/أو زوجك (زوجتك) الصندوق النقدي المخصص للدفن الخاص بك؟

اسم البنك ورقم الحساب	اسم المالك (أسماء المالكين)	القيمة
		دولار
		دولار
		دولار

- هل لديك تأمين على الحياة لتستخدمه لتمويل الصندوق النقدي المخصص للدفن؟  نعم  لا
- إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو رقم (أرقام) البوليصة الخاصة بك؟ \_\_\_\_\_
- إذا كانت الإجابة بنعم، فهل سيتم استخدام القيمة النقدية بالكامل لتغطية مصاريف الدفن الخاصة بك؟  نعم  لا
- هل لدى زوجك (زوجتك) تأمين على الحياة لاستخدامه لتمويل الصندوق النقدي المخصص للدفن؟  نعم  لا
- إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو رقم (أرقام) البوليصة؟ \_\_\_\_\_
- إذا كانت الإجابة بنعم، فهل سيتم استخدام القيمة النقدية بالكامل لتغطية مصاريف الدفن؟  نعم  لا

**7. المركبة (المركبات): اذكر جميع السيارات وعربات النقل والشاحنات الصغيرة. اذكر جميع المركبات الترفيهية، بما في ذلك الكارافانات وسيارات الجليد والزوارق والدراجات البخارية.**

اسم المالك (أسماء المالكين)	العام/الماركة/الطراز	القيمة السوقية السائدة	المبلغ المستحق	قيود الاستخدام؟
			دولار	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			دولار	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			دولار	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			دولار	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			دولار	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			دولار	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

## 8. القيمة المالية في المنزل:

إذا كنت تمتلك منزل، فما هي القيمة المالية لك في منزلك؟ \_\_\_\_\_ دولار  
ملحوظة: القيمة المالية هي القيمة السوقية السائدة مطروحًا منها أي حجوزات أو رهونات عقارية معلقة، إلخ.

## 9. اذكر أي موارد أخرى:

نوع المورد	اسم المالك (أسماء المالكين)	القيمة
		دولار

## هـ. الملكية العقارية (بخلاف منزلك)

هل تمتلك أنت و/أو زوجك (زوجتك) أي ملكية عقارية أخرى أو لديك فائدة قانونية بها؟ (ضع علامة على أي مما ينطبق)  نعم  لا

عقارات للإيجار	عقارات للعطلات	عقارات المشاركة الزمنية	أرض فضاء	حقوق الملكية الأخرى (داخل أو خارج New York State)
إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية:				
اسم وعنوان المالك (المالكين)	عنوان الملكية	نوع الملكية (ضع علامة على اختيار واحد)	قيمة حق الملكية	
		<input type="checkbox"/> فردية <input type="checkbox"/> حيازة مشتركة <input type="checkbox"/> ملكية مدى الحياة	دولار	
		<input type="checkbox"/> فردية <input type="checkbox"/> حيازة مشتركة <input type="checkbox"/> ملكية مدى الحياة	دولار	
		<input type="checkbox"/> فردية <input type="checkbox"/> حيازة مشتركة <input type="checkbox"/> ملكية مدى الحياة	دولار	
		<input type="checkbox"/> فردية <input type="checkbox"/> حيازة مشتركة <input type="checkbox"/> ملكية مدى الحياة	دولار	

## و. السكن الأسري الخاص

1. هل تمتلك أنت و/أو زوجك (زوجتك) المنزل الخاص بك أو لديك فائدة قانونية به، بما في ذلك الملكية مدى الحياة؟  نعم  لا

2. إذا كنت في منشأة طبية وتمتلك منزل، فهل تعتزم العودة إليه؟  نعم  لا

3. إذا كانت الإجابة بلا، فهل هناك أي شخص يعيش في المنزل؟  نعم  لا

من يعيش في المنزل؟ \_\_\_\_\_

ما هي العلاقة التي تربط بينك أنت و/أو زوجتك وبين هذا الشخص؟ \_\_\_\_\_

إذا كان طفلك و/أو طفل زوجك (زوجتك) (من أي عمر) يعيش في المنزل، فهل الطفل معاق؟  نعم  لا

ملحوظة: هل يوجد مانع قانوني يمنعك من بيع هذه الملكية، لا يتم احتساب الملكية عند تحديد الأهلية للحصول على مخصصات Medicaid.

توقف هنا إلا إذا كنت أو كان أي فرد من أسرتك محجورًا في إحدى المؤسسات وتقدم طلبًا للحصول على تغطية تكاليف الرعاية التمريضية المنزلية. ولكن، يجب التوقيع على الصفحة الأخيرة من هذه الوثيقة.

### ز. يعيش مقدم الطلب في منشأة رعاية طويلة الأمد/دار للرعاية التمريضية

اسم المنشأة	تاريخ الالتحاق / /	رقم الهاتف ( )
عنوان الشارع	المدينة	الولاية
العنوان السابق لمقدم الطلب	المدينة	الولاية
الرمز البريدي		

### ح. تحويلات أصول الممتلكات

#### 1. التحويلات

أ. هل قمت أنت أو زوجك (زوجتك) أو أي أحد بالنيابة عنك بتحويل أو تغيير ملكية أو وهب أو بيع أي أصول ممتلكات، بما في ذلك منزلك أو ملكية عقارية أخرى؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ب. هل أنت بصدد بيع ملكية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ج. هل قمت أنت أو زوجك (زوجتك) أو أي أحد بالنيابة عنك بتغيير سند أو ملكية أي ملكية عقارية، بما في ذلك إنشاء ملكية مدى الحياة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فمتى؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
د. إذا كنت قد اشتريت ملكية مدى الحياة في منزل شخص آخر، فهل سكنت في المنزل لعام واحد على الأقل بعد شرائك للملكية مدى الحياة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هـ. هل قمت أنت أو زوجك (زوجتك) أو قام أي شخص بالنيابة عنك بشراء رهن عقاري أو قرض أو كمبيالة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فمتى؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
و. هل قمت أنت أو زوجك (زوجتك) أو قام أي شخص بالنيابة عنك بشراء أو تغيير معاش سنوي؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فمتى؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

#### 2. خلال الأشهر الـ 60 الأخيرة، هل أنشأت أو نقلت أنت أو زوجك (زوجتك) أي أصول ممتلكات من ودیعة أو إليها؟

نعم  لا

إذا أجبت بنعم على أي من الأسئلة أعلاه، يُرجى توضيح التحويل (التحويلات) أدناه.  
يُرجى إرفاق صفحات إضافية، إذا احتاج الأمر ذلك.

وصف الممتلكات (بما في ذلك الدخل)	تاريخ التحويل	الشخص المحوّل إليه	المقدار المحوّل
			دولار

3. هل دفعت أنت أو زوجك (زوجتك) أو أي شخص يتصرف بالنيابة عنك مقدماً لأي منشأة إقامة أو منشأة رعاية صحية، مثل دار الرعاية التمريضية أو مسكن للدعم المعيشي أو جمعية رعاية مستمرة بعد التقاعد أو جمعيات الرعاية مدى الحياة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فأرسل نسخة من الاتفاقية.

نعم  لا

### ط. الإقرارات الضريبية

هل قدمت أنت و/أو زوجك (زوجتك) إقرارات ضريبية الدخل الأمريكية في الأعوام الأربعة الأخيرة؟  
إذا كانت الإجابة بنعم، فأرسل نسخاً من هذه الإقرارات.

نعم  لا

عند استلام مخصصات Medicaid، قد يتم إجراء حجز على الممتلكات كما قد يتم رفع طلب استعادة للملكية العقارية الخاصة بك تحت ظروف معينة إذا كنت مقيمًا بمنشأة طبية وليس من المتوقع أن تعود للمنزل. قد تتم استعادة مخصصات Medicaid المدفوعة نيابة عنك من الأشخاص الذين كانت لديهم مسؤولية قانونية لدعمك في الوقت الذي تم الحصول فيه على الخدمات الطبية. كما يمكن لبرنامج Medicaid أيضًا أن يستعيد تكاليف الخدمات والأقساط التي دُفعت عن طريق الخطأ.

تنص القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية على أن أي تحويل للممتلكات بمقدار أقل من القيمة السوقية السائدة يقوم به أي فرد أو زوج (زوجة) أي فرد، خلال فترة التحقق من تحويل أصول الممتلكات (أو خلال 60 شهرًا في حالة التحويلات المتعلقة بالودائع) قبل أول الشهر الذي سيتلقى فيه الفرد خدمات منشأة رعاية في نفس الوقت الذي تقرر فيه أهليته خلافًا لذلك لتلقي تغطية Medicaid لخدمات منشآت الرعاية التمريضية، قد يتسبب في فقدان الفرد لأهليته للحصول على خدمات منشآت الرعاية التمريضية لفترة من الوقت.

كشروط من شروط طلب الحصول على تغطية Medicaid لتكاليف خدمات منشآت الرعاية التمريضية، يلزم على مقدمي الطلب الكشف عن وصف لأي فائدة تعود على الفرد أو زوجته من معاش سنوي. يلزم هذا الكشف بغض النظر عن كون المعاش السنوي غير قابل للإلغاء أو مورد معتبر.

بالإضافة إلى شراء معاش سنوي، قد يتم التعامل مع بعض المعاملات المالية التي يجريها مقدم (مقدمة) الطلب أو زوجته (زوجه) على معاش سنوي في تاريخ 8 فبراير 2006 أو بعد هذا التاريخ كتحويل إلّا في الحالات التالية:

• تعيين الولاية لتكون المستفيد المتبقي في المرتبة الأولى لمبلغ المستحقات الذي دفعته Medicaid بالنيابة عن متلقي المعاش السنوي على الأقل؛ أو

• تعيين الولاية في المرتبة الثانية بعد زوج/زوجة بموجب القانون المجتمعي أو قاصر أو طفل معاق، أو في المرتبة الأولى إذا تخلص مثل هذا الزوج/الزوجة أو الممثل المفوض لطفل من بقية المستحقات بأقل من القيمة السوقية السائدة.

إذا لم يتم تقديم الوثائق التي تثبت أنه تم تعيين الولاية كمستفيد متبقي، فقد تفقد أهليتك للحصول على تغطية تكاليف خدمات منشآت الرعاية التمريضية.

إذا كان المعاش السنوي موردًا معتبرًا في الوقت الذي قُدم به الطلب، فلن تُطالب أنت/زوجك (زوجتك) بتعيين الولاية كمستفيد متبقي.

أشهد تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات المذكورة في هذا النموذج صحيحة وكاملة على حد علمي. أفهم أنه علي الإبلاغ عن أي تغييرات في هذه المعلومات خلال 10 أيام من التغيير.

X  
تاريخ التوقيع

X  
توقيع مقدم الطلب/الممثل المفوض

X  
تاريخ التوقيع

X  
توقيع زوج (زوجة) مقدم الطلب