



## Medicare و يعملوا سويا

### ما هو EPIC؟

برنامج التغطية التأمينية الدوائية للمسنين (EPIC) هو برنامج تابع لولاية نيويورك، تحت إدارة وزارة الصحة. يقدم المساعدة للمسنين في التسديد المشترك لتكاليف الأدوية الموصوفة المغطاة ضمن برنامج (Medicare الجزء د) بعد الامتثال لأي اقتطاع من (الجزء د) للاقتطاع من التكاليف. كما يغطي برنامج EPIC العديد من الأدوية المستثناة من تغطية Medicare الجزء د.

• **خطة الرسوم** يسدّد مشتركو نظام الرسوم رسوماً سنوية إلى EPIC بحسب دخلهم. تتراوح معونات التسديد المشترك التي يقدمها برنامج EPIC ما بين 3 - 20 دولاراً بحسب ثمن الدواء. تسقط رسوم برنامج EPIC عن متلّي التغطية الكاملة لبرنامج Full Extra Help.

• **خطة الخصم** يجب أن يمثل المشتركين إلى مبلغ نقدي سنوي للدفعات المشتركة تحدّد بحسب دخلهم، قبل أن يتمّ التسديد المشترك للأدوية لبرنامج EPIC.

كما يقوم برنامج EPIC بسداد أقساط برنامج Medicare الجزء د، بما يصل إلى قيمة التغطية الأساسية حداً أقصى، وذلك للمشاركين الذين يقل دخلهم السنوي عن 23,000 دولار لغير المتزوجين أو 29,000 دولار للمتزوجين.

أما من يزيد دخله عن تلك القيم، فعليه سداد أقساط تغطية الجزء د الخاصة به.

• ولمساعدتهم على السداد، يتم خفض قيمة خصومات EPIC بما يعادل التكاليف السنوية للتغطية الأساسية لبرنامج Medicare الجزء د.

• ستقل خصومات EPIC للدخول الواردة في المناطق المظلمة في جدول نظام الخصومات عن المبالغ المذكورة.

### من الذي يمكنه الاشتراك؟

- كل من يسكن في ولاية نيويورك، و يبلغ من العمر 65 عاماً فأكثر، ويصل دخله السنوي إلى 75,000 دولار إن كان أعزب و 100,000 دولار إن كان متزوجاً.
- أي من كبار السن المؤهلين الخاضعين لخطة إنفاق الفائض (spend down) في برنامج Medicaid ولا يتلقوا مخصصات Medicaid بأكملها.

### الاشتراك في تغطية Medicare الجزء د

على جميع مشترك EPIC أن يكونوا مشتركين في الجزء د ليتمكنوا من الحصول على مخصصات EPIC. ونظراً لأن برنامج EPIC هو برنامج معتمد لنظام المعونة الدوائية في الولاية، يمكن للمشاركين الاشتراك في تغطية نظام الجزء د خلال العام بمجرد اشتراكهم في برنامج EPIC. كما يمكنهم تغيير خطة Medicare الجزء د الخاصة بهم مرة واحدة في أثناء العام.

### برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help" قد يوفر المال!

إذا حددت EPIC أنّ مسناً ما مؤهّل لبرنامج Extra Help، سوف ترسل EPIC استمارة بالبريد لطلب مزيد من المعلومات (RFAI). وفي هذه الحالة يطلب من المسنّ بحكم القانون أن يقدم مزيداً من المعلومات للحصول على تغطية EPIC.

- أمّا المسنونّ الذين هم يتلقون دعم برنامج Extra Help بالفعل فيمكنهم إرسال نسخة من خطاب التحديد من إدارة الضمان الاجتماعي مرفقة بالاستمارة.
- إذا تمت الموافقة للمسّن من برنامج Extra Help للدعم الكامل فعندها يتمّ تخفيض ما يسدّدونه في الدفع المشترك ولن تكون عندهم فجوة في تغطية Medicare الجزء د. ستقوم Medicare و EPIC بتسديد كل القسط الشهري من برنامج الجزء د أو معظمه.
- EPIC سوف تستخدم المعلومات الواردة في RFAI للتقدّم بطلب اشتراك في Extra Help نيابة عن المسنّ، ولن يتمّ استخدامها في قرارات EPIC.

### كيفية التقدم بطلب

- أكمل استمارة الطلب وقم بتوقيعها ثم أرسلها إلى العنوان أدناه.
- يمكن التقدم بالطلب بشكل منفصل كما يمكن للزوجين اللذين يعيشان سوياً أن يستخدموا نموذج الطلب ذاته.
- قم بالإبلاغ عن الدخل الإجمالي لك ولزوجك/زوجتك إن كنتم تعيشان معاً (وإن كان المتقدم بطلب واحداً منكما) وعليكما أن توقّعا على استمارة الطلب معاً.

لمزيد من المعلومات اتصل بخط المساعدة المجاني على الرقم EPIC لبرنامج 1-800-332-3742 (لمعوقي السمع 1-800-290-9138) تفضّل بتزليل نموذج استمارة الطلب من الموقع التالي: [http://health.ny.gov/health\\_care/epic/application\\_contact.htm](http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm) اختر اللغة أو قم بمراسلة:

EPIC  
P.O. Box 15018  
Albany, New York 12212-5018



# نموذج طلب

## Medicare و يعملوا سوياً

يرجى الكتابة بحروف واضحة!

من المتقدم بالطلب؟  أنت وحدك  أنت وزوجك/زوجتك

اسم العائلة	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي
_____			
_____			
_____			
_____			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	الجنس
_____			
_____			
_____			
_____			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	تاريخ ميلادك
_____			
_____			
_____			
_____			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	الحالة الاجتماعية
_____			
_____			
_____			
_____			
اسم العائلة	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي للزوج (ة)
_____			
_____			
_____			
_____			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	تاريخ ميلاد الزوج (ة)
_____			
_____			
_____			
_____			

أدخل رقم Medicare المرجعي الخاص بك (على البطاقة الملونة بالأحمر والأبيض والأزرق)

أدخل رقم Medicare المرجعي الخاص بزوجك/زوجتك (على البطاقة الملونة بالأحمر والأبيض والأزرق)

(من فضلك اقلب الصفحة وأكمل البيانات على الوجه الآخر)

NEED HELP? CALL TOLL-FREE: 1-800-332-3742

هل تحتاج إلى مساعدة؟ اتصل مجاناً على: 1-800-332-3742

## أذكر إجمالي الدخل الذي حصلت عليه في العام الميلادي الماضي.

- إذا كنت متزوجاً/متزوجة وتعيش/تعيشين مع زوجتك/زوجك، فعليك ذكر مجموع الدخل السنوي الذي تتلقاه/تتلقينه أنت وزوجتك/زوجك، حتى إذا كان أحدكما وحده المتقدم بالطلب. إذا كنت متزوجاً/متزوجة، وتعيش/تعيشين على نحو منفصل عن زوجتك/زوجك، اذكر/أذكر الدخل السنوي الخاص بك وحدك.
- قم بضرب الراتب الشهري في 12 لمعرفة الدخل السنوي.

### الدخل السنوي للزوج (ة)

### دخلك السنوي

دولار \_\_\_\_\_ دولار \_\_\_\_\_

دولار \_\_\_\_\_ دولار \_\_\_\_\_

دولار \_\_\_\_\_ دولار \_\_\_\_\_

1. مخصصات الضمان الاجتماعي و/أو مخصصات التقاعد للعاملين بالسكك الحديدية، (بعد طرح أقساط Medicare الجزء ب) التي تتلقاها سواء عن طريق شيك مصرفي أو بالإيداع المباشر.

2. مصادر دخل أخرى: بما فيها المعاشات التقاعدية والإيراد السنوي والفوائد وأرباح الأسهم وتوزيعات الترتيبات التقاعدية للفرد IRA وأرباح رأس المال والأجور ودخل الأعمال الحرة أو خسائرها وصافي دخل التأجير الخ.

3. إجمالي الدخل السنوي (أضف السطرين 1 و 2)

### اقرأ ما يلي بعناية ووقع أدناه:

أقر بأن المعلومات المذكورة في هذا النموذج صحيحة. أنا أقطن في ولاية نيويورك ولا أتلقى حالياً مخصصات Medicaid كاملة. أدرك بأنني مطالب بتقديم ما يثبت عمري ودخلي ومحل إقامتي وحالتي لدى Medicare ونظام التغطية الدوائية تحت برنامج Medicare الجزء د، إن وجد. كما أدرك أنني ملزم بالتسجيل في نظام التغطية الدوائية تحت برنامج Medicare الجزء د لأتمكن من التسجيل في برنامج EPIC. أعني أن الإخفاق في توفير المعلومات المعروفة لهويتي واللازمة للتسجيل في أحد الأنظمة التابعة لبرنامج الجزء د أو إعانة Medicare (Extra Help)، إذا كنت مؤهلاً لها، فقد يسفر عن إنهاء تغطية EPIC. أوافق على تبادل جميع المعلومات اللازمة للتحقق من أهليتي فيما بين برنامج EPIC وإدارة الضمان الاجتماعي وبرنامج Medicare وبرنامج Medicaid بولاية نيويورك، وإدارة الضرائب بولاية نيويورك وأنظمة التغطية الدوائية التابعة لبرنامج Medicare الجزء د وأيئة جهات أخرى لازمة. في حالة دفع مخصصات زائدة بالخطأ من EPIC، فأني أخصص لبرنامج EPIC أية مخصصات دوائية قد أكون مستحقاً لها ضمن أية أنظمة تابعة لبرنامج الجزء د أو للحكومة. أصرح لمقدمي الرعاية الصحية لي بالكشف إلى برنامج EPIC عن معلوماتي الطبية المتعلقة بالوصفات الدوائية و/أو التشخيصات، لاستخدامها عند الدفع أو التدقيق أو في معاملات الرعاية الصحية ذات الصلة.

### ينبغي أن توقع أنت وزوجك/زوجتك (إذا كنت متزوجاً وتعيشان معاً)، أدناه:

التوقيع (أو ممثلك القانوني) \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_  
توقيع الزوج/الزوجة (أو ممثلك القانوني) \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

تصريح (اختياري): أوافق على أنه في إمكان EPIC الكشف عن معلوماتي إلى الأشخاص/أفراد العائلة التالي ذكرهم والمعنيين برعايتي الصحية، إذا اقتضت الحاجة لمعالجة مخصصات EPIC الخاصة بي.

الرجاء كتابة الأسماء بحروف واضحة



EPIC  
Elderly Pharmaceutical  
Insurance Coverage  
Program

EPIC  
P.O. Box 15018  
Albany, NY 12212-5018

أرسل هذا النموذج بعد إكماله بريدياً إلى:

أو عن طريق الفاكس إلى: (518) 452-3576

و  
يعملوا سوياً  
Medicare

الرسوم السنوية (لكل فرد)	الدخل السنوي المشترك
8 دولار	حتى 6,000 دولار
12 دولار	6,001 دولار - 7,000 دولار
16 دولار	7,001 دولار - 8,000 دولار
20 دولار	8,001 دولار - 9,000 دولار
24 دولار	9,001 دولار - 10,000 دولار
28 دولار	10,001 دولار - 11,000 دولار
32 دولار	11,001 دولار - 12,000 دولار
36 دولار	12,001 دولار - 13,000 دولار
40 دولار	13,001 دولار - 14,000 دولار
40 دولار	14,001 دولار - 15,000 دولار
84 دولار	15,001 دولار - 16,000 دولار
106 دولار	16,001 دولار - 17,000 دولار
126 دولار	17,001 دولار - 18,000 دولار
150 دولار	18,001 دولار - 19,000 دولار
172 دولار	19,001 دولار - 20,000 دولار
194 دولار	20,001 دولار - 21,000 دولار
216 دولار	21,001 دولار - 22,000 دولار
238 دولار	22,001 دولار - 23,000 دولار
260 دولار	23,001 دولار - 24,000 دولار
275 دولار	24,001 دولار - 25,000 دولار
300 دولار	25,001 دولار - 26,000 دولار
انظر خطة الخصم	أكثر من 26,000 دولار

متزوج

الرسوم السنوية	الدخل السنوي
8 دولار	حتى 6,000 دولار
16 دولار	6,001 دولار - 7,000 دولار
22 دولار	7,001 دولار - 8,000 دولار
28 دولار	8,001 دولار - 9,000 دولار
36 دولار	9,001 دولار - 10,000 دولار
40 دولار	10,001 دولار - 11,000 دولار
46 دولار	11,001 دولار - 12,000 دولار
54 دولار	12,001 دولار - 13,000 دولار
60 دولار	13,001 دولار - 14,000 دولار
80 دولار	14,001 دولار - 15,000 دولار
110 دولار	15,001 دولار - 16,000 دولار
140 دولار	16,001 دولار - 17,000 دولار
170 دولار	17,001 دولار - 18,000 دولار
200 دولار	18,001 دولار - 19,000 دولار
230 دولار	19,001 دولار - 20,000 دولار
انظر خطة الخصم	أكثر من 20,000 دولار

متزوج



**EPIC**  
Elderly Pharmaceutical  
Insurance Coverage  
Program

**Medicare** و  
يعملوا سويا

