

طلب برنامج طلب إدار Medicare

الرجاء الكتابة بأحرف واضحة وعدم الكتابة في المنطقة المظلمة الداكنة.

مقدم الطلب

هاتف المنزل			الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير		
المقاطعة	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	رقم الشقة	عنوان المنزل الشارع
هل هذا مأوى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
المقاطعة	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	رقم الشقة	العنوان البريدي الشارع/صندوق البريد (إذا كان مختلفاً عن أعلاه)

الأسماء

أدرج اسمك "أولاً" اذكر الأسماء المستعارة والاسم قبل الزواج. إذا لزم الأمر، فقم بإرفاق ورقة إضافية لإدراج جميع الأطفال.

الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	الجنس	رقم الضمان الاجتماعي	المجموعة العرقية/الجنس (راجع الأكواد أدناه)
نفسى				
الزوج(ة)				
ابن/ابنة*				
ابن/ابنة*				

*إذا كان العمر أقل من 18 سنة. رموز الانتماء العرقي/الإثني:

رموز الانتماء العرقي/الإثني: أسود: أسود، ليس من أصل إسباني أبيض: أبيض، ليس من أصل إسباني إسباني: من أصل إسباني آسيوي: آسيوي أو من سكان جزر المحيط الهادي هندي: أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين مجهول: مجهول أخرى: أخرى

معلومات الجنسية

هل أنت مواطن أمريكي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة لا، فهل لديك وضع هجرة مُرضٍ؟ نعم لا قم بتضمين رقم الأجنبي وتاريخ الحالة وتاريخ دخول البلد، إن أمكن.

رقم الأجنبي	تاريخ الحالة (DOS)	تاريخ دخول البلد (DEC)
-------------	--------------------	------------------------

هل زوجك مواطن أمريكي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة لا، فهل يتمتع زوجك بوضع هجرة مُرضٍ؟ نعم لا قم بتضمين رقم الأجنبي وتاريخ الحالة وتاريخ دخول البلد، إن أمكن.

رقم الأجنبي	تاريخ الحالة (DOS)	D-تاريخ دخول البلد (DEC)
-------------	--------------------	--------------------------

MEDICARE معلومات

رقم Medicare الخاص بمقدم الطلب (من بطاقة Medicare باللونين الأحمر والأزرق)	
هل لديك الجزء A من برنامج Medicare؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل لديك الجزء B من برنامج Medicare؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (تاريخ السريان)
رقم Medicare الخاص بالزوج (من بطاقة Medicare باللونين الأحمر والأزرق)	
هل لدى زوجك/زوجتك الجزء A من برنامج Medicare؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل لدى زوجك/زوجتك الجزء B من برنامج Medicare؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (تاريخ السريان)
هل تريد منا النظر في تقديم تعويض بأثر رجعي عن قسط Medicare الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل تقوم أنت أو زوجك/زوجتك بدفع أي أقساط تأمين صحي بخلاف Medicare؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
من؟	المبلغ الشهري \$
هل تدفع أنت أو زوجك/زوجتك إعالة الطفل/الزوج؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
من؟	المبلغ الشهري \$
هل تتلقى أنت أو زوجك/زوجتك مدفوعات أو تم تسميتكما كمستفيدين من ائتمان؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
من؟	القيمة \$

الدخل

أذكر أدناه جميع الدخل المتاح مثل: الراتب، الأجور، المعاشات التقاعدية، الضمان الاجتماعي، مكافأة نهاية الخدمة، دخل الإيجار أو العمل، الخ. إذا لزم الأمر، فقم بإرفاق ورقة إضافية لسرد جميع مصادر الدخل.

اسم مقدم الطلب أو الزوج/الزوجة أو الطفل أقل من 18 عامًا	من يوفر المال؟ (الاسم/مصدر الدخل)	ما المبلغ؟	معدل التكرار؟ (أسبوعيًا، كل أسبوعين، شهريًا، غير ذلك)

هل ترغب في تلقي إشعارات بـ: الإنجليزية فقط الإسبانية والإنجليزية

الموافقة

أدرك أنه من خلال التوقيع على هذا الطلب/نموذج الشهادة، فأنا أوافق على أي تحقيق تجريه إدارة الخدمات الاجتماعية (Department of Social Services) للتحقق من المعلومات التي قدمتها أو تأكدها أو أي تحقيق آخر يتعلق بطلب Medicaid الخاص بي. وإذا تم طلب معلومات إضافية، فسأقدمها.

التوقيعات

توقيع مقدم الطلب/الممثل:	التاريخ
توقيع الزوج/الزوجة	التاريخ
عنوان الممثل	
رقم الهاتف	العلاقة
الولاية	الرمز البريدي
المدينة	

التعليمات

أكمل الطلب

تأكد من الإجابة عن جميع الأسئلة. إذا كنت متزوجًا وتعيش مع زوجك/زوجتك، فيجب عليك إكمال كل من الأسئلة "الذاتية" وأسئلة "الزوج/الزوجة" في الطلب (حتى إذا كان الزوج لا يتقدم بطلب للحصول على MSP).

توقيع وتاريخ الطلب

إذا كان كلا الزوجين متقدمين، يجب أن يوقع كلا الزوجين على طلب MSP.

قم بتضمين مستندات التحقق التالية

يرجى مراجعة هذه القائمة وإرسال المستندات التي ستحتاج إلى تقديمها حتى يتمكن برنامج Medicaid من تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لبرنامج MSP. إذا كنت تطلب استردادًا بأثر رجعي لأقساط برنامج Medicare الخاصة بك، فيجب عليك إرسال إثبات الدخل للأشهر الثلاثة السابقة. إذا كان هناك زوج (ة) متقدم(ة)، فيجب على الزوج(ة) أيضًا تقديم الوثائق.

• صورة ضوئية من الجهة الأمامية والخلفية من بطاقة Medicare.

• إثبات الدخل: قسيمة الراتب، أو خطاب من صاحب العمل، أو إقرار ضريبة الدخل، أو خطاب منح لأي من مزايا الدخل غير المكتسب مثل الضمان الاجتماعي، أو مخصصات البطالة، أو إعانة المحاربين القدامى، أو خطاب من المؤجر أو النزيل أو المستأجر.

• أقساط التأمين الصحي التي تدفعها بخلاف Medicare: خطاب من صاحب العمل أو بيان قسط أو كعوب الرواتب.

• إثبات تاريخ الميلاد: رخصة قيادة الولاية أو شهادة الميلاد الأمريكية أو بطاقة الإقامة الدائمة ("البطاقة الخضراء") أو بطاقة تعريف مخصصات NYS.

• إثبات محل السكن: إيصال إيجار/خطاب/تأجير به عنوان منزلك من مالك العقار، ورخصة القيادة (إذا تم إصدارها خلال الأشهر الستة الماضية)، وفاتورة المرافق (الغاز، والكهرباء، والهاتف، cable، والوقود أو المياه)، وبطاقة الهوية الحكومية المزودة بالعنوان، وبيان الرهن العقاري أو سجلات ضرائب الملكية، أو مطروف مختوم بختم البريد أو بطاقة بريدية (لا يمكن استخدامها إذا كانت مرسلة إلى صندوق بريد).

• إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا، فيجب عليك تقديم مستندات تشير إلى حالة الهجرة الحالية الخاصة بك.

أرسل الطلب والوثائق المطلوبة بالبريد إلى إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية (LDSS) أو إدارة الموارد البشرية (HRA). للعثور على العنوان في مقاطعتك:

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

الشروط والحقوق والمسؤوليات

من خلال إكمال هذا النموذج وتوقيعه، أنا أقدم بطلب لبرنامج طلب إخبار Medicare. دفع قسط Medicare هو فائدة لـ MEDICAID.

العقوبات

أدرك أنه قد يتم التحقيق في طلبي، وأوافق على التعاون في مثل هذا التحقيق. تنص القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية على عقوبات الغرامة أو السجن أو كليهما إذا لم تقل الحقيقة عند التقدم بطلب للحصول على مزايا Medicaid أو في أي وقت يتم فيه استجوابك حول أهليتك، أو عند التسبب في جعل شخص آخر لا يقول الحقيقة فيما يتعلق بطلبك أو أهليتك المستمرة.

التغييرات

أوافق على الإبلاغ عن أي تغييرات تطرأ على المعلومات في استمارة الطلب هذه فورًا.

رقم الضمان الاجتماعي (SSN)

إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على برنامج طلب إخبار Medicare، فيجب عليك الإبلاغ عن رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، إلا إذا كنت امرأة حاملًا. القوانين التي تتطلب ذلك هي: 18NYCRR الأقسام 351.2 و360-1.2 و360-3.2(j)(3) و42USC 1320b-7. تُستخدم أرقام الضمان الاجتماعي بعدة طرق، سواء داخل مناطق الخدمات الاجتماعية المحلية وأيضًا بين مقاطعات الخدمات الاجتماعية المحلية والوكالات الفيدرالية والمحلية والتابعة للولاية، سواء في نيويورك أو في الولايات القضائية الأخرى. بعض استخدامات أرقام الضمان الاجتماعي هي: للتحقق من الهوية، ولتحديد والتحقق من الدخل المكتسب وغير المكتسب، ولمعرفة ما إذا كان يمكن للوالدين الغائبين الحصول على تأمين صحي لمقدمي الطلبات، ولمعرفة ما إذا كان بإمكان المتقدمين الحصول على إعالة الطفل ومعرفة ما إذا كان بإمكان المتقدمين الحصول على أموال أو مساعدة أخرى.

شهادة الجنسية وحالة الهجرة

أشهد، تحت عقوبة الحنث باليمين، من خلال توقيع اسمي على هذا الطلب، أنني و/أو أي شخص أوقع من أجله مواطن أمريكي أو يتمتع بوضع هجرة مُرض. أدرك أنه سيتم تقديم المعلومات الخاصة بي إلى United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) للتحقق من حالة الهجرة الخاصة بي، إذا كان ذلك ممكنًا. أدرك أيضًا أن استخدام المعلومات الخاصة بي أو الإفصاح عنها يقتصر على الأشخاص والمنظمات المرتبطة مباشرة بالتحقق من حالة الهجرة وإدارة وتنفيذ أحكام برنامج Medicaid.

إخطار بعدم التمييز

سيتم النظر في هذا الطلب بغض النظر عن العرق أو اللون أو الجنس أو الإعاقة أو العقيدة الدينية أو الأصل القومي أو المعتقد السياسي.

الإقرار

عند التوقيع على هذا الطلب، أقسم وأؤكد أن المعلومات التي قدمتها أو سأعطيها إلى إدارة الخدمات الاجتماعية كأساس لبرنامج Medicaid صحيحة. أنا أيضًا أسند إلى إدارة الخدمات الاجتماعية أي حقوق لدي لمتابعة الدعم من الأشخاص الذين يتحملون المسؤولية القانونية عن دعمي والسعي وراء موارد الجهات الخارجية الأخرى. أدرك أن برنامج Medicaid المدفوع نيابة عني قد يتم استرداده من الأشخاص الذين يتحملون المسؤولية القانونية عن دعمي في الوقت الذي تم فيه الحصول على الخدمات الطبية.

إذا قررت بعد قراءة هذا النموذج واستكمالته أنك لا تريد التقدم لبرنامج طلب إخبار Medicare، فيرجى التوقيع باسمك أدناه:

أوافق على سحب طلبي:

توقيع مقدم الطلب	التاريخ
------------------	---------

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			Reason Code	Proxy <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
MA Disp.			Denial	Withdrawal		