

طلب التجديد الخاص ببرنامج Medicaid (رعاية الأمراض المزمنة)

| <p>نتائج طلب إعادة إثبات الأهلية</p> <p><input type="checkbox"/> لا توجد تغييرات</p> <p><input type="checkbox"/> توجد تغييرات</p> <p><input type="checkbox"/> مطلوب مستندات معلقة</p> | <p>الإرشادات</p> <p>1. يُرجى الكتابة بأحرف واضحة. ولا تكتب في المناطق المظللة الداكنة.</p> <p>2. املا النموذج بشكل كامل ودقيق.</p> <p>3. قم بالتوقيع على الصفحة الخلفية من النموذج.</p> <p>4. أعد إرسال طلب إعادة إثبات الأهلية هذا إلى العنوان المذكور.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------------------|--|--|------------------------|--|--|-------|---|-------|--|--|--|
| <p>تواريخ أهلية برنامج MEDICAID</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">إلى</th> <th colspan="3">من</th> </tr> <tr> <th>الشهر</th> <th>اليوم</th> <th>العام</th> <th>الشهر</th> <th>اليوم</th> <th>العام</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | إلى | | | من | | | الشهر | اليوم | العام | الشهر | اليوم | العام | | | | | | | <p>اسم المقاطعة المحلية وعنوانها</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>اسم المقاطعة</p> <p>رقم الحالة</p> <p>اسم الفرد الذي تجرى معه المقابلة</p> <p>رقم التعريف للوحدة</p> <p>الرقم التعريف للموظف</p> <p>اسم الحالة</p> <p>اسم المركز/المكتب</p> <p>اسم الحالة</p> | | | | |
| إلى | | | من | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الشهر | اليوم | العام | الشهر | اليوم | العام | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>معلومات المتلقي</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">الاسم الأول</td> <td>الحرف الأول من الاسم الأوسط</td> <td>الاسم الأخير</td> </tr> <tr> <td>الشهر</td> <td>اليوم</td> <td>العام</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى X</p> <p>*الهوية الجنسية: الهوية الجنسية هي طريقة نظرك إلى ذاتك وما تسمي به نفسك. يمكن لهويتك الجنسية أن تتطابق مع الجنس المحدد عند الولادة أو تختلف عنه. رموز الهوية الجنسية: M-ذكر، F-أنثى، N-غير ثنائي الجنس أو مغاير الهوية الجنسية، X-X، T-متحول جنسياً، D-هوية مختلفة: صف هويتك في المساحة المتوفرة.</p> <p>رقم الضمان الاجتماعي</p> <p>أدرج أي أسماء أخرى عُرف بها المتلقي</p> <p>ONC</p> <p>اسم وعنوان المرفق المستفيد منه المتلقي</p> | الاسم الأول | | | الحرف الأول من الاسم الأوسط | الاسم الأخير | الشهر | اليوم | العام | | | | | | | | | | | | | | |
| الاسم الأول | | | الحرف الأول من الاسم الأوسط | الاسم الأخير | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الشهر | اليوم | العام | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>معلومات زوج المتلقي</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">الاسم الأول للزوج</td> <td>الحرف الأول من الاسم الأوسط</td> <td>اسم العائلة للزوج</td> </tr> <tr> <td>الشهر</td> <td>اليوم</td> <td>العام</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>هل الزوج متوفى <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل الزوج يتقدم بطلب لتلقي خدمات برنامج Medicaid/لإعادة إثبات الأهلية/يتلقى خدماته؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>عنوان الزوج</p> <p>رقم هاتف الزوج</p> <p>()</p> <p>أدرج أي أسماء أخرى عُرفت بها زوجك</p> <p>ONC</p> <p>أدرج اسم أي فرد من أفراد الأسرة المعالين الذين يعيشون مع زوجك</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">رقم الضمان الاجتماعي لفرد الأسرة</td> <td colspan="3">تاريخ ميلاد فرد الأسرة</td> </tr> <tr> <td>الشهر</td> <td>اليوم</td> <td>العام</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>ما هي علاقة فرد الأسرة بك أو بزوجك؟</p> <p>اسم وعنوان الشخص الذي يكمل هذا النموذج (إذا كان شخص آخر غير المتلقي أو زوجك)</p> <p>رقم هاتف الشخص</p> <p>()</p> | الاسم الأول للزوج | | | الحرف الأول من الاسم الأوسط | اسم العائلة للزوج | الشهر | اليوم | العام | | | رقم الضمان الاجتماعي لفرد الأسرة | | | تاريخ ميلاد فرد الأسرة | | | الشهر | اليوم | العام | | | |
| الاسم الأول للزوج | | | الحرف الأول من الاسم الأوسط | اسم العائلة للزوج | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الشهر | اليوم | العام | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| رقم الضمان الاجتماعي لفرد الأسرة | | | تاريخ ميلاد فرد الأسرة | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الشهر | اليوم | العام | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

أدرج أي موارد قد تكون لدى المتلقي:

| الموقع | رقم الحساب | القيمة بالدولار | لا | نعم | |
|--------|------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | حساب عرضي شخصي (PIA) |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | حسابات ادخار (حسابات جارية/حسابات ادخار/شهادة ايداع في المصرف أو الاتحاد الائتماني) |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | من المتوقع أن يحصل على أموال من تسوية قضائية أو ميراث |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | صندوق ائتماني |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | تأمين على الحياة |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | دخل سنوي |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | أسهم، سندات، سندات ادخار |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | عقارات (بما في ذلك الملكية العقارية الخاصة بالعطلات ومحل الإقامة) |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ملكية عقارية مُدرة للدخل |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ملكية عقارية غير مُدرة للدخل |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | منزل خاص |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | صندوق استثمار مشترك |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | إيرادات حساب التقاعد الفردي (IRA)، خطة KEOGH، خطة 401-K، حساب التعويض المؤجل |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | معاشات أو حسابات تقاعد أخرى |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | صندوق لتغطية نفقات الدفن، وديعة لتغطية نفقات الدفن، مكان الدفن (قطعة أرض للدفن)، اتفاقية الجنازة |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | موارد أخرى (يرجى التحديد) |
| الطراز | الماركة | العام | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | المركبات الآلية |

هل قمت أنت أو زوجك ببيع أو التنازل عن أو تحويل أية مبالغ نقدية أو دخل أو عقارات أو أصول أخرى خلال آخر 60 شهرًا؟

| إلى من تم التنازل عنه؟ | القيمة بالدولار | الأصل | لا | نعم |
|------------------------|-----------------|-------|--------------------------|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| الدخل | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--|
| دخل فرد الأسرة | | | دخل الزوج | | | دخل المتلقي | | | أدرج أي دخل قد يحصل عليه المتلقي أو زوجه أو أفراد الأسرة المعالين: |
| المبلغ بالدولار | لا | نعم | المبلغ بالدولار | لا | نعم | المبلغ بالدولار | لا | نعم | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مخصصات تقاعد الضمان الاجتماعي/العاملين بالسكك الحديدية |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | معاش |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | معاش المحاربين القدامى |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | إيرادات حساب التقاعد الفردي، خطة KEOGH، خطة K-401، حساب التعويض المؤجل |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | نفقة/إعالة زوجية |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | رهن عقاري/دخل إيجاري |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | دخل سنوي |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | فوائد من الحسابات المصرفية، صناديق الاستثمار المشتركة، الأسهم، الاتحاد الائتماني |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | توزيعات الأرباح من الأسهم والسندات وصناديق الاستثمار المشتركة |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | دخل من موارد أخرى، مثل مخصصات الإعاقة، دخل الضمان التكميلي (SSI)، دخل العمل، ما إلى ذلك. (يُرجى التحديد) |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل تتوقع أن تتلقى دخلاً من صندوق ائتماني، تسوية قضائية، ميراث، ما إلى ذلك؟ |

| التأمين الصحي | |
|--|--|
| هل تتمتع بخدمات برنامج Medicare (البطاقة الحمراء والبيضاء والزرقاء)؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، الجزء A <input type="checkbox"/> الجزء B <input type="checkbox"/> |
| هل يتمتع زوجك أو أفراد الأسرة المعالون بخدمات برنامج Medicare؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، الجزء A <input type="checkbox"/> الجزء B <input type="checkbox"/> |
| هل أنت أو زوجك أو أفراد الأسرة المعالون مشمولون بأي خطة تأمين صحي، مثل الخطط التي يقدمها صاحب العمل، النقابات، نظام التقاعد؛ التغطية بموجب أمر الإعالة أو خطط التأمين الخاصة أو إدارة شؤون المحاربين القدامى (VA)؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| اسم الشخص (الأشخاص) المشمول بالتغطية | |
| من يقوم بدفع القسط | |
| اسم شركة التأمين | |
| رقم البوليصه | |
| من الذي تشمله بوليصة التأمين؟ | |
| تاريخ سريان البوليصه | |
| ما هو مبلغ القسط وكم مرة يتم دفعه؟ | |

| نفقات الإسكان | |
|--|--|
| هل يتلقى زوجك مخصصات تتعلق بنفقات الإسكان؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل المعلومات المطلوبة أدناه. |

| مبلغ الإيجار الشهري | مبلغ الرهن العقاري الشهري | مبلغ الضرائب الشهرية | فاتورة التدفئة الشهرية |
|---------------------|---------------------------|----------------------|------------------------|
| دولار | دولار | دولار | دولار |

العرق/الانتماء الإثني الخاص بمقدم الطلب فقط

(الإكمال اختياري. ومع ذلك، إذا لم يكتمل، فقد يتعين على القائم بالمقابلة تسجيل هذه المعلومات من خلال الملاحظة. يتم جمع هذه المعلومات فقط للتأكد من حصول الجميع على المساعدة/الرعاية على أساس عادل. ولن تؤثر هذه المعلومات على أهليتك.) أنا: (ضع علامة عند خيار واحد فقط)

رموز المجموعة العرقية/الإثنية: B-أسود أو أمريكي من أصل إفريقي W-أبيض H-من أصل هسباني أو لاتيني A*-آسيوي أو من سكان جزر المحيط الهادئ I-من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان الأسكا الأصليين P*-من السكان الأصليين لجزر هاواي أو إحدى جزر المحيط الهادئ الأخرى U-غير معروف O-غير ذلك.

*إذا اخترت A-آسيوي أو P-من السكان الأصليين لجزر هاواي أو إحدى جزر المحيط الهادئ الأخرى، يُرجى الاطلاع على المعلومات أدناه المتعلقة بالأمريكيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ (AAPI) الآخرين. الأمريكيون الآسيويون/سكان جزر المحيط الهادئ الآخرون (اختياري) - يُرجى تحديد مجموعة AAPI الفرعية الخاصة بك. تشمل المجموعات الفرعية داخل هذا المجتمع، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: الصينية واليابانية والفلبينية والكورية والفيتنامية والكمبودية والإندونيسية والباكستانية والسريلانكية والتايبانية ومجموعة سكان جزر هاواي الأصليين والساموية والتونجية والغوامانية أو الشامورو والمارشالية والفجبية وغيرها.

إخطار بعدم التمييز - سيتم النظر في هذا الطلب بغض النظر عن العرق أو اللون أو الجنس أو الإعاقة أو العقيدة الدينية أو العقيدة القومية أو الأصل القومي أو المعتقدات السياسية.

رقم الضمان الاجتماعي - يجب على الشخص الذي يقدم طلبًا للتمتع بخدمات برنامج Medicaid (MA) أن يكشف عن رقم الضمان الاجتماعي لأي شخص يُطلب له الحصول على خدمات برنامج Medicaid، إلا عندما يكون الفرد أجنبيًا غير مسجل ويسعى للحصول على خدمات برنامج Medicaid فقط لعلاج حالة طبية طارئة. ويعد هذا الكشف إلزاميًا لبرنامج Medicaid بموجب حكم الأقسام 351.2 و 360-1.2 من الباب 18 من قواعد ولوائح مدينة نيويورك (NYCRR) والقانون رقم 42 المادة 1320b-7 من قانون الولايات المتحدة (USC). تُستخدم أرقام الضمان الاجتماعي لتوفير التعريف الصحيح لمقدمي الطلبات لبرنامج Medicaid والمستفيدين من خدماته، وللتحقق من الدخل والأهلية ومبالغ المخصصات. وستستخدم أيضًا رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك للمطابقة مع بيانات الدخل غير المكتسب لدى دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) ومع إدارة العمل بولاية نيويورك لبيانات الدخل المكتسب.

الموافقة - أدرك أنه من خلال التوقيع على هذا الطلب/نموذج الشهادة، فأنا أوافق على أي تحقيق تجريه إدارة الخدمات الاجتماعية للتحقق من المعلومات التي قدمتها أو تأكيدها أو أي تحقيق آخر يتعلق بطلب Medicaid الخاص بي. إذا تم طلب معلومات إضافية، فسأقدمها.

التغييرات - أوافق على إخبار الوكالة على الفور بأية تغييرات تطرأ على احتياجاتي أو دخلي أو عقاري أو تدابير المعيشة الخاصة بي أو عنواني على حد علمي أو ظني.

التنازل عن مخصصات التأمين والمخصصات الأخرى - سأقدم بأي مطالبات بشأن مخصصات التأمين الصحي أو التأمين ضد الحوادث أو أي موارد أخرى يحق لي الحصول عليها، وبموجبه أنتازل عن هذه الموارد إلى مسؤول الخدمات الاجتماعية الذي يُقدم إليه هذا الطلب. وبالإضافة إلى ذلك، سأساعد في إجراء أي تنازل مطلوب عن المخصصات أو الموارد لمسؤول الخدمات الاجتماعية الذي يُقدم إليه هذا الطلب.

المدفوعات المباشرة - أصرح بأن يتم سداد المدفوعات مستحقة الدفع لي أو لأفراد أسرتي المعيشية والخاصة بمخصصات التأمين الصحي أو التأمين ضد الحوادث إلى مسؤول الخدمة الاجتماعية المختص مباشرة وذلك عن الخدمات الطبية والصحية الأخرى المقدمة خلال فترة تأهلنا لبرنامج Medicaid.

MEDICARE - أصرح بأن يتم سداد المدفوعات المستحقة بموجب "Medicare" (الجزء B من البند الثامن عشر، برنامج التأمين الصحي التكميلي) مباشرة إلى الأطباء والموردين الطبيين عن أي فواتير غير مدفوعة مستقبلية للخدمات الطبية والصحية الأخرى المقدمة لي خلال فترة تأهلي لبرنامج Medicaid.

العقوبات - أدرك أنه قد يتم التحقيق في ظني، 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 مخصصات Medicaid أو في أي وقت يتم استجوابك فيه حول أهليتك، أو عند التسبب في جعل شخص آخر لا يقول الحقيقة فيما يتعلق بطلبك أو بأهليتك المستمرة. تنطبق العقوبات أيضًا إذا أخفيت أو فشلت في الكشف عن الحقائق المتعلقة بأهليتك الأولية والمستمرة للحصول على مخصصات برنامج Medicaid أو إذا أخفيت أو فشلت في الكشف عن الحقائق التي من شأنها أن تؤثر على حق الشخص الذي تقدمت بطلب للحصول على مخصصات Medicaid أو الاستمرار في تلقيها؛ وهذه المخصصات يجب أن يستخدمها الشخص الآخر وليست لك.

تنص القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية على أن أي تحويل لأصول بمقدار أقل من القيمة السوقية العادلة يقوم به أي فرد أو زوج، خلال أو بعد فترة الستين شهرًا التي تسبق مباشرة اليوم الأول من الشهر الذي يقيم الفرد فيه في أحد مرافق الرعاية، أو تاريخ تقديم طلب تلقي خدمات برنامج Medicaid كشخص مقيم في أحد مرافق الرعاية، إذا حدث ذلك لاحقًا، فقد يؤدي ذلك إلى جعل الفرد غير مؤهل للحصول على خدمات مرافق الرعاية التمريضية.

الإقرار - عند التوقيع على هذا الطلب، أقسم وأؤكد أن المعلومات التي قدمتها أو سأقدمها إلى إدارة الخدمات الاجتماعية كأساس لبرنامج Medicaid صحيحة. أنا أيضًا أسند إلى إدارة الخدمات الاجتماعية أي حقوق لديّ لمتابعة الدعم من الأشخاص الذين يتحملون المسؤولية القانونية عن دعمي والسعي وراء موارد الجهات الخارجية الأخرى. أفهم أنه عند تلقي مخصصات برنامج Medicaid، يمكن أن يتم فرض حجز واسترداد القيمة المدفوعة من ملكية عقارية خاصة بي بموجب شروط معينة إذا كنت في مؤسسة طبية ومن غير المتوقع أن أعود للمنزل. 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.

| | | | |
|---------------|---------------|--------------|---------------|
| توقيع المتلقي | تاريخ التوقيع | توقيع الزوج | تاريخ التوقيع |
| توقيع الممثل | تاريخ التوقيع | | |
| توقيع الموظف | تاريخ التوقيع | توقيع المشرف | تاريخ التوقيع |