

کسی بھی ایسے وسائل کی فہرست بنائیں جو وصول کنندہ کے پاس ہے:

مقام	اکاؤنٹ نمبر	\$ قدر	ہاں	نہیں	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ذاتی حادثاتی ایکاؤنٹ (PIA)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بچت کھاتہ (چیکنگ/بچت/بینک، کریڈٹ یونین میں جمع کا سرٹیفکیٹ)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مقدمے کے تصفیے، وراثت کی توقع کریں
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ٹرسٹ فنڈ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جیون بیمہ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سالیانہ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسٹاکس، بانڈز، سیونگز بانڈز
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رنیل اسٹیٹ (بشمول تعطیلات کی جائیداد اور گھر کی جگہ)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آمدنی پیدا کرنے والی جائیداد
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غیر آمدنی پیدا کرنے والی جائیداد
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اپنا گھر
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	میوچول فنڈ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IRA, KEOGH, 401-K, ملتی کمپ۔
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیگر پنشن یا ریٹائرمنٹ ایکاؤنٹ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تدفین کا فنڈ، تدفین کا ٹرسٹ، تدفین کی جگہ (قبرستان کا پلاٹ)، جنازے کا معاہدہ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیگر وسائل (براہ کرم وضاحت کریں)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	موٹر گاڑی
	مائل	سال			
	میک				

کیا آپ یا آپ کے شریک حیات نے گزشتہ 60 مہینوں کے اندر کوئی نقد رقم، آمدنی، ریل اسٹیٹ، یا دیگر اثاثہ فروخت کیا، چھوڑا، یا منتقل کیا ہے؟

یہ کس کے پاس گیا؟	\$ قدر	اثاثہ	ہاں	نہیں
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

غیر امتیازی سلوک کا نوٹس - نسل، رنگ، جنس، معذوری، مذہبی عقیدہ، قومی عقیدہ، قومی اصلیت یا سیاسی عقائد سے قطع نظر اس درخواست پر غور کیا جائے گا۔

سوشل سیکیورٹی نمبر - Medicaid (MA) کے لیے درخواست دینے والا فرد کسی بھی ایسے شخص کا سوشل سیکیورٹی نمبر ظاہر کرے گا جس کے لیے Medicaid کی درخواست کی گئی ہے، سوائے اس صورت کے جب وہ فرد غیر دستاویزی غیر ملکی ہو جو MA کی تلاش میں صرف ہنگامی طبی حالت کے علاج کے لیے ہو۔ 18NYCRR اور 42 USC 1320b-7 کے سیکشن 351.2 اور 360-1.2 کے تحت Medicaid کے لیے اس طرح کا انکشاف لازمی ہے۔ سوشل سیکیورٹی نمبرز کا استعمال Medicaid کے درخواست دہندگان اور وصول کنندگان کی مناسب شناخت فراہم کرنے اور آمدنی، اہلیت اور مراعات کی رقم کی تصدیق کے لیے کیا جاتا ہے۔ ہم آپ کا سوشل سیکیورٹی نمبر بھی استعمال کریں گے تاکہ IRS غیر کمائی ہوئی آمدنی کے اعداد و شمار اور کمائی ہوئی آمدنی کے ٹیٹا کے لیے نیو یارک اسٹیٹ محکمہ مزدور کے ساتھ مماثل کریں۔

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۔

تبدیلیاں - میں ایجنسی کو اپنی ضروریات، آمدنی، جائیداد، رہائش کے انتظامات یا اپنے بہترین علم یا یقین کے مطابق کسی بھی تبدیلی کے بارے میں فوری طور پر مطلع کرنے سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔

بیمہ کی تفویض اور دیگر مراعات - میں صحت یا حادثہ بیمہ کی مراعات یا کسی دوسرے وسائل کے لیے کوئی بھی دعویٰ دائر کروں گا/گی جس کا/کی میں حقدار ہوں، اور اس کے ذریعے اس طرح کے وسائل سماجی خدمات کے اہلکار کو تفویض کروں گا/گی جس کے لیے یہ درخواست دی گئی ہے۔ اس کے علاوہ، میں سماجی خدمات کے اس اہلکار کو جس کے لیے یہ درخواست دی گئی ہے، مراعات یا وسائل کی کوئی بھی مطلوبہ تفویض کرنے میں مدد کروں گا/گی۔

براہ راست ادائیگی - میں اس بات کی اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ مجھے یا اپنے گھر کے افراد کو صحت یا حادثاتی بیمہ کی مراعات کے لیے ادائیگی براہ راست مناسب سماجی خدمات کے اہلکار کو طبی اور دیگر صحت کی خدمات کے لیے کی جانے تک بہ Medicaid کے اہل ہوں۔

MEDICARE - میں "Medicare" (ٹائٹل XVIII کا حصہ B، سپلیمنٹری میڈیکل انشورنس پروگرام) کے تحت ادائیگیوں کی اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ ڈاکٹروں اور طبی سپلائرز کو براہ راست طبی اور دیگر صحت کی خدمات کے لیے مجھے فراہم کیے جانے والے کسی بھی بلا معاوضہ بلوں پر دی جائیں جب میں Medicaid کا/کی اہل ہوں۔

سزائیں - میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری درخواست کی چھان بین کی جا سکتی ہے، اور میں ایسی تفتیش میں تعاون کرنے سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔ وفاقی اور ریاستی قانون جرمانہ، قید یا دونوں کی سزائیں فراہم کرتے ہیں اگر آپ Medicaid کی مراعات کے لیے درخواست دیتے 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۔ اگر آپ Medicaid کے لیے اپنی ابتدائی اور جاری رکھنے کی اہلیت سے متعلق حقائق کو چھپاتے/چھپاتی ہیں یا ظاہر کرنے میں ناکام رہتے/رہتی ہیں یا اگر آپ ایسے حقائق کو چھپانے یا ظاہر کرنے میں ناکام رہتے/رہتی ہیں جس سے کسی ایسے شخص کے حق پر اثر پڑے گا جس کے لیے آپ نے Medicaid کی مراعات حاصل کرنے یا جاری رکھنے کے لیے درخواست دی ہے تب بھی سزائیں ہو سکتی ہیں؛ اور اس طرح کی مراعات اس دوسرے شخص کے لیے استعمال کی جانی چاہئیں نہ کہ خود اپنے لیے۔

وفاقی اور ریاستی قانون یہ بھی کہتا ہے کہ کسی فرد یا اس کے شریک حیات کی طرف سے مہینے کے پہلے دن سے فوراً پہلے چھتیس مہینوں (ٹرسٹوں میں منتقلی کے لیے ساٹھ مہینے) کے اندر یا اس کے بعد منصفانہ مارکیٹ ویلیو سے کم کے اثاثے کی کوئی منتقلی جس میں فرد ادارہ جاتی بن جاتا ہے، یا ادارہ جاتی شخص کے طور پر Medicaid کے لیے درخواست کی تاریخ، اگر بعد میں، فرد کو نرسنگ سہولت خدمات کے لیے نابل قرار دے سکتی ہے۔

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 Medicaid کی وصولی کے بعد، اگر میں کسی طبی ادارے میں ہوں اور میرے گھر واپس آنے کی توقع نہ ہو تو کچھ خاص حالات میں میری حقیقی جائیداد کے خلاف ایک حق نامہ دائر کیا جا سکتا ہے اور بازیابی کی جا سکتی ہے۔ 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۔

وصول کنندہ کا دستخط	دستخط کی تاریخ	شریک حیات کا دستخط	دستخط کی تاریخ
نمائندہ کا دستخط	دستخط کی تاریخ		
کارکن کا دستخط	دستخط کی تاریخ	سپروائزر کا دستخط	دستخط کی تاریخ