



Pennsylvania

Department of Human Services

طلب تحديد الأهلية المالية في برنامج المساعدات الطبية ("Medicaid") للحصول على الرعاية والدعم والخدمات طويلة الأجل

ضع علامة أمام جميع الخيارات التي تتقدم بطلب للحصول عليها:

☐ الرعاية في إحدى المنشآت

☐ خدمات الإعفاء المنزلي والمجتمعي - نوع/اسم الإعفاء/الخدمة:

☐ أخرى:

• يُرجى قراءة هذا النموذج بالكامل.

• اكتب المعلومات المطلوبة بخط واضح في الأقسام غير المظلة.

• إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فيمكنك شخص آخر مساعدتك أو يمكنك الحصول عليها من مكتب المساعدة في المقاطعة.

• يُرجى مراجعة أي معلومات مذكورة في هذا النموذج؛ وإذا تبين لك أن أيًا منها غير صحيح أو تغير، فاشطب هذه المعلومة واكتب المعلومة الصحيحة الحديثة. يُرجى الاطلاع على جميع الأسئلة غير المُجاب عنها بإجابة مُعَيَّنة مسبقًا وكتابة إجابة ما لم تخطر الإرشادات بإمكانية اختيار عدم الإجابة عن السؤال.

يمكنك استكمال هذا الطلب بنفسك أو تعيين أي ممثل تختاره للقيام بذلك نيابة عنك. ويمكن أن يكون هذا الممثل زوجك أو صديقك أو أحد أقاربك أو شخص لديه توكيل رسمي منك أو مقدم الرعاية الطبية الخاص بك، على أن يكون شخصًا على دراية بدخلك ومواردك ويستطيع تقديم تلك المعلومات. وإذا كنت متزوجًا، فيجب تقديم معلومات عنك وعن زوجك في بعض الأقسام.

بعد استكمال النموذج، يُرجى تسليمه بنفسك، أو إرساله مع شخص آخر، أو إرساله بالبريد إلى مكتب المساعدة في المقاطعة، ما لم تكن هناك إرشادات بخلاف ذلك. وسيقوم مكتب المساعدة في المقاطعة بإخطارك بما إذا كان إجراء مقابلة أمرًا ضروريًا. وستحتاج إلى تقديم إثبات شخصية ووثائق تحقق من المعلومات الأخرى الواردة في النموذج، ما لم تكن هذه المعلومات متوفرة بالفعل في سجلاتنا. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة للحصول على أي معلومات، فاطلب الدعم من مكتب المساعدة في المقاطعة. كما يتعين عليك إرفاق وثائق التحقق بهذا النموذج.

يُرجى العلم بأن الأشخاص الذين تنازلوا عن أصول (دخل أو موارد) خلال الأشهر الستين

This is an application for Medical Assistance benefits. If you need help translating it, please contact your county assistance office, CAO. Translation services will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de Asistencia Médica. Si necesita ayuda con la traducción comuníquese con la oficina de asistencia del condado (CAO) que le corresponde. Los servicios de traducción son gratuitos.

នេះជាពាក្យសុំអនុវត្តប្រយោជន៍សេវាបុគ្គលិក។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែ
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យជំនួយបុគ្គលិកនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។
ការបកប្រែនឹងផ្តល់ដោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

这是关于医疗协助福利的申请。
如果你需要翻译协助，请联络你所在
地方的郡县援助办事处。可以免费提供翻译服务。

هذا طلب للحصول على منافع المساعدة الطبية. إذا كنت بحاجة إلى
مساعدة في ترجمته، يرجى الاتصال بمكتب معونة مقاطعتك CAO.
ستقدم خدمات الترجمة مجانًا.

Настоящий документ является заявлением на получение
обслуживания по программе Medical Assistance.

Если вам нужна помощь в переводе данного заявления,
обращайтесь в Окружное бюро помощи
(County Assistance Office).

Услуги по переводу предоставляются бесплатно.

Đây là mẫu đơn xin hưởng phúc lợi Bảo Trợ Y Tế.
Nếu quý vị cần phiên dịch đơn này, xin liên lạc
Văn Phòng Trợ Cấp Quận Hạt nơi quý vị cư ngụ.
Dịch vụ phiên dịch sẽ được cung cấp miễn phí.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

للحصول على المساعدة في إكمال طلب إعانات برنامج المساعدات الطبية عبر الهاتف،
يُرجى الاتصال بمركز "Inspiritec" على الرقم 1-866-550-4355. ويمكنك أيضًا
تقديم طلب إلكتروني من خلال الرابط التالي: www.dhs.pa.gov/compass

لا تكمل هذا النموذج - مخصص للاستخدام بواسطة مزودي الخدمات فقط

PROVIDER NAME		NUMBER	
ADDRESS		CONTACT NAME/TELEPHONE NUMBER	
DATE OF ADMISSION		DATE OF LEVEL OF CARE DETERMINATION	REQUESTED EFFECTIVE DATE

لا تكمل هذا النموذج - مخصص للاستخدام بواسطة مكتب المساعدات بالمقاطعة فقط

CO.	DIST	RECORD NUMBER	FILE CLEARED BY	APPL. REG. NO.	WORKER I.D.	CASELOAD
☐ AUTHORIZED REASON					CATEGORY	
☐ NOT AUTHORIZED REASON					DATE	

الخطوات الأولى

What language do you prefer? ما هي لغتك المفضلة؟
☐ English /الإنجليزية ☐ Spanish /الإسبانية ☐ Other /لغة أخرى (specify/ يُرجى التحديد) _____

Do you need an interpreter? هل نحتاج إلى مترجم فوري؟
☐ Yes /نعم ☐ No /لا If yes, what language? إذا أجبت بنعم، فما هي اللغة _____

أكمل جميع المعلومات الواردة في هذا القسم بصفتك مقدم الطلب. أخبرنا نبذة عنك. يُرجى مراجعة أي معلومات مذكورة أدناه. إذا كانت هذه المعلومات غير صحيحة، يُرجى شطبها وكتابة المعلومات الصحيحة.

الاسم (اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة واللاحقة مثل الابن/الأب/الخ):	رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):	الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
الحالة الاجتماعية:		إذا كنت منفصلاً، يُرجى إكمال قسم العلاقات الخاص بالزوج المنفصل.	
☐ أعزب/عزباء	☐ منفصل/ة	☐ متزوج/ة	☐ مطلق/ة ☐ أرمل/ة
إذا اخترت "أرمل/ة"، فما تاريخ وفاة الزوج/الزوجة؟		ما اسم الزوج/الزوجة؟	
العرق (اختياري) (حدد كل ما ينطبق):			
☐ أمريكي أسود أو من أصول أفريقية	☐ آسيوي	☐ من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الأصليين	☐ الهنود الأمريكيون أو من سكان ألاسكا الأصليين
☐ أبيض	☐ عرق آخر _____		

العنوان الحالي (إذا كنت مقيماً في مرفق رعاية، فاستخدم عنوان المرفق):	رقم الهاتف:	تاريخ الانتقال إلى هذا العنوان:
العنوان السابق (إذا كنت مقيماً في مرفق رعاية، فاكتب عنوان منزلك الأصلي. وإذا كنت متزوجاً، فاكتب عنوان الزوج/الزوجة):	اسم المنطقة التعليمية:	اسم البلدة:

هل سبق لك من قبل التقدم للحصول على مزايا نقدية أو طبية أو الحصول عليها أو المشاركة في برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP)، المعروف سابقاً بـ "قسائم الطعام" في مقاطعة أخرى في ولاية بنسلفانيا أو ولاية أخرى؟	☐ نعم ☐ لا		
	ما المقاطعة؟		
ما المدة؟	إذا كانت إجابتك بنعم، ما هي الولاية؟		
رقم التسجيل:	رقم التسجيل:		
هل عشت من قبل بأحد مرافق التمريض؟	إذا كانت إجابتك بنعم، اكتب الاسم:	العنوان:	التواريخ:
☐ نعم ☐ لا			

إذا كنت من ذوي الإعاقة وتعمل وتكسب دخلاً، فقد تصبح مؤهلاً للحصول على إعانات من برنامج المساعدات الطبية للعمال ذوي الإعاقة "Medical Assistance for Workers with Disabilities" المعروف اختصاراً بـ (MAWD). يُطبق برنامج المساعدات الطبية للعمال ذوي الإعاقة (MAWD) حدوداً أعلى في الدخل والموارد مقارنة ببرامج المساعدات الطبية الأخرى، ويشترط على أولئك المسجلين فيه سداد قسط شهري. وفي بعض الحالات، قد لا يُطلب منك سداد قسط بسبب دخلك أو بسبب وجيه آخر.

اختر أحد المربعات التالية لتحديد الوقت الذي ترغب فيه ببدا التغطية إذا تقرر أنك مؤهل للحصول على إعانات من برنامج المساعدات الطبية للعمال المعاقين (MAWD):

☐ أرغب في بدء تغطيتي في اليوم الأول من الشهر الذي يُستلم فيه طلبي. وسادفع القسط عن هذا الشهر بأكمله.

☐ أرغب في بدء تغطيتي في اليوم الأول في الشهر التالي للشهر الذي يُستلم فيه طلبي.

هل أنت من مواطني الولايات المتحدة أو من حاملي جنسيتها؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا لم تكن مواطناً أمريكياً أو من الرعايا الأمريكيين، يُرجى الإجابة عن الأسئلة التالية:

هل لديك وضع هجرة مؤهل؟	إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تحديد نوع الوثيقة ورقم تعريفها:	نوع الوثيقة:	رقم تعريف الوثيقة:	رقم تسجيل الأجنبي:
☐ نعم ☐ لا				
هل كنت تقم في الولايات المتحدة قبل عام 1996؟			بلد المنشأ:	
☐ نعم ☐ لا				
إذا كان لديك كفيل، فاكتب اسم كفيلك وعنوانه:				
وَقَّع للإقرار بوضع المواطنة أو وضع الأجنبي الخاص بك على النحو الموضح أعلاه:				
التوقيع التاريخ				

أكمل كافة المعلومات في هذا القسم الخاصة بزوجك إن كنت متزوجًا أو منفصلا وكذلك المعلومات حول الأطفال المعالين لديك أو الأقارب.يرجى مراجعة أي معلومات مكتوبة أعلاه. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، يرجى شطبها مع تدوين المعلومات الصحيحة.

العلاقة:	الاسم (متضمنًا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة JR./SR./أوغيرها.):	الاسم المستعار/اسم الأم قبل الزواج:
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام):	الجنس:	*الأصل العرقي:
رقم الضمان الاجتماعي		

العلاقة:	الاسم (متضمنًا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة JR./SR./أوغيرها.):	الاسم المستعار/اسم الأم قبل الزواج:
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام):	الجنس:	*الأصل العرقي:
رقم الضمان الاجتماعي		

العلاقة:	الاسم (متضمنًا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة JR./SR./أوغيرها.):	الاسم المستعار/اسم الأم قبل الزواج:
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام):	الجنس:	*الأصل العرقي:
رقم الضمان الاجتماعي		

العلاقة:	الاسم (متضمنًا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة JR./SR./أوغيرها.):	الاسم المستعار/اسم الأم قبل الزواج:
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام):	الجنس:	*الأصل العرقي:
رقم الضمان الاجتماعي		

* بالنسبة للأصل العرقي: لن تتأثر المزايا التي تحصل عليها في حالة عدم رغبتك في الإجابة. يرجى استخدام أحد الرموز التالية:
1. أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية 2. من أصول آسيوية 3. من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ 4. من الهنود الأمريكيين أو من سكان الاسكا الأصليين 5. أبيض 6. أخرى:

الموقف العسكري يرجى مراجعة أي معلومات مكتوبة أدناه. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، يرجى شطبها مع تدوين المعلومات الصحيحة.

يرجى وضع علامة بجوار أحد الاختيارات:	☐ من المحاربين القدامى	☐ في الخدمة العسكرية الفعلية	☐ الحرس الجمهوري	☐ من قوات الاحتياط	☐ أرمل/زوج أو طفل مُعال لأحد المحاربين القدامى
الفرع أو السلاح:	تاريخ الدخول:	تاريخ التسريح:	مطالبة رقم:		

تسجيل الناخبين (اختياري)

إن لم تكن مسجلاً للتصويت حيث تعيش الآن، فهل ترغب في تقديم طلب تسجيل للتصويت هنا اليوم؟ ☐ نعم ☐ لا

إن لم تضع علامة على أي مربع، فسنعتبر أنك قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت.

للتسجيل، يجب توافر الشروط الآتية: (1) أن يكون عمرك 18 عامًا على الأقل وقت انعقاد الانتخابات القادمة. (2) أن تكون من مواطني الولايات المتحدة لمدة شهر واحد على الأقل "قبل انعقاد الانتخابات القادمة"؛ (3) تقيم في ولاية بنسلفانيا ومنطقة التصويت على الأقل لمدة 30 يومًا قبل انعقاد الانتخابات القادمة.

لن يؤثر تقديم طلب التسجيل للتصويت أو رفضه على حجم المساعدة التي ستقدمها هذه الوكالة.

إن كنت ترغب في المساعدة في ملء طلب تسجيل الناخب، فسنساعدك. قرار التماس المساعدة أو قبولها يرجع إليك وحدك. يمكنك ملء نموذج الطلب على انفراد. يرجى الاتصال بمكتب المساعدات بالمقاطعة إن كنت ترغب في المساعدة. إن كنت تعتقد أن شخصًا ما قد حال بينك وبين حقك في التسجيل للتصويت أو رفضه، أو حقك في خصوصية تقرير ما إذا كنت ستسجل أو تتقدم بطلب تسجيل للتصويت، أو حقك في اختيار حزبك السياسي أو أي ميول سياسي آخر، يمكنك التقدم بشكوى إلى أمين الكومنولث، وزارة الخارجية ببنسلفانيا، هاريسبيرغ، PA 17120. (رقم الهاتف المجاني 1-877-VOTESPA)

سيكمل موظفو مكتب المساعدات بالمقاطعة هذا المربع بناء على ردكم أعلاه

☐ Given to Client __/__/__	☐ Sent to voter registration __/__/__	☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, not interested __/__/__	☐ Not a U.S. citizen __/__/__	☐ Declined, already registered __/__/__

في حالة تلقيك في الوقت الحالي أو من ذي قبل رعاية، ووسائل دعم، وخدمات طويلة الأمد، ما هي كيفية تسديد نفقاتك في الوقت الحالي أو من ذي قبل؟

هل لديك فواتير طبية غير مُسددة؟ ☐ نعم ☐ لا
في حالة طلبك مساعدات طبية لسداد هذه الفواتير، أرفق نسخ منها.

معلومات التأمين الطبي (متضمنة التأمين والرعاية طويلة الأمد) يرجى مراجعة أي معلومات مكتوبة أدناه. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، يرجى شطبها مع تدوين المعلومات الصحيحة.

من الذي تشمله التغطية؟	شركة التأمين	رقم البوليصا	قسط التأمين	كم عدد المرات؟

المعلومات ذات الصلة بالموارد للمتقدم بالطلب والزوج:
يرجى مراجعة أي معلومات مكتوبة أدناه. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، يرجى شطبها مع تدوين المعلومات الصحيحة. أضف صفحة ورقية إضافية في حالة الحاجة لمزيد من المساحة. يرجى وضع علامة تسمية على السؤال الذي تجيبه في الصفحات الإضافية.

الموقع:		المالك:		القيمة:		هل توفر دخلاً:		هل تقيم:	
				\$		☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا	
هل المالك العقاري؟		هل تُخطط للعودة للملك العقاري؟		هل تمتلك أي عقار آخر؟					
☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا					
هل المالك العقاري مدرجاً للبيع؟		في حالة الإجابة بنعم، فإن التاريخ المدرج:							
☐ نعم ☐ لا									

المكان:		المالك:		القيمة:		هل توفر دخلاً:		هل تقيم:	
				\$		☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا	
هل المالك العقاري؟		هل تُخطط للعودة للملك العقاري؟		هل تمتلك أي عقار آخر؟					
☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا					
هل المالك العقاري مدرجاً للبيع؟		في حالة الإجابة بنعم، فإن التاريخ المدرج:							
☐ نعم ☐ لا									

المكان:		المالك:		القيمة:		هل توفر دخلاً:		هل تقيم:	
				\$		☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا	
العام والطراز:		هل المالك العقاري مدرجاً للبيع؟							
		☐ نعم ☐ لا							
هل المالك العقاري مدرجاً للبيع؟		في حالة الإجابة بنعم، فإن التاريخ المدرج:							
☐ نعم ☐ لا									

ج. ترتيبات متعلقة بالدفن ☐ لا ينطبق

المالك:	اسم البنك/شركة التأمين وعنوانها:	أرقام الحساب:
المنزل المُخصص للجنائز:	قيمة الحساب:	تاريخ الإنشاء:
	\$	
هل يمكن سحب الأموال قبل وفاة الشخص؟	هل يمكن سحب الفائدة؟	
☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	
هل تمتلك أي مكان مُخصص للدفن؟	في حالة الإجابة بنعم، اذكر الموقع:	عدد الأماكن:
☐ نعم ☐ لا		

المالك:	اسم البنك/شركة التأمين وعنوانها:	أرقام الحساب:
المنزل المُخصص للجنائز:	قيمة الحساب:	تاريخ الإنشاء:
	\$	
هل يمكن سحب الأموال قبل وفاة الشخص؟	هل يمكن سحب الفائدة؟	
☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	
هل تمتلك أي مكان مُخصص للدفن؟	في حالة الإجابة بنعم، اذكر الموقع:	عدد الأماكن:
☐ نعم ☐ لا		

د. التأمين على الحياة ☐ لا ينطبق
يرجى مراجعة أي معلومات مكتوبة أدناه. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، يرجى شطبها مع تدوين المعلومات الصحيحة.

مالك البوليصه	اسم الشركة	رقم البوليصه	القيمة الاسمية	القيمة النقدية الحالية	المستفيد

هـ. السيارات، المركبات الترفيهية، الشاحنات، الدراجات البخارية ☐ لا ينطبق
يرجى مراجعة أي معلومات مكتوبة أدناه. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، يرجى شطبها مع تدوين المعلومات الصحيحة.

اسم المالك(المالكين)	سنة التصنيع، والشركة المصنعة، والطراز	هل المركبة مُرخصة؟	رقم لوحة السيارة	المبلغ الممتلك	نسبة % من الملكية	تعليقات
		☐ نعم ☐ لا				
		☐ نعم ☐ لا				
		☐ نعم ☐ لا				
		☐ نعم ☐ لا				
		☐ نعم ☐ لا				
		☐ نعم ☐ لا				

F. الموارد الأخرى ☐ لا ينطبق

يرجى مراجعة أي معلومات مكتوبة أدناه. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، يرجى شطبها مع تدوين المعلومات الصحيحة. تتضمن الموارد الحسابات البنكية (بما في ذلك الحسابات الجارية، والادخارية، وحسابات الادخار لقضاء العطلات)؛ وشهادات الإيداع (CD)؛ وحسابات التقاعد (بما في ذلك حساب التقاعد الفردي، وحساب تقاعد كيو)؛ والأسهم، والسندات (بما في ذلك السندات الادخارية بالولايات المتحدة)؛ والدخل السنوي، والأموال المودعة؛ والأموال المشتركة والنقدية الحاضرة في اليد.

اسم المالك (المالكين)	الموارد	القيمة الحالية	اسم البنك/رقم الحساب	النسبة المملوكة	تعليقات
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			

خلال فترة الـ 60 شهرًا الماضية، هل قمت أنت أو زوجك بإغلاق أو نقل أي أصول أو التنازل عنها، أو بيعها، أو نقلها مثل: منزل، أو أرض، أو ملكية شخصية، أو بوالص تأمين على الحياة، أو دخل سنوي، أو حسابات بنكية، أو شهادات إيداع، أو أسهم، أو حسابات تقاعد فردي، أو سندات مودعة، أو حق في الحصول على دخل؟ ☐ نعم ☐ لا

خلال فترة الـ 60 شهرًا الماضية، هل قمت أنت أو زوجك بنقل أي أصول إلى صندوق أمانات ☐ نعم ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم، أشرح الظروف (أرفق ورقة إضافية في حالة الحاجة لذلك):

نوع الموارد:	القيمة السوقية في وقت النقل:	تاريخ النقل أو الإغلاق:
	\$	

في حالة قيامك بإغلاق أو استنفاد أي حسابات نظرًا لسدادك مقابل خدمات التمريض، قم بإدراج هذه الحسابات:

مالك (مالكي) الحساب	نوع الموارد	المكان	رقم الحساب	تاريخ الإغلاق

هل تلقيت أنت أو زوجك أو هل يتوقع أي منكما تلقي أي دخل/أصل/تسوية/مبلغ إجمالي مُحدد/ميراث؟ ☐ نعم ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم، أشرح الظروف (أرفق ورقة إضافية في حالة الحاجة لذلك):

المبلغ:	التاريخ المتوقع:
\$	

معلومات الدخل الخاصة بمقدم الطلب، الزوج، و/أو المعال (المعالين) يرجى مراجعة أي معلومات مكتوبة أدناه. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، يرجى شطبها مع تدوين المعلومات الصحيحة. أضف صفحة ورقية إضافية في حالة الحاجة لمزيد من المساحة. يرجى وضع علامة تسمية على السؤال الذي تجيبه في الصفحات الإضافية.

أدرج كل دخل الأسرة المعيشية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: الدخل المكتسب، الأجور، العمل الحر، دخل الإيجارات، تكلفة الإقامة والطعام، العمولات، وغيرها) والدخل غير المكتسب (المعاش، مزايا المحاربين القدامى، مزايا الضمان الاجتماعي، تعويض البطالة، تعويض العمال، التقاعد من السكة الحديد، وتعويضات العاملين بالمناجم، والمساعدات المقدمة عند المرض، والمدفوعات المقدمة من صناديق الإيداع أو الدخل السنوي، والدعم أو نفقة الزوجة، والعوائد أو الفائدة، أرباح اليانصيب/القمار وغيرها).

لمن يتبع هذا الدخل؟	نوع الدخل	مصدر الدخل	مرات التكرار (أسبوعياً، كل أسبوعين، شهرياً، سنوياً)	متوسط ساعات العمل كل أسبوع	المبلغ الإجمالي (مقدار الدخل قبل الضرائب والاستقطاعات)	تعليقات

إلى من تُرسل الشيكات؟ (الوصي، ممثل المدفوع له):	العنوان:

نفقات المأوى

الهاتف الأساسي	\$
الغاز	\$
الكهرباء	\$
وقود التدفئة	\$
المياه	\$
الصرف الصحي	\$
القمامة	\$

الإيجار الشهري/الرهن العقاري	\$
اتفاق شراء بيعي أو تأجيري	\$
الرعاية الشخصية أو الرسم الإيجاري للرعاية المنزلية	\$
رسوم الصيانة للشقة الخاصة أو الإقامة في شقة تتبع إحدى الشركات	\$
إيجار لقطعة أرض مُخصصة لمنزل متنقل	\$
ضرائب العقار - المبلغ السنوي	\$
تأمين على مالكي المنزل - المبلغ السنوي	\$

هل تدفع مقابل التدفئة و/أو تكييف الهواء بشكل منفصل عن الإيجار خاصتك؟ ☐ نعم ☐ لا

الحق في عدم التمييز

يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق واللون والأصل القومي والإعاقة والعمر والجنس وفي بعض الحالات الدين أو المعتقدات السياسية.

وينبغي على الأفراد من ذوي الإعاقة، الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للاطلاع على معلومات البرنامج (مثل طريقة الكتابة بلغة برايل، والطباعة بأحرف كبيرة، والتسجيلات على أشرطة صوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) التواصل مع الوكالة (سواء على مستوى الولاية أو المستوى المحلي) التي قدموا إليها طلبهم للحصول على المعونات. ويمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق والتخاطب التواصل مع وزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 8339-877 (800). إضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية.

إذا كنت ترغب في تقديم شكوى التعرض للتمييز في برنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية من خلال وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، أرسل خطابًا بذلك إلى: السيد مدير مكتب الحقوق المدنية بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية (HHS)، غرفة رقم "515-F"، العنوان: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. أو اتصل بالرقم 619-0403 (202) (مكالمات صوتية) أو بالرقم 7697-537 (800) (نظام الاتصال للصم والبكم).

تُطبق هذه المؤسسة مبدأ تكافؤ الفرص.

الحق في سرية المعلومات

سنحافظ على خصوصية معلوماتك. ولن نُستخدم إلا في تحديد البرامج التي قد تكون مؤهلاً للاستفادة منها. يجب على مكتب المساعدة في المقاطعة (CAO) تقديم عنوان أي شخص هارب لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس بسبب ارتكاب جنائية أو انتهاك شروط المراقبة أو الإفراج المشروط ورقم ضمانه الاجتماعي (SSN) وصورته الشخصية (إن وُجدت) إلى سلطات إنفاذ القانون الفيدرالية والمحلية وعلى مستوى الولاية عندما يُطلب منه ذلك. سيصبح أي شخص ينتهك عمداً أي قاعدة أو لائحة من قواعد ولوائح هذه الوزارة مذنباً بارتكاب جنحة، وسيعاقب عند إدانته بدفع غرامة لا تتجاوز مائة دولار (100 دولار) أو بالسجن لمدة لا تتجاوز ستة أشهر أو بكلاً هاتين العقوبات (القانون 62 P.S. section 483).

الحق في تلقي إشعارات خطية

سنرسل إليك إشعاراً خطياً يشرح لك إعاناتك. إذا رفضنا تقديم إعانات أو غيرناها أو أوقفناها مؤقتاً أو أنهيناها، سنرسل شرحاً خطياً يوضح أسباب ذلك. وأمامك 30 يوماً من تاريخ إرسال الإشعار لطلب عقد جلسة استماع.

الحق في الطعن

لك الحق في تقديم طلب إلى وزارة الخدمات الإنسانية (DHS) لعقد جلسة استماع من أجل الطعن على قرار، وذلك إذا كنت تعتقد أن هذا القرار غير عادل أو غير صحيح أو إذا لم تتخذ الوزارة (DHS) إجراء بشأن الطلب الذي قدمته للحصول على إعانات. يجوز لك تقديم طلب الطعن في مكتب المساعدة في المقاطعة (CAO). وإذا تقدمت بالطعن، يجوز لك أيضاً طلب عقد اجتماع مع الوكالة التي أصدرت القرار قبل عقد جلسة الاستماع. ويجوز لك في جلسة الاستماع تمثيل نفسك بنفسك أو الاستعانة بشخص آخر ليمثلك، مثل محامي أو صديق أو قريب.

الحق في المطالبة باستثناء السبب الوجيه

إذا قدمت طلباً للحصول على إعانات نقدية أو إعانات برنامج المساعدات الطبية، يشترط عليك القانون التعاون في إجراءات إثبات الأبوة وطلب الدعم. ويجوز إعفاؤك من هذه الشروط إذا أثبت أن ذلك قد يشكل خطراً عليك و/أو أطفالك. ويُعرف هذا باسم السبب الوجيه. وإذا لم يكن هناك إعفاء يستند إلى سبب وجيه، سيجب عليك استيفاء شروط العمل والتدريب. وسيجب عليك أيضاً استيفاء شروط الإبلاغ النصف السنوي ما لم تُمنح إعفاء يستند إلى سبب وجيه.

استرداد تكاليف الرعاية الصحية من التركة

إذا كنت تبلغ من العمر 55 عاماً أو أكثر وتتلقى إعانات من برنامج المساعدات الطبية "Medical Assistance" لسداد تكلفة خدمات دور التمريض وخدمات الإعفاء المنزلي والمجمعي وأي خدمات ذات صلة بالإيداع في مستشفيات وصرف أدوية بوصفة طبية، سيجب عليك سداد تكلفة تلك الخدمات من تركتك الخاضعة لإجراءات حصر الإرث. ويمكنك الاتصال ببرنامج استرداد تكاليف إعانات المساعدات الطبية من التركة على الرقم 1-800-528-3708.

الحق في شهادة التغطية المعتمدة

يضع القانون الفيدرالي قيوداً الحالات التي يجوز فيها رفض تقديم تغطية صحية أو تقييدها لفرد يعاني من مشكلة صحية مسبقة. إذا سُجِّلَ نفسك في خطة تأمين صحي جماعي تستثني العلاج من مشكلة صحية كنت تعاني منها بالفعل، يجوز منحك رصيد يساوي فترة تغطيتك في برنامج المساعدات الطبية. قد يساعدك هذا في الحصول على تغطية. اتصل بالأخصائي الاجتماعي المسؤول عن حالتك لطلب هذه الشهادة.

المسؤولية عن تقديم المعلومات

يجب عليك تقديم معلومات حقيقية وصحيحة وكاملة. ويجب عليك المساعدة في إثبات المعلومات التي تقدمها. قد يُرفض الطلب الذي قدمته للحصول على الإعانات إذا أخفقت في تقديم إثبات مُعين. إذا لم تستطع تقديم الإثبات، ينبغي لك طلب المساعدة في ذلك من مكتب المساعدة في المقاطعة (CAO). وفي حال تواصلت معك الوزارة (DHS) أو مكتب المفتش العام بالولاية، فيجب عليك التعاون مع أولئك الموظفين أو المحققين تعاوناً تاماً. إذا كنت تبلغ من العمر 55 عاماً أو أكثر وتتلقى إعانات من برنامج المساعدات الطبية لسداد تكلفة خدمات دور التمريض وخدمات الإعفاء المنزلي والمجمعي وأي خدمات إقامة في مستشفيات وصرف أدوية بوصفة طبية ذات صلة، ربما يُفرض عليك سداد تكلفة تلك الخدمات من تركتك الخاضعة لإجراءات حصر الإرث. إذا قدمت طلباً للحصول على إعانات نقدية، يجوز لنا أن نشرط عليك التوقيع على اتفاقية تُلزمك برد الإعانات التي تلقيتها أنت وزوجك/زوجتك وأطفالك.

المسؤولية عن تقديم أرقام الضمان الاجتماعي

يجب عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل فرد مذكور في الطلب الذي قدمته للحصول على إعانات برنامج المساعدات الطبية "Medical Assistance". إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي (SSN)، يجب عليك تقديم طلب لاستخراج رقم لك. وقد يؤدي عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) إلى عدم تلقي الإعانات. إذا كنت متزوجاً، يجوز لك تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للزوج/الزوجة في حال كان الزوج/الزوجة لا يقدم بطلب للحصول على إعانات. وسيستخدم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) المُقدم لأغراض التحقق من الهوية وعمليات مطابقة البيانات الحاسوبية التي تتحقق من الدخل والموارد ومنع ازدواجية إعانات الولاية والإعانات الفيدرالية. قد يؤدي تقديم أرقام الضمان الاجتماعي إلى تقليل وقت معالجة طلبات الإعانات. ويجب على الجميع تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، ولا يُستثنى من ذلك سوى الفرد غير المواطن المتقدم بطلب للحصول على إعانات المساعدات الطبية الطارئة.

المسؤولية عن استخدام بطاقة "PA ACCESS" استخداماً قانونياً

ستصدر لك بطاقة "PA ACCESS" بمجرد أن تصبح مؤهلاً للحصول على الإعانات. وينحصر حق استخدام هذه البطاقة على الفرد المؤهل، ولا يجوز استخدامها إلا أثناء فترة الأهلية. ولا يجوز لك استخدام البطاقة إلا للحصول على الخدمات اللازمة والمعقولة.

المسؤولية عن الإبلاغ عن التغييرات

إذا استوفيت شروط التأهيل للحصول على إعانات، سيجب عليك إبلاغ الأخصائي الاجتماعي المسؤول عن حالتك أو مركز خدمة العملاء بالتغييرات التي تطرأ على ظروفك. وفيما يلي أنواع التغييرات الواجب الإبلاغ عنها: خروج أفراد من الأسرة أو انضمام أفراد إليها، والانتقال إلى عنوان جديد، وحصول شخص على وظيفة جديدة، وإذا فقد شخص وظيفة، وميلاد طفل جديد، وظهور موارد دخل جديدة أو حدوث تغيير في الدخل، وأرباح البانصيب أو المقامرة. وسيوضح الأخصائي الاجتماعي والإشعارات التي تتلقاها تفاصيل الأمور بناءً على البرامج والإعانات التي تتمتع بأهلية الحصول عليها. إذا لم تبلغ عن التغييرات الواجب الإبلاغ عنها بموجب إرشادات البرنامج، فقد تفقد الإعانات أو تُفرض عليك عقوبات أو تُرفع صدك دعاوى مدنية أو جنائية. ويجوز لك إبلاغ مكتب المساعدة في المقاطعة (CAO) بالتغييرات حضورياً أو عبر الهاتف أو الفاكس أو البريد أو من خلال حسابك في "MyCOMPASS". ويجوز لك أيضاً إبلاغ مركز خدمة العملاء بالتغييرات من خلال الاتصال في أي وقت بالرقم 1-877-395-8930 أو الرقم 1-215-560-7226 إذا كنت تعيش في مدينة فيلادلفيا.

عند توقيعي على هذا النموذج:

- أتفهم أن ولاية بنسلفانيا تتلقى معلومات من نظام التحقق من أهلية الدخل "Income Eligibility Verification System" المعروف اختصاراً بـ (IEVS) ومؤسسات مالية وتقارير مستهلكين ووكالات الولاية والوكالات الفيدرالية بغرض التحقق من المعلومات التي أقدمها لهم. وسيُقدّم طلب للإطلاع على المعلومات المتاحة من نظام (IEVS) وكيانات أخرى، وستستخدم تلك المعلومات وقد يُتحقق من صحتها من خلال الاتصال بجهات خارجية عندما تعثر الوكالة الحكومية بالولاية على تفاصيل متضاربة، وقد تؤثر هذه المعلومات في أهلية أسرتي ومستوى الإعانات المستحقة لها.
- أعلم أن توقيعي على هذا الطلب يمثل تفويضاً مني لأي مؤسسة مالية بالإفصاح عن جميع المعلومات المالية التي تحتفظ بها تلك المؤسسة عبر وسائل إلكترونية أو أي وسيلة أخرى لوزارة الخدمات الإنسانية أو وكيلها أو المتعاقد معها المُعين بغرض حصر الموارد (وتُسمى أيضاً "الأصول") والتحقق منها عند الحاجة لتحديد أهلية الحصول على إعانات من برنامج المساعدات الطبية وإعادة تحديد تلك الأهلية. وأعلم أن مصطلح المعلومات المالية يشمل عمليات الإيداع والسحب وإغلاق الحسابات والمعلومات الأخرى ذات الصلة المطلوبة من المؤسسة المالية أو المُستلمة منها التي تشمل بدورها المعاملات الأخرى التي تنفذها تلك المؤسسة المالية في هذا الحساب أو الأصل. وأعلم أن هذا التفويض يظل سارياً ونافذاً إلى حين صدور قرار بعدم أهليتي في الحصول على إعانات من برنامج المساعدات الطبية أو انتهاء صلاحية إعاناتي أو إذا قررت الغائها من خلال إرسال إشعار خطي إلى الوزارة، أيهما يحدث أولاً. وأعلم أنني إذا ألغيت هذه الموافقة، فقد يؤدي هذا إلى فقدان أسرتي أهلية الحصول على إعانات من برنامج المساعدات الطبية.
- أدرك أنني إذا قدمت معلومات زائفة أو أخفيت حقائق أو حجبته قد تؤثر في أهليتي في الحصول على إعانات، قد أطلب برد قيمة الإعانات التي تلقيتها، وتجزؤ مقاضاتي أو استيعادي من تلقى إعانات مُعيّنة في المستقبل.
- أعلم أنه يجوز لي تعيين ممثل أو منح توكيل رسمي من خلال إكمال قسم الممثل أو التوكيل الرسمي.
- أعلم وأوافق على تحملي المسؤولية عن أي تصريحات احتيالية مذكورة في هذا الطلب، حتى وإن تم تقديم الطلب بواسطة شخص يتصرف نيابة عني.
- أعلم أن أي شخص يستفيد مالياً بسبب تحويل أصول أو دخل إليه كان ليؤثر في أهليتي سيكون مسؤولاً عن رد تلك الإعانات الصادرة خطأً.
- تلقيت نسخة من حقوقي ومسؤولياتي، وقرأتها أو قُرئت على مسامعي، وأفهمها.
- أعلم أن المعلومات المكتوبة في هذا الطلب ستُحاط بالسرية التامة ولن تُستخدم إلا لإدارة شؤون الإعانات. أوافق على الإفصاح عن البيانات الشخصية والمالية والطبية لغرض تحديد الأهلية.
- إذا حدثت تغييرات يجب الإبلاغ عنها، أعلم أنه يجب عليّ الإبلاغ عن أي من تلك التغييرات خلال 10 أيام من تاريخ حدوث التغيير.
- أعلم أنه يجب عليّ الإبلاغ عن الأرباح التي أتلقاها من البتاصيب والمقامرة.
- أعلم أنني سألتقى إشعاراً خطياً يشرح الإعانات. إذا صدر قرار برفض تقديم إعانات أو تغييرها أو إيقافها مؤقتاً أو إيقافها تماماً، فيسبب الإشعار الخطي سبب ذلك.
- أعلم أنه يحق لي طلب عقد جلسة استماع إذا كنت غير موافق على القرار المُتخذ في هذا الطلب خلال 30 يوماً من تاريخ الإشعار.
- وأعلم أن وضعي الحالي يخضع للتحقق والتتقيق من قِبل أصحاب العمل، والمصادر المالية، والأطراف الخارجية الأخرى ذات الصلة.

- أتفهم أنه يجب على مقدمي الطلبات تقديم أرقام ضمانهم الاجتماعي (SSN) أو التمتع بطلب للحصول عليها في حال عدم وجودها؛ حيث يمكن استخدام هذا الرقم للتحقق من صحة البيانات الواردة في الطلب.
- أعلم أنه يجب عليّ استخدام بطاقة "PAACCESS" أثناء فترة أهليتي فقط. يجب عليّ استخدام بطاقة "PAACCESS" في صرف إعانات الشخص المؤهل فقط، ولا يجوز لي سوى الحصول على الإعانات اللازمة والمعقولة.
- وأعلم أنني لست ملزماً بتقديم رقم الضمان الاجتماعي لأي فرد لا يتقدم بطلب للحصول على المساعدة. أما في حال تقديمي لرقم الضمان الاجتماعي الخاص به، فيبني أدرك أنه قد يُستخدم للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب، علماً بأن تزويدكم بأرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بهم قد يضمن حصولي على الحد الأقصى من الإعانات المستحقة لي ويقلل من الوقت اللازم لمعالجة الطلب.

X

توقيع مقدم الطلب أو ممثله المُفوض

التاريخ

X

توقيع زوج/زوجة مقدم الطلب أو ممثله المُفوض

التاريخ

ملحوظة هامة: إذا كانت أسرتك مؤهلة للحصول على إعانات من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) / برنامج المساعدة في الطاقة المنزلية لمحدودي الدخل (LIHEAP)، قد تتلقى نموذج الموافقة العاجلة "Fast Track Consent" في البريد، التي تُتيح لك ولأفراد أسرتك التسجيل تلقائياً في برنامج المساعدات الطبية.

اسم الممثل المُفوض	عنوان الممثل المُفوض	رقم الهاتف

خاص بمكتب المساعدة في المقاطعة (CAO) فقط	I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.	
	CAO Signature	Date

يرجى التأكد من التوقيع على هذا الطلب وتاريخه وإرفاق المستندات المطلوبة معه

- أشهد بأن جميع المعلومات المكتوبة صحيحة وتحت طائلة عقوبة الحنث باليمين.
- أعلم أنه يحق لي الحصول على شهادة بالتغطية المعتمدة للتحقق من تغطيتي الطبية؛ إذ يضع القانون الفيدرالي قيوداً على الحالات التي يجوز فيها رفض تقديم التغطية الصحية أو تقييدها بسبب حالة صحية سابقة. وإذا سجلت في خطة تأمين صحي جماعية تتضمن بنداً يُعَلّق بالحالات الصحية السابقة، فيمكنني احتساب الفترة التي تلقيت فيها تغطية من برنامج المساعدات الطبية كرسيد لي.
- وأفهم أنه في حال تقرر أهليتي للحصول على المساعدات الطبية، فسيتم إدراجي في حزمة مزايا الرعاية الصحية الأكثر شمولاً والمتاحة لحالتي. وأعلم أنه قد يُطلب مني التسجيل في خطة رعاية صحية محددة، وأن هذا التسجيل قد يكون مجانيًا أو بتكلفة منخفضة على، لأن الوزارة تدفع رسماً شهرياً لخطة الرعاية الصحية نيابة عني. وأعلم أن هذا الرسم الشهري هو رسم مقطوع شامل عن كل فرد. وأعلم أنني إذا تلقيت إعانات من برنامج المساعدات الطبية وأنا غير مؤهل للحصول عليها، وذلك بسبب خطأ أو احتيال أو أي سبب آخر، يجوز مطالبتني بسداد جميع الرسوم الشهرية التي دفعتها الوزارة نيابة عني.
- أعلم أنني إذا أصبحت مؤلاً لأكثر من فئة من فئات المساعدات الطبية "Medical Assistance"، فسيتم إدراجي في الفئة الأكثر نفعاً وملاءمة لي والمتاحة لحالتي. أعلم أنه يحق لي اختيار الفئة المناسبة لي من بين فئات برنامج المساعدات الطبية "Medical Assistance" التي أتلقى منها إعانات، وأستطيع طلب الانتقال إلى فئة أخرى مختلفة إذا كنت مؤهلاً لتلك الفئة.
- أعلم أنني قد أصبح مؤهلاً لدخول برنامج المساعدات الطبية "Medical Assistance" في فئة يجب فيها سداد قسط تأميني شهري.
- أعلم أن الولاية تملك الحق في مراجعة كل سجلات الخدمة الطبية المدفوعة من برنامج المساعدات الطبية "Medical Assistance". سيدفع ثمن الخدمة لمقدم الخدمات مباشرة وليس لي. ويشمل هذا المدفوعات من برنامج "Medicare".
- وبناءً عليه، فإنني أُمَنح الولاية الحق في المطالبة سواء باتخاذ إجراء قانوني أو بدونه بتحصيل المدفوعات من شركات التأمين الصحي الخاص أو العام أو من أي طرف ثالث مسؤول قانوناً، على ألا يتجاوز المبلغ المطالب به القيمة الفعلية التي دفعها برنامج المساعدات الطبية.
- وأعلم أن من حقّي أن أطلب من مكتب المساعدة في المقاطعة (CAO) المساعدة في الحصول على إثباتات النفقات، وأن للمكتب صلاحية التواصل مع أطراف أخرى لتأكيد البيانات في حال واجهت صعوبة في الحصول على أي إثبات بشكل مستقل.
- أعلم أنه إذا صدر قرار بعدم أهلية بعض أو كل الأفراد في الحصول على إعانات من برنامج المساعدات الطبية من خلال الوزارة، فقد يصبحوا مؤهلين للحصول على إعانات فيدرالية و/أو استكشاف خيارات الرعاية الصحية الخاصة عبر سوق التأمين الصحي بولاية بنسلفانيا "Pennsylvania's Health Insurance Marketplace" المعروف اختصاراً بـ (Pennie). وفي هذه الحالة، فإنني أفوض الوزارة الموافقة على تقديم اسمي ومعلوماتي المذكورة في هذا الطلب إلى سوق التأمين الصحي (Pennie).
- تجديد التغطية في الأعوام المقبلة:** أوافق على السماح لسوق التأمين الصحي بولاية بنسلفانيا (Pennie) باستخدام بيانات دخلي التي تشمل المعلومات المذكورة في الإقرارات الضريبية، وذلك لغرض تسهيل تحديد أهليتي في تلقى مساعدة في سداد تكاليف التغطية الصحية في الأعوام المقبلة. وسيسرسل سوق التأمين الصحي (Pennie) إشعاراً إليّ، وسيسمح لي بإجراء أي تغييرات، وأستطيع إلغاء الاشتراك في أي وقت.

نعم، جِدِّدَ أَهْلِيَّتِي تَلَقَّائِيًا لِلأعوام التالية: (حدد خياراً واحداً)

- ☐ خمسة أعوام (الحد الأقصى لعدد الأعوام المسموح به)
- ☐ أربعة أعوام
- ☐ ثلاثة أعوام
- ☐ عامان
- ☐ عام واحد
- ☐ لا تستخدم معلوماتي المذكورة في الإقرارات الضريبية لتجديدي تغطيتي.

إقرار مشفوع بقسم

أقرّ أنّ المعلومات التي قدّمتها حقيقية وصحيحة وكاملة على حد علمي، وذلك رهناً بالعقوبات التي ينص عليها القانون. قرأتُ هذا الطلب بالكامل أو قرأه لي شخص ما وأنا أفهم الأسئلة التي طرحت. تلقيت نسخة من حقوقي ومسؤولياتي وقرأتها، أو قرأها لي شخص ما، وأنا أفهمها.

توقيع مقدّم الطلب أو الممثل المفوض	التاريخ	تأكيد الهوية	صلة القرابة بمقدم الطلب
عنوان الممثل	المدينة، الولاية، الرمز البريدي +4	رقم الهاتف	
الشاهد (إن وقع بـ X أعلاه)		التاريخ	
عنوان الشاهد	المدينة، الولاية، الرمز البريدي +4	رقم الهاتف	
مقابلة وجهًا لوجه مع:		التاريخ	
مقابلة عبر الهاتف مع:		التاريخ	
تم التنازل عن المقابلة		مكتب المساعدات بالمقاطعة أو الخيارات	التاريخ

الممثل أو المُحام

يرجى إكمال ما يلي إذا كان لديك ممثل أو مُحام. سوف تُرسل نسخ الإخطارات إلى الشخص المذكور اسمه.

الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط:	العلاقة بمقدم الطلب:	☐ ممثل ☐ مُحام
العنوان:	المدينة:	الولاية:
		الرمز البريدي:
		رقم الهاتف:

أرغب في سحب طلبي:

التوقيع التاريخ

الحق في عدم التمييز

يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق واللون والأصل القومي والإعاقة والعمر والجنس وفي بعض الحالات الدين أو المعتقدات السياسية.

وينبغي على الأفراد من ذوي الإعاقة، الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للاطلاع على معلومات البرنامج (مثل طريقة الكتابة بلغة برايل، والطباعة بأحرف كبيرة، والتسجيلات على أشرطة صوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) التواصل مع الوكالة (سواء على مستوى الولاية أو المستوى المحلي) التي قدموا إليها طلبهم للحصول على المعونات. ويمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق والتخاطب التواصل مع وزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترجمة الفورية على الرقم 833-877-8339 (800). إضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية.

إذا كنت ترغب في تقديم شكوى التعرض للتمييز في برنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية من خلال وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، أرسل خطابًا بذلك إلى: السيد مدير مكتب الحقوق المدنية بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية (HHS)، غرفة رقم "515-F"، العنوان: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. أو اتصل بالرقم 619-0403 (202) (مكالمات صوتية) أو بالرقم 7697-537 (800) (نظام الاتصال للصم والبكم).

تُطبق هذه المؤسسة مبدأ تكافؤ الفرص.

الحق في سرية المعلومات

سنحافظ على خصوصية معلوماتك. ولن نُستخدم إلا في تحديد البرامج التي قد تكون مؤهلة للاستفادة منها. يجب على مكتب المساعدة في المقاطعة (CAO) تقديم عنوان أي شخص هارب لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس بسبب ارتكاب جريمة أو انتهاك شروط المراقبة أو الإفراج المشروط ورقم ضمانه الاجتماعي (SSN) وصورته الشخصية (إن وُجدت) إلى سلطات إنفاذ القانون الفيدرالية والمحلية وعلى مستوى الولاية عندما يُطلب منه ذلك. سيصبح أي شخص ينتهك عمدًا أي قاعدة أو لائحة من قواعد ولوائح هذه الوزارة مذنبًا بارتكاب جريمة، وسيعاقب عند إدانته بدفع غرامة لا تتجاوز مائة دولار (100 دولار) أو بالسجن لمدة لا تتجاوز ستة أشهر أو بكلاهما العقوبتين (القانون 62 P.S. section 483).

الحق في تلقي إشعارات خطية

سنرسل إليك إشعارًا خطيًا يشرح لك إعاناتك. إذا رفضنا تقديم إعانات أو غيرناها أو أوقفناها مؤقتًا أو أنهيناها، سنرسل شرحًا خطيًا يوضح أسباب ذلك. وأمامك 30 يومًا من تاريخ إرسال الإشعار لطلب عقد جلسة استماع.

الحق في الطعن

لك الحق في تقديم طلب إلى وزارة الخدمات الإنسانية (DHS) لعقد جلسة استماع من أجل الطعن على قرار، وذلك إذا كنت تعتقد أن هذا القرار غير عادل أو غير صحيح أو إذا لم تتخذ الوزارة (DHS) إجراء بشأن الطلب الذي قدمته للحصول على إعانات. يجوز لك تقديم طلب الطعن في مكتب المساعدة في المقاطعة (CAO). وإذا تقدمت بالطعن، يجوز لك أيضًا طلب عقد اجتماع مع الوكالة التي أصدرت القرار قبل عقد جلسة الاستماع. ويجوز لك في جلسة الاستماع تمثيل نفسك بنفسك أو الاستعانة بشخص آخر ليمثلك، مثل محامي أو صديق أو قريب.

الحق في المطالبة باستثناء السبب الوجيه

إذا قدمت طلبًا للحصول على إعانات نقدية أو إعانات برنامج المساعدات الطبية، يشترط عليك القانون التعاون في إجراءات إثبات الأبوة وطلب الدعم. ويجوز إغفالك من هذه الشروط إذا أثبت أن ذلك قد يشكل خطرًا عليك و/أو أطفالك. ويُعرف هذا باسم السبب الوجيه. وإذا لم يكن هناك إغفاء يستند إلى سبب وجيه، سيجب عليك استيفاء شروط العمل والتدريب. وسيجب عليك أيضًا استيفاء شروط الإبلاغ النصف السنوي ما لم تُمنح إغفاءً يستند إلى سبب وجيه.

استرداد تكاليف الرعاية الصحية من التركة

إذا كنت تبلغ من العمر 55 عامًا أو أكثر وتتلقى إعانات من برنامج المساعدات الطبية "Medical Assistance" لسداد تكلفة خدمات دور التمريض وخدمات الإغفاء المنزلي والمجمعي وأي خدمات ذات صلة بالإيداع في مستشفيات وصرف أدوية بوصفة طبية، سيجب عليك سداد تكلفة تلك الخدمات من تركتك الخاضعة لإجراءات حصر الإرث. ويمكنك الاتصال ببرنامج استرداد تكاليف إعانات المساعدات الطبية من التركة على الرقم 1-800-528-3708.

الحق في شهادة التغطية المعتمدة

يضع القانون الفيدرالي قيودًا على الحالات التي يجوز فيها رفض تقديم تغطية صحية أو تقييدها لفرد يعاني من مشكلة صحية مسبقة. إذا سُجِّلَ نفسك في خطة تأمين صحي جماعي تستثني العلاج من مشكلة صحية كنت تعاني منها بالفعل، يجوز منحك رصيد يساوي فترة تغطيتك في برنامج المساعدات الطبية. قد يساعدك هذا في الحصول على تغطية. اتصل بالأخصائي الاجتماعي المسؤول عن حالتك لطلب هذه الشهادة.

المسؤولية عن تقديم المعلومات

يجب عليك تقديم معلومات حقيقية وصحيحة وكاملة. ويجب عليك المساعدة في إثبات المعلومات التي تقدمها. قد يُرفض الطلب الذي قدمته للحصول على الإعانات إذا أخفقت في تقديم إثبات مُعين. إذا لم تستطع تقديم الإثبات، ينبغي لك طلب المساعدة في ذلك من مكتب المساعدة في المقاطعة (CAO). وفي حال تواصلت معك الوزارة (DHS) أو مكتب المفتش العام بالولاية، فيجب عليك التعاون مع أولئك الموظفين أو المحققين تعاونًا تامًا. إذا كنت تبلغ من العمر 55 عامًا أو أكثر وتتلقى إعانات من برنامج المساعدات الطبية لسداد تكلفة خدمات دور التمريض وخدمات الإغفاء المنزلي والمجمعي وأي خدمات إقامة في مستشفيات وصرف أدوية بوصفة طبية ذات صلة، ربما يُفرض عليك سداد تكلفة تلك الخدمات من تركتك الخاضعة لإجراءات حصر الإرث. إذا قدمت طلبًا للحصول على إعانات نقدية، يجوز لنا أن نشرط عليك التوقيع على اتفاقية تُلزمك برد الإعانات التي تلقيتها أنت وزوجك/زوجتك وأطفالك.

المسؤولية عن تقديم أرقام الضمان الاجتماعي

يجب عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل فرد مذكور في الطلب الذي قدمته للحصول على إعانات برنامج المساعدات الطبية "Medical Assistance". إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي (SSN)، يجب عليك تقديم طلب لاستخراج رقم لك. وقد يؤدي عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) إلى عدم تلقي الإعانات. إذا كنت متزوجًا، يجوز لك تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للزوج/الزوجة في حال كان الزوج/الزوجة لا يقدم بطلب للحصول على إعانات. وسيستخدم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) المُقدم لأغراض التحقق من الهوية وعمليات مطابقة البيانات الحاسوبية التي تتحقق من الدخل والموارد ومنع ازدواجية إعانات الولاية والإعانات الفيدرالية. قد يؤدي تقديم أرقام الضمان الاجتماعي إلى تقليل وقت معالجة طلبات الإعانات. ويجب على الجميع تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، ولا يُستثنى من ذلك سوى الفرد غير المواطن المتقدم بطلب للحصول على إعانات المساعدات الطبية الطارئة.

المسؤولية عن استخدام بطاقة "PA ACCESS" استخدامًا قانونيًا

ستصدر لك بطاقة "PA ACCESS" بمجرد أن تصبح مؤهلًا للحصول على الإعانات. وينحصر حق استخدام هذه البطاقة على الفرد المؤهل، ولا يجوز استخدامها إلا أثناء فترة الأهلية. ولا يجوز لك استخدام البطاقة إلا للحصول على الخدمات اللازمة والمعقولة.

المسؤولية عن الإبلاغ عن التغييرات

إذا استوفيت شروط التأهيل للحصول على إعانات، سيجب عليك إبلاغ الأخصائي الاجتماعي المسؤول عن حالتك أو مركز خدمة العملاء بالتغييرات التي تطرأ على ظروفك. وفيما يلي أنواع التغييرات الواجب الإبلاغ عنها: خروج أفراد من الأسرة أو انضمام أفراد إليها، والانتقال إلى عنوان جديد، وحصول شخص على وظيفة جديدة، وإذا فقد شخص وظيفة، وميلاد طفل جديد، وظهور موارد دخل جديدة أو حدوث تغيير في الدخل، وأرباح البانصيب أو المقامرة. وسيوضح الأخصائي الاجتماعي والإشعارات التي تتلقاها تفاصيل الأمور بناءً على البرامج والإعانات التي تتمتع بأهلية الحصول عليها. إذا لم تبلغ عن التغييرات الواجب الإبلاغ عنها بموجب إرشادات البرنامج، فقد تفقد الإعانات أو تُفرض عليك عقوبات أو تُرفع ضدك دعاوى مدنية أو جنائية. ويجوز لك إبلاغ مكتب المساعدة في المقاطعة (CAO) بالتغييرات حضوريًا أو عبر الهاتف أو الفاكس أو البريد أو من خلال حسابك في "MyCOMPASS". ويجوز لك أيضًا إبلاغ مركز خدمة العملاء بالتغييرات من خلال الاتصال في أي وقت بالرقم 1-877-395-8930 أو الرقم 1-215-560-7226 إذا كنت تعيش في مدينة فيلادلفيا.

عند توقيعي على هذا النموذج:

- أفهم أن ولاية بنسلفانيا تتلقى معلومات من نظام التحقق من أهلية الدخل "Income Eligibility Verification System" المعروف اختصاراً بـ (IEVS) ومؤسسات مالية وتقارير مستهلكين ووكالات الولاية والوكالات الفيدرالية بغرض التحقق من المعلومات التي أقدمها لهم. وسيُقدّم طلب للاطلاع على المعلومات المتاحة من نظام (IEVS) وكيانات أخرى، وستستخدم تلك المعلومات وقد يُتحقق من صحتها من خلال الاتصال بجهات خارجية عندما تعثر الوكالة الحكومية بالولاية على تفاصيل متضاربة، وقد تؤثر هذه المعلومات في أهلية أسرتي ومستوى الإعانات المستحقة لها.
- أعلم أن توقيعي على هذا الطلب يمثل تفويضاً مني لأي مؤسسة مالية بالإفصاح عن جميع المعلومات المالية التي تحتفظ بها تلك المؤسسة عبر وسائل إلكترونية أو أي وسيلة أخرى لوزارة الخدمات الإنسانية أو وكيلها أو المتعاقد معها المُعين بغرض حصر الموارد (وتسمى أيضاً "الأصول") والتحقق منها عند الحاجة لتحديد أهلية الحصول على إعانات من برنامج المساعدات الطبية وإعادة تحديد تلك الأهلية. وأعلم أن مصطلح المعلومات المالية يشمل عمليات الإيداع والسحب وإغلاق الحسابات والمعلومات الأخرى ذات الصلة المطلوبة من المؤسسة المالية أو المُستلمة منها التي تشمل بدورها المعاملات الأخرى التي تنفذها تلك المؤسسة المالية في هذا الحساب أو الأصل. وأعلم أن هذا التفويض يظل سارياً وفقاً إلى حين صدور قرار بعدم أهليتي في الحصول على إعانات من برنامج المساعدات الطبية أو انتهاء صلاحية إعاناتي أو إذا قرّرت إلغائها من خلال إرسال إشعار خطي إلى الوزارة، أيهما يحدث أولاً. وأعلم أنني إذا ألغيت هذه الموافقة، فقد يؤدي هذا إلى فقدان أسرتي أهلية الحصول على إعانات من برنامج المساعدات الطبية.
- أدرك أنني إذا قدمت معلومات زائفة أو أخفيت حقائق أو حجبها قد تؤثر في أهليتي في الحصول على إعانات، قد أطلب برد قيمة الإعانات التي تلقيتها، وتجوز مقاضاتي أو استبعادي من تلقى إعانات مُعينة في المستقبل.
- أعلم أنه يجوز لي تعيين ممثل أو منح تفويض رسمي من خلال إكمال قسم الممثل أو التفويض الرسمي.
- أعلم وأوافق على تحملي المسؤولية عن أي تصريحات احتيالية مذكورة في هذا الطلب، حتى وإن تم تقديم الطلب بواسطة شخص يتصرف نيابة عني.
- أعلم أن أي شخص يستفيد مالياً بسبب تحويل أصول أو دخل إليه كان ليؤثر في أهليتي سيكون مسؤولاً عن رد تلك الإعانات الصادرة خطأً.
- تلقّيت نسخة من حقوقي ومسؤولياتي، وقرأتها أو قرّنت على مسامعي، وأفهمها.
- أعلم أن المعلومات المكتوبة في هذا الطلب ستُحاط بالسرية التامة ولن تُستخدم إلا لإدارة شؤون الإعانات. أوافق على الإفصاح عن البيانات الشخصية والمالية والطبية لغرض تحديد الأهلية.
- إذا حدثت تغييرات يجب الإبلاغ عنها، أعلم أنه يجب عليّ الإبلاغ عن أي من تلك التغييرات خلال 10 أيام من تاريخ حدوث التغيير.
- أعلم أنه يجب عليّ الإبلاغ عن الأرباح التي أنقلها من الياصيص والمقامرة.
- أعلم أنني سألتقي إشعاراً خطياً يشرح الإعانات. إذا صدر قرار برفض تقديم إعانات أو تغييرها أو إيقافها مؤقتاً أو إيقافها تماماً، فسببوضوح الإشعار الخطي سبب ذلك.
- أعلم أنه يحق لي طلب عقد جلسة استماع إذا كنت غير موافق على القرار المُتخذ في هذا الطلب خلال 30 يوماً من تاريخ الإشعار.
- وأعلم أن وضعي الحالي يخضع للتحقق والتنقيح من قبل أصحاب العمل، والمصادر المالية، والأطراف الخارجية الأخرى ذات الصلة.
- وأفهم أنه يجب على مقدمي الطلبات تقديم أرقام ضماناتهم الاجتماعي (SSN) أو التقدم بطلب للحصول عليها في حال عدم وجودها؛ حيث يمكن استخدام هذا الرقم للتحقق من صحة البيانات الواردة في الطلب.
- أعلم أنه يجب عليّ استخدام بطاقة "PA ACCESS" أثناء فترة أهليتي فقط. يجب عليّ استخدام بطاقة "PA ACCESS" في صرف إعانات الشخص المؤهل فقط، ولا يجوز لي سوى الحصول على الإعانات اللازمة والمعمولة.

- وأعلم أنني لسْتُ ملزماً بتقديم رقم الضمان الاجتماعي لأي فرد لا يُقدم بطلب للحصول على المساعدة. أما في حال تقديمي لرقم الضمان الاجتماعي الخاص به، فإنني أدرك أنه قد يُستخدم للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب، علماً بأن تزويدكم بأرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بهم قد يضمن حصولي على الحد الأقصى من الإعانات المستحقة لي ويقلل من الوقت اللازم لمعالجة الطلب.
- أشهد بأن جميع المعلومات المكتوبة صحيحة وتحت طائلة عقوبة الحنث باليمين.
- أعلم أنه يحق لي الحصول على شهادة بالتغطية المعتمدة للتحقق من تغطيتي الطبية؛ إذ يضع القانون الفيدرالي قيوداً على الحالات التي يجوز فيها رفض تقديم التغطية الصحية أو تقيدها بسبب حالة صحية سابقة. وإذا سجلت في خطة تأمين صحي جماعية تتضمن بنداً يتعلق بالحالات الصحية السابقة، فيمكنني احتساب الفترة التي تلقيت فيها تغطية من برنامج المساعدات الطبية كرسيد لي.
- وأفهم أنه في حال تقرر أهليتي للحصول على المساعدات الطبية، فسيتم إدراجي في حزمة مزاي الرعاية الصحية الأكثر شمولاً والمتاحة لحالتي. وأعلم أنه قد يُطلب مني التسجيل في خطة رعاية صحية محددة، وأن هذا التسجيل قد يكون مجانياً أو بتكلفة منخفضة عليّ، لأن الوزارة تدفع رسماً شهرياً لحطة الرعاية الصحية نيابة عني. وأعلم أن هذا الرسم الشهري هو رسم مقطوع شامل عن كل فرد. وأعلم أنني إذا تلقيت إعانات من برنامج المساعدات الطبية وأنا غير مؤهل للحصول عليها، وذلك بسبب خطأ أو احتيال أو أي سبب آخر، يجوز مطالبتني بسداد جميع الرسوم الشهرية التي دفعتها الوزارة نيابة عني.
- أعلم أنني إذا أصبحت مؤهلاً لأكثر من فئة من فئات المساعدات الطبية "Medical Assistance"، فسيتم إدراجي في الفئة الأكثر نفعاً وملاءمة لي والمتاحة لحالتي. أعلم أنه يحق لي اختيار الفئة المناسبة لي من بين فئات برنامج المساعدات الطبية "Medical Assistance" التي أتلقى منها إعانات، واستطيع طلب الانتقال إلى فئة أخرى مختلفة إذا كنت مؤهلاً لتلك الفئة.
- أعلم أنني قد أصبح مؤهلاً لدخول برنامج المساعدات الطبية "Medical Assistance" في فئة يجب فيها سداد قسط تأميني شهري.
- أعلم أن الولاية تملك الحق في مراجعة كل سجلات الخدمة الطبية المدفوعة من برنامج المساعدات الطبية "Medical Assistance". سيُنفق ثمن الخدمة لمقدم الخدمات مباشرة وليس لي. ويشمل هذا المدفوعات من برنامج "Medicare".
- وبناءً عليه، فإنني أُمِنح الولاية الحق في المطالبة -سواء باتخاذ إجراء قانوني أو بدونه- بتحصيل المدفوعات من شركات التأمين الصحي الخاص أو العام أو من أي طرف ثالث مسؤول قانوناً، على ألا يتجاوز المبلغ المطالب به القيمة الفعلية التي دفعها برنامج المساعدات الطبية.
- وأعلم أن من حقي أن أطلب من مكتب المساعدة في المقاطعة (CAO) المساعدة في الحصول على إثباتات النفقات، وأن للمكتب صلاحية التواصل مع أطراف أخرى لتأكيد البيانات في حال واجهت صعوبة في الحصول على أي إثبات بشكل مستقل.
- أعلم أنه إذا صدر قرار بعدم أهلية بعض أو كل الأفراد في الحصول على إعانات من برنامج المساعدات الطبية من خلال الوزارة، فقد يصبحوا مؤهلين للحصول على إعانات فيدرالية و/أو استكشاف خيارات الرعاية الصحية الخاصة عبر سوق التأمين الصحي بولاية بنسلفانيا "Pennsylvania's Health Insurance Marketplace" المعروف اختصاراً بـ (Pennie). وفي هذه الحالة، فإنني أفوض الوزارة الموافقة على تقديم اسمي ومعلوماتي المذكورة في هذا الطلب إلى سوق التأمين الصحي (Pennie).
- تجديد التغطية في الأعوام المقبلة:** أوافق على السماح لسوق التأمين الصحي بولاية بنسلفانيا (Pennie) باستخدام بيانات دخلي التي تشمل المعلومات المذكورة في الإقرارات الضريبية، وذلك لغرض تسهيل تحديد أهليتي في تلقى مساعدة في سداد تكاليف التغطية الصحية في الأعوام المقبلة. وسيرسل سوق التأمين الصحي (Pennie) إشعاراً لي، وسيُسمح لي بإجراء أي تغييرات، واستطيع إلغاء الاشتراك في أي وقت.

نعم، جِدّد أهليتي تلقائياً للأعوام التالية: (حدد خياراً واحداً)

☐ خمسة أعوام (الحد الأقصى لعدد الأعوام المسموح به)

☐ أربعة أعوام

☐ ثلاثة أعوام

☐ عامان

☐ عام واحد

☐ لا تستخدم معلوماتي المذكورة في الإقرارات الضريبية لتجديد تغطيتي.