



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

طلب تغطية الرعاية الصحية حماية سهلة ويسيرة التكلفة لعائلتك.

This is an application for health care 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 salud. Si necesita ayuda para traducirla, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado (county assistance office, CAO). Los servicios de traducción se proporcionan de forma gratuita.

هذا تطبيق مخصص لفوائد الرعاية الصحية. الرجاء الاتصال على مكتب المساعدة المحلي CAO إذا كنت في حاجة إلى المساعدة في ترجمته. سيتم تقديم خدمات الترجمة مجاناً.

Đây là đơn xin hưởng phúc lợi bảo hiểm y tế. Nếu bạn cần trợ giúp dịch thuật thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ ở quận, gọi tắt là CAO. Các dịch vụ dịch thuật sẽ được cung cấp miễn phí.

这是一份医疗福利申请表。如果您需要翻译服务，请联系您所在郡的郡援助办公室（CAO）。翻译服务将免费提供。

នេះគឺជាការដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែពាក្យស្នើសុំនេះ សូមទាក់ទងមកកាន់ការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក (CAO)។ វេបសាយប្រើប្រាស់ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមិនគិតថ្លៃ។

Это заявление на получение льготного медицинского страхования. В этом приложении будут содержаться все данные о ваших льготах по медицинскому обслуживанию. Если вам нужна помощь в переводе этого документа, обратитесь в окружное отделение социальной помощи. Услуги перевода предоставляются бесплатно.

استخدم هذا الطلب للاطلاع على خيارات التغطية التي أنت مؤهل لها.

- تأمين صحي مجاني أو منخفض التكلفة من التأمين الصحي (Medical Assistance) أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP).
- إعفاء ضريبي جديد بإمكانه المساعدة في دفع أقساط التأمين الصحي الخاصة بك
- خطط تأمين صحي ميسورة التكلفة توفر تغطية شاملة لمساعدتك على البقاء بصحة جيدة

من بإمكانه استخدام هذا الطلب؟

يمكنك استخدام هذا الطلب لتقديمه باسم أي فرد من عائلتك، حتى وإن كان يمكنك تأميناً بالفعل في الوقت الحالي. لا يزال بإمكانك التقديم حتى لو لم تتقدم بإقرار ضريبة الدخل. يرجى ملاحظة: في حالة الحاجة لمساعدة نقدية أو مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية، فعليك ملء طلب مختلف.

طلب التقدم بطريقة أسرع عبر الإنترنت:

قدم طلبك بطريقة أسرع على العنوان www.compass.state.pa.us.
في حالة الرغبة في التقدم هاتفياً اتصل بخدمة عملائنا الخاصة بتغطية الرعاية الصحية على الرقم 1.866.550.4355

ما هي المتطلبات التي قد تحتاجها للتقدم بالطلب:

- أرقام الضمان الاجتماعي (أو أرقام الوثائق في حالات الهجرة القانونية) لكل شخص
- أرقام بوليصة التأمين لأي تأمين صحي حالي أو في الماضي القريب
- رغبتك في عمل تأمين
- معلومات عن صاحب العمل والدخل لكل فرد في عائلتك (عل سبيل المثال، معلومات من إيصالات الدفع، أو نماذج W-2، أو بيانات الأجور والضرائب)
- معلومات حول أي تأمين صحي متاح لعائلتك من خلال عملهم

لماذا نسأل عن هذه المعلومات؟

نحن نسأل عن معلومات الدخل وغيرها لنخبرك بنوعية التغطية التي تستحقها، وعمّا إن كان بوسعك طلب المساعدة في سداد تكلفتها. سوف نحصر على خصوصية وأمان جميع المعلومات التي تقدمها، على النحو الذي يقتضيه القانون.

وماذا يحدث بعد ذلك؟

أرسل طلبك كاملاً وموقعاً إلى مكتب المساعدات المحلي التابع للمقاطعة. اتصل بالرقم 1-800-842-2020 إذا كنت لا تعرف إلى أين يمكنك إرسال النموذج الخاص بك. حتى إذا لم تكن لديك جميع المعلومات التي نطلبها، يجب عليك توقيع طلبك للاشتراك، وإرساله على أي حال. سنتابع معك في غضون الثلاثين يوماً القادمة. سوف تحصل على تعليمات حول الخطوات التالية لاستكمال التغطية الصحية الخاصة بك. إذا لم تتلق اتصالاً من طرفنا، فاتصل بمكتب مساعدات المقاطعة المحلي لديك أو اتصل بالرقم 1-877-395-8930.

طلب المساعدة بشأن هذا الطلب:

- عبر الإنترنت: www.compass.state.pa.us
- هاتفياً: اتصل بخط مساعدة إدارة الخدمات الإنسانية DHS على 1-800-842-2020
- مستخدمو المبرقات الطابعة TTY عليهم الاتصال برقم 1-800-451-5886
- شخصياً: قم بزيارة المكتب المحلي للمساعدات التابع للمقاطعة
- En Español: Si necesita esta información en español, llame al teléfono: 1-800-842-2020

إذا كان لديك إعاقة وتحتاج إلى هذا النموذج بحجم طباعة كبير أو تنسيق آخر، يُرجى الاتصال بخط المساعدة لدينا على الرقم 1-800-692-7462. الأفراد الذين يعانون من الصمم أو صعوبة في السمع أو لديهم صعوبات في الكلام ويرغبون في التواصل مع خط المساعدة، يمكنهم الاتصال بخدمات PA لنشر الرسائل عن طريق طلب 711.



Medical Providers Use Only • لإستخدام مزودي الخدمات الطبية فقط

Provider Name	Provider Number	<input type="checkbox"/> Emergency
---------------	-----------------	------------------------------------

CAO Use Only • فقط CAO لإستخدام

Application Registration Number	Caseload	County	District	Record Number	Date Stamp
---------------------------------	----------	--------	----------	---------------	------------

البداية:

ما اللغة التي تفضلها؟ الإنجليزية الإسبانية غير ذلك (حدّد)

هل أنت بحاجة إلى مترجم شفهي؟ نعم لا إذا كانت إجابتك بنعم، فما هي اللغة؟ _____

التقديم دون استخدام أوراق! هل ترغب في تلقي إشعاراتك عبر الإنترنت؟

أذهب إلى صفحة الإنترنت www.compass.state.pa.us وسجل نفسك على MyCOMPASS Account الخاص بك.

نحن نشجعك على إجابة أكبر قدر ممكن من الأسئلة ما لم تخبرك التعليمات أن لك الخيار في عدم الإجابة. كلما كانت المعلومات أكثر اكتمالا، زادت سرعة التعامل مع طلبك.

هام: يلزم على جميع الأشخاص المتقدمين تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو التقدم للحصول عليه مع الإجابة على أسئلة المواطن. إن تقديم رقم الضمان الاجتماعي هو أمر اختياري للأشخاص غير المتقدمين للحصول على تغطية الرعاية الصحية، إلا أن تقديمه يمكن أن يؤدي إلى تسريع عملية سير الطلب. نحن نستخدم شبكات الضمان الاجتماعي للتحقق من الدخل والمعلومات الأخرى لمعرفة الشخص المؤهل لتلقي مساعدة قيما يتعلق بتكاليف تغطية الرعاية الصحية. إذا أراد أحد الأشخاص مساعدة للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، عليه الاتصال بالرقم 1-800-772-1213 أو زيارة www.socialsecurity.gov. مستخدمو المبرقات الطباعة TTY عليهم الاتصال برقم 1-800-325-0778.

أخبرنا عن نفسك. سنحتاج إلى الاتصال بأحد البالغين/ أحد الوالدين/ أحد الأوصياء.

شخص رقم 1 يرجى كتابة جميع المعلومات

الاسم (متضمنا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة - (Jr./Sr. وغيرها):	هل أنت تُقدّم الطلب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> عن نفسك؟ <input type="checkbox"/> لا	رقم الضمان الاجتماعي:
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام)	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الزوجية الحالة <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>
عنوان المنزل (متضمناً اسم الشارع، رقم الشقة، المدينة، الولاية، المقاطعة والرمز البريدي +4):	رقم الهاتف:	نوع الهاتف (✓):
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل):	رقم الهاتف الثاني:	نوع الهاتف (✓):
<input type="checkbox"/> ضع علامة هنا إن لم يكن لديك عنوان منزل. مازلت بحاجة لتقديم عنوان بريدي.	هل أنت حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في حال الإجابة بنعم، ما هو تاريخ الولادة المنتظر؟
كم عدد الأطفال المنتظرين؟		

أجب عن الأسئلة التالية إن كنت تتقدم بطلب بنفسك.

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على تغطية رعاية صحية كاملة، فهل تود أن يتم مراجعة مدى استحقاقك للتغطية ببرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كان عمرك أقل من 21 عامًا، فسوف ننظر إلى دخلك فقط عند إقرارنا ببرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كنت ترغب في مراجعة استحقاقك الحصول على تغطية كاملة للرعاية الصحية، فسنحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل الوالد/ والوالدين. هل ترغب في مراجعة استحقاقك لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط وليس للتغطية الكاملة للرعاية الصحية؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	بصرف النظر عن العمر، هل تخشى أن المعلومات التي قد تتلقاها في المكان الذي تعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضرراً جسدياً أو عاطفياً أو أي ضرر آخر من شريك الحياة أو الوالدين أو أي شخص آخر؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل أنت مواطن أمريكي أو من حاملي الجنسية الأمريكية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل أنت مواطن أمريكي أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل لديك وضع هجرة سليم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل عشت في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل لديك إعاقة أو احتياج يستوجب رعاية صحية خاصة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تعيش في منشأة طبية أو منشأة للرعاية طويلة الأجل أو تعاني من حالة صحية جسدية أو عقلية أو عاطفية تسبب قيوداً في الأنشطة اليومية (مثل الاستحمام وارتداء الملابس والأعمال اليومية وما إلى ذلك)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

هل أنت طالب بدوام كامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل كنت خاضعاً للرعاية في غير كنف الوالدين في عمر 18 عاماً أو أكبر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في أي ولاية؟ _____
الأصل العرقي (اختياري) <input type="checkbox"/> شخص أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/> من أصول آسيوية <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ (ضع علامة على كل ما ينطبق) <input type="checkbox"/> شخص من الهنود الأمريكيين أو من سكان الأسكا الأصليين (انظر الملحق أ) <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك _____	الأصل الأثني (اختياري) <input type="checkbox"/> من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> من أصول غير إسبانية أو غير لاتينية _____	



أخبرنا عن عائلتك:

أخبرنا عن جميع أفراد العائلة الذين يعيشون معك. لو أنك ممن يقومون بدفع الضرائب، نحتاج إلى معرفة كل شخص في إقرارك الضريبي.

ملحوظة: أنت لا تحتاج لتقديم إقرار ضريبي للحصول على التغطية الصحية.

إليك الأشخاص المفترض إدراجهم في طلبك:

- الزوج/الزوجة أو شريك غير متزوج
- أطفالك دون عمر 21 عامًا الذين يعيشون معك
- أي شخص تدرجه أنت في بيانك الضريبي، حتى لو لم يكن يحيا معك
- أي شخص آخر دون عمر 21 عامًا ويعيش معك وتحت رعايتك

إذا كان لديك أكثر من ستة أشخاص لتضمينهم، فستحتاج إلى عمل نسخة من الأوراق وإرفاقها.

شخص رقم 2		يرجى كتابة جميع المعلومات	
الاسم (متضمنا الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة- (Jr./Sr. وغيرها):		هل أنت متقدما بالنيابة عن هذا الشخص؟	رقم الضمان الاجتماعي:
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام)		الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	الزوجية الحالة متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>
ما نوع الصلة مع هذا الشخص؟		زوج/زوجة <input type="checkbox"/> أحد الأبناء <input type="checkbox"/> أحد أبناء الزوج/الزوجة <input type="checkbox"/> لا توجد صلة <input type="checkbox"/>	هل يعيش هذا الشخص معك؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص حامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		في حالة الإجابة بنعم، ما هو تاريخ الولادة المنتظر؟	كم عدد الأطفال المنتظرين؟
أجب عن الأسئلة التالية إن كنت تتقدم بطلب نيابة عن هذا الشخص.			
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		في حالة عدم الأهلية للحصول على تغطية رعاية صحية كاملة، هل يود هذا الشخص أن يتم مراجعة مدى استحقاقه للتغطية ببرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسوف ننظر إلى دخله فقط عند إقرارنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في مراجعة استحقاقه الحصول على تغطية للرعاية الصحية، فسوف نحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل الوالد/ الوالدين. هل يرغب هذا الشخص في مراجعة استحقاقه لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط وليس لتغطية كاملة للرعاية الصحية؟	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		بصرف النظر عن العمر، هل يخشى هذا الشخص أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضرراً جسدياً أو عاطفياً أو أي ضرر آخر من شريك الحياة أو الوالدين أو أي شخص آخر؟	
هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو من حاملي الجنسية الأمريكية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		إذ لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:	
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟ نعم <input type="checkbox"/>		في حالة الإجابة بنعم، قم بهاء خائني نوع الوثيقة والرقم المعرف للوثيقة.	
هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل هذا الشخص، أو زوجته أو والده أحد المحاربين القدامى أو في الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
هل لديه إعاقة أو احتياج خاص يستوجب رعاية صحية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		في حالة الإجابة بنعم، ما هي الإعاقة؟ (اختياري) هل يحتاج إلى مساعدة لدفع أي فواتير طبية على مدى الثلاثة أشهر الماضية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
هل يعيش هذا الشخص في منشأة طبية أو منشأة للرعاية طويلة الأجل أو يعاني من حالة صحية جسدية أو عقلية أو عاطفية تسبب قيوداً في الأنشطة اليومية (مثل الاستحمام وارتداء الملابس والأعمال اليومية وما إلى ذلك)؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل كان الشخص خاضعاً للرعاية في غير كنف الوالدين في عمر 18 عاماً أو أكبر؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
أستلة للأشخاص دون عمر 26 عاماً:		هل هذا الشخص طالب بدوام كلي؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
الأصل العرقي (اختياري) (ضع علامة على كل ما ينطبق)		شخص أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/> شخص من الهنود الأمريكيين أو من سكان الأسكا الأصليين (انظر الملحق أ) <input type="checkbox"/> من أصول آسيوية <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/>	
الأصل الأثني (اختياري)		من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> من أصول غير إسبانية أو غير لاتينية <input type="checkbox"/>	



الاسم (متضمناً الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة- (Jr./Sr. وغيرها):	هل أنت متقدماً بالنيابة عن هذا الشخص؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	رقم الضمان الاجتماعي:
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام)	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	الزوجية الحالة أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>
ما نوع الصلة مع هذا الشخص؟	زوج/زوجة <input type="checkbox"/> أحد الأبناء <input type="checkbox"/> أحد أبناء الزوج/الزوجة <input type="checkbox"/> لا توجد صلة <input type="checkbox"/>	هل يعيش هذا الشخص معك؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص حامل؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، ما هو تاريخ الولادة المنتظر؟	كم عدد الأطفال المنتظرين؟

أجب عن الأسئلة التالية إن كنت تتقدم بطلب نيابة عن هذا الشخص.

في حالة عدم الأهلية للحصول على تعوية رعاية صحية كاملة، هل يود هذا الشخص أن يتم مراجعة مدى استحقاقه للتغطية ببرامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسوف ننظر إلى دخله فقط عند إقرارنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في مراجعة استحقاقه الحصول على تغطية للرعاية الصحية، فسوف نحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل الوالد/ الوالدين. هل يرغب هذا الشخص في مراجعة استحقاقه لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط وليس لتغطية كاملة للرعاية الصحية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
بصرف النظر عن العمر، هل يخشى هذا الشخص أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضرراً جسدياً أو عاطفياً أو أي ضرر آخر من شريك الحياة أو الوالدين أو أي شخص آخر؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو من حاملي الجنسية الأمريكية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:	
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟	نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟	نعم <input type="checkbox"/>
هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص، أو زوجته أو والده أحد المحاربين القدامى أو في الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل لديه إعاقة أو احتياج خاص يستوجب رعاية صحية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل يعيش هذا الشخص في منشأة طبية أو منشأة للرعاية طويلة الأجل أو يعاني من حالة صحية جسدية أو عقلية أو عاطفية تسبب قيوداً في الأنشطة اليومية (مثل الاستحمام وارتداء الملابس والأعمال اليومية وما إلى ذلك)؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل كان الشخص خاضعاً للرعاية في غير كنف الوالدين في عمر ١٨ أو أكبر؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص طالب بدوام كلي؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
أصل العرقي (اختياري) (ضع علامة على كل ما ينطبق)	شخص أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/> شخص من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين (انظر الملحق أ) <input type="checkbox"/> من أصول آسيوية <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/>
الأصل الأثني (اختياري)	من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> من أصول غير إسبانية أو غير لاتينية <input type="checkbox"/>



الاسم (متضمناً الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة- (Jr./Sr./ وغيرها):	هل أنت متقدماً بالنيابة عن هذا الشخص؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	رقم الضمان الاجتماعي:
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام)	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	الزوجية الحالة أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>
ما نوع الصلة مع هذا الشخص؟	زوج/زوجة <input type="checkbox"/> أحد الأبناء <input type="checkbox"/> أحد أبناء الزوج/الزوجة <input type="checkbox"/> لا توجد صلة <input type="checkbox"/>	هل يعيش هذا الشخص معك؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص حامل؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، ما هو تاريخ الولادة المنتظر؟	كم عدد الأطفال المنتظرين؟

أجب عن الأسئلة التالية إن كنت تتقدم بطلب نيابة عن هذا الشخص.

في حالة عدم الأهلية للحصول على تعوية رعاية صحية كاملة، هل يود هذا الشخص أن يتم مراجعة مدى استحقاقه للتغطية ببرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسوف ننظر إلى دخله فقط عند إقرارنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في مراجعة استحقاقه الحصول على تغطية للرعاية الصحية، فسوف نحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل الوالد/ الوالدين. هل يرغب هذا الشخص في مراجعة استحقاقه لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط وليس لتغطية كاملة للرعاية الصحية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
بصرف النظر عن العمر، هل يخشى هذا الشخص أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضرراً جسدياً أو عاطفياً أو أي ضرر آخر من شريك الحياة أو الوالدين أو أي شخص آخر؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو من حاملي الجنسية الأمريكية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:	
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟	نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟	نعم <input type="checkbox"/>
هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص، أو زوجته أو والده أحد المحاربين القدامى أو في الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل لديه إعاقة أو احتياج خاص يستوجب رعاية صحية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل يعيش هذا الشخص في منشأة طبية أو منشأة للرعاية طويلة الأجل أو يعاني من حالة صحية جسدية أو عقلية أو عاطفية تسبب قيوداً في الأنشطة اليومية (مثل الاستحمام وارتداء الملابس والأعمال اليومية وما إلى ذلك)؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل كان الشخص خاضعاً للرعاية في غير كنف الوالدين في عمر ١٨ أو أكبر؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص طالب بدوام كلي؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
أصل العرقي (اختياري) (ضع علامة على كل ما ينطبق)	شخص أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/> شخص من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين (انظر الملحق أ) <input type="checkbox"/> من أصول آسيوية <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/>
الأصل الأثني (اختياري)	من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> من أصول غير إسبانية أو غير لاتينية <input type="checkbox"/>



الاسم (متضمناً الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة- (Jr./Sr. وغيرها):	هل أنت متقدماً بالنيابة عن هذا الشخص؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	رقم الضمان الاجتماعي:
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام)	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	الزوجية الحالة أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>
ما نوع الصلة مع هذا الشخص؟	زوج/زوجة <input type="checkbox"/> أحد الأبناء <input type="checkbox"/> أحد أبناء الزوج/الزوجة <input type="checkbox"/> لا توجد صلة <input type="checkbox"/>	هل يعيش هذا الشخص معك؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص حامل؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، ما هو تاريخ الولادة المنتظر؟	كم عدد الأطفال المنتظرين؟

أجب عن الأسئلة التالية إن كنت تتقدم بطلب نيابة عن هذا الشخص.

في حالة عدم الأهلية للحصول على تعضية رعاية صحية كاملة، هل يود هذا الشخص أن يتم مراجعة مدى استحقاقه للتغطية ببرامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسوف ننظر إلى دخله فقط عند إقرارنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في مراجعة استحقاقه الحصول على تغطية للرعاية الصحية، فسوف نحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل الوالد/ الوالدين. هل يرغب هذا الشخص في مراجعة استحقاقه لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط وليس لتغطية كاملة للرعاية الصحية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
بصرف النظر عن العمر، هل يخشى هذا الشخص أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضرراً جسدياً أو عاطفياً أو أي ضرر آخر من شريك الحياة أو الوالدين أو أي شخص آخر؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو من حاملي الجنسية الأمريكية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:	
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟	نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟	نعم <input type="checkbox"/>
هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص، أو زوجته أو والده أحد المحاربين القدامى أو في الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل لديه إعاقة أو احتياج خاص يستوجب رعاية صحية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل يعيش هذا الشخص في منشأة طبية أو منشأة للرعاية طويلة الأجل أو يعاني من حالة صحية جسدية أو عقلية أو عاطفية تسبب قيوداً في الأنشطة اليومية (مثل الاستحمام وارتداء الملابس والأعمال اليومية وما إلى ذلك)؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل كان الشخص خاضعاً للرعاية في غير كنف الوالدين في عمر ١٨ عاماً أو أكبر؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص طالب بدوام كلي؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
أصل العرقي (اختياري) (ضع علامة على كل ما ينطبق)	شخص أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/> شخص من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين (انظر الملحق أ) <input type="checkbox"/> من أصول آسيوية <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/>
الأصل الأثني (اختياري)	من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> من أصول غير إسبانية أو غير لاتينية <input type="checkbox"/>



الاسم (متضمناً الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة- (Jr./Sr. وغيرها):	هل أنت متقدماً بالنيابة عن هذا الشخص؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	رقم الضمان الاجتماعي:
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام)	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	الزوجية الحالة أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>
ما نوع الصلة مع هذا الشخص؟	زوج/زوجة <input type="checkbox"/> أحد الأبناء <input type="checkbox"/> أحد أبناء الزوج/الزوجة <input type="checkbox"/> لا توجد صلة <input type="checkbox"/>	هل يعيش هذا الشخص معك؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص حامل؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم، ما هو تاريخ الولادة المنتظر؟	كم عدد الأطفال المنتظرين؟

أجب عن الأسئلة التالية إن كنت تتقدم بطلب نيابة عن هذا الشخص.

في حالة عدم الأهلية للحصول على تعضية رعاية صحية كاملة، هل يود هذا الشخص أن يتم مراجعة مدى استحقاقه للتغطية ببرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسوف ننظر إلى دخله فقط عند إقرارنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في مراجعة استحقاقه الحصول على تغطية للرعاية الصحية، فسوف نحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل الوالد/ الوالدين. هل يرغب هذا الشخص في مراجعة استحقاقه لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط وليس لتغطية كاملة للرعاية الصحية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
بصرف النظر عن العمر، هل يخشى هذا الشخص أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضرراً جسدياً أو عاطفياً أو أي ضرر آخر من شريك الحياة أو الوالدين أو أي شخص آخر؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو من حاملي الجنسية الأمريكية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:	
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟	نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص لديه موقف هجرة سليم؟	نعم <input type="checkbox"/>
هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص، أو زوجته أو والده أحد المحاربين القدامى أو في الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل لديه إعاقة أو احتياج خاص يستوجب رعاية صحية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل يعيش هذا الشخص في منشأة طبية أو منشأة للرعاية طويلة الأجل أو يعاني من حالة صحية جسدية أو عقلية أو عاطفية تسبب قيوداً في الأنشطة اليومية (مثل الاستحمام وارتداء الملابس والأعمال اليومية وما إلى ذلك)؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل كان الشخص خاضعاً للرعاية في غير كنف الوالدين في عمر ١٨ عاماً أو أكبر؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص طالب بدوام كلي؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
أصل العرقي (اختياري) (ضع علامة على كل ما ينطبق)	شخص أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/> شخص من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين (انظر الملحق أ) <input type="checkbox"/> من أصول آسيوية <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/>
الأصل الأثني (اختياري)	من أصول إسبانية أو لاتينية <input type="checkbox"/> من أصول غير إسبانية أو غير لاتينية <input type="checkbox"/>



المعلومات الضريبية

أكمل هذه المعلومات لزوجك/ زوجتك/ شريكك/ شريكك وأطفالك الذين يعيشون معك و/أو أي شخص آخر يندرج في نفس إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية الخاصة بك إذا كنت تقدم إقرار ضريبي.

هل يُفترض أن يقوم أي من الأشخاص المدرجين في خطة الطلب بتقديم إقرار فيدرالي ضريبي للدخل العام القادم؟
في حالة الإجابة بنعم، فقم بإدراج دافع الضرائب وقم بإدراج زوج/زوجة دافع الضرائب في حالة تقديم إقرار مشترك.

نعم لا

اسم دافع الضرائب	في حالة الإقرار الضريبي المشترك: اسم الزوج/ الزوجة

هل سيقوم أي من الأشخاص المدرجين في الطلب بإثبات أي مُعالين في إقرارهم الضريبي؟
في حالة الإجابة بنعم، فقم بإدراج اسم دافع الضرائب والمعالين.

يمكن إثبات أحد المعالين من قبل واحد فقط من دافعي الضرائب. بالنسبة إلى دافعي الضرائب المشتركين، لا يلزمك سوى إدراج المعالين بالنسبة لدافع الضرائب الذي سيوقع على النموذج الضريبي.

نعم لا

اسم دافع الضرائب	المعال (المعالون)

هل يتم احتساب أي شخص من المدرجين في الطلب كمعال في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟
إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإدراج اسم المعال واسم دافع الضرائب الذي سيتم إثبات المعال عليه.
لست بحاجة إلى إكمال بيانات هذا الجدول إذا كان المعال مدرجاً أعلاه بالفعل.

نعم لا

اسم المعال	اسم دافع الضرائب	الصلة بدافع الضرائب

التخفيضات الضريبية

إذا كان أي شخص يدفع مقابل أشياء معينة يمكن خصمها من ضريبة الدخل الفيدرالية، فإن إعلاننا بها من شأنه جعل تغطية الرعاية الصحية أقل تكلفة إلى حد ما.
ملحوظة: إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فليس عليك تضمين أي تكلفة تكون سوف تدرجها كأحد المصروفات في نموذج جدول C الضريبي الخاص بك (على سبيل المثال، نفقات السيارة والشاحنة، والإهلاك، وأجور الموظفين، والمزايا الإضافية، وما إلى ذلك).

هل لدى أي أحد نفقات من: (ضع علامة نعم)	نعم	على من تقع هذه النفقة؟	كم مرة تُدفع النفقة؟ (مرة واحدة، شهرياً، أربع مرات سنوياً، مرتين سنوياً، سنوياً)	كم تبلغ؟
خصم فائدة قرض طالب				
خصم التأمين الصحي للعمل الحر				
جزء قابل للخصم من ضريبة العمل الحر				
خصم حساب التوفير الصحي				
غير ذلك (يرجى التحديد)				



يرجى إخبارنا بشأن دخل أي طفل أو شخص بالغ قمت بإدراجه في هذا الطلب.

قم بإدراج جميع الدخول مثل:

- التوظيف (الأجور، والإكراميات، والعمولات، والمكافآت)
- العمل الحر (بما في ذلك مجالسة الأطفال، وتكلفة الإقامة والطعام المدفوعة لك)
- تعويض بطالة
- مزايا الضمان الاجتماعي
- المعاش/التقاعد
- نفقة الطلاق
- حصص الربح/الفائدة
- الزراعة/الصيد
- الإيجار/عوائد الملكية
- أرباح اليانصيب/القمار

كم المبلغ الإجمالي؟ (مقدار الدخل قبل الضرائب والاستقطاعات)	متوسط ساعات العمل كل أسبوع:	كم مرة يتم تلقي الدخل؟ (أسبوعيًا، كل أسبوعين، شهريًا، سنويًا)	نوع/ مصدر الدخل	لمن يتبع هذا الدخل؟

في العام الماضي، هل قام أحدهم بأي من الآتي: (اختر ما ينطبق)

تغيير الوظيفة؟ من؟ _____

العمل لساعات أقل؟ من؟ _____

التوقف عن العمل؟ من؟ _____

هل يتغير دخل أي شخص من شهر لآخر؟ نعم لا

في حالة الإجابة بنعم، اذكر الشخص (الأشخاص) الذين يتغير دخلهم، وإجمالي دخلهم المتوقع هذا العام والعام التالي.

إجمالي الدخل المتوقع خلال العام المقبل (في حالة لو سيكون هناك اختلاف)	إجمالي الدخل المتوقع هذا العام	الاسم



إذا كان الشخص الذي تتقدم لأجله بطلب لديه تغطية تأمينية صحية، أو كان لديه تغطية تأمينية في الماضي القريب، يرجى إكمال هذا القسم.

هل هناك أي شخص تتقدم لأجله بطلب لديه تغطية تأمين صحي؟ نعم لا

هل هناك أي شخص تقدمت لأجله بطلب سبق له الحصول على تغطية تأمين صحي في غضون الـ ٩٠ يوماً الماضية؟ نعم لا
في حالة الإجابة بنعم، يرجى ملء البيانات في القسم التالي مع إخطارنا كل ما بوسعك حول التأمين. في حالة الإجابة «لا»، تخطى هذا القسم.

في حالة حيازتك (أو أنه كان لديك في آخر 90 يوماً) أكثر من نوع واحد من تغطية الرعاية الصحية، فيرجى ملء بيانات أحد المربعات لكل بوليصة تأمين. لو أن لديك أكثر من ثلاث بوليصات، فستحتاج إلى عمل نسخة من الأوراق وإرفاقها.

نوع تغطية الرعاية الصحية تأمين أصحاب العمل الرعاية الطبية برنامج الرعاية الطبية *TRICARE
 برنامج تأمين Peace Corps خطة فردية غير ذلك _____

قائمة بالأشخاص الذين يتمتعون حالياً أو كانوا يتمتعون بالتغطية:

اسم صاحب البوليصة:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:
اسم شركة التأمين:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:
رقم البوليصة:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:
اسم / رقم المجموعة:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:

ما الذي تشمله (أو كانت تشمله) التغطية؟ رعاية العيون الوصفات الطبية رعاية المستشفى زيارات الطبيب عيادات الأسنان هل هذه (أو كانت هذه) خطة محدودة المزايا (مثل بوليصة الحوادث المدرسية)؟ نعم لا

متى بدأ هذا التأمين؟ متى انتهى أو سينتهي هذا التأمين؟ (اتركها فارغة إن كنت لا تزال تتمتع بالتغطية).

هل انتهى (أو سوف ينتهي) هذا التأمين الصحي لأن صاحب البوليصة خسر عمله (سُرح، فُصل، استقال) أو غير الوظائف؟ نعم لا
في حالة الإجابة بنعم، من الذي خسر التغطية؟

هل فقد (أو سوف يفقد) أي طفل التأمين الصحي لأن صاحب العمل توقف عن تقديم التغطية؟ نعم لا

*لا تضع علامة إن كنت مشتركاً في برنامج رعاية Direct Care أو Line of Duty.

نوع التغطية الصحية تأمين صاحب العمل برنامج رعاية Medicare برنامج رعاية *TRICARE
 برنامج رعاية Peace Corps خطة رعاية فردية أخرى _____

قائمة بمن يتمتع (أو كان يتمتع) بالتغطية:

اسم صاحب البوليصة:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:
اسم شركة التأمين:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:
رقم البوليصة:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:
اسم / رقم المجموعة:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:

ما الذي تشمله (أو كانت تشمله) التغطية؟ رعاية العيون الوصفات الطبية رعاية المستشفى زيارات الطبيب عيادات الأسنان هل هذه (أو كانت هذه) خطة محدودة المزايا (مثل بوليصة الحوادث المدرسية)؟ نعم لا

متى بدأ هذا التأمين؟ متى انتهى أو سينتهي هذا التأمين؟ (اتركها فارغة إن كنت لا تزال تتمتع بالتغطية).

هل انتهى (أو سوف ينتهي) هذا التأمين الصحي لأن صاحب البوليصة خسر عمله (سُرح، فُصل، استقال) أو غير الوظائف؟ نعم لا
في حالة الإجابة بنعم، من الذي خسر التغطية؟

هل فقد (أو سوف يفقد) أي طفل التأمين الصحي لأن صاحب العمل توقف عن تقديم التغطية؟ نعم لا

*لا تضع علامة إن كنت مشتركاً في برنامج رعاية Direct Care أو Line of Duty.



تابع التأمين الصحي

<input type="checkbox"/> برنامج رعاية TRICARE* <input type="checkbox"/> Medicare برنامج رعاية <input type="checkbox"/> تأمين صاحب العمل <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> برنامج رعاية Peace Corps <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> خطة رعاية فردية <input type="checkbox"/> أخرى	نوع تغطية الرعاية الصحية			
قائمة من يتمتع (أو كان يتمتع) بالتغطية:							
اسم صاحب البوليصه:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:					
اسم شركة التأمين:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:					
رقم البوليصه:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:					
اسم/رقم المجموعة	الاسم الأول:	الاسم الأخير:					
هل هذه (أو كانت هذه) خطة محدودة المزايا (مثل بوليصة الحوادث المدرسية)? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> رعاية المستشفى	<input type="checkbox"/> الوصفات الطبية	<input type="checkbox"/> رعاية العيون	<input type="checkbox"/> زيارات الطبيب	<input type="checkbox"/> عيادات الأسنان	ما الذي تشمله (أو كانت تشمل) التغطية؟
متى انتهى (أو سينتهي) هذا التأمين؟ (اتركها فارغة إن كنت لا تزال تتمتع بالتغطية).			متى بدأ هذا التأمين؟				
هل انتهى (أو سوف ينتهي) هذا التأمين الصحي لأن صاحب البوليصه خسر عمله (سُرح، فصل، استقال) أو غيّر الوظائف؟			في حالة الإجابة بنعم ، من الذي خسر التغطية؟				
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
هل فقد (أو سوف يفقد) أي طفل التأمين الصحي لأن صاحب العمل توقف عن تقديم التغطية؟			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				

*لا تضع علامة إن كنت مشتركاً في برنامج رعاية Direct Care أو Line of Duty.



التأمين الصحي المُقدّم من صاحب عملك

إن كان الشخص الذي تتقدم بطلب من أجله يتمتع بتأمين صحي من إحدى الوظائف، يرجى إكمال هذا القسم. يشمل هذا التغطية من وظيفة شخص آخر، مثل أحد الوالدين أو الزوج/الزوجة.

هل تلقى أي شخص تتقدم بطلب من أجله تأمينًا صحيًا من وظيفة؟ نعم لا اختر نعم حتى إذا كانت التغطية من وظيفة شخص آخر، مثل أحد الوالدين أو الزوج.

في حالة الإجابة بنعم، أكمل هذا القسم، وأكمل أكبر قدر ممكن من المعلومات في الملحق (ب): تغطية صحية من وظيفة (وظائف).

هل هذه خطة مزايًا لموظفي الولاية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل هذه تغطية تأمين COBRA؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل هذه خطة رعاية صحية للمتقاعدين؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إن كنت تتمتع بتغطية صحية من وظيفتك، فهل تدفع (ستدفع) تكاليف التغطية الخاصة بك؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل تدفع (ستدفع) تكاليف التغطية الخاصة بطفلك (أطفالك)؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
ما هي التكلفة مقابل التغطية العائلية من خلال الخطة الصحية الجماعية لصاحب العمل الخاص بك؟	ما هي التكلفة مقابل تغطية طفلك (أطفالك) من خلال الخطة الصحية لصاحب العمل؟	

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 في أي مربع، فسنعبر أنك قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت.

للتسجيل، يجب توافر الشروط الآتية: (١) أن يكون عمرك ١٨ عامًا على الأقل وقت انعقاد الانتخابات القادمة. (٢) أن تكون من مواطني الولايات المتحدة لمدة شهر واحد على الأقل "قبل انعقاد الانتخابات القادمة". (٣) تقيم في ولاية بنسلفانيا ومنطقة التصويت على الأقل لمدة ٣٠ 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 بنسلفانيا، هاريسبيرغ، PA 17120. (رقم الهاتف المجاني 1-877-VOTESPA).

COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE

سيكمل موظفو مكتب المساعدات بالمقاطعة هذا المربع بناء على ردكم أعلاه

<input type="checkbox"/> Given to Client ___/___/___	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration ___/___/___	<input type="checkbox"/> Mailed to Client ___/___/___
<input type="checkbox"/> Declined, not interested ___/___/___	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen ___/___/___	<input type="checkbox"/> Declined, already registered ___/___/___



المساعدة الطبية

- أو بطاقة (ACCESS PA) لا تُستخدم إلا أثناء الفترة التي أكون فيها مؤهلاً. لا أستخدم بطاقة (EBT)، أو بطاقة (ACCESS PA) إلا للشخص المؤهل، ويمكنني الحصول على المزايا المطلوبة والمعقولة فقط.
- أتفهم أنه ليس من الضروري تقديم رقم الضمان الاجتماعي لأي شخص لا يتقدم بطلب للحصول على الرعاية الصحية. في حالة تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص به، فقد يُستخدم للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب.
- أُقرُّ بأن جميع المعلومات التي أُدرجت صحيحة وتخضع لعقوبة الحنث باليمين.
- أتفهم أن لي الحق في الحصول على شهادة تغطية معتمدة، للتحقق من تغطيتي الطبية. يحدد القانون الفدرالي متى تُرفض الرعاية الصحية أو متى تكون مقصورة على حالة موجود مسبقاً. إن سجلتُ في خطة صحية جماعية تستثنى علاج حالة أعاني منها بالفعل، فقد أدفع مقابل الوقت الذي تلقيت فيه تغطية المساعدة الطبية.
- أدرك أنه إذا تقرر أنني مؤهل لتلقي معونات برنامج المساعدات الطبية، فسوف أحصل على حزمة مزايا الرعاية الصحية الأكثر شمولاً المتوفرة لي؛ وأدرك أنه قد يُطلب مني التسجيل في خطة صحية؛ وأدرك أن التسجيل في خطة صحية قد يكون مجانياً أو بتكلفة منخفضة لي، لأن الإدارة تدفع رسوماً شهرية لتقديم الخطة الصحية لي. وأدرك أن الرسوم الشهرية عبارة عن مبلغ ثابت على الفرد الواحد. وأدرك أنه إذا تلقيت معونات من برنامج المساعدات الطبية وأنا لست مؤهلاً للحصول عليها، بسبب الخطأ أو الاحتيال أو أي سبب آخر، فقد يُطلب مني أن أسدد للإدارة كل الرسوم الشهرية التي دفعتها الإدارة لي.
- أتفهم أنه إن كان بعض/كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للحصول على المساعدة الطبية، فقد يكونوا مؤهلين للاشتراك في برنامج CHIP. إن كان الوضع هكذا، فإنني أُصرِّح لقسم الخدمات الإنسانية بإعطاء اسمي ومعلوماتي الواردة في هذا الطلب لقسم التأمين أو مقاول لدى برنامج CHIP. أتفهم حقوقي ومسؤولياتي طبقاً لبرنامج CHIP.
- أتفهم أنه إن كان بعض/ كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للحصول على الرعاية الصحية من خلال القسم، فقد يكونوا مؤهلين للحصول على مزايا فيدرالية و/أو استعراض خيارات الرعاية الصحية الخاصة من خلال سوق التأمين الصحي. إن كان الوضع هكذا، فإنني أُصرِّح للقسم بإعطاء اسمي ومعلوماتي الواردة في هذا الطلب لبرنامج Marketplace للتأمين الصحي. أتفهم حقوقي ومسؤولياتي طبقاً لبرنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي.

برنامج CHIP

حقوقك هي:

- السرية - ستبقى جميع البيانات الواردة في هذا الطلب سرية. سيتم تشارك هذا الطلب فقط مع البرامج الحكومية التي تتقدم لها و/أو قد تكون مؤهلاً لها، مثل برنامج المساعدات الطبية Medical Assistance وبرنامج Health Insurance Marketplace لتقديم أقساط التأمين الصحي.
- تعيين ممثل شخصي - يمكنك اختيار شخص آخر لتلقي المعلومات الصحية الخاصة بك أو بطفلك/ أطفالك القُصر، وذلك بإكمال بيانات نموذج تعيين ممثل شخصي.
- شهادة التغطية المعتمدة Creditable Coverage - عندما ترك البرنامج، سوف تستلم شهادة تغطية معتمدة لتأكيد التغطية الطبية، إن كنت مؤهلاً.
- الإخطار الكتابي - ستتسلم إخطاراً كتابياً يوضح موقفك من الأهلية.
- تقديم التماس - يمكنك التماس مراجعة مُنصَّفة إن كنت لا توافق على أي قرار

- أتفهم أن ولاية بنسلفانيا تتلقى معلومات من نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS)، والمؤسسات المالية، وتقارير المستهلك، والوكالات الاتحادية والفدرالية؛ وذلك للتحقق من المعلومات التي أقدمها لها. سوف تُطلب المعلومات المتاحة من خلال (IEVS) والكيانات الأخرى، وتُستخدم، ويمكن التحقق منها عن طريق الاتصال العرضي، عندما تعثر الوكالة الاتحادية على تفاصيل متعارضة، وقد تؤثر مثل هذه المعلومات على أهلية أسرتي ومستوى المزايا.
- أتفهم أنه بالتوقيع على هذا الطلب، فأنا أُصرِّح لأي مؤسسة مالية بالكشف، إلكترونياً أو بأي وسيلة أخرى، عن أي معلومات مالية تحتفظ بها تلك المؤسسة عني، إلى قسم الخدمات الإنسانية أو وكيلها أو مقاولها المُعين؛ وذلك لتحديد الأصول والتحقق منها عند الحاجة، لتقرير الأهلية للمساعدة الطبية أو إعادة تقريرها. أتفهم أن المعلومات المالية تشمل الودائع، وعمليات السحب، وإغلاق الحسابات، وغير ذلك من المعلومات ذات الصلة المطلوبة أو المتلقاة من المؤسسة المالية، بما في ذلك المعاملات الأخرى التي تجريها المؤسسة المالية فيما يتعلق بالحساب أو الأصل. أتفهم أن هذا التصريح سار حتى تُرفض الأهلية للمساعدة الطبية أو تنتهي مدتها، أو إذا قررتُ إلغاءه بموجب إخطار كتابي يُقدَّم إلى القسم، أيهما يحدث أولاً. أتفهم أنه في حالة إلغاء هذا التصريح، فهذا قد يجعلني أنا أو أسرتي غير مؤهلين للمساعدة الطبية.
- أتفهم أنه في حالة تحريف الحقائق التي قد تؤثر على أهليتي للحصول على المزايا أو إخفاؤها أو حجبها، قد يُطلب مني سداد قيمة هذه المزايا، وقد تتم مقاضاتي وتجريدي من أهلية الحصول على بعض المزايا في المستقبل.
- أتفهم أنه يمكنني تعيين ممثلاً مفوضاً، عبر بإكمال القسم الخاص بالممثل المفوض وتقديمه مع هذا الطلب.
- أتفهم وأوافق علي أنني مسؤول عن أي بيانات احتيالية أدلي بها في هذا الطلب، حتى لو كان الطلب مُقدم من شخص يتصرف نيابة عني.
- استلمتُ نسخة من حقوقي ومسؤولياتي، وقرأتها أو قرأها لي شخص، وأنا أتفهمها.
- أتفهم أن المعلومات التي أُدرجت في هذا الطلب ستبقى سرية ولن تُستخدم إلا لإدارة المزايا. أُصرِّح بالكشف عن المعلومات الشخصية والمالية والطبية بغرض تقرير الأهلية.
- أتفهم أن أي تغييرات يُطلب مني الإبلاغ عنها يجب الإبلاغ عنها في غضون العشرة أيام الأولى من الشهر الذي يلي شهر التغيير.
- أنا أفهم أن علي الإبلاغ عن أرباح اليانصيب والبقار.
- أتفهم أنني سألتقى إخطاراً كتابياً يوضح المزايا. في حالة رفض المزايا أو تغييرها أو تعليقها أو إيقافها، سيوضح السبب في الإخطار الكتابي.
- أتفهم أنه سيكون لدي مدة 30 يوماً من تاريخ الإخطار، لطلب جلسة استماع إن لم أوافق على القرار الذي اتُخذ بشأن هذا الطلب.
- أتفهم أن موقفي معتمد على التحقق من أصحاب العمل والمصادر المالية والأطراف الثالثة الأخرى.
- أتفهم أن مقدم الطلب يجب أن يقدم رقم ضمانه الاجتماعي أو يتقدم بطلب للحصول عليه إن لم يكن لديه رقم ضمان اجتماعي. يمكن استخدام هذا الرقم للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب.
- أتفهم أن بطاقة "تحويل المزايا إلكترونياً" (EBT)،



قد تُتخذ بشأن هذا الطلب، بشرط تقديم الالتماس في غضون ٣٠ يومًا من صدور القرار.

مسؤولياتك هي:

- قراءة هذا الطلب وفهمه فهماً كاملاً.
- تقديم معلومات حقيقية وصحيحة وكاملة، وفهم أن هناك عقوبات مترتبة على تقديم معلومات كاذبة عن علم؛ وهي جريمة خطيرة وتعد احتيالاً على التأمين.
- المساعدة في مراجعة هذا الطلب، والتي قد تشمل المقابلات الشخصية ومراجعة السجلات الصحية.
- العلم أن بعض المعلومات قد تخضع للتحقق من أصحاب العمل والمصادر المالية والأطراف الثالثة الأخرى.
- تقديم إثبات الهوية والمواطنة الأمريكية إن لم يتم الحصول على هذه المعلومات من خلال هذا عملية معالجة الطلب هذه.
- تقديم إثبات على الوضع القانوني للهجرة، وذلك بتقديم وثائق من دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية، إن كنت تتقدم بطلب من أجل شخص ليس من مواطني الولايات المتحدة.
- الإبلاغ عن جميع التغييرات المتعلقة بأسرتك، بما في ذلك الدخل والعنوان ورقم الهاتف، فور حدوثها.

أتفهم أنه:

- إن كان بعض/ كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للمشاركة ببرنامج CHIP، فقد يكونوا مؤهلين لبرنامج المساعدات الطبية. إن كان الوضع هكذا، فإنني أُصرِّح لقسم التأمين بتقديم أي معلومات توجد في هذا الطلب إلى قسم الخدمات الإنسانية. أتفهم حقوقي ومسؤولياتي طبقاً للمساعدة الطبية.
- إن كان بعض/ كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للمشاركة ببرنامج CHIP، فقد يكونوا مؤهلين للمزايا الفدرالية و/أو استكشاف خيارات الرعاية الصحية الخاصة من خلال برنامج Health Insurance Marketplace للرعاية الصحية. إن كان الوضع هكذا، فإنني أسمح للقسم بتقديم أي معلومات واردة في هذا الطلب إلى برنامج Health Insurance Marketplace للرعاية الصحية. أتفهم حقوقي ومسؤولياتي طبقاً لبرنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي.
- إن تقرر أن طفلي مؤهل أو مُسجَّل للحصول على مزايا الرعاية الصحية لموظفي الولاية من وكالة عامة وأن الوكالة ستدفع جزءاً ولو صغيراً من المزايا أو تكاليف الأقساط، فإن طفلي غير مؤهل لبرنامج CHIP. إن كان الوضع هكذا، وكان طفلي يحصل على مزايا برنامج CHIP، فقد يتم إنهاء مزايا برنامج CHIP لطفلي بأثر رجعي.

برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي:

- أُقرُّ بأن جميع المعلومات التي أُدرجت صحيحة وتخضع لعقوبة الحنث باليمين. أعلم أنني قد أخضع للعقوبات بموجب القانون الفدرالي إن قدمت معلومات خاطئة و/ أو غير صحيحة عن علم.
- أعلم أنني يجب أن أخبر برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي إن كان أي شيء قد تغيَّر (أو اختلف) عمَّا كتبتَه في هذا الطلب. يمكنني

زيارة الموقع الإلكتروني www.HealthCare.gov أو الاتصال على 1-800-318-2596 للإبلاغ عن التغييرات. أتفهم أن أي تغيير في معلوماتي قد يؤثر على أهلية أي فرد (أفراد) من أسرتي المعيشية.

- أعلم أنه بموجب القانون الفدرالي، لا يُسمح بالتمييز بسبب الأصل العرقي أو اللون أو الأصل القومي أو النوع أو السن أو الميول الجنسية أو الهوية الجنسية أو الإعاقة. يمكنني تقديم شكوى بسبب التمييز، من خلال زيارة الموقع الإلكتروني www.hhs.gov/ocr/office/file.
 - أؤكد أن كل من يقدمون هذا الطلب للحصول على التأمين الصحي ليس من بينهم شخص محتجز (محبوساً أو مسجوناً).
 - في حال كان الأمر كذلك، إن _____ محتجز. (اذكر اسم الشخص)
 - تجديد التغطية في السنوات المقبلة: لتسهيل تقرير أهليتي للحصول على المساعدة من أجل دفع تكاليف التغطية الصحية في السنوات المقبلة، أوافق على السماح لبرنامج Marketplace باستخدام بيانات الدخل الخاصة بي، بما في ذلك معلومات الإقرارات الضريبية. سيرسل لي برنامج Marketplace إخطاراً، للسماح لي بإجراء أي تغييرات، ويمكنني إلغاء الاشتراك في أي وقت.
- نعم، جدد أهليتي تلقائياً لمدة:**
(ضع علامة بجوار أحد الاختيارات)

- خمس سنوات (الحد الأقصى لعدد السنوات المسموح بها)
- أربع سنوات
- ثلاث سنوات
- سنتان
- سنة واحدة
- لا تستخدم معلومات الإقرارات الضريبية لتجديد تغطيتي.



- أشهد بأنني، بقدر علمي، أتفهم حقوقي ومسؤولياتي، وأن المعلومات الواردة في هذا الطلب كاملة وحقيقية وتخضع لعقوبة الحنث باليمين. أشهد أيضا بأن تقديم معلومات خاطئة أو غير مكتملة في هذا الطلب عن علم يُعد احتيالا على التأمين.
- أتفهم أنه يمكنني تعيين ممثلاً مفوضاً، وذلك بإكمال القسم الخاص بالمثل المفوض وتقديمه مع هذا الطلب.
- أتفهم وأوافق علي أنني مسؤول عن أي بيانات احتيالية أدلي بها في هذا الطلب، حتى لو كان الطلب مُقدم من شخص يتصرف نيابة عني.
- أتفهم أن كل الأفراد المتقدمين سيتاح لهم إمكانية الحصول على التغطية بموجب البرنامج المؤهلون له، إن وُجد أنهم مؤهلون للحصول على المساعدات الطبية أو برنامج CHIP، أو المزايا الفيدرالية من خلال برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي.
- سأسمح لقسم الخدمات الإنسانية بإعطاء اسمي ومعلوماتي الواردة في هذا الطلب لقسم التأمين أو أحد المقاولين لدى برنامج CHIP، إن كان أي من المتقدمين مؤهلاً للمشاركة ببرنامج CHIP.
- سأسمح لقسم التأمين بتقديم أي معلومات توجد في هذا الطلب إلى قسم الخدمات الإنسانية إن كان أي من المتقدمين مؤهلاً للمساعدات الطبية.
- سأسمح لكل من قسم الخدمات الإنسانية بولاية بنسلفانيا وقسم التأمين بولاية بنسلفانيا بتقديم أي معلومات توجد في هذا الطلب إلى برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي إن تقرر أن أي من المتقدمين ربما يكون مؤهلاً للمزايا الفدرالية و/أو يرغب في استعراض خيارات الرعاية الصحية الخاصة.
- أصرّح بالكشف عن المعلومات الشخصية والمالية والطبية بغرض تقرير الأهلية ومراجعة برامج CHIP، والمساعدة الطبية، وHealth Insurance Marketplace للتأمين الصحي.
- أقر بأن الشخص (الأشخاص) الذين أتقدم بطلب من أجلهم هم من مواطني الولايات المتحدة أو من الأجانب المقيمين في وضع هجرة قانوني.

X

التاريخ

توقيع مُقدم الطلب أو الشخص الذي ينوب عنه

إذا كنت ممثلاً مفوضاً، فيمكنك التوقيع هنا، ما دامت المعلومات المطلوبة تُقدّم في القسم الخاص بالمثل المفوض.

ممثل مفوض

يمكنك أن تأذن لشخص موثوق بالتحدّث معنا عن هذا الطلب، والاطلاع على معلوماتك والتصرف نيابة عنك في الأمور المتعلقة بهذا الطلب، بما في ذلك الحصول على معلومات حول طلبك وتوقيعه نيابة عنك. هذا الشخص يسمّى "ممثلًا مفوضًا". متى أردت في أي وقت تغيير ممثلك المفوض، اتصل بمكتب المساعدات المحلي بالمقاطعة. إن كنت ممثلاً قانونيًا لصاحب الطلب، فيمكنك تقديم إثبات عوضًا عن توقيع مقدم الطلب أدناه. إن كان الوضع هكذا، يرجى تقديم الإثبات مع الطلب.

هل تريد أن تُحدد اسم شخص كمثلك المفوض؟ نعم لا

اسم الممثل المفوض:

رقم الهاتف: ()
 نوع الهاتف (✓):
 منزل عمل خلوي

العنوان (الشارع، ورقم الشقة، والمدينة، والولاية، والرقم البريدي + ٤):

دور الممثل المفوض:
 مقدم رعاية وصي قانوني جهة اتصال أساسية منفذ وصية حياتية
 عضو بفريق الدعم ممثل عني وكيل

بالتوقيع، أنت تسمح لهذا الشخص بالتوقيع على طلبك، والحصول على معلومات رسمية حول هذا الطلب، والتصرف نيابة عنك في جميع المسائل المستقبلية مع هذه الوكالة.

التاريخ

توقيع مُقدم الطلب

تأكد من توقيع هذا الطلب وتاريخه وإرفاق المستندات المطلوبة.





شخص من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين (AI/AN)

أكمل بيانات هذا الملحق إن كنت أنت أو أحد أفراد أسرتك من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين. قدّم هذا مع طلب الحصول على تغطية الرعاية الصحية الخاص بك.

أخبرنا عن فرد (أفراد) أسرتك الذين هم من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين.

يمكن للهنود الأمريكيين وسكان ألاسكا الأصليين الحصول على خدمات من خدمات الصحة الهندية، أو برامج الصحة القبّلية، أو برامج الصحة الهندية الحضرية. وكذلك قد لا يحتاجون إلى دفع التكاليف المتقاسمة وقد يحصلون على مواعيد تسجيل شهرية خاصة. أجب عن الأسئلة التالية للتأكد من حصول عائلتك على أكبر مساعدة ممكنة.

ملاحظة: إن كان هناك عدد أكبر من الأشخاص لتضمينه، فانسخ هذه الصفحة وأرفقها.

شخص 1 من الهنود الأمريكيين / سكان ألاسكا الأصليين	
الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير):	فرد في قبيلة معترف بها فدراليًا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل حصل هذا الشخص من قبل على خدمة من خدمات الصحة الهندية، أو من برنامج صحة هندي حضري، أو عن طريق الإحالة من أحد هذه البرامج؟	في حالة الإجابة بنعم، اسم القبيلة: _____ الولاية: _____
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في حالة الإجابة بلا، هل هذا الشخص مؤهل للحصول على خدمة من خدمات الصحة الهندية، أو من برامج الصحة القبّلية، أو من برامج الصحة الهندية الحضرية، أو عن طريق الإحالة من أحد هذه البرامج؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
بعض الأموال المستلمة قد لا تحتسب مقابل الحصول على الرعاية الصحية. اكتب قائمة بأي دخل (المبلغ وعدد المرات) الذي تم ذكره في الطلب الخاص بك، والذي يتضمن أموالاً من هذه المصادر:	دولار أمريكي _____ كم عدد المرات؟ _____
<ul style="list-style-type: none"> • نصيب الفرد من المدفوعات من قبيلة، والتي مصدرها الموارد الطبيعية، أو حقوق الاستخدام، أو الإيجارات، أو الربوع. • مدفوعات مصدرها الموارد الطبيعية، والزراعة، وتربيته المواشي، وصيد الأسماك، والإيجارات، أو الربوع من الأراضي التي حدتها وزاره الداخلية باعتبارها أرضاً هندية موقوفة (هما في ذلك المحميات والمحميات السابقة). • أموال مصدرها بيع الأشياء التي لها أهمية ثقافية. 	

شخص 2 من الهنود الأمريكيين / سكان ألاسكا الأصليين	
الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير):	فرد في قبيلة معترف بها فدراليًا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل حصل هذا الشخص من قبل على خدمة من خدمات الصحة الهندية، أو من برنامج صحة قبّلي، أو من برنامج صحة هندي حضري، أو عن طريق الإحالة من أحد هذه البرامج؟	في حالة الإجابة بنعم، اسم القبيلة: _____ الولاية: _____
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	في حالة الإجابة بلا، هل هذا الشخص مؤهل للحصول على خدمة من خدمات الصحة الهندية، أو من برامج الصحة القبّلية، أو من برامج الصحة الهندية الحضرية، أو عن طريق الإحالة من أحد هذه البرامج؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
بعض الأموال المستلمة قد لا تحتسب مقابل الحصول على الرعاية الصحية. اكتب قائمة بأي دخل (المبلغ وعدد المرات) الذي تم ذكره في الطلب الخاص بك، والذي يتضمن أموالاً من هذه المصادر:	دولار أمريكي _____ كم عدد المرات؟ _____
<ul style="list-style-type: none"> • نصيب الفرد من المدفوعات من قبيلة، والتي مصدرها الموارد الطبيعية، أو حقوق الاستخدام، أو الإيجارات، أو الربوع. • مدفوعات مصدرها الموارد الطبيعية، والزراعة، وتربيته المواشي، وصيد الأسماك، والإيجارات، أو الربوع من الأراضي التي حدتها وزاره الداخلية باعتبارها أرضاً هندية موقوفة (هما في ذلك المحميات والمحميات السابقة). • أموال مصدرها بيع الأشياء التي لها أهمية ثقافية. 	





التغطية الصحية من الوظيفة (الوظائف)

أخبرنا عن الوظيفة التي توفر تغطية. لا تحتاج إلى الإجابة عن هذه الأسئلة ما لم يكن فرد من أفراد الأسرة مؤهلاً للتغطية الصحية من وظيفة.

اكتب اسمك ورقم الضمان الاجتماعي في قسم معلومات الموظف. يمكن الرجوع إلى صاحب العمل لمساعدتك في إكمال قسم معلومات الموظف. إن كنت غير قادر على الحصول على هذه المعلومات من صاحب العمل في الوقت المناسب، أو إن كنت تشعر أن إكمال هذه البيانات سيؤخر بداية طلبك، يمكنك أن تقدم الطلب الخاص بك دون الملحق (ب). أرفق نسخة من هذه الصفحة لكل وظيفة توفر تغطية.

معلومات الموظف	
رقم الضمان الاجتماعي:	اسم الموظف (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير):
معلومات صاحب العمل	
رقم هوية صاحب العمل (EIN)	اسم صاحب العمل:
رقم هاتف صاحب العمل: ()	عنوان صاحب العمل (الشارع، ورقم البناء، والمدينة، والولاية، والرقم البريدي + ٤):
عنوان البريد الإلكتروني:	رقم الهاتف (إن كان مختلفاً عن أعلاه): ()
<p>من الذي يمكننا الاتصال به بشأن التغطية الصحية للموظفين في هذا العمل؟</p> <p>هل الموظف مؤهل حالياً للحصول على التغطية التي يوفرها صاحب العمل، أو سيكون مؤهلاً للحصول على تغطية في الأشهر الثلاثة القادمة؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم (استمر) في حال كان الموظف غير مؤهل اليوم، في سبب قد يعود لمدة انتظار أو اختبار، متى سيكون الموظف مؤهلاً للحصول على التغطية؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا (توقف وأعد هذه النموذج إلى الموظف).</p>	
<p>أخبرنا عن الخطة الصحية التي يوفرها صاحب العمل.</p> <p>هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تغطي زوج/زوجة الموظف أو الشخص (الأشخاص) المعالج؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم. أي الأشخاص: <input type="checkbox"/> زوج/زوجة <input type="checkbox"/> معال (معالين) <input type="checkbox"/> لا (انتقل إلى السؤال التالي)</p>	
<p>هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تستوفي معيار القيمة الدنيا؟*</p> <p>للخطة الأقل تكلفة التي تستوفي معيار القيمة الدنيا* مقدم للموظف فقط (لا تُدرج خطط العائلة): إذا كان صاحب العمل يوفر برامج العناية بالصحة، اذكر القسط الذي سيدفعه الموظف إذا حصل على الحد الأقصى من الخصم لأي من برامج الإقلاع عن التدخين، ولم يحصل على أي خصومات أخرى تعتمد على برامج العناية بالصحة.</p> <p>كم المبلغ الذي سيدفعه الموظف على أقساط مقابل هذه الخطة؟</p> <p>كم عدد المرات؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> كل ثلاثة شهور <input type="checkbox"/> سنوياً</p> <p>دولار أمريكي _____</p>	
<p>إن كانت خطتك ستنتهي قريباً، وأنت تعرف أن الخطط الصحية المقدمة سوف تتغير، انتقل إلى السؤال التالي. إن كنت لا تعرف، وتوقف وأعد هذا النموذج إلى الموظف.</p> <p>ما هو التغيير الذي سيجريه صاحب العمل في خطة السنة الجديدة؟</p> <p><input type="checkbox"/> لن يوفر صاحب العمل تغطية صحية</p> <p><input type="checkbox"/> سيبدأ صاحب العمل في تقديم تغطية صحية للموظفين أو تغيير القسط إلى أقل خطة تكلفه متاحة للموظف الذي يستوفي معيار القيمة الدنيا فقط.* (يجب أن يعكس القسط التخفيض بالنسبة لبرامج العناية بالصحة. انظر السؤال أعلاه).</p> <p>كم المبلغ الذي سيدفعه الموظف على أقساط مقابل هذه الخطة؟ دولار أمريكي</p> <p>كم عدد المرات؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> كل ثلاثة شهور <input type="checkbox"/> سنوياً</p> <p>تاريخ التغيير: (الشهر/اليوم/العام) _____</p>	

*الخطة الصحية التي يراها صاحب العمل تستوفي "معيار القيمة الدنيا"، إذا كانت حصة الخطة لمجموع تكاليف المزايا المسموح بها المشمولة بالخطة لا تقل عن 60 في المائة من هذه التكاليف (المادة 3٦ب (ج) (٢) (ج) ' ٢ ' من قانون ضريبة الدخل لعام 1986).

An employer-sponsored health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs (Section 36B(C)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986).





المساعدة الطبية

- أتفهم أن ولاية بنسلفانيا تتلقى معلومات من نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS)، والمؤسسات المالية، وتقارير المستهلك، والوكالات الاتحادية والفرديّة؛ وذلك للتحقق من المعلومات التي أقدمها لها. سوف تُطلب المعلومات المتاحة من خلال (IEVS) والكيانات الأخرى، وتُستخدم، ويمكن التحقق منها عن طريق الاتصال العرضي، عندما تعثر الوكالة الاتحادية على تفاصيل متعارضة، وقد تؤثر مثل هذه المعلومات على أهلية أسرتي ومستوى المزايا.
 - أتفهم أنه بالتوقيع على هذا الطلب، فأنا أصرّح لأي مؤسسة مالية بالكشف، إلكترونياً أو بأي وسيلة أخرى، عن أي معلومات مالية تحتفظ بها تلك المؤسسة عني إلى قسم الخدمات الإنسانية أو وكيلها أو مقاولها المُعيّن؛ وذلك لتحديد الأصول والتحقق منها عند الحاجة، لتقرير الأهلية للمساعدة الطبية أو إعادة تقريرها. أتفهم أن المعلومات المالية تشمل الودائع، وعمليات السحب، وإغلاق الحسابات، وغير ذلك من المعلومات ذات الصلة المطلوبة أو المتلقاة من المؤسسة المالية، بما في ذلك المعاملات الأخرى التي تجريها المؤسسة المالية فيما يتعلق بالحساب أو الأصل. أتفهم أن هذا التصريح سار حتى تُرفض الأهلية للمساعدة الطبية أو تنتهي مدتها، أو إذا قررتُ إلغاءه بموجب إخطار كتابي يُقدّم إلى القسم، أيهما يحدث أولاً. أتفهم أنه في حالة إلغاء هذا التصريح، فهذا قد يجعلني أنا أو أسرتي غير مؤهلين للمساعدة الطبية.
 - أتفهم أنه في حالة تحريف الحقائق التي قد تؤثر على أهليتي للحصول على المزايا أو إخفاؤها أو حجبها، قد يُطلب مني سداد قيمة هذه المزايا، وقد تتم مقاضاتي وتجريدي من أهلية الحصول على بعض المزايا في المستقبل.
 - أتفهم أنه يمكنني تعيين ممثلًا مفوضًا، عبر إكمال القسم الخاص بالممثل المفوض وتقديمه مع هذا الطلب.
 - أتفهم وأوافق علي أنني مسؤول عن أي بيانات احتيالية أدلي بها في هذا الطلب، حتى لو كان الطلب مُقدم من شخص يتصرف نيابة عني.
 - استلمتُ نسخة من حقوقي ومسؤولياتي، وقرأتها أو قرأها لي شخصٌ، وأنا أتفهمها.
 - أتفهم أن المعلومات التي أُدرجت في هذا الطلب ستبقى سرّية ولن تُستخدم إلا لإدارة المزايا. أصرّح بالكشف عن المعلومات الشخصية والمالية والطبية بغرض تقرير الأهلية.
 - أتفهم أن أي تغييرات يُطلب مني الإبلاغ عنها يجب الإبلاغ عنها في غضون العشرة أيام الأولى من الشهر الذي يلي شهر التغيير.
 - أنا أفهم أن عليّ الإبلاغ عن أرباح اليانصيب والقمار.
 - أتفهم أنني سألتقى إخطارًا كتابيًا يوضح المزايا. في حالة رفض المزايا أو تغييرها أو تعليقها أو إيقافها، سيوضح السبب في الإخطار الكتابي.
 - أتفهم أنه سيكون لدي مدة 30 يومًا من تاريخ الإخطار، لطلب جلسة استماع إن لم أوافق على القرار الذي اتُخذ بشأن هذا الطلب.
 - أتفهم أن موقفي معتمدٌ على التحقق من أصحاب العمل والمصادر المالية والأطراف الثالثة الأخرى.
 - أتفهم أن مقدم الطلب يجب أن يُقدّم رقم ضمانه الاجتماعي أو يتقدم بطلب للحصول عليه إن لم يكن لديه رقم ضمان اجتماعي. يمكن استخدام هذا الرقم للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب.
 - أتفهم أن بطاقة "تحويل المزايا إلكترونيًا" (EBT)،
- أو بطاقة (ACCESS PA) لا تُستخدم إلا أثناء الفترة التي أكون فيها مؤهلاً. لا أستخدم بطاقة (EBT)، أو بطاقة (ACCESS PA) إلا للشخص المؤهل، ويمكنني الحصول على المزايا المطلوبة والمعقولة فقط.
- أتفهم أنه ليس من الضروري تقديم رقم الضمان الاجتماعي لأي شخص لا يتقدم بطلب للحصول على الرعاية الصحية. في حالة تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص به، فقد يُستخدم للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب.
 - أقرّ بأن جميع المعلومات التي أُدرجت صحيحة وتخضع لعقوبة الحنث باليمين.
 - أتفهم أن لي الحق في الحصول على شهادة تغطية معتمدة، للتحقق من تغطيتي الطبية. يحدد القانون الفدرالي متى تُرفض الرعاية الصحية أو متى تكون مقصورة على حالة موجود مسبقًا. إن سجّل في خطة صحية جماعية تستثني علاج حالة أعاني منها بالفعل، فقد أدفع مقابل الوقت الذي تلقيت فيه تغطية المساعدة الطبية.
 - أدرك أنه إذا تقرر أنني مؤهل لتلقي معونات برنامج المساعدات الطبية، فسوف أحصل على حزمة مزايا الرعاية الصحية الأكثر شمولاً المتوفرة لي؛ وأدرك أنه قد يُطلب مني التسجيل في خطة صحية؛ وأدرك أن التسجيل في خطة صحية قد يكون مجاناً أو بتكلفة منخفضة لي، لأن الإدارة تدفع رسوماً شهرية لتقديم الخطة الصحية لي. وأدرك أن الرسوم الشهرية عبارة عن مبلغ ثابت على الفرد الواحد. وأدرك أنه إذا تلقيت معونات من برنامج المساعدات الطبية وأنا لست مؤهلاً للحصول عليها، بسبب الخطأ أو الاحتيال أو أي سبب آخر، فقد يُطلب مني أن أسدد للإدارة كل الرسوم الشهرية التي دفعتها الإدارة لي.
 - أتفهم أنه إن كان بعض/كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للحصول على المساعدة الطبية، فقد يكونوا مؤهلين للاشتراك في برنامج CHIP. إن كان الوضع هكذا، فإنني أصرّح لقسم الخدمات الإنسانية بإعطاء اسمي ومعلوماتي الواردة في هذا الطلب لقسم التأمين أو مقاول لدى برنامج CHIP. أتفهم حقوقي ومسؤولياتي طبقاً لبرنامج CHIP.
 - أتفهم أنه إن كان بعض/كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للحصول على الرعاية الصحية من خلال القسم، فقد يكونوا مؤهلين للحصول على مزايا فيدرالية و/أو استعراض خيارات الرعاية الصحية الخاصة من خلال سوق التأمين الصحي. إن كان الوضع هكذا، فإنني أصرّح للقسم بإعطاء اسمي ومعلوماتي الواردة في هذا الطلب لبرنامج Marketplace للتأمين الصحي. أتفهم حقوقي ومسؤولياتي طبقاً لبرنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي.
- برنامج CHIP**
- حقوقك هي:**
- السرية - ستبقى جميع البيانات الواردة في هذا الطلب سرّية. سيتم تشارك هذا الطلب فقط مع البرامج الحكومية التي تتقدم لها و/أو قد تكون مؤهلاً لها، مثل برنامج المساعدات الطبية Medical Assistance وبرنامج Health Insurance Marketplace لتقديم أقساط التأمين الصحي.
 - تعيين ممثل شخصي - يمكنك اختيار شخص آخر لتلقي المعلومات الصحية الخاصة بك أو بطفلك/ أطفالك القُصّر، وذلك بإكمال بيانات نموذج تعيين ممثل شخصي.
 - شهادة التغطية المعتمدة Creditable Coverage - عندما تترك البرنامج، سوف تستلم شهادة تغطية معتمدة لتأكيد التغطية الطبية، إن كنت مؤهلاً.
 - الإخطار الكتابي - ستتسلم إخطاراً كتابياً يوضح موقفك من الأهلية.
 - تقديم التماس - يمكنك التماس مراجعة مُنصفة إن كنت لا توافق على أي قرار



قد تُتخذ بشأن هذا الطلب، بشرط تقديم الالتماس في غضون ٣٠ يومًا من صدور القرار.

مسؤولياتك هي:

- قراءة هذا الطلب وفهمه فهماً كاملاً.
- تقديم معلومات حقيقية وصحيحة وكاملة، وفهم أن هناك عقوبات مترتبة على تقديم معلومات كاذبة عن علم؛ وهي جريمة خطيرة وتعد احتيالاً على التأمين.
- المساعدة في مراجعة هذا الطلب، والتي قد تشمل المقابلات الشخصية ومراجعة السجلات الصحية.
- العلم أن بعض المعلومات قد تخضع للتحقق من أصحاب العمل والمصادر المالية والأطراف الثالثة الأخرى.
- تقديم إثبات الهوية والمواطنة الأمريكية إن لم يتم الحصول على هذه المعلومات من خلال هذا عملية معالجة الطلب هذه.
- تقديم إثبات على الوضع القانوني للهجرة، وذلك بتقديم وثائق من دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية، إن كنت تتقدم بطلب من أجل شخص ليس من مواطني الولايات المتحدة.
- الإبلاغ عن جميع التغييرات المتعلقة بأسرتك، بما في ذلك الدخل والعنوان ورقم الهاتف، فور حدوثها.

أتفهم أنه:

- إن كان بعض/ كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للمشاركة ببرنامج CHIP، فقد يكونوا مؤهلين لبرنامج المساعدات الطبية. إن كان الوضع هكذا، فإنني أُصرِّح لقسم التأمين بتقديم أي معلومات توجد في هذا الطلب إلى قسم الخدمات الإنسانية. أتفهم حقوقي ومسؤولياتي طبقاً للمساعدة الطبية.
- إن كان بعض/ كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للمشاركة ببرنامج CHIP، فقد يكونوا مؤهلين للمزايا الفدرالية و/أو استكشاف خيارات الرعاية الصحية الخاصة من خلال برنامج Health Insurance Marketplace للرعاية الصحية. إن كان الوضع هكذا، فإنني أسمح للقسم بتقديم أي معلومات واردة في هذا الطلب إلى برنامج Health Insurance Marketplace للرعاية الصحية. أتفهم حقوقي ومسؤولياتي طبقاً لبرنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي.
- إن تقرر أن طفلي مؤهل أو مُسجَّل للحصول على مزايا الرعاية الصحية لموظفي الولاية من وكالة عامة وأن الوكالة ستدفع جزءاً ولو صغيراً من المزايا أو تكاليف الأقساط، فإن طفلي غير مؤهل لبرنامج CHIP. إن كان الوضع هكذا، وكان طفلي يحصل على مزايا برنامج CHIP، فقد يتم إنهاء مزايا برنامج CHIP لطفلي بأثر رجعي.

برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي:

- أقرُّ بأن جميع المعلومات التي أُدرجت صحيحة وتخضع لعقوبة الحنث باليمين. أعلم أنني قد أخضع للعقوبات بموجب القانون الفدرالي إن قدمت معلومات خاطئة و/ أو غير صحيحة عن علم.
- أعلم أنني يجب أن أخبر برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي إن كان أي شيء قد تغيَّر (أو اختلف) عمَّا كتبتَه في هذا الطلب. يمكنني

زيارة الموقع الإلكتروني www.HealthCare.gov أو الاتصال على 1-800-318-2596 للإبلاغ عن التغييرات. أتفهم أن أي تغيير في معلوماتي قد يؤثر على أهلية أي فرد (أفراد) من أسرتي المعيشية.

• أعلم أنه بموجب القانون الفدرالي، لا يُسمح بالتمييز بسبب الأصل العرقي أو اللون أو الأصل القومي أو النوع أو السن أو الميول الجنسية أو الهوية الجنسية أو الإعاقة. يمكنني تقديم شكوى بسبب التمييز، من خلال زيارة الموقع الإلكتروني www.hhs.gov/ocr/office/file.

• أؤكد أن كل من يقدِّمون هذا الطلب للحصول على التأمين الصحي ليس من بينهم شخص محتجز (محبوساً أو مسجوناً).

في حال كان الأمر كذلك، إن _____ محتجز.

(اذكر اسم الشخص)

• تجديد التغطية في السنوات المقبلة: لتسهيل تقرير أهليتي للحصول على المساعدة من أجل دفع تكاليف التغطية الصحية في السنوات المقبلة، أوافق على السماح لبرنامج Marketplace باستخدام بيانات الدخل الخاصة بي، بما في ذلك معلومات الإقرارات الضريبية. سيرسل لي برنامج Marketplace إخطاراً، للسماح لي بإجراء أي تغييرات، ويمكنني إلغاء الاشتراك في أي وقت.

نعم، جدد أهليتي تلقائياً لمدة:

(ضع علامة بجوار أحد الاختيارات)

خمس سنوات (الحد الأقصى لعدد السنوات المسموح بها)

أربع سنوات

ثلاث سنوات

سنتان

سنة واحدة

لا تستخدم معلومات الإقرارات الضريبية لتجديد تغطيتي.

