



## طلب سداد أقساط الرعاية الطبية والتأمين المشترك، والاقطاعات

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.

This is an application for payment of your Medicare premiums, Coinsurance and Deductibles. If you need this application in a different language or someone to interpret, please contact your local county assistance office, CAO. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud para el pago de su Cobertura de Salud y/o primas de Medicare. Si necesita esta solicitud en otro idioma o servicios de interpretación, comuníquese con su oficina de asistencia del condado (CAO, por sus siglas en inglés) local. La asistencia para comunicarse en otro idioma se proporcionará gratuitamente.

Đây là một đơn xin thanh toán phí bảo hiểm, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ của chương trình Medicare của quý vị. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng một ngôn ngữ khác hoặc cần người phiên dịch, vui lòng liên hệ văn phòng hỗ trợ của hạt tại địa phương (CAO). Việc hỗ trợ về ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

នេះគឺជាពាក្យសុំសំរាប់ការបង់ប្រាក់ចំណាយលើវិទ្ធិធានារ៉ាប់រង Medicare ធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា និងការដកហូតយកធានារ៉ាប់រង ។ ប្រសិនបើ លោកអ្នកត្រូវការពាក្យសុំ នេះជាភាសាផ្សេង ឬ ត្រូវការនរណាម្នាក់ឱ្យជួយបកប្រែជូនលោកអ្នក សូមទាក់ទងមកកមិយាល័យជំនួយប្រចាំប្រទេស, CAO ។ ចំពោះជំនួយខាងវិទ្ធិកភាសានិងត្រូវបានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយព្រឹត្តិទ្រព្យ ។

Данный документ является заявлением на оплату страховых премий программы Medicare, совместного страхования и нестрахуемого минимума. Если это заявление необходимо вам на другом языке, или если вам требуются услуги переводчика, обратитесь в местный окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения (County assistance office, CAO). Услуги переводчика будут предоставлены вам бесплатно.

这是用于支付您医疗 (Medicare) 保险费用、共负保险额和自负额的申请书。如果您需要另一语言版本的申请书，或者需要他人加以解释，请与您当地的县援助办公室 (CAO) 联系。将免费提供语言援助。

هذا طلب لسداد أقساط الرعاية الطبية والتأمين والاقطاعات الخاصة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الطلب بلغة مختلفة أو إلى شخص لترجمته فوري، يرجى الاتصال بمكتب المعونة المحلي في مقاطعتك CAO ستقدم المساعدة اللغوية مجانًا.

## معلومات عن تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك

### المستفيدون المؤهلون من الرعاية الطبية (QMB)

- يمكنك من سداد الجزء أ من قسط الرعاية الطبية (إذا كنت بحاجة لسداد القسط بنفسك)، والجزء ب من أقساط الرعاية الطبية، والاقطاعات وتكاليف التأمينات المشتركة (المدفوعات المشتركة) الخاصة بالرعاية الطبية. لا يمكن أن يتجاوز الدخل الشهري نسبة 100% من الإرشادات الفيدرالية المحددة للأفراد ذوي الدخل الفقير. بينما تكون حدود الموارد أعلى من معظم برامج المساعدات الطبية الأخرى. اتصل بمكتب المساعدات بالمقاطعة أو مركز خدمة العملاء (CSC) على رقم 1-877-395-8930 للتعرف على حدود الموارد الحالية. للقاطنين في ولاية فيلادلفيا يرجى الاتصال برقم 1-215-560-7226.

- المستفيدون المؤهلون من الرعاية الصحية قد يكونوا مؤهلين أيضًا لمزايا رعاية طبية متكاملة (بما في ذلك توفير وسيلة نقل لحضور المواعيد الطبية) مع سداد أقساط الرعاية الطبية. حدود الموارد تعادل 2000 دولار أمريكي للفرد/3000 دولار أمريكي لشخصين متزوجين.

حتى في حالة اكتسابك وعدم اكتسابك دخل وموارد أعلى من الحدود، ينبغي عليك تقديم طلب لأنه لا يجري احتساب كافة أشكال الدخل. بعض الموارد المحددة مثل المنزل الذي تعيش فيه لا يجري احتسابها. قد تتغير حدود الدخل كل عام.

ستجري مراجعة طلبك لسداد الجزء ب من أقساط الرعاية الطبية خلال الثلاثة أشهر المنصرمة.

### هل ينبغي على تقديم طلب؟

نعم، ينبغي عليك تقديم طلب. كل شخص يتمتع بالحق في تقديم الطلب ومدعو إلى التقدم بالطلب.

### ما هي المزايا؟

هناك العديد من المزايا المختلفة، اعتمادًا على دخلك ومواردك، قد تكون مؤهلاً للحصول على مزايا من خلال إحدى الفئات التالية:

### مزايا الأشخاص المؤهلين (QI)

- يمكنك من سداد الجزء ب من قسط الرعاية الطبية. لا يمكن أن يتجاوز الدخل الشهري نسبة 135% من الإرشادات الفيدرالية المحددة للأفراد ذوي الدخل الفقير بينما تكون حدود الموارد أعلى من معظم برامج المساعدات الطبية الأخرى. اتصل بمكتب المساعدات بالمقاطعة أو مركز خدمة العملاء (CSC) على رقم 1-877-395-8930 للتعرف على حدود الموارد الحالية. للقاطنين في ولاية فيلادلفيا يرجى الاتصال برقم 1-215-560-7226.

### المستفيدون المحددون من الرعاية الطبية من ذوي الدخل المنخفض (SLMB)

- يمكنك من سداد الجزء ب من قسط الرعاية الطبية. لا يمكن أن يتجاوز الدخل الشهري نسبة 120% من الإرشادات الفيدرالية المحددة للأفراد ذوي الدخل الفقير بينما تكون حدود الموارد أعلى من معظم برامج المساعدات الطبية الأخرى. اتصل بمكتب المساعدات بالمقاطعة أو مركز خدمة العملاء (CSC) على رقم 1-877-395-8930 للتعرف على حدود الموارد الحالية. للقاطنين في ولاية فيلادلفيا يرجى الاتصال برقم 1-215-560-7226.





# طلب سداد أقساط الرعاية الطبية والتأمين المشترك، والاقطاعات

كيف يمكنني تقديم طلب؟

استكمل هذا الطلب. اقرأ نموذج الطلب بأكمله بما فيه التعليمات. يرجى كتابة إجاباتك على الأسئلة الموجودة بالطلب. إذا كنت بحاجة للمساعدة في الإجابة على الأسئلة، اتصل بمكتب المساعدات المحلي بالمقاطعة لديك، أو CAO، أو على خط المساعدة على رقم **1-800-842-2020** (إذا كنت تعاني من ضعف السمع، اتصل بأجهزة الاتصال عن بعد الخاصة بالأشخاص الصم على **1-800-451-5886**).

يمكنك تقديم الطلب عبر الإنترنت على موقع [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us)، أو عن طريق البريد، أو عن طريق زيارة مكتب المساعدات بالمقاطعة لديك.

ما هي جهة إرسال الطلب؟

عقب استكمال ملء الطلب، أرسله إلى مكتب المساعدات بالمقاطعة لديك. اتصل بمركز خدمة العملاء على رقم **1-877-395-8930** لمعرفة العنوان الصحيح. للقاطنين في ولاية فيلادلفيا يرجى الاتصال على **1-215-560-7226**.

كم من الوقت سيستغرق معرفة ما إذا تم

اعتباري مؤهلاً؟ يجب أن يستغرق ذلك 30 يوماً. في حالة الحاجة لمزيد من المعلومات، يمكن أن تستغرق هذه العملية حتى 45 يوماً.

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

PROVIDER USE ONLY				
PROVIDER NAME		PROVIDER NUMBER		
<input type="checkbox"/> INPATIENT	<input type="checkbox"/> OUTPATIENT	<input type="checkbox"/> EMERGENCY		
<input type="checkbox"/> NON-APPLICABLE				
COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE				
<input type="checkbox"/> MAIL	<input type="checkbox"/> WALK-IN	FILE CLEAR BY DATE	SCREEN BY DATE	
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG #	DATE STAMP	CAT
WORKER I.D.	CASELOAD	RECORD NUMBER	2ND DATE	CAT
NAME				
APPOINTMENT DATE/TIME				AM PM
<input type="checkbox"/> APPLICATION		<input type="checkbox"/> RENEWAL		
AUTHORIZED		NOT AUTHORIZED		
DATE				
BY				
CAT				
REASON CODE				

## يرجى كتابة كل المعلومات

**السؤال 1 - أخبرنا عن نفسك، كمقدم للطلب:** نحتاج لجمع معلومات عنك كشخص يتقدم بطلب للحصول على المزاي.

Office Use Line # رقم استخدام المكتب	الاسم (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)	الابن/الأب/الخ.	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام)	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	رقم الضمان الاجتماعي	
رقم المطالبة الخاص بالرعاية الطبية	هل أنت مواطن أمريكي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	بطاقة هوية تسجيل غير المواطنين	هل لديك بطاقة PA Access Card صادرة من ولاية بنسلفانيا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	العلاقة نفسه		
الاصلي العرقي (اختياري)	قد يتوافق الأشخاص مع أكثر من مجموعة عرقية. ضع علامة على كافة ما ينطبق. لن تتأثر المزاي التي تحصل عليها في حالة عدم إجابتك.	1 شخص أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/>	2 شخص من أصول إسبانية <input type="checkbox"/>	3 من الهنود الأمريكيين أو من سكان الأسكا الأصليين <input type="checkbox"/>	4 من أصول آسيوية <input type="checkbox"/>	5 أبيض (ليس شخصاً من أصول إسبانية) <input type="checkbox"/>
6 أخرى <input type="checkbox"/>	7 من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/>	الحالة الزوجية	متزوج <input type="checkbox"/>	متزوج عرفي <input type="checkbox"/>	مطلق/مطلقة <input type="checkbox"/>	أرمل/أرملة <input type="checkbox"/>
العنوان المنزلي (متضمناً اسم الشارع، رقم الشقة، المدينة، الولاية، المقاطعة والرمز البريدي + 4)		رقم الهاتف				
العنوان البريدي (متضمناً اسم الشارع، رقم الشقة، المدينة، الولاية، المقاطعة والرمز البريدي + 4)						
البلدة أو البلدية		المنطقة التعليمية				



**سؤال 2 - أخبرنا عن زوجك/زوجتك إذا كان يعيش/تعيش معك.** لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً، نحن بحاجة لمعرفة معلومات حول زوجك/زوجتك الذي/التي يعيش/تعيش معك.

هل تتقدم بطلب لزوجك/زوجتك؟  نعم  لا

رقم المطالبة الخاص بالرعاية الطبية	رقم الضمان الاجتماعي	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام)	الابن/الأب/الخ.	الاسم (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)	Office Use Line # رقم استخدام المكتب
العلاقة		هل لدى الزوج/الزوجة بطاقة Access Card صادرة من ولاية بنسلفانيا؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		بطاقة هوية تسجيل غير المواطنين		هل الزوج/الزوجة مواطن/مواطنة أمريكي/أمريكية؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
<p><b>الزوج / الزوجة</b></p> <p>قد يتوافق الأشخاص مع أكثر من مجموعة عرقية. ضع علامة على كافة ما ينطبق. لن تتأثر المزايا التي تحصل عليها في حالة عدم إجابتك.</p> <p><b>الأصل العرقي (اختياري)</b></p> <p>1 شخص أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/></p> <p>2 شخص من أصول إسبانية <input type="checkbox"/></p> <p>3 من الهنود الأمريكيين أو من سكان الاسكا الأصليين <input type="checkbox"/></p> <p>4 من أصول آسيوية <input type="checkbox"/></p> <p>5 أبيض (ليس شخصاً) <input type="checkbox"/></p> <p>6 أخرى <input type="checkbox"/></p> <p>7 من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/></p>						

**سؤال 3 - الأطفال دون عمر 21 عاماً.** نحن بحاجة لمعرفة ما إذا كان هناك أطفال دون عمر 21 عاماً يعيشون معك.

هل لديك أطفال دون عمر 21 عاماً يعيشون معك؟  نعم  لا

رقم المطالبة الخاص بالرعاية الطبية	رقم الضمان الاجتماعي	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام)	الابن/الأب/الخ.	الاسم (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)	Office Use Line # رقم استخدام المكتب
العلاقة		هل هذا الشخص مواطن/مواطنة أمريكي/أمريكية؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		بطاقة هوية تسجيل غير المواطنين		
<p><b>الأصل العرقي (اختياري)</b></p> <p>1 شخص أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/></p> <p>2 شخص من أصول إسبانية <input type="checkbox"/></p> <p>3 من الهنود الأمريكيين أو من سكان الاسكا الأصليين <input type="checkbox"/></p> <p>4 من أصول آسيوية <input type="checkbox"/></p> <p>5 أبيض (ليس شخصاً) <input type="checkbox"/></p> <p>6 أخرى <input type="checkbox"/></p> <p>7 من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/></p>						

رقم المطالبة الخاص بالرعاية الطبية	رقم الضمان الاجتماعي	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام)	الابن/الأب/الخ.	الاسم (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)	Office Use Line # رقم استخدام المكتب
العلاقة		هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		بطاقة هوية تسجيل غير المواطنين		
<p><b>الأصل العرقي (اختياري)</b></p> <p>1 شخص أسود أو من الأمريكيين ذوي أصول أفريقية <input type="checkbox"/></p> <p>2 شخص من أصول إسبانية <input type="checkbox"/></p> <p>3 من الهنود الأمريكيين أو من سكان الاسكا الأصليين <input type="checkbox"/></p> <p>4 من أصول آسيوية <input type="checkbox"/></p> <p>5 أبيض (ليس شخصاً) <input type="checkbox"/></p> <p>6 أخرى <input type="checkbox"/></p> <p>7 من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/></p>						

**سؤال 4 - الخدمة العسكرية. في الولايات المتحدة.**

هل يخدم أي شخص في جيش الولايات المتحدة، أو سبق له الخدمة في جيش الولايات المتحدة؟

نعم  لا

هل أي شخص يعتبر أرمل/أرملة، أو زوج/زوجة، أو طفل (دون عمر 18 عاماً) لأي شخص يخدم في جيش الولايات المتحدة، أو سبق له الخدمة في جيش الولايات المتحدة؟

نعم  لا

تواريخ الخدمة:	أفرع الجيش الأمريكي (على سبيل المثال: القوات البرية، القوات البحرية، قوات المارينز، القوات الجوية، حرس الحدود)	بيانات الشخص الذي سبق له الخدمة بالجيش



## سؤال 5 - تسجيل الناخبين.

### 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 عاماً 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 يوماً 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 بالوحدة المركزية إن كنت ترغب في المساعدة. إن كنت تعتقد أن شخصاً 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 Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (رقم الهاتف المجاني 1-877-VOTESPA)

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

<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 ___/___/___

**سؤال 6 - الدخل.** نحن نرغب في معرفة معلومات حول دخلك ودخل زوجك/ زوجتك. قم بإدراج دخل الأطفال دون عمر 21 عاماً. لا يجري احتساب كافة أشكال الدخل. على سبيل المثال، نحن نتجاهل 20 دولار أمريكي على الأقل من الدخل ولدينا اقتطاعات أخرى يمكن تفعيلها. قم بإدراج قيمة الدخل قبل خصم الاقتطاعات (مثل الضرائب أو التأمين). (قم برفاق المزيد من الورق عند الضرورة).

نعم  لا

هل أي شخص بما في ذلك أحد الأزواج أو الأطفال لديه دخل؟

في حالة الإجابة بنعم، قم بإدراج أي دخل قد تلقينته بالفعل هذا الشهر أو تتوقع أن تتلقاه هذا الشهر.

- |                          |                             |                                   |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| • عوائد أو فوائد         | • الغرفة والإعاشة           | • أجور                            |
| • دعم التعاون            | • أموال مُخصصة للتدريب      | • سداد قيمة الاشتراك النقابي      |
| • الضمان الاجتماعي       | • عمولات                    | • مساعدات المرض                   |
| • معاشات التقاعد         | • دخل الضمان التكميلي (SSI) | • تعويض البطالة أو تعويضات العمال |
| • غير ذلك (يرجى التحديد) | • صاحب مهنة حرة             | • إيجار                           |

الاسم	نوع/ مصدر الدخل	كم تبلغ	كم عدد المرات؟
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	



**سؤال 7 - نفقات الدخل.** يضطر بعض الأشخاص لدفع نفقات للحصول على دخلهم. هذا السؤال يستوضح عما إذا اضطر أي أشخاص إلى الدفع مقابل أشياء مثل نفقات العمل ذات الصلة بالإعاقة، أتعاب الحمامة، أو تكاليف المحكمة، أو وسائل النقل للحصول على الدخل الذي تم إدراجه في السؤال رقم 6.

هل قام أي شخص بما في ذلك أحد الأزواج أو الأطفال بدفع نفقات مثل أتعاب الحمامة، ورسوم البنك، وتكاليف وسائل النقل، ونفقات العمل ذات الصلة بالإعاقة لكي يحصل على دخله؟  
 نعم  لا

في حالة دفع أي شخص مقابل تلك النفقات، قم بإدراجها هنا.

كم عدد المرات؟	كم المبلغ؟	نوع النفقة	على من تقع هذه النفقة؟
	\$		
	\$		
	\$		

**سؤال 8 - الموارد.** في هذا السؤال، نحن نرغب معرفة موارد كل شخص. الموارد هي الأصول أو المدخرات التي قد تملكها. يرجى العلم بأنه لا يجري احتساب كافة الموارد عند تحديد الأهلية. على سبيل المثال، نحن لا نحتسب المنزل الذي تعيش فيه. اختر نعم أو لا لكل مورد تم إدراجه. لكل إجابة بنعم، عند إشارتك إلى أنك أو شخص آخر تمتلك مورد ما، استخدم المساحة الموجودة بالجدول لإخبارنا المزيد عن هذا المورد.

هل أي شخص بما في ذلك أحد الأزواج أو الأطفال لديه أي من الموارد التالية؟

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	نقدية حاضرة في اليد (01)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ملكية لغير المقيمين (98)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	أوراق مالية أو سندات (05)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	حساب ادخار (02)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مقابر لدفن الموتى، مدخرات أو أماتات (97)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	أرصدة مودعة (06)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	حساب جاري (03)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	سندات ادخار في الولايات المتحدة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	حساب التقاعد الفردي، حساب تقاعد كيو، أو خطة تقاعد أخرى (27)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	شهادة إيداع (26)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	حساب Christmas Club أو حساب Vacation Club (04)		

من يمتلك هذا المورد؟	النوع والمكان/المؤسسة المالية	رقم الحساب	القيمة الحالية
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

**سؤال 9 - المركبات.** في هذا السؤال، نحن نرغب معرفة معلومات عن أي مركبات. يرجى العلم بأنه لا يجري احتساب كافة المركبات عند تحديد الأهلية. على سبيل المثال، نحن لا نحتسب السيارة الأولى.

هل أي شخص بما في ذلك الأزواج أو الأطفال يمتلك أو يبيع سيارة، أو شاحنة، أو دراجة بخارية؟  
 نعم  لا

من يمتلك هذه المركبة؟	سنة التصنيع، والشركة المصنعة، والطراز	هل المركبة مرخصة؟	المبلغ الممتلك
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$



**سؤال 10 - التأمين على الحياة.** في هذا السؤال، نحن نرغب معرفة معلومات عن أي بوالص تأمين على الحياة مع قيمتها الاسمية والنقدية، بالقدر الذي يمكنك من معرفة هذه المعلومات.

هل أي شخص بما في ذلك أحد الأزواج أو الأطفال لديه بوليصة تأمين على الحياة؟  
في حالة الإجابة بنعم، الرجاء ملء هذا القسم إلى أقصى حد علمك واعتقادك. من المقبول ألا تكون لديك كافة المعلومات.

لا  نعم

من يمتلك هذه البوليصة؟	شركة التأمين	رقم البوليصة	القيمة الاسمية	القيمة النقدية	ما الذي تشمله التغطية؟
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	

**سؤال 11 - التأمين الطبي.** في هذا السؤال، نحن نرغب معرفة معلومات عن وسائل التغطية الطبية الأخرى لديك، إن وجدت.

هل أي شخص بما في ذلك أحد الأزواج أو الأطفال لديه أي تغطية طبية، بما في ذلك الرعاية الطبية أو تغطية مُشتراة بمعرفة شخص آخر؟ في حالة الإجابة بنعم، قم باستكمال المعلومات التالية مع توفير نسخة من البطاقة، و/أو إخطار دفع قسط التأمين.

لا  نعم

شركة التأمين	رقم البوليصة	ما الذي تشمله التغطية؟	قسط التأمين	كم عدد المرات؟

**سؤال 12 - التغييرات على الدخل أو الموارد.** في حالة قيامك أو قيام زوجك/زوجتك بتسديد الجزء ب من أقساط الرعاية الطبية خلال أي شهر من الشهور الثلاثة الماضية قد تحصل على استرداد لتلك المدفوعات.

الرجاء إخبارنا إذا ما كان هناك تغييراً في الدخل أو الموارد خلال الأشهر الثلاثة الماضية.

لا، لم يكن هناك تغييراً.

نعم، هناك تغييراً في الدخل أو الموارد. يرجى الشرح:



**سؤال 13 - التحقق.** سوف نحتاج إلى إثبات للمعلومات التي قدمتها لمعالجة طلبك. في حالة عدم قدرتك على الحصول على إثبات للمعلومات، سيقوم مكتب المساعدات بالمقاطعة بمساعدتك.

ضع علامة هنا في حالة حاجتك للمساعدة في الحصول على إثبات لعنوانك، ودخلك، و/أو مواردك.

هل لديك نسخ من المعلومات التي قدمتها؟  نعم  لا

الرجاء إرسال نسخ من المستندات - وليس المستندات الأصلية	
الوصف (اذكر مصدرًا واحدًا فقط)	رخصة قيادة، جواز السفر، بطاقة هوية بصورة ضوئية.
وضع الشخص الأجنبي (فقط إذا كان الشخص ليس من مواطني الولايات المتحدة)	مستندات الهجرة الأحدث.
الدخل	إيصالات الدفع، أو إثبات المعاش، أو إشعار الأهلية المالية للحصول على تعويض البطالة، أو نماذج الضرائب، أو غيرها من سجلات الدخل من الأعمال الحرة، أو نسخ من الشيكات أو كشوفات الحسابات الصادرة من مصادر الدخل.
الموارد	كشوف الحساب البنكية، بوالص التأمين، إشعارات التقييم الضريبي.

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 المزاي.

• 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، إلى قسم الخدمات الإنسانية أو وكيلها أو مقاولها المُعيّن؛ وذلك لتحديد الأصول والتحقق منها عند الحاجة، لتقرير الأهلية للمساعدة الطبية أو إعادة تقريرها (Medical Assistance). 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 يتم الحرمان من الأهلية للمساعدة الطبية (Medical Assistance) 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 مؤهل للمساعدة الطبية (Medical Assistance).

• أتفهم أنه في حالة تحريف الحقائق التي قد تؤثر على أهليتي للحصول على المزاي أو إخفاؤها أو حجبها، قد يُطلب مني سداد قيمة هذه المزاي، وقد تتم مقاضاتي وتجريدي من أهلية الحصول على بعض المزاي في المستقبل.

• أتفهم أنه يمكنني تعيين ممثلًا مفوضًا، وذلك 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.

• أتفهم أن المعلومات التي أدرجت في هذا الطلب ستبقى سرّية ولن تُستخدم لإدارة المزاي. أصرّح بالكشف عن المعلومات الشخصية والمالية والطبية بغرض تقرير الأهلية.

• أتفهم أن أي تغييرات يُطلب مني الإبلاغ عنها يجب الإبلاغ عنها في غضون 10 عشرة أيام الأولى من الشهر الذي يلي شهر التغيير.

• أتفهم أنني سألتقى إخطارًا كتابيًا يوضح المزاي، في حالة الحرمان من المزاي 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 معتمد على التحقق من أصحاب العمل والمصادر المالية والأطراف الثالثة الأخرى.

• أتفهم أن مقدّم 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 المزاي إلكترونيًا" (EBT)، أو بطاقة (PA ACCESS) لا تُستخدم إلا أثناء الفترة التي أكون فيها مؤهلاً. لا أستخدم بطاقة (EBT)، أو بطاقة (PA ACCESS) إلا للشخص المؤهل، ويمكنني الحصول على المزاي 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 أدرجت 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 سجّلْتُ في خطة صحية جماعية تستثني علاج حالة أعاني منها بالفعل، فقد أُدفع مقابل الوقت الذي تُلقيت فيه تغطية المساعدة الطبية.

• أدرك أنه إذا تقرر أنني مؤهل لتلقي معونات برنامج المساعدات الطبية، فسوف أُحصل على حزمة مزاي 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 تُلقيت معونات من برنامج المساعدات الطبية وأنا لست مؤهلاً للحصول عليها، بسبب الخطأ أو الاحتيال أو أي سبب آخر، فقد يُطلب مني أن أسدّد 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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP). إن كان الوضع هكذا، فإنني أصرّح لقسم الخدمات الإنسانية بإعطاء اسمي ومعلوماتي الواردة في هذا الطلب لقسم التأمين أو مقاول لدى برنامج التأمين الصحي على الأطفال (CHIP). أتفهم حقوقي ومسؤولياتي طبقاً لبرنامج التأمين الصحي على الأطفال (CHIP).

• أتفهم أنه إن كان بعض/كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للحصول على الرعاية الصحية من خلال القسم، فقد يكونوا مؤهلين للحصول على مزاي 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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)

حقوقك هي:

• السريّة - ستبقى جميع البيانات الواردة في هذا الطلب سرّية. لن يشارك هذا الطلب إلا 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 القاصر، وذلك بإكمال بيانات نموذج تعيين ممثل شخصي.

• شهادة التغطية المعتمدة Creditable Coverage - عندما تترك البرنامج، سوف تستلم شهادة تغطية معتمدة للتحقق من التغطية الطبية، إن كنت مؤهلاً.

• الإخطار الكتابي - ستتسلّم إخطارًا كتابيًا يوضح موقفك من الأهلية.

• تقديم التماس - يمكنك التماس مراجعة مُنصفة إن كنت لا توافق على أي قرار قد اتُخذ بشأن هذا الطلب، بشرط تقديم الالتماس في غضون 30 يومًا من صدور القرار.



مسؤولياتك هي:

- قراءة هذا الطلب وفهمه فهماً كاملاً.
- تقديم معلومات حقيقية وصحيحة وكاملة، وفهم أن هناك عقوبات مرتبة على تقديم معلومات كاذبة عن علم: وهي جريمة خطيرة وتعد احتمالاً 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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)، فقد يكونوا مؤهلين لبرنامج المساعدات الطبية (Medical Assistance). 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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)، فقد يكونوا مؤهلين للمزايا الفدرالية و/أو استعراض خيارات الرعاية الصحية الخاصة من خلال برنامج Health Insurance Marketplace للرعاية الصحية. إن كان الوضع هكذا، فإنني أُصرِّح للقسم بتقديم أي معلومات وارده 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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP). إن كان الوضع هكذا، وكان طفلي يحصل على مزايا برنامج التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)، فقد يتم إنهاء مزايا برنامج CHIP لطفلي بأثر رجعي.

برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي:

- أقرُّ بأن جميع المعلومات التي أدرجت 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 يغيَّر (ويختلف عن) ما كتبت في هذا الطلب. يمكنني زيارة الموقع الإلكتروني [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) أو الاتصال على 1-800-318-2596 للإبلاغ عن أي تغييرات. أتفهم أن أي تغيير في معلوماتي قد يؤثر على أهلية أي فرد (أفراد) من أسرتي المعيشية.

- أشهد بأنني، بقدر علمي، أتفهم حقوقي ومسؤولياتي، وأن المعلومات الواردة في هذا الطلب كاملة وحقيقية وتخضع لعقوبة الحنث باليمين. أشهد أيضاً بأن تقديم معلومات خاطئة أو غير مكتملة في هذا الطلب عن علم يُعد احتيالياً 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 التأمين الصحي على الأطفال (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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)، إن كان أي من المتقدمين مؤهلاً للمشاركة ببرنامج التأمين الصحي على الأطفال (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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)، والمساعدة الطبية (Medical Assistance)، Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي.
- أقرّ بأن الشخص (الأشخاص) الذين أتقدم بطلب من أجلهم هم من مواطني الولايات المتحدة أو من الأجانب المقيمين في وضع هجرة قانوني.

X

توقيع مُقدم الطلب أو الشخص الذي ينوب عنه

التاريخ

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 نيابةً عنك. هذا الشخص يسمّى "ممثلاً مفوضاً". متى أردت في أي وقت تغيير ممثلك المفوض، اتصل بمكتب المساعدات المحلي بالمقاطعة. إن كنت ممثلاً قانونياً لصاحب الطلب، فيمكنك تقديم إثبات عوضاً 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 (✓):
		( )	<input type="checkbox"/> هاتف المنزل <input type="checkbox"/> هاتف العمل <input type="checkbox"/> الهاتف الخليوي
العنوان (الشارع، ورقم الشقة، والمدينة، والولاية، والرقم البريدي + 4):			
اسم الممثل المفوض:	<input type="checkbox"/> مُقدم الرعاية	<input type="checkbox"/> وصي قانوني	<input type="checkbox"/> جهة اتصال أساسية
	<input type="checkbox"/> عضو بفريق الدعم	<input type="checkbox"/> ممثل	<input type="checkbox"/> وكيل
	<input type="checkbox"/> منفذ وصية حياتية		
عن طريق التوقيع، أنت تسمح لهذا الشخص بالتوقيع على طلبك، والحصول على معلومات رسمية حول هذا الطلب، والتصرف نيابة عنك في جميع المسائل المستقبلية مع هذه الوكالة.			
توقيع مُقدم الطلب		التاريخ	

تأكد من توقيع هذا الطلب وتأريخه وإرفاق المستندات المطلوبة.

المساعدة الطبية

- للحصول على الرعاية الصحية. في حالة تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص به، فقد يُستخدم للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب.
  - أقر 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 تستثني علاج حالة أعاني منها بالفعل، فقد أُدفع مقابل الوقت الذي تُلقيت 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 تُلقيت 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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP). إن كان الوضع هكذا، فإنني أُصرح لقسم الخدمات الإنسانية بإعطاء اسمي ومعلوماتي الواردة في هذا الطلب لقسم التأمين أو مقالول لدى برنامج التأمين الصحي على الأطفال (CHIP). أتفهم حقوقي ومسؤولياتي طبقاً لبرنامج التأمين الصحي على الأطفال (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 أُصرح للقسم بإعطاء اسمي ومعلوماتي الواردة في هذا الطلب لبرنامج Marketplace للتأمين الصحي. أتفهم حقوقي ومسؤولياتي طبقاً لبرنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي.
- برنامج التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)**
- حقوقك هي:**
- السرية - ستبقى جميع البيانات الواردة في هذا الطلب سرية. لن يشارك هذا الطلب إلا 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 القاصر، وذلك بإكمال بيانات نموذج تعيين ممثل شخصي.
  - شهادة التغطية المعتمدة Creditable Coverage - عندما تترك البرنامج، سوف تستلم شهادة تغطية معتمدة للتحقق من التغطية الطبية، إن كنت مؤهلاً.
  - الإخطار الكتابي - ستستلم إخطاراً كتابياً يوضح موقفك من الأهلية.
  - تقديم التماس - يمكنك التماس مراجعة مُنصفة إن كنت لا توافق على أي قرار قد اتُخذ بشأن هذا الطلب، بشرط تقديم الالتماس في غضون 30 يوماً من صدور القرار.
- 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 أُصرح لأي مؤسسة مالية بالكشف، إلكترونياً أو بأي وسيلة أخرى، عن أي معلومات مالية تحتفظ بها تلك المؤسسة، إلى قسم الخدمات الإنسانية أو وكيلها أو مقالولها المُعين؛ وذلك لتحديد الأصول والتحقق منها عند الحاجة، لتقرير الأهلية للمساعدة الطبية أو إعادة تقريرها (Medical Assistance). أتفهم أن المعلومات المالية تشمل الودائع، وعمليات السحب، وإغلاق الحسابات، وغير ذلك من المعلومات ذات الصلة المطلوبة أو المتوقعة من المؤسسة المالية، بما في ذلك المعاملات الأخرى التي تجريها المؤسسة المالية فيما يتعلق بالحساب أو الأصل. أتفهم أن هذا التصريح سار حتى يتم الحرمان من الأهلية للمساعدة الطبية (Medical Assistance) 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 مؤهل للمساعدة الطبية (Medical Assistance).
  - 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 ممثل مَفوضاً، وذلك بإكمال القسم الخاص بالممثل المفوض وتقديمه مع هذا الطلب.
  - أتفهم وأوافق على أنني مسؤول عن أي بيانات احتيالية أدلي بها في هذا الطلب، حتى لو كان الطلب مُقدم من شخص يتصرف نيابة عني.
  - أتفهم أن المعلومات التي أُدرجت في هذا الطلب ستبقى سرية ولن تُستخدم لإدارة المزايا. أُصرح بالكشف عن المعلومات الشخصية والمالية والطبية بغرض تقرير الأهلية.
  - أتفهم أن أي تغييرات يُطلب مني الإبلاغ عنها يجب الإبلاغ عنها في غضون 10 العشرة أيام الأولى من الشهر الذي يلي شهر التغيير.
  - أتفهم أنني سألتقى إخطاراً كتابياً يوضح المزايا. في حالة الحرمان من المزايا أو تغييرها أو تعليقها أو إيقافها، سيوضّح 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)، أو بطاقة (PA ACCESS) لا تُستخدم إلا أثناء الفترة التي أكون فيها مؤهلاً. لا تُستخدم بطاقة (EBT)، أو بطاقة (PA ACCESS) إلا للشخص المؤهل، ويمكنني الحصول على المزايا المطلوبة والمعقولة فقط.
  - أتفهم أنه ليس من الضروري تقديم رقم الضمان الاجتماعي لأي شخص لا يتقدم بطلب

## تابع) حقوقك ومسؤولياتك

### مسؤولياتك هي:

- أعلم أنني يجب أن أخطر برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي إن كان أي شيء يغيّر (ويختلف عن) ما كنته في هذا الطلب. يمكنني زيارة الموقع الإلكتروني [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) أو الاتصال على 1-800-318-2596 للإبلاغ عن أي تغييرات. أتفهم أن أي تغيير في معلوماتي قد يؤثر على أهلية أي فرد (أفراد) من أسرتي المعيشية.
- أعلم أنه بموجب القانون الفيدرالي، 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](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- أؤكد أن كل من يقدّمون هذا الطلب للحصول على التأمين الصحي ليس من بينهم شخص محتجز (محبوساً أو مسجوناً).
- إن لم يكن، \_\_\_\_\_ محتجزاً.  
(أذكر 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)

- 1  خمس سنوات (الحد الأقصى لعدد السنوات المسموح بها)
- 2  أربع سنوات
- 3  ثلاث سنوات
- 4  سنتين
- 5  سنة واحدة
- لا تستخدم معلومات الإقرارات الضريبية لتجديد تغطيتي.

- قراءة هذا الطلب وفهمه فهماً كاملاً.
- تقديم معلومات حقيقية وصحيحة وكاملة، وفهم أن هناك عقوبات مرتتبة على تقديم معلومات كاذبة عن علم: وهي جريمة خطيرة وتعد احتيالياً 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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)، فقد يكونوا مؤهلين لبرنامج المساعدات الطبية (Medical Assistance). إن كان الوضع هكذا، فإنني أصرّح 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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)، فقد يكونوا مؤهلين للمزايا الفدرالية و/أو استعراض خيارات الرعاية الصحية الخاصة من خلال برنامج Health Insurance Marketplace للرعاية الصحية. إن كان الوضع هكذا، فإنني أصرّح للقسم بتقديم أي معلومات وارده 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 مُسجّل 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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP). إن كان الوضع هكذا، وكان طفلي يحصل على مزايا برنامج التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)، فقد يتم إنهاء مزايا برنامج CHIP لطفلي بأثر رجعي.

### برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي:

- أقرّ بأن جميع المعلومات التي أدرجت صحيحة وتخضع لعقوبة الحنث باليمين. أعلم أنني قد أخضع للعقوبات بموجب القانون الفيدرالي إن قدمت معلومات خاطئة و/ أو غير صحيحة عن علم.