



COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE ONLY				AUTHORIZED	UNAUTHORIZED
<input type="checkbox"/> MAIL	<input type="checkbox"/> WALK IN	FILE CLEAR BY/DATE	SCREEN BY/DATE	DATE	
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG. NUMBER	DATE STAMP	BY	
WORKER ID	CASE LOAD	RECORD NUMBER	CAT	CAT	
NAME			APPOINTMENT DATE/TIME <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	REASON CODE	

أخبرنا عن نفسك، كمقدم للطلب			
رقم الضمان الاجتماعي		الاسم (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)	
4 +	الرمز البريدي	ولاية	العنوان
البلدة (القسم الفرعي المدني)		المنطقة التعليمية	رقم الهاتف
هل تحصل في الوقت الحالي على مزايا ضمان التأمين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة (SSDI)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعرف			
في حالة الإجابة بلا، أخبرنا عن حالة إعاقتك مع توفير مستندات.			

عند ملء هذا الطلب، يرجى إرفاق أوراق منفصلة في حالة الحاجة لمساحة إضافية.

تسجيل الناخبين (اختياري)
إن لم تكن مسجلاً للتصويت حيث تعيش الآن، فهل ترغب في تقديم طلب تسجيل للتصويت هنا اليوم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> 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 بمكتب المساعدات بالمقاطعة 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 سياسية أخرى يمكنك التقدم بشكوى إلى أمين الكومنولث، وزارة الخارجية بنسلفانيا، هاريسبيرغ، PA 17120. (رقم الهاتف المجاني 1-877-VOTESPA)

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 __/__/__



1. معلومات عن الأسرة المعيشية، والمواطنة، والهوية

يرجى إدراج الأشخاص الذين يعيشون معك، بدءًا بنفسك. تأكد من اطلاعك على رمز الأصل العرقي ورمز المواطنة بالجزء السفلي من الطلب (رمز الأصل العرقي هو بيان اختياري ويتم توفيره للأغراض الإحصائية فقط، وليس له أي تأثير على أهليتك للحصول على المزايا). ارفق المزيد من الأوراق عند الحاجة.

هل تفهم اللغة الإنجليزية؟ نعم لا في حالة الإجابة بلا، ما هي اللغة (اللغات) التي تفهمها؟

المواطنة: استخدم أحد الرموز التالية: **1. مواطن أمريكي** **2. شخص أجنبي يتمتع بإقامة دائمة** **3. شخص أجنبي يتمتع بإقامة مؤقتة** **4. لاجئ** **5. شخص أجنبي لا يملك وثائق ثبوتية** **6. لاجئ من القصر غير المصحوبين**

للأصل العرقي (اختياري): استخدم أي من الرموز التالية التي تنطبق. لن تتأثر المزايا التي تحصل عليها في حالة عدم إجابتك. قد يتوافق الأشخاص مع أكثر من مجموعة عرقية. **1. شخص أسود** **2. شخص من أصول إسبانية** **3. شخص من الهنود الأمريكيين بشمال أمريكا أو من سكان الأسكا الأصليين** **4. شخص من أصول آسيوية** **5. شخص أبيض (ليس شخصاً من أصول إسبانية)** **6. غير ذلك** **7. من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ**

رقم المطالبة الخاص بالرعاية الطبية	رقم الضمان الاجتماعي	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	تاريخ الميلاد	الابن/الأب، إلخ.	الاسم (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
هل أنت متقما بالنيابة عن هذا الشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رقم تسجيل الشخص الأجنبي	مدينة الميلاد	مقاطعة الميلاد	ولاية الميلاد	الاسم في شهادة الميلاد (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
علاقة مُقدم الطلب بك	رخصة قيادة (الولاية والرقم) أو رقم هوية الولاية.	هل لدى هذا الشخص بطاقة Access Card صادرة من ولاية بنسلفانيا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رمز المواطنة	رمز الأصل العرقي	اسم الأم قبل الزواج (الاسم الأول، الاسم الأخير)

رقم المطالبة الخاص بالرعاية الطبية	رقم الضمان الاجتماعي	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	تاريخ الميلاد	الابن/الأب، إلخ.	الاسم (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
هل أنت متقما بالنيابة عن هذا الشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رقم تسجيل الشخص الأجنبي	مدينة الميلاد	مقاطعة الميلاد	ولاية الميلاد	الاسم في شهادة الميلاد (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
علاقة مُقدم الطلب بك	رخصة قيادة (الولاية والرقم) أو رقم هوية الولاية.	هل لدى هذا الشخص بطاقة Access Card صادرة من ولاية بنسلفانيا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رمز المواطنة	رمز الأصل العرقي	اسم الأم قبل الزواج (الاسم الأول، الاسم الأخير)

رقم المطالبة الخاص بالرعاية الطبية	رقم الضمان الاجتماعي	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	تاريخ الميلاد	الابن/الأب، إلخ.	الاسم (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
هل أنت متقما بالنيابة عن هذا الشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رقم تسجيل الشخص الأجنبي	مدينة الميلاد	مقاطعة الميلاد	ولاية الميلاد	الاسم في شهادة الميلاد (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
علاقة مُقدم الطلب بك	رخصة قيادة (الولاية والرقم) أو رقم هوية الولاية.	هل لدى هذا الشخص بطاقة Access Card صادرة من ولاية بنسلفانيا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رمز المواطنة	رمز الأصل العرقي	اسم الأم قبل الزواج (الاسم الأول، الاسم الأخير)

رقم المطالبة الخاص بالرعاية الطبية	رقم الضمان الاجتماعي	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	تاريخ الميلاد	الابن/الأب، إلخ.	الاسم (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
هل أنت متقما بالنيابة عن هذا الشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رقم تسجيل الشخص الأجنبي	مدينة الميلاد	مقاطعة الميلاد	ولاية الميلاد	الاسم في شهادة الميلاد (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
علاقة مُقدم الطلب بك	رخصة قيادة (الولاية والرقم) أو رقم هوية الولاية.	هل لدى هذا الشخص بطاقة Access Card صادرة من ولاية بنسلفانيا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رمز المواطنة	رمز الأصل العرقي	اسم الأم قبل الزواج (الاسم الأول، الاسم الأخير)

رقم المطالبة الخاص بالرعاية الطبية	رقم الضمان الاجتماعي	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	تاريخ الميلاد	الابن/الأب، إلخ.	الاسم (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
هل أنت متقما بالنيابة عن هذا الشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رقم تسجيل الشخص الأجنبي	مدينة الميلاد	مقاطعة الميلاد	ولاية الميلاد	الاسم في شهادة الميلاد (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
علاقة مُقدم الطلب بك	رخصة قيادة (الولاية والرقم) أو رقم هوية الولاية.	هل لدى هذا الشخص بطاقة Access Card صادرة من ولاية بنسلفانيا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رمز المواطنة	رمز الأصل العرقي	اسم الأم قبل الزواج (الاسم الأول، الاسم الأخير)



2. الدخل

يرجى إخبارنا ما إذا كان أي شخص مُدرج في هذا الطلب لديه دخل، أو يتوقع الحصول على أي نوع من الدخل. قم بإدراج قيمة الدخل قبل خصم الاقتطاعات (مثل الضرائب أو التأمين). الدخل يشتمل على سبيل المثال لا الحصر على:

- الأجر مجالسة الأطفال إيجار أو قيمة سكن بمبيت مزايا المحاربين القدامى مساعدات المرضى عوائد أو فوائد الأعمال الحرة تكلفة الإقامة والطعام الضمان الاجتماعي/دخل الضمان التكميلي الدعم أو نفقة الزوجة تعويض البطالة أو تعويض العمال المعاشات العمولات الأموال المُخصصة للدراسة بالكليات أو التدريب

الهاتف	عنوان صاحب العمل	صاحب العمل أو مصدر الدخل	الاسم
المبلغ الإجمالي قبل الاقتطاعات	ما هو عدد مرات الحصول على الدخل؟ (ضع علامة دائرة على أحد الاختيارات)	الأجر بالساعة	عدد ساعات العمل أسبوعيا
	أسبوعيا/ مرتين أسبوعيا / شهريا / أخرى (أشرح)		
	أسبوعيا/ مرتين أسبوعيا / شهريا / أخرى (أشرح)		
	أسبوعيا/ مرتين أسبوعيا / شهريا / أخرى (أشرح)		
	أسبوعيا/ مرتين أسبوعيا / شهريا / أخرى (أشرح)		
	أسبوعيا/ مرتين أسبوعيا / شهريا / أخرى (أشرح)		

3. النفقات

قد تكون أنفقت أموال لكي تحصل على الدخل. إذا ما فعلت ذلك، يُرجى إدراج النفقة (النفقات) أدناه:

تكاليف المحكمة أو أتعاب المحاماة وسائل النقل نفقات العمل ذات الصلة بالإعاقة (مثل الأجهزة الطبية، أو الرعاية عن طريق مرافقين)

كم مرة تحصل على المال؟	المبلغ	نوع النفقة	الاسم



4. المصادر

هل أي شخص مُدرج في هذا الطلب يمتلك أي من الموارد التالية؟

أرصدة مودعة (06)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	نقود متوفرة فوراً (01)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
شهادة إيداع (26)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	حساب ادخار (02)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
حساب التقاعد الفردي، حساب تقاعد كيو، أو خطة تقاعد أخرى (27)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	حساب جاري (03)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
مدخرات أو أمانات للاستخدام عند الدفن (97)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	حساب Christmas Club أو حساب Vacation Club (04)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
ملكية لغير المقيمين (98)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أوراق مالية أو سندات (05)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
			سندات ادخار بالولايات المتحدة (05)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم

الاسم	أوصف نوع/رقم الحساب/موقع المورد	القيمة الحالية

نعم لا هل أي شخص مُدرج في هذا الطلب يتوقع أموال أو أي نوع من الموارد مثل، على سبيل المثال لا الحصر، اتفاق تسوية حادث، أو أرث، أو أرصدة مودعة، أو غيرها من الموارد؟ في حالة الإجابة بنعم، ما هو نوع المورد: _____ القيمة: _____ التاريخ المتوقع: _____

نعم لا منذ 8 فبراير عام 2006، هل قمت أنت أو أي شخص مُدرج في الطلب بالتنازل، أو بيع، أو نقل أي أصول مثل: منزل، أو أرض، أو ملكية شخصية، أو بوالص تأمين على الحياة، أو دخل سنوي، أو حسابات بنكية، أو شهادات إيداع، أو أسهم، أو حسابات تقاعد فردي، أو سندات، أو حق في الحصول على دخل؟ في حالة الإجابة بنعم، أوصف نوع الملكية: _____ القيمة: _____ تاريخ البيع، أو النقل، أو التنازل: _____

نعم لا

هل يمتلك أي شخص مُدرج بهذا الطلب مركبة (سيارة، أو شاحنة، أو دراجة بخارية) أو يقوم بتسديد مدفوعات لها؟

الاسم	العام	الشركة المُصنعة	الطراز	هل المركبة مُرخصة؟	المبلغ الممتلك
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

نعم لا

هل أي شخص مُدرج في هذا الطلب يمتلك بوليصة تأمين على الحياة؟

رقم البوليصة	اسم شركة التأمين/رقم البوليصة	القيمة الاسمية	القيمة النقدية	ما الذي تشمله التغطية؟

نعم لا

هل أي شخص مُدرج في هذا الطلب يمتلك تأمين صحي علاوة على مساعدات طبية؟

رقم البوليصة	اسم شركة التأمين/رقم البوليصة	ما الذي تشمله التغطية؟

5. المزايا الممنوحة للمرأة الحامل

هناك مزايا إضافية قد تكون متاحة للمرأة الحامل. استكمل هذا القسم إذا أردت أن ترسل إحالة إلى إحدى النسوة الحوامل في أسرته المعيشية.

الاسم	العنوان	تاريخ الولادة المنتظر



8. قم بإرفاق الإثبات

سوف نحتاج إلى إثبات للمعلومات التي قدمتها لمعالجة طلبك. في حالة عدم قدرتك على الحصول على إثبات للمعلومات، سيقوم مكتب المساعدات بالمقاطعة لديك 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

الهوية (اختر إرسال مصدرًا واحدًا فقط)	رخصة قيادة، جواز السفر، بطاقة هوية بصورة ضوئية.
المواطنة	شهادة الميلاد أو جواز السفر
وضع الشخص الأجنبي (فقط إذا كان الشخص ليس من مواطني الولايات المتحدة)	مستندات الهجرة الأحدث
العنوان (اختر إرسال مصدرًا واحدًا فقط)	وصل الإيجار، أو فاتورة المرافق، أو رخصة القيادة، أو فاتورة أو وصل الرهن العقاري، أو سجلات مكتب البريد، أو السجلات الضريبية، إلخ.
موارد	إيصالات الدفع عن شهر واحد، 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.
الدخل	كشوف الحساب البنكية، بوالص التأمين، إشعارات التقييم الضريبي.

في حالة عدم قدرتك على الحصول على إثبات للمعلومات التي قدمتها، سيقوم مكتب المساعدات بالمقاطعة لديك بمساعدتك. يُرجى إرفاق ملحوظة توضح سبب عدم قدرتك على تقديم الإثبات.

9. متى ستبدأ الاستفادة بالمزايا؟

يمكنك اختيار الشهر الذي ترغب فيه في بدء الاستفادة بالمساعدات الطبية. ضع علامة على (✓) مربع واحد من المربعات أدناه:

ضع علامة (✓) هنا وسوف تبدأ أهليتك في شهر تقديم الطلب. سوف تضطر لدفع القسط بدءًا من شهر تقديم الطلب. ضع علامة (✓) هنا وسوف تبدأ أهليتك في الشهر التالي بعد تقديم الطلب. سوف تضطر لدفع القسط بدءًا من الشهر التالي بعد تقديم الطلب.

10. كيف تدفع القسط

للمشاركة في هذا البرنامج، يجب دفع قسط شهري. وسيلة الدفع المفضلة هي الاقتطاع من الراتب. من خلال الاقتطاع من الراتب، سوف يخصم صاحب العمل لديك القسط الشهري بشكل مباشر من استمارة الراتب. يُرجى وضع علامة على المربع أدناه إذا كنت ترغب في تفعيل خاصية الاقتطاع من الراتب.

نعم، أنا أرغب في تفعيل خاصية الاقتطاع من الراتب. إذا كنت من أصحاب العمل الحر، ولا ترغب في تفعيل خاصية الاقتطاع من الراتب، أو لا يوفر صاحب العمل لديك خاصية الاقتطاع من الراتب، سوف يُرسل إليك كشف حساب شهري. سوف تكون مسؤولاً عن إرسال كشف الحساب هذا كل شهر عن طريق البريد مع مدفوعاتك. يُرجى وضع علامة على المربع أدناه إذا كنت ترغب في تفعيل خاصية إرسال كشف حساب شهري، ولا ترغب في تفعيل خاصية الاقتطاع من الراتب.

لا، أنا لا أرغب في تفعيل خاصية الاقتطاع من الراتب.

ملحوظة: في بعض الحالات، قد لا يُطلب منك دفع أي قسط.

المساعدة الطبية

- أقر 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 الفيدرالي متى يجوز رفض الرعاية الصحية أو قصرها على حالة موجود مسبقاً. إن سَجَلْتُ 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 مزاي 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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP). إن كان الوضع هكذا، فإنني أُصرح لقسم الخدمات الإنسانية بإعطاء اسمي ومعلوماتي الواردة في هذا الطلب لقسم التأمين أو مفاوض 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 أفساط 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 مُنصّفة إن كنت لا توافق على أي قرار قد أُتخذ بشأن هذا الطلب، بشرط تقديم التماس 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، الكترونياً أو بأي وسيلة أخرى، عن أي معلومات مالية تحتفظ بها تلك المؤسسة، 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 يتم الحرمان من 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 مؤهل للمساعدة الطبية.
- أتفهم أنه في حالة تحريف الحقائق التي قد تؤثر على أهليتي للحصول على المزايا أو إخطائها 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 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 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 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، سيوضح السبب في الإخطار الكتابي.
- أتفهم أنه سيكون لدي مدة 30 يوماً من تاريخ الإخطار، لطلب جلسة استماع إن لم أوافق على القرار الذي أُتخذ 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 المزايا الكترونياً" (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.

مسؤولياتك هي:

- أقر 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.
- أعلم أنني يجب أن أخبر برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي إن كان أي شيء يغيّر (ويختلف عن) ما كتبه في هذا الطلب. يمكنني زيارة الموقع الإلكتروني 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.
- أؤكد أن كل من يقدمون 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)

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

- 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 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.
- سدد قسطك الشهري. إذا لم تدفع قسطك في الموعد المناسب، قد تفقد التغطية الصحية خاصتك. يمكن التنازل عن قسطك لأسباب مثل مشكلات صحية مستمرة، أو التسريح المؤقت للعمال، أو فقدان الوظيفة، أو التمييز، أو غيرها من العوامل التي تخرج عن إرادتك. يجب أيضاً أن تنوي العودة إلى الوظيفة السابقة أو تبذل جهداً بحسن نية للسعي إلى الحصول على وظيفة.
- اتصل بمزود الاسترداد الخاصة بأي فواتير طبية دفعتها في الفترة بين تاريخ الطلب وإقرار أهليتك.
- أتفهم أنه:
 - إن كان بعض/ كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للمشاركة ببرنامج التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)، فقد يكونوا مؤهلين لبرنامج المساعدات الطبية. إن كان الوضع هكذا، فإنني أصرح 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 أصرح 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 مُسجل 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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP) لطفلي بأثر رجعي.

- 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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)، أو المزاي 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.
- أصرح بالكشف عن المعلومات الشخصية والمالية والطبية بغرض تقرير الأهلية ومراجعة برامج CHIP، والمساعدة الطبية، Health 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

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.

ممثّل 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):

دور الممثل المفوض:	<input type="checkbox"/> مُقدم الرعاية	<input type="checkbox"/> وصي قانوني	<input type="checkbox"/> جهة اتصال أساسية	<input type="checkbox"/> منفذ وصية حياتية
	<input type="checkbox"/> عضو بفريق الدعم	<input type="checkbox"/> ممثل	<input type="checkbox"/> وكيل	

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

- أتفهم أن لي الحق في الحصول على شهادة تغطية معتمدة، للتحقق من تغطيتي الطبية. يحدد القانون الفيدرالي متى يجوز رفض الرعاية الصحية أو قصرها 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 مزاي 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 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 مزاي 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 مُنصّفة إن كنت لا توافق على أي قرار قد اتُخذ بشأن هذا الطلب، بشرط تقديم التماس 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 وبأى وسيلة أخرى، عن أي معلومات مالية تحتفظ بها تلك المؤسسة، إلى قسم الخدمات الإنسانية أو وكيلها أو مقالولها 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 يتم الحرمان من 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 مؤهل للمساعدة الطبية.
- أتفهم أنه في حالة تحريف الحقائق التي قد تؤثر على أهليتي للحصول على المزايا أو إخفائها أو حجبها، قد يُطلب مني سداد قيمة هذه المزايا، وقد تتم مفاوضات وتجريدي من أهلية الحصول على بعض المزايا في المستقبل.
- أتفهم أنه يمكنني تعيين ممثل موقّضاً، 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 إلا 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 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، 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 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 المزايا إلكترونياً" (EBT)، أو بطاقة (ACCESS PA) لا تُستخدم إلا أثناء الفترة التي أكون فيها مؤهلاً. لا تُستخدم 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.
- أُقر بأن جميع المعلومات التي أُدرجت صحيحة وتخضع لعقوبة الحنث باليمين.

تابع حقوقك ومسؤولياتك

مسؤولياتك هي:

- قراءة هذا الطلب وفهمه فهمًا كاملاً.
- تقديم معلومات حقيقية وصحيحة وكاملة، وفهم أن هناك عقوبات مرتتبة على تقديم معلومات كاذبة عن علم: وهي جريمة خطيرة وتعد احتياليًا 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.
- سدد قسطك الشهري. إذا لم تدفع قسطك في الموعد المناسب، قد تفقد التغطية الصحية خاصتك. يمكن التنازل عن قسطك لأسباب مثل مشكلات صحية مستمرة، أو التبريح المؤقت للعمال، أو فقدان الوظيفة، أو التمييز، أو غيرها من العوامل التي تخرج عن إرادتك. يجب أيضا أن تنوي العودة إلى الوظيفة السابقة أو تبذل جهدًا بحسن نية للسعي إلى الحصول على وظيفة.
- اتصل بمزود الاسترداد الخاصة بأي فواتير طبية دفعتها في الفترة بين تاريخ الطلب وإقرار أهليتك.

أتفهم أنه:

- نعم، جدد أهليتي تلقائيًا لمدة:
(ضع علامة بجوار أحد الاختيارات)
 خمس سنوات (الحد الأقصى لعدد السنوات المسموح بها)
 أربع سنوات
 ثلاث سنوات
 سنتين
 سنة واحدة
 لا تستخدم معلومات الإقرارات الضريبية لتجديد تغطيتي.
- إن كان بعض/ كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للمشاركة ببرنامج التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)، فقد يكونوا مؤهلين لبرنامج المساعدات الطبية. إن كان الوضع هكذا، فإنني أصرح للقسم التأمين بتقديم أي معلومات توجد في هذا الطلب إلى قسم الخدمات الإنسانية. أتفهم حقوقي ومسؤولياتي طبقًا 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 أصرح للقسم بتقديم أي معلومات واردة في هذا الطلب إلى برنامج Health Insurance Marketplace للرعاية الصحية. أتفهم حقوقي ومسؤولياتي طبقًا لبرنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي.
- إن تقرر أن طفلي مؤهل أو مُسجل للحصول على مزايا الرعاية الصحية لموظفي الولاية من وكالة عامة وأن الوكالة ستدفع جزءًا ولو صغيرًا 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 التأمين الصحي على الأطفال (CHIP) لطفلي بأثر رجعي.

برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي:

- أقر 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.
- أعلم أنني يجب أن أخبر 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 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.
- أؤكد أن كل من يقدمون هذا الطلب للحصول على التأمين الصحي ليس من بينهم شخص محتجز (محبوسًا أو مسجونًا).
- إن لم يكن، _____ محتجزًا.
(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 إخطارًا، للسماح لي بإجراء أي تغييرات، ويمكنني إلغاء الاشتراك في أي وقت.