



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

طلب الأهلية المالية للحصول على المساعدات الطبية (المعونات الطبية) للرعاية، ووسائل الدعم، والخدمات طويلة الأمد

ضع علامة على أي خيار تتقدم للحصول عليه:

الرعاية في مرفق

إعفاء من خدمات المنزل والمجتمع – النوع/اسم الإعفاء/الخدمة: _____

أخرى: _____

الذين قاموا بإنشاء أصولهم أو نقلها إلى صندوق أمانات خلال فترة الـ 60 شهرًا الماضية قبل التقدم بطلب للحصول على المعونة الطبية للرعاية طويلة الأمد، ووسائل الدعم، والخدمات قد يكونوا غير مؤهلين للحصول على المزايا. ونظرًا لهذا الشرط، قد تحتاج إلى تقديم دليل التحقق من امتلاك الأصول خلال فترة الـ 60 شهرًا الماضية على الرغم من أنك قد لم تعد تملكها. سوف تستخدم رقم الضمان الاجتماعي خاصتك للحصول على معلومات حول الأصول لديك خلال فترة الـ 60 شهرًا قبل تقديم الطلب.

في حال اكتمال المعلومات وتوفيرك دليل التحقق اللازم (مع هذا النموذج، إن أمكن)، سوف يخطر مكتب المساعدات بالمقاطعة خلال 30 يومًا من استلام طلبك إن كنت مؤهلًا، أو غير مؤهل، أو إذا كانت هناك حاجة لمعلومات إضافية.

- يرجى قراءة النموذج بالكامل.
- اكتب المعلومات المطلوبة في الأقسام غير المظللة.
- إذا كنت بحاجة للمساعدة، يمكن أن يساعدك شخص آخر أو يمكنك الحصول على المساعدة من مكتب المساعدات بالمقاطعة لديك.
- يرجى مراجعة أي معلومات مكتوبة في هذا النموذج. إذا كنت قد كتبت بالفعل معلومات غير صحيحة أو غيرت المعلومات، أشطب المعلومات المكتوبة وقدم المعلومات المُحدثة. يرجى مراجعة كافة الأسئلة التي ليس لديها جوابًا مكتوبًا ما لم تخطر التعليمات أن لك الخيار في عدم الإجابة.
- يجوز أن تُكمل أنت أو أي ممثل تختاره هذا الطلب. يمكن أن يكون ممثلك زوجك، أو صديقك، أو قريب لك، أو شخص لديه توكيل للتصرف عنك، أو مزود الخدمات الطبية إليك. يجب أن يكون من ممثلك شخصًا يعلم معلومات حول ذلك ومواردك ويستطيع تزويد معلومات عن ذلك. إن كنت متزوجًا، يجب إكمال المعلومات ببعض الأقسام عنك وعن زوجك على حد سواء.
- عقب إكمال النموذج، قم بإحضاره أو كلف شخصًا آخر بإحضاره، أو أرسله عن طريق البريد إلى مكتب مساعدات المقاطعة ما لم تصدر تعليمات لك بخلاف ذلك. سوف يخطر مكتب مساعدات المقاطعة إذا ما كانت هناك حاجة لعقد مقابلة شخصية. ستحتاج إلى إثبات للهوية ودليل تحقق من معلومات أخرى بالنموذج ما لم تكن المعلومات لدينا في سجلاتنا. إذا كنت بحاجة للمساعدة في الحصول على أي معلومات، اطلب المساعدة من مكتب المساعدات بالمقاطعة. يجب عليك إرفاق دليل التحقق بهذا النموذج.
- الأشخاص الذين تنازلوا عن الأصول (الدخل والموارد) خلال فترة الـ 60 شهرًا الماضية، أو

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

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

នេះជាពាក្យដាក់សុំអន្តរាគមន៍សុខាភិបាល។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដីលវិប្បដៃលនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។
ការបកប្រែនឹងផ្តល់ឆោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

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

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

Настоящий документ является заявлением на получение
обслуживания по программе Medical Assistance.
Если вам нужна помощь в переводе данного заявления,
обращайтесь в Окружное бюро помощи
(County Assistance Office).
Услуги по переводу предоставляются бесплатно.

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



يمكنك أيضا تقديم الطلب عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني: www.compass.state.pa.us

لا تكمل هذا النموذج - مخصص للاستخدام بواسطة مزودي الخدمات فقط

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

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

.CO	DIST	RECORD NUMBER	FILE CLEARED BY	.APPL. REG. NO	.WORKER I.D	CASELOAD
AUTHORIZED REASON <input type="checkbox"/>					CATEGORY	
NOT AUTHORIZED REASON <input type="checkbox"/>					DATE	

البدء

ما اللغة التي تفضلها؟
 الإنجليزية الإسبانية لغة أخرى (حدد اللغة) _____
 هل أنت بحاجة إلى مترجم شفهي؟ نعم لا إذا كانت إجابتك بنعم، فما هي اللغة؟ _____

أكمل كافة المعلومات عن نفسك في هذا القسم، كمقدم للطلب.

أخبرنا عن نفسك. يرجى مراجعة أي معلومات مكتوبة أدناه. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، يرجى شطبها مع تدوين المعلومات الصحيحة.

الاسم (متضمناً الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير، اللاحقة -JR./SR. أو غيرها):	رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/العام):	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
--	-----------------------	------------------------------------	--

الحالة الزوجية: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل	في حالة وضع علامة على خيار منفصل، متى كان تاريخ الانفصال؟
في حالة كونك منفصلاً، يرجى إكمال القسم الخاص بالعلاقة والمخصص للزوج المنفصل.	
في حالة وضع علامة على خيار أرمل، متى كان تاريخ وفاة زوجك؟	ما اسم الزوج/الزوجة؟

الأصل العرقي (اختياري) (يرجى وضع علامة بجوار كل ما ينطبق):	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> من الهنود الأمريكيين أو من سكان آلاسكا الأصليين.
<input type="checkbox"/> أبيض	<input type="checkbox"/> أخرى _____		

العنوان الحالي (في حالة الإقامة بمنشأة، استخدم عنوان رقم الهاتف):	تاريخ الانتقال لهذا العنوان:
المنشأة):	
البلد:	المنطقة التعليمية:
	العنوان السابق (في حالة الإقامة بمنشأة، اكتب عنوان منزلك. إذا كنت متزوجاً، اكتب عنوان زوجك):

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

هل أنت من مواطني الولايات المتحدة أو من حاملي جنسيتها؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا لم تكن مواطناً أمريكياً أو من حاملي الجنسية الأمريكية، أجب عن الأسئلة التالية:	
هل لديك وضعية هجرة سليمة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
أين تعيش بالولايات المتحدة قبل عام 1996؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا كان لديك راع، اذكر اسم وعنوان الراعي:	
قم بالتوقيع للإقرار بشأن حالة المواطنة أو وضع الشخص الأجنبي لديك على النحو المشار إليه أعلاه:	

التاريخ _____

التوقيع _____

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

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

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

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

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

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 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 سياسي آخر، يمكنك التقدم بشكوى إلى أمين الكومنولث، وزارة الخارجية ببنسلفانيا، هاريسبيرغ، PA 17120. (رقم الهاتف المجاني 1-877-VOTESPA)

سيكمل موظفو مكتب المساعدات بالمقاطعة هذا المربع بناء على ردكم أعلاه

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

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

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

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

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

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

أ. العقار لا ينطبق

هل تقيم:	هل توفر دخلاً:	القيمة:	المالك:	المكان:
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$		
هل تمتلك أي عقار آخر؟	هل تُخطط للعودة للملك العقاري؟	من يعيش في الملك العقاري؟		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
في حالة الإجابة بنعم، فإن التاريخ المدرج:	في حال كون الملك العقاري مطروحاً للبيع، اذكر اسم سمسار العقارات ورقم هاتفه: (تذكر إبلاغاً بالملك العقاري المطروح للبيع)	هل الملك العقاري مدرجاً للبيع؟		
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

هل تقيم:	هل توفر دخلاً:	القيمة:	المالك:	المكان:
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$		
هل تمتلك أي عقار آخر؟	هل تُخطط للعودة للملك العقاري؟	من يعيش في الملك العقاري؟		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
في حالة الإجابة بنعم، فإن التاريخ المدرج:	في حال كون الملك العقاري مطروحاً للبيع، اذكر اسم سمسار العقارات ورقم هاتفه: (تذكر إبلاغاً بالملك العقاري المطروح للبيع)	هل الملك العقاري مدرجاً للبيع؟		
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

ب. منزل متنقل لا ينطبق

هل تقيم:	هل توفر دخلاً:	القيمة:	المالك:	المكان:
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$		
من يعيش في المنزل المتنقل؟	العام والطرز:			
في حالة الإجابة بنعم، فإن التاريخ المدرج:	في حال كون الملك العقاري مطروحاً للبيع، اذكر اسم سمسار العقارات ورقم هاتفه: (تذكر إبلاغاً بالملك العقاري المطروح للبيع)	هل الملك العقاري مدرجاً للبيع؟		
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

ج. ترتيبات متعلقة بالدفن لا ينطبق

أرقام الحساب:	اسم البنك/شركة التأمين وعنوانها:	المالك:
تاريخ الإنشاء:	قيمة الحساب: \$	المنزلة المخصص للجنازة:
هل يمكن سحب الفائدة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل يمكن سحب الأموال قبل وفاة الشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
عدد الأماكن:	في حالة الإجابة بنعم، اذكر الموقع:	هل تمتلك أي مكان مخصص للدفن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

أرقام الحساب:	اسم البنك/شركة التأمين وعنوانها:	المالك:
تاريخ الإنشاء:	قيمة الحساب: \$	المنزلة المخصص للجنازة:
هل يمكن سحب الفائدة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل يمكن سحب الأموال قبل وفاة الشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
عدد الأماكن:	في حالة الإجابة بنعم، اذكر الموقع:	هل تمتلك أي مكان مخصص للدفن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

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

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

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

تعليقات	نسبة % من الملكية	المبلغ الممتلك	رقم لوحة السيارة	هل المركبة مُرخصة؟	سنة التصنيع، والشركة المصنعة، والطراز	اسم المالك(المالكين)
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

F. الموارد الأخرى لا ينطبق

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

التاريخ المتوقع: _____
المبلغ: \$ _____

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

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

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

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

العنوان:

نفقات المأوى

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

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

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

الحق في عدم التمييز

يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو العمر أو الجنس، وفي بعض الحالات على أساس الدين أو المعتقدات السياسية.

على جميع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (مثل طريقة برايل أو الطباعة الكبيرة أو شريط التسجيل أو لغة الإشارة الأمريكية، إلى غير ذلك)، الاتصال بوكالة (المحلية، أو على مستوى الولاية) يمكن تقديمهم طلبات للحصول على المزايا. الأفراد الذين يعانون من الصمم أو يعانون من ضعف السمع أو لديهم صعوبات في النطق يمكنهم الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة نشر الرسائل الفيدرالية على رقم (008) 877-8339. بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير المعلومات الخاصة بالبرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى بسبب التمييز فيما يتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية اتحادية من خلال وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة (HHS)، مع كتابة ما يلي على الشكوى: مدير مكتب وزارة الصحة والخدمات البشرية، Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 (صوتي) أو (800) 537-7697 (مهاتفة نصية).

تعمل هذه المؤسسة كموفر عمل يعتمد على تكافؤ الفرص.

الحق في السرية

نضمن لك الحفاظ على خصوصية معلوماتك، ولا نستخدم المعلومات إلا لتقرير البرامج التي قد تكون مؤهلاً لها. يجب على مكتب المساعدات بالمقاطعة (CAO) أن يقدم، عندما يُطلب منه ذلك، لمسؤولي إنفاذ القانون الفيدراليين، والولايتين، والمحليين عنوان الفرد الذي يتهرب لتجنب محاكمة أو حجز أو حبس بسبب جنابة أو مخالفة مراقبة أو إطلاق سراح مشروط، مع تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص به وصورته (إن وجدت). أي شخص ينتهك عن علم أيًا من قواعد هذا القسم ولوائحها يكون متهمًا بارتكاب جُنحة، وعند إدانتها، يُحكم عليه بدفع غرامة لا تتجاوز مائة (100\$) دولار أمريكي، أو بالسجن لمدة لا تتجاوز ستة أشهر، أو كلا العقوبتين (وفقًا للمادة 483 من الباب رقم 62، قانون ولاية بنسلفانيا).

الحق في إخطار كتابي

نعطيك إخطارًا كتابيًا يشرح لك مزاياك. إن رفضنا المزايا أو غيرناها أو علّقناها أو أوقفناها، سنعطيك شرحًا كتابيًا يوضح السبب. لديك 30 يومًا من تاريخ إرسال الإخطار بالبريد لطلب جلسة استماع.

الحق في الطعن

لك الحق في طلب جلسة استماع من قسم الخدمات الإنسانية (DHS) للطعن في قرار إن كنت تعتقد أنه غير عادل أو غير صحيح، أو إذا فشل القسم في تنفيذ طلبك للحصول على مزايا. يمكنك تقديم الطعن في مكتب المساعدات بالمقاطعة (CAO). في حال قدمت طعنًا، يجوز لك أيضًا طلب عقد مؤتمر وكالة قبل جلسة الاستماع. خلال جلسة الاستماع، يجوز لك أن تمثل نفسك، ويجوز أن يمثلك شخص آخر، مثل محام أو صديق أو قريب.

الحق في طلب إثبات سبب وجيه

في حال تقدمت بطلب للحصول على مزايا مساعدات نقدية أو طبية، فإن القانون يطلب منك المساعدة في إثبات الأبوة وطلب الدعم. قد تُعفى من هذه المتطلبات إذا أثبت أنها قد تشكل خطرًا عليك و/أو على أطفالك. يُعرف هذا بالسبب الجوهري. ما لم يُقدم سبب وجيه للإعفاء، يُطلب منك تلبية متطلبات التوظيف والتدريب. ويُطلب منك أيضًا تلبية متطلبات إعداد التقارير نصف السنوية ما لم يُقدم سبب وجيه.

استرداد تكاليف المساعدات الطبية من الميراث

في حال كنت تبلغ من العمر 55 عامًا أو أكثر وتلقي مساعدات طبية لدفع تكاليف خدمات مرافق التمريض، وخدمات الإعفاء المنزلية أو المجتمعية، وأي خدمة ذات صلة بالمستشفيات والعقاقير الطبية، فسوف يُطلب منك إعادة سداد تكلفة هذه الخدمات من ميراثك. يمكنك الاتصال ببرنامج استرداد تكاليف المساعدات الطبية من الميراث على رقم 1-800-528-3708.

الحق في شهادة تغطية مُعتمدة

يحدد القانون الفيدرالي متى يجوز رفض الرعاية الصحية أو قصرها على حالة موجودة مسبقًا. في حال سجّلت في خطة صحية جماعية تستثنى العلاج لحالة كنت مصاب بها بالفعل، فقد يُدفع لك مقابل الوقت الذي تلقت فيه تغطية المساعدة الطبية. قد يساعدك هذا في الحصول على التغطية. اتصل بمُرشد الحالة الاجتماعية الخاص بك لطلب هذه الشهادة.

مسؤولية تقديم المعلومات

يجب أن تقدّم معلومات حقيقية وصحيحة وكاملة. يجب أن تساعد في إثبات المعلومات التي تقدّمها. قد تُرفض المزايا في حال لم تقدّم إثباتًا معينًا. في حال كنت لا تستطيع أن تقدّم إثباتًا، عليك طلب المساعدة من مكتب المساعدات بالمقاطعة للحصول عليه. في حال اتصل بك أحد من وزارة الأمن الوطني أو مكتب المفتش العام، فيجب أن تتعاون بشكل كامل مع هؤلاء الأشخاص أو المحققين. في حال كنت تبلغ من العمر 55 عامًا أو أكثر وتلقي مساعدات طبية لدفع تكاليف خدمات مرافق التمريض، وخدمات الإعفاء المنزلية أو المجتمعية، وأي خدمة ذات صلة بالمستشفيات والعقاقير الطبية، فقد يُطلب منك إعادة سداد تكلفة هذه الخدمات من ميراثك. في حال كنت تتقدم بطلب للحصول على مساعدة نقدية، فقد نطلب منك توقيع اتفاقية لإعادة سداد المزايا التي حصلت عليها أنت وزوجتك وأطفالك.

مسؤولية تقديم أرقام الضمان الاجتماعي

للحصول على مزايا المساعدات الطبية، يجب أن تقدّم رقم الضمان الاجتماعي لكل شخص تقدّم له. في حال لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يجب أن تقدّم للحصول على رقم. عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي قد يؤدي إلى عدم حصولك على المزايا. يُستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك لتأكيد الهوية، وللمطابقة الحاسوبية التي تتحقق من الدخل والموارد، ولمنع ازدواجية المزايا الاتحادية والفيدرالية. لا يُطلب تقديم رقم الضمان الاجتماعي من شخص من غير مواطني الولايات المتحدة والذي يتقدم للحصول على المساعدات الطبية في حالات الطوارئ فقط. الباب 42 من قانون الولايات المتحدة القسم 1320ب(-7)

مسؤولية استخدام بطاقة PA ACCESS الخاصة بولاية بنسلفانيا بشكل قانوني

بمجرد تأكيد أهليتك للمزايا، تصدر لك بطاقة دخول خاصة بولاية بنسلفانيا. لا يجوز استخدام هذه البطاقة إلا من قبل الشخص المؤهل وأثناء مدة الأهلية فقط. لا يجوز لك استخدام البطاقة إلا للخدمات اللازمة والمعقولة.

مسؤولية الإبلاغ عن التغييرات

في حال كنت مؤهلاً للحصول على المزايا، فسوف يُطلب منك إبلاغ مرشد الحالة الاجتماعية أو مركز خدمة العملاء بالتغييرات التي تحدث في ظروفك. تشمل أنواع التغييرات التي يتم الإبلاغ عنها، أشخاص يغادرون المنزل أو ينتقلون إليه، أو عنوان جديد، أو وظيفة جديدة لشخص ما، أو إذا فقد شخص ما وظيفة، أو ولادة طفل، أو مصادر دخل جديدة، أو تغييرات في الدخل. سوف يغطي الموظف الاجتماعي والإخطارات التي تتلقاها التفاصيل بناءً على البرامج والمزايا التي أنت مؤهل لها. قد يؤدي عدم الإبلاغ عن التغييرات المطلوبة ضمن إرشادات البرنامج إلى فقدان المزايا، أو الخصوع للعقوبات، أو التهم المدنية أو الجنائية. يمكنك إبلاغ مكتب المساعدات بالمقاطعة بالتغييرات، وذلك بالحضور شخصيًا، أو عبر الهاتف، أو الفاكس، أو البريد أو عن طريق حساب My COMPASS. يمكنك أيضًا إبلاغ خدمة العملاء بالتغييرات في أي وقت على رقم 1-877-395-8930، أو على رقم لمدينة فيلادلفيا 1-215-560-7226.

عندما أوقع على هذا النموذج:

- 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. تُطلب المعلومات المتاحة من خلال نظام إثبات الأهلية المبنية على الدخل (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 أصرح 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 المعين؛ 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 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 أو تنتهي مدتها، أو إذا قررت إلغاءه بموجب إخطار كتابي يُقدّم إلى القسم، أيهما يحدث أولاً. أفهم 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 إغفائها أو حجبها، قد يطلب مني سداد قيمة هذه المزايا، وقد تتم مفاضاتي وتجريدي من أهلية الحصول على بعض المزايا في المستقبل.
- أتفهم أنه يمكنني تعيين ممثل أو مُحام عن طريق إكمال قسم الممثل أو التوكيل الخاص بالمحامي.
- أتفهم وأوافق على أنني مسؤول عن أي بيانات احتيالية تُقدّم في هذا الطلب، حتى وإن كان الطلب مُتقدماً من قِبَل شخص يتصرف نيابة عني.
- أتفهم أن أي شخص زادت أمواله نتيجة لأي نقل للأصول أو الدخل، وهو ما قد يؤثر على حالة أهليتي، سيكون مسؤولاً عن تسديد تلك المزايا التي صدرت بشكل غير صحيح.
- استلمت 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. أصرح 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 سألتقي 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 اتخذ بشأن هذا الطلب.
- أتفهم أن موقفي يخضع للتحقق من قِبَل 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 ACCESS PA لا تُستخدم إلا أثناء الفترة التي أكون فيها مؤهلاً. يجب ألا أستخدم بطاقة ACCESS PA إلا للشخص المؤهل ولا يجوز لي إلا الحصول على المزايا اللازمة والمقولة.

نعم، جدد أهليتي تلقائياً لمدة:

(ضع علامة بجوار أحد الاختيارات):

- خمس سنوات (أقصى عدد سنوات مسموح به)
- أربع سنوات
- ثلاث سنوات
- سنتان
- عام واحد
- لا تستخدم المعلومات الخاصة بي والواردة من الإقرارات الضريبية لتجديد تغطيتي.

- أتفهم أنه ليس عليّ تقديم رقم الضمان الاجتماعي لأي شخص ليس متقدماً للحصول على المساعدة. في حالة تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص به، فقد يُستخدم للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب.
- أقر بأنّ جميع المعلومات التي أُدرجت صحيحة وتخضع لعقوبة الحنث باليمين (العقوبات الجنائية).
- 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 موجودة مسبقاً. إذا سجلتُ في خطة صحية جماعية تتضمن شرطاً موجوداً مسبقاً، فيمكنني الحصول على رصيد مقابل الوقت الذي تُلقيت فيه المساعدة الطبية.
- أتفهم أنه إن تقرر أنني مؤهل للمساعدة الطبية، فسوف يتم وضعي في حزمة مزايا الرعاية الصحية المتاحة لي الأكثر شمولاً. أتفهم أنه قد يكون مطلوباً مني التسجيل بإحدى الخطط الصحية. أتفهم أن التسجيل بإحدى الخطط الصحية قد يكون مجاناً أو مقابل تكلفة منخفضة من جانبي، لأن القسم

X

توقيع مُدّم الطلب أو الممثل المُفوض

التاريخ

هام: في حال كانت أسرتك مؤهلة لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية/برنامج مساعدات الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض، فقد تتلقى نموذج موافقة على التتبع السريع عبر البريد والذي يسمح لك ولأفراد أسرتك بالتسجيل تلقائياً في المساعدة الطبية.

رقم الهاتف	عنوان الممثل المُفوض	اسم الممثل المُفوض

I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities

مكتب المساعدات
بالمقاطعة فقط

CAO Signature

Date

تأكد من توقيع هذا الطلب وتاريخه وإرفاق المستندات المطلوبة.

إقرار مشفوع بقسم

أقر أن المعلومات التي قدمتها حقيقية وصحيحة وكاملة على حد علمي، وذلك رهناً بالعقوبات التي ينص عليها القانون. قرأت هذا الطلب بالكامل أو قرأه لي شخص ما وأنا أفهم الأسئلة التي طرحت. تلقيت نسخة من حقوقي ومسؤولياتي وقراتها، أو قرأها لي شخص ما، وأنا أفهمها.

توقيع مقدم الطلب أو الممثل المفوض	التاريخ	تأكيد الهوية	صلة القرابة بمقدم الطلب
عنوان الممثل	المدينة، الولاية، الرمز البريدي +4	رقم الهاتف	
الشاهد (إن وقع بـ X أعلاه)	التاريخ		
عنوان الشاهد	المدينة، الولاية، الرمز البريدي +4	رقم الهاتف	
<input type="checkbox"/> مقابلة وجهًا لوجه مع:			
<input type="checkbox"/> مقابلة عبر الهاتف مع:	توقيع مقدم الخدمة (إن كانت مقدمة من قبل مقدم الخدمة)	التاريخ	
<input type="checkbox"/> تم التنازل عن المقابلة	مكتب المساعدات بالمقاطعة أو الخيارات	التاريخ	

الممثل أو المحام

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

<input type="checkbox"/> ممثل	العلاقة بمقدم الطلب:	الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط:		
<input type="checkbox"/> محام	الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:	العنوان:
رقم الهاتف:				

أرغب في سحب طلبي:

التوقيع

التاريخ

الحق في عدم التمييز

يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو العمر أو الجنس، وفي بعض الحالات على أساس الدين أو المعتقدات السياسية.

على جميع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (مثل طريقة برايل أو الطباعة الكبيرة أو شريط التسجيل أو لغة الإشارة الأمريكية، إلى غير ذلك)، الاتصال بالوكالة (المحلية، أو على مستوى الولاية) بـمكان تقديمهم طلبات للحصول على المزايا. الأفراد الذين يعانون من الصمم أو يعانون من ضعف السمع أو لديهم صعوبات في النطق يمكنهم الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة نشر الرسائل الفيدالية على رقم (008) 877-8339. بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير المعلومات الخاصة بالبرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى بسبب التمييز فيما يتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية اتحادية من خلال وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة (HHS)، مع كتابة ما يلي على الشكوى: مدير مكتب وزارة الصحة والخدمات البشرية، Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 (619-0403 (202) أو اتصل بـ (202) 619-0403 (صوتي) أو (800) 537-7697 (مهاتفة نصية).

تعمل هذه المؤسسة كموفر عمل يعتمد على تكافؤ الفرص.

الحق في السرية

نضمن لك الحفاظ على خصوصية معلوماتك، ولا نستخدم المعلومات إلا لتقرير البرامج التي قد تكون مؤهلاً لها. يجب على مكتب المساعدات بالمقاطعة (CAO) أن يقدم عندما يُطلب منه ذلك، لمسؤولي إنفاذ القانون الفيدراليين، والولائيين، والمحليين عنوان الفرد الذي يتهرب لتجنب محاكمة أو حجز أو حبس بسبب جنابة أو مخالفة مراقبة أو إطلاق سراح مشروط، مع تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص به وصورته (إن وجدت). أي شخص ينتهك عن علم أيًا من قواعد هذا القسم ولوائحها يكون متهمًا بارتكاب جُنحة، وعند إدانتها، يُحكم عليه بدفع غرامة لا تتجاوز مائة (100\$) دولار أمريكي، أو بالسجن لمدة لا تتجاوز ستة أشهر، أو كلا العقوبتين (وفقًا للمادة 483 من الباب رقم 62، قانون ولاية بنسلفانيا).

الحق في إخطار كتابي

نعطيك إخطارًا كتابيًا يشرح لك مزاياك. إن رفضنا المزايا أو غيرناها أو علّقناها أو أوقفناها، سنعطيك شرحًا كتابيًا يوضح السبب. لديك 30 يومًا من تاريخ إرسال الإخطار بالبريد لطلب جلسة استماع.

الحق في الطعن

لك الحق في طلب جلسة استماع من قسم الخدمات الإنسانية (DHS) للطعن في قرار إن كنت تعتقد أنه غير عادل أو غير صحيح، أو إذا فشل القسم في تنفيذ طلبك للحصول على مزايا. يمكنك تقديم الطعن في مكتب المساعدات بالمقاطعة (CAO). في حال قدمت طعنًا، يجوز لك أيضًا طلب عقد مؤتمر وكالة قبل جلسة الاستماع. خلال جلسة الاستماع، يجوز لك أن تمثل نفسك، ويجوز أن يمثلك شخص آخر، مثل محام أو صديق أو قريب.

الحق في طلب إثبات سبب وجيه

في حال تقدمت بطلب للحصول على مزايا مساعدات نقدية أو طبية، فإن القانون يطلب منك المساعدة في إثبات الأوبة وطلب الدعم. قد تُعفى من هذه المتطلبات إذا أثبتت أنها قد تشكل خطرًا عليك و/أو على أطفالك. يُعرف هذا بالسبب الوجيه. ما لم يُقدم سبب وجيه للإعفاء، يُطلب منك تلبية متطلبات التوظيف والتدريب. ويُطلب منك أيضًا تلبية متطلبات إعداد التقارير نصف السنوية ما لم يُقدم سبب وجيه.

استرداد تكاليف المساعدات الطبية من الميراث

في حال كنت تبلغ من العمر 55 عامًا أو أكثر وتتلقي مساعدات طبية لدفع تكاليف خدمات مرافق التمريض، وخدمات الإعفاء المنزلية أو المجتمعية، وأي خدمة ذات صلة بالمستشفيات والعقاقير الطبية، فسوف يُطلب منك إعادة سداد تكلفة هذه الخدمات من ميراثك. يمكنك الاتصال ببرنامج استرداد تكاليف المساعدات الطبية من الميراث على رقم 1-800-528-3708.

الحق في شهادة تغطية معتمدة

يحدد القانون الفيدرالي متى يجوز رفض الرعاية الصحية أو قصرها على حالة موجودة مسبقًا. في حال سجّلت في خطة صحية جماعية تستثني العلاج لحالة كنت مصاب بها بالفعل،

فقد يُدفع لك مقابل الوقت الذي تلقيت فيه تغطية المساعدة الطبية. قد يساعدك هذا في الحصول على التغطية. اتصل بمرشد الحالة الاجتماعية الخاص بك لطلب هذه الشهادة.

مسؤولية تقديم المعلومات

يجب أن تقدم معلومات حقيقية وصحيحة وكاملة. يجب أن تساعد في إثبات المعلومات التي تقدمها. قد تُرفض المزايا في حال لم تقدم إثباتًا معينًا. في حال كنت لا تستطيع أن تقدم إثباتًا، عليك طلب المساعدة من مكتب المساعدات بالمقاطعة للحصول عليه. في حال اتصل بك أحد من وزارة الأمن الوطني أو مكتب المفتش العام، فيجب أن تتعاون بشكل كامل مع هؤلاء الأشخاص أو المحققين. في حال كنت تبلغ من العمر 55 عامًا أو أكثر وتتلقي مساعدات طبية لدفع تكاليف خدمات مرافق التمريض، وخدمات الإعفاء المنزلية أو المجتمعية، وأي خدمة ذات صلة بالمستشفيات والعقاقير الطبية، فقد يُطلب منك إعادة سداد تكلفة هذه الخدمات من ميراثك. في حال كنت تتقدم بطلب للحصول على مساعدة نقدية، فقد نطلب منك توقيع اتفاقية لإعادة سداد المزايا التي حصلت عليها أنت وزوجتك وأطفالك.

مسؤولية تقديم أرقام الضمان الاجتماعي

للحصول على مزايا المساعدات الطبية، يجب أن تقدم رقم الضمان الاجتماعي لكل شخص تقدم له. في حال لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يجب أن تقدم للحصول على رقم. عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي قد يؤدي إلى عدم حصولك على المزايا. يُستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك لتأكيد الهوية، وللمطابقة الحاسوبية التي تتحقق من الدخل والموارد، ولمنع ازدواجية المزايا الاتحادية والفيدرالية. لا يُطلب تقديم رقم الضمان الاجتماعي من شخص من غير مواطني الولايات المتحدة والذي يتقدم للحصول على المساعدات الطبية في حالات الطوارئ فقط. الباب 42 من قانون الولايات المتحدة القسم 1320ب-7.

مسؤولية استخدام بطاقة PA ACCESS الخاصة بولاية بنسلفانيا بشكل قانوني

بمجرد تأكيد أهليتك للمزايا، تصدر لك بطاقة دخول خاصة بولاية بنسلفانيا. لا يجوز استخدام هذه البطاقة إلا من قبل الشخص المؤهل وأثناء مدة الأهلية فقط. لا يجوز لك استخدام البطاقة إلا للخدمات اللازمة والمعقولة.

مسؤولية الإبلاغ عن التغيرات

في حال كنت مؤهلاً للحصول على المزايا، فسوف يُطلب منك إبلاغ مرشد الحالة الاجتماعية أو مركز خدمة العملاء بالتغيرات التي تحدث في ظروفك. تشمل أنواع التغيرات التي يتم الإبلاغ عنها، أشخاص يغادرون المنزل أو ينتقلون إليه، أو عنوان جديد، أو وظيفة جديدة لشخص ما، أو إذا فقد شخص ما وظيفة، أو ولادة طفل، أو مصادر دخل جديدة، أو تغيرات في الدخل. سوف يغطي الموظف الاجتماعي والإخطارات التي تتلقاها التفاصيل بناءً على البرامج والمزايا التي أنت مؤهل لها. قد يؤدي عدم الإبلاغ عن التغيرات المطلوبة ضمن إرشادات البرنامج إلى فقدان المزايا، أو الخضوع للعقوبات، أو التهم المدنية أو الجنائية. يمكنك إبلاغ مكتب المساعدات بالمقاطعة بالتغيرات، وذلك بالحضور شخصيًا، أو عبر الهاتف، أو الفاكس، أو البريد أو عن طريق حساب My COMPASS. يمكنك أيضًا إبلاغ خدمة العملاء بالتغيرات في أي وقت على رقم 1-877-395-8930، أو على رقم لمدينة فيلادلفيا 1-215-560-7226.

عندما أوقع على هذا النموذج:

- أتفهم أن الولاية لديها الحق في مراجعة كافة سجلات الخدمات الطبية المدفوعة بمعرفة المساعدات الطبية. سيتم السداد مقابل الخدمة بشكل مباشر لمزود الخدمة، وليس لي. يتضمن ذلك المدفوعات من قبل برنامج الرعاية الطبية.
- أنا أعطي الولاية الحق في السعي، عن طريق إجراء قانوني أو من دونه، لسداد مدفوعات من التأمين الصحي الخاص أو العام أو من قبل طرف ثالث مسؤول. المبلغ المُسجل لن يتجاوز المبلغ المدفوع من قبل برنامج المساعدات الطبية.
- أتفهم أنه يجب لي طلب المساعدة من مكتب المساعدات بالمقاطعة (CAO) للحصول على إثبات النفقات، وأن المكتب يمكنه الاتصال بأشخاص آخرين للتأكيد، وذلك في حال كنت أواجه مشاكل في الحصول على إثبات على أي شيء.
- 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 أصرح للقسم بإعطاء اسمي ومعلوماتي الواردة في هذا الطلب لبرنامج Marketplace.
- **تجديد التغطية في السنوات المقبلة:** لتسهيل تقرير أهليتي للحصول على المساعدة في دفع تكاليف التغطية الصحية في السنوات المقبلة، أوافق على السماح لبرنامج Marketplace للتأمين الصحي باستخدام بيانات الدخل الخاص بي، بما في ذلك المعلومات الواردة من الإقرارات الضريبية. سيرسل لي برنامج Marketplace إخطارًا للسماح لي بإجراء أي تغييرات، ويمكنني إلغاء الاشتراك في أي وقت.

نعم، جدد أهليتي تلقائياً لمدة:

(ضع علامة بجوار أحد الاختيارات):

- خمس سنوات (أقصى عدد سنوات مسموح به)
- أربع سنوات
- ثلاث سنوات
- سنتان
- عام واحد

لا تستخدم المعلومات الخاصة بي والواردة من الإقرارات الضريبية لتجديد تغطيتي.

- 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 أقدّمها لها. تُطلب المعلومات المتاحة من خلال نظام إثبات الأهلية المبنية على الدخل (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، إلى قسم الخدمات الإنسانية أو وكيلها أو مقاولها المعين؛ 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 قررت إلغاء بموجب إخطار كتابي يُقدّم إلى القسم، أيهما يحدث أولاً. أفهم 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 مفاضاتي وتجريدي من أهلية الحصول على بعض المزايا في المستقبل.
- أتفهم أنه يمكنني تعيين ممثل أو مُحام عن طريق إكمال قسم الممثل أو التوكيل الخاص بالمحامي.
- أتفهم وأوافق على أنني مسؤول عن أي بيانات احتيالية تُقدّم في هذا الطلب، حتى وإن كان الطلب مُقدّماً من قبل شخص يتصرف نيابة عني.
- أتفهم أن أي شخص زادت أمواله نتيجة لأي نقل للأصول أو الدخل، وهو ما قد يؤثر على حالة أهليتي، سيكون مسؤولاً عن تسديد تلك المزايا التي صدرت بشكل غير صحيح.
- استلمت نسخة من حقوقي ومسؤولياتي، وقرأتها أو قرأها لي شخص، 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.
- أتفهم أنني سأتلقي 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 اتخذ بشأن هذا الطلب.
- أتفهم أن موقفي يخضع للتحقق من قبل 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 ACCESS PA لا تُستخدم إلا أثناء الفترة التي أكون فيها مؤهلاً. يجب ألا أستخدم بطاقة ACCESS PA إلا للشخص المؤهل ولا يجوز لي إلا الحصول على المزايا اللازمة والمعقولة.
- أتفهم أنه ليس عليّ تقديم رقم الضمان الاجتماعي لأي شخص ليس متقدماً للحصول على المساعدة. في حالة تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص به، فقد يُستخدم للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب.
- أقرّ بأنّ جميع المعلومات التي أُدرجت صحيحة وتخضع لعقوبة الحنث باليمين (العقوبات الجنائية).
- 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 موجودة مسبقاً. إذا سجلت في خطة صحية جماعية تتضمن شرطاً موجوداً مسبقاً، فيمكنني الحصول على رصيد مقابل الوقت الذي تلقيت فيه المساعدة الطبية.
- أتفهم أنه إن تقرر أنني مؤهل للمساعدة الطبية، فسوف يتم وضعي في حزمة مزايا الرعاية الصحية المتاحة لي الأكثر شمولاً. أتفهم أنه قد يكون مطلوباً مني التسجيل بإحدى الخطط الصحية. أتفهم أن التسجيل بإحدى الخطط الصحية قد يكون مجانياً أو مقابل تكلفة منخفضة من جانبي، لأن القسم يسدّد عني رسماً شهرياً للخطة الصحية. أتفهم أن الرسم الشهري بمثابة رسم فردي. أتفهم أنه في حال حصولي على مساعدات طبية لا أكون مؤهلاً لها، نظراً لحدوث أي خطأ، أو احتيال، أو أي سبب آخر، فإنني حينئذٍ قد يُطلب مني سداد كافة الرسوم الشهرية للقسم بنفسني.