

طلب التقديم على تغطية الرعاية الصحية Washington Apple Health لكبار السن، والمكفوفين، والمعاقين/الخدمات والمساعدات طويلة الأجل

- استخدم هذا الطلب لمعرفة نوع تغطية الرعاية الصحية التي تكون مؤهلاً للحصول عليها إذا:**
- كنت في حاجة للحصول على الخدمات والمساعدات طويلة المدى (LTSS) مثل (رعاية التمريض المنزلية، أو مراكز الرعاية الدائمة، أو دور رعاية البالغين، أو برامج الرعاية داخل المنزل، أو المساعدات المعدة خصيصاً لكبار السن (TSOA).
 - كنت أنت أو فرد في أسرتك لديه تغطية برنامج التأمين الصحي Medicare.
 - كنت في حاجة إلى مساعدة في سداد أقساط برنامج Medicare أو تكاليف التأمين المشترك.
 - كنت أنت أو فرد في أسرتك يبلغ من العمر 65 عامًا أو أكثر.
 - كنت أنت أو فرد في أسرتك مصابًا بإعاقة ولا يملك تأمينًا صحيًا تابعًا لـ Medicare.
 - فيما يخص المساعدات المعدة خصيصاً لكبار السن: إذا كنت تبلغ من العمر 55 عامًا أو أكثر، أو إذا كنت أنت أو من يُقدّمون الرعاية غير مدفوعة الأجر إليك في حاجة إلى دعم

ملحوظة: قدّم على تغطية Apple Health أو أعد تجديدها عبر الإنترنت من خلال برنامج Washington Healthplanfinder على الرابط wahealthplanfinder.org أو من خلال الاتصال على الرقم 855-923-4633 إذا كنت:

- بالغ يتراوح عمرك بين 19 و64 سنة.
- تقدم طلب تقديم للأطفال.
- ولي أمر أو وصي يقدم طلب تقديم للأطفال الأطفال.
- سيدة حامل أو تقدم طلب تقديم لسيدة حامل.

تقديم الطلب أسرع على الإنترنت

- يمكنك تقديم الطلب عبر الإنترنت على موقع washingtonconnection.org

المعلومات التي سيلزم عليك تقديمها:

- أرقام الضمان الاجتماعي
- تواريخ الميلاد
- وضع الهجرة
- معلومات عن الدخل
- معلومات عن الموارد والأصول (مثل أرصدة الحسابات البنكية، والأسهم، والسندات، وصناديق الائتمان، وحسابات التقاعد)

لماذا نطلب منك تقديم هذا القدر من المعلومات؟

- نستخدم هذه المعلومات لتحديد نوع تغطية الرعاية الصحية التي ستكون مؤهلاً للحصول عليها. نحافظ على سرية المعلومات التي تُقدّمها حسبما يقتضي القانون.

أين تُرسل طلبك المكتمل والموقع:

برنامج Apple Health الخاص بالإعاقة، وبرنامج تغطية اللاجئين وتغطية كبار السن فوق 65 عامًا، والبرامج التي تُساعد على سداد

أقساط ومصروفات برنامج التأمين الصحي Medicare

- أرسل طلبك من خلال البريد إلى:

DSHS

Community Services Division - Customer Service Center

PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699

- أرسل طلبك عبر الفاكس إلى رقم: 1-888-338-7410
- قدّم طلبك في مكتب الخدمات المجتمعية (CSO) المحلي.
- تفضل بزيارة موقع dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office لمعرفة الأماكن
- قدّم طلبك عبر الإنترنت على موقع washingtonconnection.org
- قدم الطلب هاتفياً على الرقم: 1-877-501-2233

فيما يتعلق بتغطية الخدمات والمساعدات طويلة المدى مثل رعاية التمريض المنزلية، والرعاية الشخصية داخل المنزل، ومراكز الرعاية الدائمة، ودور رعاية البالغين، والمساعدات المعدة خصيصًا لكبار السن

- أرسل طلبك من خلال البريد إلى:

DSHS

Home and Community Services

PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826

- لتحديد موقع مكتب الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCS) المحلي، تفضل بزيارة موقع dshs.wa.gov/office-locations
- أرسل طلبك عبر الفاكس إلى رقم: 1-855-635-8305
- قدّم طلبك عبر الإنترنت على موقع [washingtonconnection.org](https://www.washingtonconnection.org)
- للاطلاع على مزيد من الموارد الخاصة بالخدمات والمساعدات طويلة المدى، تفضل بزيارة موقع dshs.wa.gov/altsa/resources
- للاطلاع على مزيد من الموارد عن المساعدات المعدة خصيصًا لكبار السن اتصل برقم: 1-855-567-0252 أو اتصل بالمكتب المحلي للوكالة الإقليمية للشيخوخة (AAA) للتحدث مع أخصائي رعاية الأسرة. اعرّ على المكتب المحلي للوكالة الإقليمية للشيخوخة على موقع: www.waclc.org

حقوق ومسؤوليات عملاء تغطية الرعاية الصحية

حقوقك (الأمور الواجبة علينا) بشأن جميع برامج تغطية الرعاية الصحية

مساعدتك في قراءة جميع الاستمارات المطلوبة وتعبئتها. يُمكنك الاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) على رقم: 1-877-501-2233 للحصول على مساعدة..

توفير خدمات مترجم فوري أو مترجم تحريري مجاناً دون أي تأخير عند التواصل مع إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية أو هيئة الرعاية الصحية (HCA).

الحفاظ على خصوصية معلوماتك الشخصية ولكننا قد نُشارك بعض المعلومات مع وكالات أخرى في الولاية ووكالات فيدرالية أخرى، ومؤسسات مالية، والمتعاقدين مع هيئة الرعاية الصحية للوفاء بأغراض تحديد الأهلية والتسجيل.

منحك فرصة تقديم التماس إذا كنت غير موافق على أحد القرارات التي اتخذتها إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية أو هيئة الرعاية الصحية التي تؤثر في أهليتك للحصول على التغطية الصحية، أو الخدمات والمساعدات طويلة المدى، أو أي خطة صحية. إذا طلبت بتقديم التماس، فسوف يتم النظر في حالتك. للاطلاع على معلومات عن الالتماسات الخاصة ببرامج إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية، يُمكنك التواصل مع مركز اتصالات خدمة العملاء التابع لها على الرقم التالي: 1-877-501-2233 أو تفضل بزيارة مكتب الخدمات المجتمعية المحلي.

إذا قُدِّم الالتماس لإعادة النظر في القرار الصادر بشأن تغطية Washington Apple Health، ولم يتم البت في أمره عند مراجعة الحالة، فسوف يُحدَّد موعد لعقد جلسة استماع إدارية.

معاملتك بإنصاف. التمييز مخالف للقانون. تلتزم إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية وهيئة الرعاية الصحية بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية الواجبة التطبيق، ولا يمارسان التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو النوع. لا تستبعد إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية وهيئة الرعاية الصحية الأشخاص أو تُعاملهم معاملة مختلفة بسبب عرقهم، أو لونهم، أو أصلهم القومي، أو عمرهم، أو إعاقاتهم، أو نوعهم.

ويلتزمان أيضاً بقوانين الولاية الواجبة التطبيق، ولا يمارسان التمييز على أساس العقيدة، أو الجنس، أو الهوية الجنسية أو أسلوب التعبير عنها، أو التوجه الجنسي، أو الحالة الاجتماعية، أو الدين، أو وضع المحاربين القدامى الذين خرجوا من الخدمة بشكلٍ مشرف أو الموقف من التجنيد، أو استعانة الأشخاص المعاقين بكلب مُدرَّب كدليل أو حيوان خدمة لمساعدتهم.

تلتزم إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية وهيئة الرعاية الصحية بما يلي:

- تقديم المعونات والخدمات المجانية لذوي الإعاقات، حتى يُمكنهم التواصل معنا بفعالية مثل:
 - مترجمين أكفاء للغة إشارة
 - المعلومات الخطية بصيغ أخرى (الطباعة بأحرف كبيرة، أو ملف صوت، أو صيغ إلكترونية يسهل الوصول إليها، أو صيغ أخرى)
 - توفير خدمات لغوية مجانية للأفراد الذين لغتهم الأولى ليست الإنجليزية مثل:
 - مترجمين أكفاء
 - المعلومات المكتوبة بلغاتٍ أخرى

إذا كنت في حاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل برقم: 1-877-501-2233.

إذا كنت تعتقد أن إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية أو هيئة الرعاية الصحية لم تنجح في توفير هذه الخدمات، أو مارست التمييز بطريقةٍ أخرى، فيُمكنك تقديم تظلم لدى:

• HCA Division of Legal Services

ATTN: Compliance Officer

PO Box 42704

Olympia, WA 98504-2704

1-855-682-0787

الفاكس: 1-360-586-9551

compliance@hca.wa.gov

• DSHS

ATTN: Constituent Services

PO Box 45131

Olympia, WA 98504-5131

1-800-737-0617

الفاكس: 1-888-338-7410

askdshs@dshs.wa.gov

يُمكنك تقديم التظلم شخصياً أو عن طريق الهاتف، أو البريد، أو الفاكس، أو البريد الإلكتروني. إذا احتجت إلى مساعدة عند تقديم التظلم، فإن مكتب الخدمات التأسيسية التابع لإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية أو شعبة الخدمات القانونية التابعة لهيئة الرعاية الصحية متاحان لتقديم المساعدة إليك.

يُمكنك أيضاً تقديم شكوى الحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية إلكترونياً بإرسالها إلى: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> أو من خلال البريد أو الهاتف إلى:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

تتوفر استمارات الشكاوى على الموقع الإلكتروني: www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

مسؤولياتك (الأمر الواجب عليك) بشأن جميع برامج تغطية الرعاية الصحية

الإفصاح عن رقم الضمان الاجتماعي ووضع الهجرة. فيما عدا بعض الاستثناءات، عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو رقم سند الهجرة الخاص بك أو الخاص بأي شخص آخر في أسرتك يرغب في التقدم بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية. يُشترط تقديم رقم الضمان الاجتماعي للتقدم بطلب للحصول على خصم ضريبي على أقساط التأمين الصحي. نستخدم هذه المعلومات لتحديد أهليتك من خلال التأكد من هويتك، ومواطنتك، ووضع هجرتك، وتاريخ ميلادك، وتوافر تغطية رعاية صحية أخرى. ولا تُشارك هذه المعلومات مع أي وكالة هجرة.

ويمكن أن تتقدم بطلب للحصول على التغطية لبعض أفراد أسرتك، ولكن ليس للآخرين. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي أو رقم سند الهجرة لجميع أفراد الأسرة، فلا يزال بإمكان الآخرين التقدم بطلب على التغطية والحصول عليها. فعلى سبيل المثال، يُمكنك التقدم بطلب للحصول على تغطية لطفلك حتى لو لم تكن أنت مؤهلاً للحصول على التغطية. ولن يؤثر التقدم بالطلب فيوضع هجرتك أو فرصك لتصبح مقيمًا دائمًا أو مواطنًا.

تشتمل تغطية الرعاية الصحية Washington Apple Health أيضًا على بعض البرامج للأفراد الذين يتعذر عليهم إثبات أنهم مقيمون في البلد بصورة شرعية. ولكن إذا اخترت عدم تقديم رقم ضمان اجتماعي أو رقم سند الهجرة لشخص في أسرتك، فسيتمتعين علينا المتابعة معك للحصول على معلومات عن دخل الشخص الذي لم يتقدم بالطلب.

في حالة طلب الوكالة هذه المعلومات، قُدِّم أي معلومات أو إثباتات مطلوبة من أجل تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على التغطية.

أمر ينبغي عليك معرفتها بشأن جميع برامج تغطية الرعاية الصحية

أحكام بعض قوانين الولاية وقوانين فيدرالية تنطبق على أعمال أنظمة مؤسسة Washington Connection وأنظمة التقديم التي تُديرها الحكومة، وحقوقك ومسؤولياتك بصفتك شخصًا يستخدم هذه الأنظمة والتغطية التي تحصل عليها من استخدامها. بمقتضى استخدامك لهذه الأنظمة، فإنك تُوافق على الالتزام بالقوانين المنطبقة على أي شخص يستخدم هذه الأنظمة والتغطية التي يحصل عليها نتيجة لاستخدامها.

القانون الوطني لتسجيل الناخبين لعام 1973 يُلزم جميع الولايات بتقديم المساعدة في تسجيل الناخبين من خلال مكاتب المساعدة العامة التابعة لها. لا يؤثر تقديم طلب للتسجيل أو رفض التسجيل للانتخاب في الخدمات أو الاستحقاقات التي سَتُقدِّمها إليك هذه الوكالة. يُمكنك التسجيل للانتخاب على موقع www.vote.wa.gov أو طلب استمارات تسجيل الناخبين من خلال الاتصال برقم: 1-800-448-4881.

تمنع القيود المفروضة بمقتضى **قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA)** هيئة الرعاية الصحية وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية من مناقشة المعلومات الصحية الخاصة بك أو بأي فرد من أسرتك مع أي فرد بما في ذلك الممثل المفوض، إلا إذا منحت هذا الفرد توكيلاً رسميًا أو وقعت استمارة موافقة تأذن بالإفصاح عن هذه المعلومات. وتتضمن هذه المعلومات الإفصاح عن معلومات الصحة النفسية، وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، ومرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، ونتائج اختبار الأمراض المنقولة جنسيًا (STD)، أو خدمات الاعتماد على العلاجات والكيمويات.

قانون الرعاية الميسرة يمنع إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية وهيئة الرعاية الصحية من إعطاء المعلومات المُحدَّدة للهوية الشخصية (PII) الخاصة بك أو الخاصة بأي فرد من أسرتك إلى أي شخص غير مفوض بالحصول عليها أو بدون موافقتك.

المعلومات التي تُقدِّمها إلى إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية وهيئة الرعاية الصحية تخضع للتحقق من صحتها بواسطة المسؤولين الفيدراليين ومسؤولي الولاية للوفاء بأغراض تحديد أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية. قد يتضمن التحقق من صحة المعلومات قيام موظفي الوكالة باتصالات متتابعة.

لا تتحمل هيئة الرعاية الصحية وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية المسؤولية عن إدارة خطة التأمين الصحي الخاصة بك. يُمكن أن تُزوِّدك شركة التأمين الصحي المؤمن لديها بمزيد من المعلومات عن استحقاقاتك. إذا كانت لديك أسئلة عن شروط خطة التأمين الصحي الخاصة بك، بما في ذلك أي استحقاقات أنت مؤهل للحصول عليها، والقيام بمطالبة للحصول على الاستحقاقات، أو تقديم التماس لإعادة النظر في رفض الاستحقاقات، فينبغي عليك الاتصال بشركة التأمين الصحي المؤمن لديها.

يجوز لك تقديم طلب للحصول على خدمات تنفيذ الدعم من خلال شعبة دعم الطفل (DCS). للحصول على استمارة طلب التقديم على هذه الخدمات، توجه إلى موقع www.childsupportonline.wa.gov أو اتصل بمكتب شعبة دعم الطفل المحلي.

حقوقك (الأمر الواجب علينا) بشأن تغطية الرعاية الصحية Washington Apple Health فقط

شرح حقوقك ومسؤولياتك في حال سؤالك عنها.

السماح لك بتقديم طلب تقديم جزئي يتضمن على الأقل اسمك، وعنوانك، وتوقيعك أو توقيع الممثل المفوض من مقدم الطلب. يُحتسب اليوم الذي نستلم فيه طلبك الجزئي بأنه تاريخ تقديم طلبك، والذي يُصبح معمولاً به عندما تدخل التغطية الخاصة بك حيز التنفيذ. لن تتخذ قراراً نهائياً بشأن التغطية الخاصة بك حتى تُكمل طلب التقديم.

السماح لك بتقديم طلب تقديم كامل أو جزئي باستخدام أي طريقة وارده في المادة 182-503-0005 من قانون واشنطن الإداري (WAC).

معالجة طلبك على الفور في مدة لا تزيد عن الأطر الزمنية المُبيّنة في المادة 182-503-0060 من قانون واشنطن الإداري.

منحك 10 أيام تقويمية لتقديم المعلومات التي نحتاجها لتحديد أهليتك. إذا طلبت وقتاً إضافياً، فسوف نمسك المزيد من الوقت. إذا لم نُزوّدنا بالمعلومات أو تطلب وقتاً إضافياً، فقد نرفض تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك، أو نُنهئها، أو نُغيّرنا.

مساعدتك إذا واجهتك مشكلة في الحصول على أي معلومات أو إثباتات لازمة لنا لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على التغطية. إذا طلبنا وثيقة تستلزم منك دفع المال، فسوف نُرسل طلباً للحصول عليها وسندفع التكلفة.

إخطارك خلال مدة لا تقل عن 10 أيام في أغلب الحالات قبل إيقاف تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك.

إرسال قرار خطي إليك في غضون 45 يوماً في أغلب الحالات. قد تستغرق تغطية الرعاية الصحية لبعض حالات الإعاقة مدة تصل إلى 60 يوماً. نُرسل إليك قراراً خطياً بشأن الرعاية الطبية بالحمل في غضون 15 يوماً.

السماح لك برفض التحدث إلى محقق إذا كنا نعين حالتك. لست مضطراً إلى إدخال المحقق إلى منزلك. يجوز لك أن تطلب من المحقق أن يأتي ثانية في وقتٍ آخر. ولن يُؤثر هذا الطلب في أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية.

الاستمرار في تغطية Washington Apple Health في أثناء اتخاذنا قراراً بما إذا كنت مؤهلاً للاشتراك في برنامج آخر وفقاً للمادة 182-504-0125 من قانون واشنطن الإداري.

منحك خدمات تكفل الوصول العادل للرعاية الصحية حسبما هو مُبيّن في المادة 182-503-0120 من قانون واشنطن الإداري إذا كنت مؤهلاً لذلك.

مسؤولياتك (الأمر الواجب عليك) بشأن تغطية الرعاية الصحية Washington Apple Health فقط

الإبلاغ عن التغييرات الطارئة حسبما تستلزم المادتان 182-504-0105 و182-504-0110 من قانون واشنطن الإداري في غضون 30 يوماً من حدوث التغيير. قراءة خطاب الموافقة المرسل إليك لمعرفة نوعية التغييرات التي يجب عليك الإبلاغ عنها.

تعبئة استمارات التجديد عند طلب ذلك.

تقديم معلومات مقدمي الرعاية الطبية اللازمة لإعداد فواتير بالمبالغ المستحقة السداد نظير خدمات الرعاية الصحية.

تقديم طلب للحصول على تغطية برنامج التأمين الصحي Medicare إذا كنت مستحقاً لها.

التعاون مع موظفي ضمان الجودة عند طلب ذلك.

التقدم بطلبات وبذل الجهود المعقولة للحصول على دخل محتمل من مصادر أخرى عندما تطلب بتغطية الرعاية الصحية Washington Apple Health أو تتلقاها.

أمر ينبغي عليك معرفتها بشأن تغطية Washington Apple Health فقط

عند مطالبتك بتغطية الرعاية الصحية Washington Apple Health، وتلقيها، فإنك تُحوّل ولاية واشنطن بجميع الحقوق في أي دعم طبي وفي أي مدفوعات من الجهات الخارجية نظير الرعاية الصحية.

قد تُشارك الوكالة تاريخ تطعيم طفلك مع نظام تعقب تطعيمات الأطفال.

المعلومات التي تُبلّغنا بها قد تُقدّم إلى إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية لتحديد الأهلية والاستحقاقات الشهرية مقابل برامج مثل تغطية الرعاية الصحية، والمساعدة النقدية، والمساعدة الغذائية، وإعانات رعاية الأطفال.

بموجب القانون، يجوز لولاية واشنطن أن تسترد التكاليف التي دفعتها نظير أنواع معينة من الخدمات الطبية من ممتلكاتك من خلال برنامج استرداد تكاليف العلاج من التركة (Estate Recovery) (وفقاً للمادة 41.05B.090 والمادة 43.20B.080 من قانون واشنطن المعدل، والفصل 182-527 من قانون واشنطن الإداري). لا يحدث استرداد تكاليف العلاج من التركة إلا بعد وفاتك، ووفاة زوجتك التي تكون على قيد الحياة عند وفاتك، وعندما يبلغ أطفالك عمر 21 عامًا أو أكبر. ولا يحدث أيضًا إذا كان أحد أطفالك مصابًا بالعمى/إعاقة في وقت وفاتك. تتضمن التكاليف القابلة للاسترداد ما يلي:

- بعض الخدمات والمساعدات طويلة المدى المشمولة في تغطية Washington Apple Health، إذا كان عمرك 55 عامًا أو أكبر في وقت تلقيك الخدمات؛
- خدمات معينة لا تُمولها إلا الولاية بغض النظر عن عمرك وقت تلقيك الخدمات.

يُمكنك الاطلاع على قائمة بالخدمات الخاضعة لاسترداد التكاليف في المادة 182-527-2742 من قانون واشنطن الإداري. يُمكنك الاطلاع على قائمة بالأصول المستثناة من استرداد التكاليف في المادة 182-527-2746 من قانون واشنطن الإداري.

يجوز للولاية أيضًا تطبيق الحجز على ممتلكاتك العقارية قبل الوفاة، في أي عمر، إذا أصبحت مقيمًا بصفة دائمة في إحدى المؤسسات بموجب (المادة 182-527-2734 من قانون واشنطن الإداري). يجوز للولاية استرداد قيمة تكاليف العلاج من بيع ممتلكاتك، أو عقارك ما لم يكن:

- زوجك/زوجتك تعيش في العقار؛ أو
- شقيقك يعيش في العقار، وله ملكية مشتركة في العقار، ويفي باشتراطات معينة؛ أو
- طفلك يعيش في العقار، ومصاحبًا بالعمى/إعاقة؛ أو
- طفلك يعيش في العقار، وعمره أقل من 21 عامًا.

يُمكنك الاطلاع على قائمة بالخدمات الخاضعة لاسترداد التكاليف بموجب أمر الحجز على الممتلكات قبل الوفاة في المادة 182-527-2734 من قانون واشنطن الإداري.

قد يتم حصر تعاملك على أحد مقدمي الرعاية الصحية، أو الصيدليات، أو المستشفيات فحسب، إذا كنت تسعى للحصول على خدمات رعاية صحية غير ضرورية من مقدمي الخدمات.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ພຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. با شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨੁਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጉምትን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

طلب التقديم على تغطية الرعاية الصحية Washington Apple Health لكبار السن، والمكفوفين، والمعاقين/الخدمات والمساعدات طويلة الأجل

اسم مقدم الطلب ومعلومات الاتصال به

1

الاسم الأول (إذا كان ذلك مُنطبقًا)	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير	
رقم هوية العميل	توقيع مقدم الطلب أو الممثل المفوض عنه		
عنوان سكنك (مطلوب)			
المقاطعة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

ضع علامة داخل هذا المربع إذا لم يكن لديك عنوان فعلي

العنوان البريدي (إن كان مختلفًا)			
المقاطعة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف الأساسي	الهاتف المحمول	البريد الإلكتروني	

إذا كنت تعيش في إحدى المنشآت، فأدرج اسم المنشأة وعنوانها، إن لم يكن مماثلًا لما ذكر أعلاه:

اسم المنشأة			
عنوان المنشأة			
المقاطعة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي



18005

أتقدم أنا، أو زوجي/زوجتي، أو أحد الأفراد في أسرتي بطلب للحصول على:

تغطية الرعاية الصحية لكبار السن، أو المكفوفين، أو المعاقين
برنامج توفير تكاليف الرعاية الطبية (Medicare Savings Program)
Apple Health للعاملين ذوي الإعاقة (HWD)

خدمات مقدم الرعاية داخل المنزل
مراكز الرعاية الدائمة/ دور رعاية البالغين
رعاية التمريض المنزلية
المساعدات المعدة خصيصًا لكبار السن (TSOA)

معلومات الفاتورة الطبية غير المدفوعة

3

هل تحتاج أنت أو أي شخص تتقدم بالطلب له إلى مساعدة في سداد فواتير طبية غير مدفوعة في أي شهر من الثلاثة أشهر السابقة مباشرةً للشهر الحالي؟
نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فاذكر الاسم:

المعلومات المتعلقة باللغة

4

هل ستحتاج أنت أو أي شخص تقدم طلبًا بالنيابة عنه إلى مترجم فوري أو إلى الحصول على المستند بلغات أخرى؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما هي اللغة أو التنسيق البديل الذي تحتاجه؟ أدرج كل ما ينطبق:

معلومات عنك وعن عائلتك

5

أدرج أنت نفسك وزوجك/زوجتك ومن تعول حتى لو لم تكن متقدمًا بطلب له (أرفق أوراقًا إضافية إن لزم الأمر).

العضو نفسه		الجنس المحدد عند الولادة	الاسم (الأول، والأوسط، والأخير)
تاريخ الميلاد <td>صلة القرابة <td></td> <td></td> </td>	صلة القرابة <td></td> <td></td>		
رقم الضمان الاجتماعي (SSN)*	هل ترغب في الحصول على تغطية لهذا الشخص؟	مقيم بولاية واشنطن	أمريكي نعم لا
مواطن أم غير مواطن (ضع علامة على أحد الخيارين)		مقيم بولاية واشنطن	أمريكي نعم لا
هل أنت من أصل إسباني أم لاتيني أم إسباني؟ (اختياري)		مقيم بولاية واشنطن	أمريكي نعم لا
كوبيا	ليس إسباني/ إسباني	مكسيكي أمريكي شيكانو	إسبانية/ إسباني
بورغوريكو			
العرق (اختياري - ينطبق اختيار ما يصل إلى خمس خيارات)			
الهنود الحمر	كوري	صيني	
آسيا	لاوسي	فلبيني	
هندي آسيوي	من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى	غواماني	
أبيض البشرة			

الاسم (الأول، والأوسط، والأخير)	الجنس المحدد عند الولادة	صلة القرابة	تاريخ الميلاد
رقم الضمان الاجتماعي (SSN)* مواطن أم غير مواطن (ضع علامة على أحد الخيارين)	هل ترغب في الحصول على تغطية لهذا الشخص؟	نعم	لا
أمريكي	مقيم بولاية واشنطن	نعم	لا
هل أنت من أصل إسباني أم لاتيني أم إسباني؟ (اختياري)	كوبيا	مكسيكي أمريكي شيكانو	ليس إسباني/ إسباني
إسبانية/ إسباني	بورتوريكو		
العرق (اختياري - ينطبق اختيار ما يصل إلى خمس خيارات)			
الهنود الحمر	صيني	كوري	تايلاندي
آسيا	فلبيني	لاوسي	فيتنامي
هندي آسيوي	غواماني	من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى	أبيض البشرة
أسمر البشرة أو أمريكي من أصل أفريقي	هاواي	عرق آخر	
كمبودي	ياباني	ساموا	

الاسم (الأول، والأوسط، والأخير)	الجنس المحدد عند الولادة	صلة القرابة	تاريخ الميلاد
رقم الضمان الاجتماعي (SSN)* مواطن أم غير مواطن (ضع علامة على أحد الخيارين)	هل ترغب في الحصول على تغطية لهذا الشخص؟	نعم	لا
أمريكي	مقيم بولاية واشنطن	نعم	لا
هل أنت من أصل إسباني أم لاتيني أم إسباني؟ (اختياري)	كوبيا	مكسيكي أمريكي شيكانو	ليس إسباني/ إسباني
إسبانية/ إسباني	بورتوريكو		

العرق (اختياري - ينطبق اختيار ما يصل إلى خمس خيارات)

تايلاندي	كوري	صيني	الهنود الحمر
فيتنامي	لاوسي	فلبيني	آسيا
أبيض البشرة	من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى	غواماني	هندي آسيوي
	عرق آخر	هاواي	أسمر البشرة أو أمريكي من أصل أفريقي
	ساموا	ياباني	كمبودي

تاريخ الميلاد	صلة القرابة	الجنس المحدد عند الولادة	الاسم (الأول، والأوسط، والأخير)
لا	نعم	هل ترغب في الحصول على تغطية لهذا الشخص؟	رقم الضمان الاجتماعي (SSN)* مواطن أم غير مواطن (ضع علامة على أحد الخيارين)
		نعم لا	أمريكي نعم لا
			هل أنت من أصل إسباني أم لاتيني أم إسباني؟ (اختياري)
		ليس إسباني/ إسباني	كوبيا مكسيكي أمريكي شيكانو بورتيوريكو إسبانية/ إسباني

العرق (اختياري - ينطبق اختيار ما يصل إلى خمس خيارات)

تايلاندي	كوري	صيني	الهنود الحمر
فيتنامي	لاوسي	فلبيني	آسيا
أبيض البشرة	من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى	غواماني	هندي آسيوي
	عرق آخر	هاواي	أسمر البشرة أو أمريكي من أصل أفريقي
	ساموا	ياباني	كمبودي

تاريخ الميلاد	صلة القرابة	الجنس المحدد عند الولادة	الاسم (الأول، والأوسط، والأخير)
لا	نعم	هل ترغب في الحصول على تغطية لهذا الشخص؟	رقم الضمان الاجتماعي (SSN)* مواطن أم غير مواطن (ضع علامة على أحد الخيارين)
		نعم لا	أمريكي نعم لا
			هل أنت من أصل إسباني أم لاتيني أم إسباني؟ (اختياري)
		ليس إسباني/ إسباني	كوبيا مكسيكي أمريكي شيكانو بورتيوريكو إسبانية/ إسباني

العرق (اختياري - ينطبق اختيار ما يصل إلى خمس خيارات)

تايلاندي	كوري	صيني	الهنود الحمر
فيتنامي	لاوسي	فلبيني	آسيا
أبيض البشرة	من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى	غواماني	هندي آسيوي
	عرق آخر	هاواي	أسمر البشرة أو أمريكي من أصل أفريقي
	ساموا	ياباني	كمبودي

*لا تشارك HCA هذه المعلومات مع أي وكالة هجرة لأغراض إنفاذ قوانين الهجرة. اترك هذا الحقل فارغاً إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي.

معلومات عامة

6

1. خلال الـ 30 يومًا الماضية، تلقيت أنا، أو زوجي/زوجتي، أو فرد في أسرتي تغطية الرعاية الصحية من ولاية أو قبيلة أخرى أو مصدر آخر؟
نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فيرجى التوضيح: _____
2. تلقيت أنا، أو زوجي/زوجتي، أو فرد في أسرتي دخل الضمان التكميلي (SSI) في ولاية أخرى؟
نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فيرجى التوضيح: _____
3. أنا، أو زوجي/زوجتي، أو أحد الأفراد في أسرتي مهاجر مكفول؟
نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فاذكر اسمه: _____
4. خدمت أنا، أو زوجي/زوجتي، أو فرد في أسرتي في الجيش الأمريكي، أو الحرس الوطني، أو قوات الاحتياط أو كنت ممن يعملهم شخص خدم فيها أو كنت زوجه/زوجته:
نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فاذكر اسمه: _____
5. لدي شخص أعوله بصفتي دافعاً للضريبة ولا يسكن معي لم أدرج اسمه بعد في طلب تقديمي؟
نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فأدرج اسم (أسماء) من تعولهم بصفتك دافعاً للضريبة _____
6. أنا: أعزب/عزباء متزوج(ة) أعيش مع الزوج/الزوجة متزوج(ة) أعيش بعيداً عن الزوج/الزوجة مطلق(ة) أرمل(ة)
في شراكة منزلية مسجلة منفصل(ة) قانونياً

الدخل المكتسب أو الأعمال الحرة (أرفق الإثبات)

7

يتضمن الدخل المكتسب من التوظيف أو الأعمال الحرة بعض الأمثلة، والتي تتضمن

- **التوظيف:**
 - الأجور أو المرتبات أو الإكراميات التي يتم استقطاع ضرائب الدخل الفيدرالية منها في نموذج W-2 ، المربع 1
 - توصيل مشاوير أو أداء المهام
 - بيع البضائع عبر الإنترنت
 - تقديم خدمات إبداعية أو مهنية
- توفير أعمال أخرى مؤقتة أو حسب الطلب أو مستقلة
- المكافآت والعمولات
- مدفوعات خطة التقاعد
- الفوائد من الإضراب النقابي
- الدخل من وظيفة لم يقطع فيها صاحب العمل الضرائب (مثل العمل في اقتصاد الأعمال الحرة)
- قيادة السيارة للحجز أو التوصيل

الأعمال الحرة:

- امتلاك شركة أو تشغيلها
- امتلاك مزرعة أو تشغيلها
- وزير أو عضو في طائفة دينية
- موظف قانوني وله دخل

***المصدر: irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables**

1. أحصل أنا، أو زوجي/زوجتي، أو شخص أتقدم بالطلب له على دخل من العمل نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فيرجى تعبئة هذا القسم.

اسم من يكتسب هذا الدخل:	اسم جهة العمل	رقم هاتف جهة العمل
تاريخ البدء	هل هذه الوظيفة مهنة حرة؟	نعم لا
المبلغ الإجمالي المستلم (المبلغ بالدولار قبل الاستقطاعات)	عن كل:	ساعة أسبوع أسبوعين
مرتان في الشهر شهرياً		
ساعات العمل في الأسبوع	تواريخ تلقي الأجر (مثل يوم 1 من الشهر و15 من الشهر، أو كل جمعة)	

اسم من يكتسب هذا الدخل:	اسم جهة العمل	رقم هاتف جهة العمل
تاريخ البدء	هل هذه الوظيفة مهنة حرة؟	نعم لا
المبلغ الإجمالي المستلم (المبلغ بالدولار قبل الاستقطاعات)	عن كل:	ساعة أسبوع أسبوعين
مرتان في الشهر شهرياً		

مصادر الدخل الأخرى (الجميع أفراد الأسرة) (أرفق الإثبات)

8

1. أمثلة على مصادر الدخل الأخرى:

- إعالة الطفل أو نفقة الزوجة
- المزايا التعليمية (قروض الطلبة، والمنح، والعمل إلى جانب الدراسة)
- الدخل من لعب القمار والرهان
- الهدايا (الدعم النقدي/بطاقات الهدايا)
- الفوائد/حصص الأرباح
- العمل والصناعات (L&I)
- استحقاقات موظفي السكك الحديدية
- الدخل الإيجاري
- معاشات التقاعد
- عقود البيع/السندات الإذنية
- الضمان الاجتماعي
- دخل الضمان التكميلي (SSI)
- الدخل القبلي
- صناديق الائتمان
- إعانات البطالة
- الاستحقاقات من وزارة شؤون المحاربين القدامى (VA) أو الاستحقاقات العسكرية
- مصادر الدخل الأخرى

2. أدرج مصادر الدخل الأخرى التي تتلقاها أنت، أو زوجك/ زوجتك، أو أي شخص تتقدم بالطلب له:

نوع الدخل الآخر	اسم متلقي الدخل	إجمالي المبلغ الشهري	اسم متلقي الدخل	إجمالي المبلغ الشهري
نوع الدخل الآخر	اسم متلقي الدخل	إجمالي المبلغ الشهري	اسم متلقي الدخل	إجمالي المبلغ الشهري
نوع الدخل الآخر	اسم متلقي الدخل	إجمالي المبلغ الشهري	اسم متلقي الدخل	إجمالي المبلغ الشهري
نوع الدخل الآخر	اسم متلقي الدخل	إجمالي المبلغ الشهري	اسم متلقي الدخل	إجمالي المبلغ الشهري
نوع الدخل الآخر	اسم متلقي الدخل	إجمالي المبلغ الشهري	اسم متلقي الدخل	إجمالي المبلغ الشهري

3. أنا، أو زوجي/ زوجتي، أو أحد الأفراد في أسرتي يتلقى دخلاً عائداً من الاستثمار في وثيقة تأمين معاش؟ نعم لا

اسم مالك وثيقة تأمين المعاش	الشركة أو المؤسسة	المبلغ أو القيمة	الدخل الشهري	تاريخ شرائها
اسم مالك وثيقة تأمين المعاش	الشركة أو المؤسسة	المبلغ أو القيمة	الدخل الشهري	تاريخ شرائها

مصروفات السكن (أرفق الإثبات إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على المساعدات والخدمات طويلة المدى)

9

الإيجار الرهن العقاري القيمة الإيجارية حسب المساحة تأمين أصحاب المنازل على ممتلكاتهم الضرائب العقارية المصروفات الأخرى
هل تحصل على مساعدة من شخص آخر أو وكالة أخرى، مثل برنامج الإسكان المدعوم، في سداد هذه المصروفات إما كلياً أو جزئياً؟
نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فاذكر اسمه:

الاستقطاعات

10

1. أؤدي أنا، أو زوجي/ زوجتي، أو شخص أتقدم بالطلب له، هذه المدفوعات أو من المفترض أن أؤديها:

رعاية المعالين من الأطفال أو البالغين	المبلغ الشهري	القائم بالدفع
إعالة الطفل بأمر المحكمة	لمبلغ الشهري	القائم بالدفع
رسوم المستفيد	المبلغ الشهري	القائم بالدفع
رسوم الوصاية	المبلغ الشهري	القائم بالدفع
أتعاب المحاماة بأمر المحكمة	المبلغ الشهري	القائم بالدفع
المصروفات الطبية المتكررة (بما في ذلك أفساط برنامج التأمين الصحي Medicare أو أفساط تأمين صحي آخر تدفعها)	المبلغ الشهري	القائم بالدفع

2. أدين أنا، أو زوجي/ زوجتي، أو شخص أتقدم بالطلب له، بمبلغ المصروفات الطبية؟

نوع المصروفات الطبية	تاريخ تكبدها	المبلغ المستحق	اسم المدين
نوع المصروفات الطبية	تاريخ تكبدها	المبلغ المستحق	اسم المدين
نوع المصروفات الطبية	تاريخ تكبدها	المبلغ المستحق	اسم المدين

3. إذا كان الجواب بنعم، فحدد مبلغ مصروفات العمل المتعلقة بالإعاقة أعاني أنا، أو زوجي/زوجتي، أو شخص أتقدم بالطلب له، من إعاقة وأعمل ولدي مصروفات تدعم وظيفتي؟ يُطّلق على هذه المصروفات اسم مصروفات العمل المتعلقة بالإعاقة (IRWE)

نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فحدد مبلغ مصروفات العمل المتعلقة بالإعاقة

الموارد (أرفق الإثبات)

11

تخطّ هذا القسم إذا كنت لا تتقدم بالطلب إلا من أجل برامج تكاليف الرعاية الطبية (MSP) أو Apple Health
للعاملين ذوي الإعاقة (HWD))

1. يُمثّل المورد أي شيء تمتلكه أو تشتريه، ويُمكن بيعه، أو المتاجرة فيه، أو تحويله إلى نقد أو أموال يمتلكها الآخرون. لا يتضمن المورد الأموال المنقولة مثل الأثاث أو السلع المنزلية أو الملابس. أمثلة على الموارد:

- النقد
- الحسابات الجارية
- حسابات التوفير
- شهادات الإيداع
- حسابات سوق المال
- سندات الادخار
- السندات
- صناديق الاستثمار المشترك
- الأسهم
- وثائق تأمين المعاشات
- صناديق الائتمان
- حساب التقاعد الفردي (IRA)
- خطة التقاعد 401K
- صندوق التقاعد
- المنازل، بما فيها المنزل الذي تسكن فيه
- الأموال المخصصة للدفن
- الملكية العقارية المشتركة
- الأرض
- عقد البيع
- المباني
- هبة قيد الحياة (حق مالي يمارسه صاحبه طوال عمره وينقضي بموته)
- التأمين على الحياة
- خطط الجنازة المدفوعة مسبقاً
- الأموال المخصصة لرسوم الجامعة
- الوحدات المملوكة بنظام اقتسام الوقت
- معدات الأعمال التجارية
- معدات المزارع
- المواشي

2. أدرج الموارد التي تمتلكها أنت، أو زوجك/زوجتك، أو أي شخص تتقدم بالطلب له، أو تشتريها:

نوع المورد	اسم المالك	موقعه	قيّمته	اسم المالك	موقعه	قيّمته
نوع المورد	اسم المالك	موقعه	قيّمته	اسم المالك	موقعه	قيّمته
نوع المورد	اسم المالك	موقعه	قيّمته	اسم المالك	موقعه	قيّمته
نوع المورد	اسم المالك	موقعه	قيّمته	اسم المالك	موقعه	قيّمته

3. أمتلك أنا، أو زوجي/زوجتي، أو شخص أتقدم بالطلب له، سيارات، أو عربات نقل، أو شاحنات صغيرة، أو قوارب، أو مركبات للاستجمام، أو مقطورات، أو مركبات أخرى بمحرك:

العالم (مثل 2010)	الماركة (مثل فورد)	الطراز (مثل إسكورت)	المبلغ المستحق
العالم (مثل 2010)	الماركة (مثل فورد)	الطراز (مثل إسكورت)	المبلغ المستحق
العالم (مثل 2010)	الماركة (مثل فورد)	الطراز (مثل إسكورت)	المبلغ المستحق
العالم (مثل 2010)	الماركة (مثل فورد)	الطراز (مثل إسكورت)	المبلغ المستحق

موارد المساعدات والخدمات طويلة المدى الإضافية (لا تُعبئ هذا القسم إلا إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على المساعدات والخدمات طويلة المدى)

12

1. أمتلك أنا، أو زوجي/زوجتي، أو شخص أتقدم بالطلب له، منزلاً، أو أشتري منزلاً يُمثّل محل الإقامة الرئيسي:

عنوان العقار	القيمة الحالية (بحسب تقدير المئمن)	مبالغ القروض المستحقة على العقار
عنوان العقار	القيمة الحالية (بحسب تقدير المئمن)	مبالغ القروض المستحقة على العقار
عنوان العقار	القيمة الحالية (بحسب تقدير المئمن)	مبالغ القروض المستحقة على العقار

2. قمت أنا، أو زوجي/زوجتي، أو شخص أتقدم بالطلب له، ببيع مورد، أو تاجرت فيه، أو تنازلت عنه، أو نقلت ملكيته في الخمسة أعوام الماضية (بما في ذلك صناديق الاستثمار العقارية، أو المركبات، أو النقد، أو الهبات قيد الحياة)؟ نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فتفضل بتعبئة ما يلي: (أرفق أوراقاً إضافية إن لزم الأمر)

نوع المورد	تاريخ نقل الملكية	قيمة المورد المنقول ملكيته	المنقول إليه الملكية
نوع المورد	تاريخ نقل الملكية	قيمة المورد المنقول ملكيته	المنقول إليه الملكية

تأمين الرعاية طويلة المدى (غير مطلوب للحاصلين على برامج توفير تكاليف الرعاية الطبية (Medicare Savings Program))

13

أمتلك/نمتلك تأمين رعاية طويلة المدى؟ نعم لا هل هذه هي بوليصة تأمين الشركاء على الرعاية الطويلة المدى (LTCP) المستوفية للشروط؟ نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فيرجى إدراج اسم (أسماء) شركة التأمين وأسماء المشمولين في تغطية البوليصة:

شركة التأمين	رقم البوليصة	اسم حامل البوليصة التغطية	الشخص المشمول في	القيمة بالدولار (إن كانت بوليصة تأمين الشركاء على الرعاية الطويلة المدى)
شركة التأمين	رقم البوليصة	اسم حامل البوليصة التغطية	الشخص المشمول في	القيمة بالدولار (إن كانت بوليصة تأمين الشركاء على الرعاية الطويلة المدى)

لإدراج أي تعليقات إضافية على هذا الطلب، أرفق ورقة بالمعلومات.

معلومات عن الممثل المفوض

14

الشخص المفوض هو أي شخص بالغ على دراية بظروف الأسرة، وتُفوضه الأسرة للتصرف نيابةً عنها للوفاء بأغراض الحصول على الأهلية.

وعند تعيين ممثل مفوض، فإنك تمنح إذنًا للممثل المفوض عنك للقيام بما يلي:

- توقيع طلب التقديم نيابةً عنك؛
- استلام الإخطارات المتعلقة بطلبك وحسابك،
- التصرف نيابةً عنك بشأن جميع المسائل المتعلقة بطلبك وحسابك.

1. هل تُعيّن أحد الأشخاص كممثل مفوض؟ نعم لا

2. هل ترغب في أن يتلقى الممثل المفوض عنك الإخطارات المتعلقة بطلبك وحسابك؟ نعم لا

3. هل يتمتع هذا الممثل المفوض بالوصاية القانونية؟

نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فاذكر اسمه:

4. هل يحمل هذا الممثل المفوض توكيلاً رسميًا؟

نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فاذكر اسمه:

اسم الممثل المفوض/المؤسسة

رقم الهاتف

عنوان البريد الإلكتروني

العنوان البريدي للممثل المفوض

إعادة مقابل تغطية الرعاية الصحية والرعاية طويلة المدى إلى الولاية:

بموجب القانون، يجوز لولاية واشنطن أن تسترد التكاليف التي دفعتها نظير أنواع معينة من الخدمات الطبية من ممتلكاتك من خلال برنامج استرداد تكاليف العلاج من التركة (Estate Recovery) (وفقاً للمادة 41.05A.090 والمادة 43.20B.080 من قانون واشنطن المعدل، والفصل 182-527 من قانون واشنطن الإداري). لا يحدث استرداد تكاليف العلاج من التركة إلا بعد وفاتك، ووفاة زوجتك التي تكون على قيد الحياة عند وفاتك، وعندما يبلغ أطفالك عمر 21 عامًا أو أكبر. ولا يحدث أيضًا إذا كان أحد أطفالك مصابًا بالعمى/إعاقة في وقت وفاتك. تتضمن التكاليف القابلة للاسترداد ما يلي:

بعض الخدمات والمساعدات طويلة المدى المشمولة في تغطية Washington Apple Health، إذا كان عمرك 55 عامًا أو أكبر في وقت تلقيك الخدمات؛ خدمات معينة لا تُمولها إلا الولاية بغض النظر عن عمرك وقت تلقيك الخدمات.

يُمكنك الاطلاع على قائمة بالخدمات الخاضعة لاسترداد التكاليف في المادة 182-527-2742 من قانون واشنطن الإداري. يُمكنك الاطلاع على قائمة بالأصول المستثناة من استرداد التكاليف في المادة 182-527-2746 من قانون واشنطن الإداري.

يجوز للولاية أيضًا تطبيق الحجز على ممتلكاتك العقارية قبل الوفاة، في أي عمر، إذا أصبحت مقيمًا بصفة دائمة في إحدى المؤسسات بموجب (المادة 182-527-2734 من قانون واشنطن الإداري). يجوز للولاية استرداد قيمة تكاليف العلاج من بيع ممتلكاتك، أو عقارك ما لم يكن:

- زوجك/زوجتك تعيش في العقار؛ أو
- شقيقك يعيش في العقار، وله ملكية مشتركة في العقار، ويفي باشتراطات معينة؛ أو
- طفلك يعيش في العقار، ومصاحبًا بالعمى/إعاقة؛ أو
- طفلك يعيش في العقار، وعمره أقل من 21 عامًا.

يُمكنك الاطلاع على قائمة بالخدمات الخاضعة لاسترداد التكاليف بموجب أمر الحجز على الممتلكات قبل الوفاة في المادة 182-527-2734 من قانون واشنطن الإداري.

التنازل عن الحقوق والتعاون:

أنت تفهم أنك تتنازل عن مدفوعات الجهات الخارجية نظير الرعاية الطبية إلى ولاية واشنطن عندما تتلقى تغطية الرعاية الصحية Washington Apple Health. وهذا يعني أن ولاية واشنطن سوف تُصدر فواتير بحق أي خطة تأمينية أخرى ملزمة قانونًا بتغطية أي من نفقاتك الطبية (وهذه الخطة قد تكون الخطة التأمينية للزوج السابق أو أحد الأبوين الذي لم نعد نعيش معه). قد يتلقى المشترك في تلك الخطة التأمينية معلومات حول نفقاتك الطبية المدفوعة بموجب تلك الخطة. إذا كنت تخشى أن هذا قد يُعزّضك أنت أو أطفالك للخطر، فيُمكنك أن تطالبنا بعدم ملاحقة مدفوعات الجهات الخارجية نظير الرعاية الطبية.

الإفصاح عن وثائق تأمين المعاش:

إذا كنت تستحق أنت أو زوجك/زوجتك فائدة على وثيقة تأمين معاش، وتقبل استحقاقات الرعاية طويلة المدى من تغطية Washington Apple Health (Medicaid)، فعليك أن تذكر أن ولاية واشنطن هي المستفيد من وثيقة تأمين المعاش بعد انقضاء حرك فيها.

الحقوق في عقد جلسة الاستماع الإدارية:

إذا كنت غير موافق على قرار اتخذناه بشأن تغطية الرعاية الصحية أو خدمات الرعاية طويلة المدى الخاصة بك، فيحق لك تقديم التماس لإعادة النظر في القرار من خلال إجراءات جلسة الاستماع الإدارية. ويُمكنك أيضًا المطالبة بتعيين مشرف ومدير لمراجعة القرار أو التصرف محل النزاع، دون أن يُؤثر ذلك في حقوقك في عقد جلسة استماع إدارية.

أفهم أن المعلومات، التي أُقدِّمها للتقدم بطلب على مساعدة أو تجديدها، سوف تخضع للتحقق من جانب المسؤولين الفيدراليين ومسؤولي الولاية لتحديد ما إذا كانت صحيحة. أفوض هيئة الرعاية الصحية (HCA) وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) في ولاية واشنطن، للتحقق من الأصول، لتحديد أهليتي والتحقق من صحة معلوماتي المالية. أفهم أنه يجوز لهيئة الرعاية الصحية وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية التحقيق والاتصال بأي مؤسسة مالية كجزء من إجراء التحقق من الأصول. أفهم أن هذا التفويض ينتهي عند اتخاذ قرار نهائي معاكس بشأن طلب تقديمي، أو عندما تنتهي أهليتي للحصول على استحقاقات، أو عندما ألغيت هذا التفويض في أي وقت بموجب إرسال إخطار خطي إلى هيئة الرعاية الصحية أو إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية. إذا ألغيت التفويض أو رفضت تقديمه، أفهم أنني لن أكون مؤهلاً للحصول على أي من برامج تغطية الرعاية الصحية (Medicaid) Washington Apple Health لكبار السن، أو المكفوفين، أو المعاقين. (المتعلق بدخل الضمان الإضافي)

لن يؤثر إلغاء التفويض أو رفض التفويض بالتحقق من الأصول في أهلية الحصول على المساعدات المعدة خصيصًا لكبار السن (TSOA).

توفر إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية خدمات تسجيل الناخبين، بما في ذلك تسجيل الناخبين التلقائي. لا يؤثر تقديم طلب للتسجيل أو رفض التسجيل للانتخاب في الخدمات أو الاستحقاقات التي قد تتلقاها من هذه الوكالة. إذا رغبت في الحصول على مساعدة في تعبئة استمارة تسجيل الناخبين، فسوف نساعدك في ذلك. قرار ما إذا كنت ستطلب المساعدة أو تقبلها يرجع إليك. يُمكنك تعبئة استمارة تسجيل الناخبين على انفراد. إذا كنت تعتقد أن شخصًا ما تصدى لحقك في التسجيل أو رفض التسجيل للانتخاب، أو حقك في الخصوصية عند اتخاذ قرار بشأن ما إذا كنت ستُسجّل للانتخاب أو في التقدم بطلب للتسجيل للانتخاب، أو حقك في اختيار حزبك السياسي أو أي أفضلية سياسية أخرى، يُمكنك تقديم شكوى بذلك. بريديًا على العنوان Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504 أو عبر البريد الإلكتروني elections@sos.wa.gov أو الاتصال بالرقم 1-800-448-4881.

هل ترغب في التسجيل للانتخاب أو تحديث تسجيلك للانتخاب؟ نعم لا

إذا لم تضع علامة على أي مربع من المربعين، فسوف نعتبرك قد اتخذت قرارك بعدم التسجيل للانتخاب في هذا الوقت، ما لم تكن مؤهلاً لتسجيل الناخبين التلقائي، ولم ترفضه.

ما لم تكن قد وضعت علامة بجانب "لا" أعلاه، فقد تكون مؤهلاً لتسجيل الناخبين التلقائي. أنت مؤهل لتسجيل الناخبين التلقائي، إذا كان عمرك لا يقل عن 18 عامًا عند حلول موعد الانتخابات القادمة، وكنت مواطنًا أمريكيًا، ومُقيّدًا لدى إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية اسمك، وعنوان إقامتك وعنوانك البريدي، وتاريخ ميلادك، والتصديق على معلومات الجنسية، وتوقيعك، بما يشهد بصحة المعلومات التي قَدَّمتها في طلب التقديم هذا.

هل ترغب في تسجيلك تلقائيًا للانتخاب؟ نعم لا

إذا وضعت علامة بجانب مربع "نعم"، أو لم تضع علامة على أي مربع من المربعين، وكنت تفي بمتطلبات الأهلية لتسجيل الناخبين التلقائي، فسوف تُرسل إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية معلوماتك إلى مكتب وزير الخارجية، وسوف تُسجّل تلقائيًا للانتخاب.

لمشاركة التعليقات أو تضمين المزيد من المعلومات، أرفق ورقة إضافية.

لقد قرأت المعلومات الواردة في هذا الطلب وفهمتها. أقر أنا، مع مراعاة ما ورد في عقوبة شهادة الزور بموجب قوانين ولاية واشنطن، أن المعلومات التي قَدَّمتها في هذا الطلب، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالجنسية ووضع الهجرة للأفراد المتقدمين بطلب للحصول على استحقاقات، هي معلومات حقيقية، وسليمة، وكاملة، وفقًا لما يتوافر لدي من معلومات.

توقيع العميل	رقم الهاتف	التاريخ
توقيع الزوج/الزوجة	رقم الهاتف	التاريخ
توقيع والد العميل من الأطفال القاصرين	رقم الهاتف	التاريخ
توقيع الممثل المفوض	رقم الهاتف	التاريخ