

طلب الحصول على خدمات تنظيم الأسرة فقط لغير المواطنين

<p>إن برنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط لغير المواطنين (بتمويل من الولاية) مخصص للأفراد الذين لا يستوفون شروط الجنسية أو حالة الهجرة، أو للأفراد المستحقين الذين لم يستوفوا شروط الهجرة لمدة 5 سنوات. وتتوفر برامج تنظيم الأسرة لسكان واشنطن الذين يبلغ دخلهم %260 أو أقل من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)، بغض النظر عن النوع وحالة الهجرة، وغير المستحقين للحصول على برامج Apple Health كاملة النطاق وليس لديهم تغطية صحية أخرى.</p> <p>تتوفر برامج تنظيم الأسرة أيضاً للأفراد المؤمن عليهم الذين يسعون للحصول على الخدمات السرية لتنظيم الأسرة. ويمكنك التقدم بطلب للحصول على برامج تنظيم الأسرة في أي وقت.</p>	<p>هل أنت مستحق للحصول على خدمات تنظيم الأسرة فقط لغير المواطنين (بتمويل من الولاية)</p>
<p>أنت من سكان ولاية واشنطن إذا كنت تعيش حالياً في واشنطن وتنوي الإقامة فيها، أو دخلت الولاية بحثاً عن وظيفة أو دخلتها بالالتزام الوظيفي.</p>	<p>هل تعتبر من سكان ولاية واشنطن؟</p>
<p>تشمل هذه الاستحقاقات، على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • زيارة وقائية شاملة لتنظيم الأسرة • تقديم الاستشارة والتثقيف والإطلاع وإدارة وسائل تحديد النسل (وتسمى أيضاً وسائل منع الحمل) • فحص سرطان عنق الرحم • بعض اختبارات وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً (STD) والعدوى المنقولة جنسياً (STI) • عقاقير منع الحمل الموصوفة وغير الموصوفة طبيًا (تحديد النسل) • إجراءات التعقيم 	<p>ما الاستحقاقات الخاضعة للتغطية؟</p>
<p>يمكنك التقدم بطلب للحصول على برامج تنظيم الأسرة في أي وقت، مع مقدم رعاية يقبل Apple Health أو بنفسك عن طريق الاتصال برقم 1-800-562-3022 أو إرسال هذا الطلب عبر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • البريد: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531 • الفاكس: 1-866-841-2267 • البريد الإلكتروني: apple@hca.wa.gov 	<p>كيفية تقديم الطلب؟</p>
<p>يرجى الاطلاع على برامج Apple Health المتاحة بما في ذلك البرامج المخصصة للمهاجرين غير المستحقين وغير المسجلين:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hca.wa.gov/apple-health-non-citizens • hca.wa.gov/apple-health-pregnant-individuals 	<p>ما خيارات التغطية الصحية الأخرى المتاحة في واشنطن؟</p>
<p>املاً كل ما تستطيع. ثم انظر أدناه للاطلاع على مزيد من المعلومات حول أسئلة محددة واردة في الجزء 1 من الطلب.</p>	<p>كيف يمكنك ملء الجزء 1؟</p>

<p>تستخدم هيئة الرعاية الصحية (HCA) هذه المعلومات لتحديد استحقاقك وذلك من خلال التأكد من هويتك وجنسياتك وحالة الهجرة وتاريخ الميلاد وتوافر تغطية رعاية صحية أخرى. ولا تشارك هيئة الرعاية الصحية (HCA) هذه المعلومات مع أي وكالة هجرة لأغراض إنفاذ قوانين الهجرة.</p> <p>إن التقدم بطلب للحصول على برنامج تنظيم الأسرة لغير المواطنين (بتمويل من الولاية) لن يؤثر على حالة الهجرة الخاصة بك أو على فرص أن تكون مقيمًا دائمًا أو مواطنًا. وإذا لم يكن لديك رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، فاترك هذه البنود فارغة.</p>	<p>كيف ستستخدم هيئة الرعاية الصحية (HCA) رقم الضمان الاجتماعي (SSN)؟</p>
<p>تستخدم هيئة الرعاية الصحية (HCA) هذه المعلومات لتحديد استحقاقك وذلك من خلال التأكد من هويتك وجنسياتك وحالة الهجرة وتاريخ الميلاد وتوافر التغطية الصحية الأخرى.</p> <p>لا تشارك هيئة الرعاية الصحية (HCA) المعلومات الخاصة بك مع أي وكالة هجرة لأغراض إنفاذ قوانين الهجرة.</p> <p>يستثنى استحقاق الحصول على برنامج تنظيم الأسرة لغير المواطنين (بتمويل من الولاية) من اختبار الرسوم العامة. وإذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بشأن كيفية تأثير طلب الحصول على برنامج Apple Health أو خدمات تنظيم الأسرة لغير المواطنين (بتمويل من الولاية) على حالة الهجرة الخاصة بك أو فرص أن تكون مقيمًا دائمًا أو مواطنًا، فاتصل بمحام الهجرة.</p>	<p>كيف ستستخدم هيئة الرعاية الصحية (HCA) معلومات حالة الهجرة الخاصة بك؟</p>
<p>للحصول على مساعدة مجانية بلغة أخرى (بما في ذلك مترجم فوري أو ترجمة مواد مطبوعة) أو سكن لذوي الاحتياجات الخاصة، يرجى الاتصال على رقم 1-800-562-3022. وتعرف على المزيد من خلال الموقع الإلكتروني: hca.wa.gov/interpreter-services.</p>	<p>هل تتوفر خدمات اللغة أو الإعاقة عند تقديم الطلب؟</p>
<p>نعم. الممثل المفوض (AREP) هو أي فرد بالغ على دراية كافية بظروف الأسرة ومخول من قبل الأسرة للتصرف نيابة عن الأسرة فيما يتعلق بأغراض الاستحقاق. هذا يختلف عن الشراكة مع متنقل أو وسيط.</p>	<p>هل يمكنك استخدام ممثل مفوض (AREP) لتقديم الطلب؟</p>
<p>يجب أن يكون الدخل بنسبة %260 أو أقل من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL). يرجى الاطلاع على الموقع الإلكتروني hca.wa.gov/family-planning للحصول على مزيد من المعلومات.</p>	<p>ما هي شروط الدخل لبرنامج تنظيم الأسرة؟</p>
<p>يتم تحديد حجم الأسرة بناءً على حالة التسجيل الضريبي. وفرد الأسرة هو الزوج أو المعال الذي يدفع له مقدم الطلب الضرائب أو يطالبه بها باعتباره معالاً من الضرائب. أما إذا لم تقدم الضرائب، فإن أحد أفراد الأسرة هو زوج أو معال يعيش في المنزل نفسه.</p>	<p>كيف يتم تحديد حجم الأسرة؟</p>

<p>قد تكون مستحقًا للحصول على الخدمات السرية لتنظيم الأسرة حتى إذا كان لديك تأمين، إذا استوفيت إحدى هذه الاستثناءات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تطلب الحصول على الخدمات السرية لتنظيم الأسرة وعمرك 18 عامًا أو أقل؛ أو • وقعت ضحية للعنف المنزلي وتخضع لتغطية التأمين الصحي للمعتدي. <p>اتصل بهيئة الرعاية الصحية (HCA) على رقم 1-800-562-3022 للتسجيل في الخدمات السرية</p>	<p>ماذا لو كان لديك تأمين آخر وتحتاج إلى خدمات سرية؟</p>
<p>لست مستحقًا للحصول على خدمات تنظيم الأسرة إذا كان لديك تأمين آخر، إلا إذا كنت تطلب الحصول على الخدمات السرية لتنظيم الأسرة.</p>	<p>ماذا لو كان لديك تأمين آخر؟</p>
<p>إذا كنت مستحقًا للحصول على نطاق كامل من Apple Health، فيمكنك الحصول على الاستحقاقات مثل: المرضى المقيمين بالمستشفى والعيادات الخارجية، والصحة المنزلية، وخدمات الأطباء، والأدوية التي لا تُباع إلا بتذكرة طبية، وخدمات رعاية الأسنان، والعلاج الطبيعي.</p> <p>نشجعك على التقدم بطلب للحصول على تغطية كاملة من Apple Health من أجل الحصول على أقصى قدر من الاستحقاقات الصحية التي قد تكون مستحقًا لها. وللحصول على مزيد من المعلومات حول النطاق الكامل لـ Apple Health، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني hca.wa.gov/apple-health.</p> <p>يمكنك التنازل عن حَقِّكَ في التقدم بطلب للحصول على نطاق كامل من Apple Health إذا لم تكن مستحقًا له ولا تزال تحصل على خدمات تنظيم الأسرة.</p>	<p>ما هو النطاق الكامل لـ Apple Health (Medicaid) وهل يجب عليك التنازل عن حَقِّكَ في التقدم للحصول عليه؟</p>
<p>تتم معالجة الطلبات بالترتيب المستلم به في غضون 45 يومًا. وإذا كانت هناك حاجة إلى معلومات إضافية، فسيتم الاتصال بك عبر الهاتف و / أو البريد. كما أنه بمجرد المعالجة، سيتم إرسال خطاب الموافقة أو الرفض عن طريق البريد. قد يوفر بعض مقدمي الخدمات خدمات أثناء انتظارك لتقديم طلبك ومعالجته.</p>	<p>كيف ستعرف حالة طلبك ومتى؟</p>
<p>نعم، يمكنك الاستئناف في غضون 90 يومًا إذا كنت غير موافق على قرار صادر عن هيئة الرعاية الصحية (HCA) أو Washington Healthplanfinder أو إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) الذي يؤثر على استحقاقك للحصول على التغطية الصحية. وللحصول على مزيد من المعلومات حول عملية الاستئناف، يرجى الاطلاع على الموقع الإلكتروني hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid</p>	<p>هل يمكنك الاستئناف ضد قرار تحديد الاستحقاق؟</p>
<p>يمكنك الحصول على معلومات إضافية من خلال الموقع الإلكتروني hca.wa.gov/family-planning.</p>	<p>أين يمكنك الحصول على معلومات إضافية؟</p>

طلب الحصول على خدمات تنظيم الأسرة فقط لغير المواطنين

هل أنت حامل حالياً؟ نعم لا إذا كان الإجابة نعم، فأنت غير مستحقة للحصول على خدمات تنظيم الأسرة، ولكن قد تكوني مستحقة للحصول على التغطية الصحية. والتقديم عبر الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني wahealthplanfinder.org مهمل هذا الطلب، فإنك تقر بأنك تتقدم بطلب للحصول على خدمات تنظيم الأسرة فقط.

1. مقدم الطلب ومعلومات الاتصال

الاسم (استخدم اسمك القانوني كاملاً)	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اللقب
ذكر أنثى	رقم الضمان الاجتماعي (إذا كان لديك رقم)	هل الإقامة في واشنطن؟
تاريخ الميلاد	نعم لا	
العنوان الذي تقيم فيه	رقم الشقة	المدينة
عنوان المراسلة	رقم الشقة	المدينة
رقم المنزل / الخلوى / المفضل	رقم العمل / الرسالة	هل يمكننا الاتصال بك على أرقام الهاتف المقدمة لنا؟
		نعم لا
		عنوان البريد الإلكتروني
		هل تعاني من مشكلة في التحدث باللغة الإنجليزية أو قراءتها أو كتابتها؟
		نعم لا
		هل تحتاج إلى مترجم؟ نعم لا ما اللغة التي تتحدث بها؟

أطلب الحصول على خدمات سرية وأنا:

عمرى 18 عاماً أو أقل؛ أو

ضحية للعنف المنزلي ومشمول بالتأمين الصحي للمعتدي.

هل لديك تأمين صحي خاص أو تغطية Apple Health (Medicaid)؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة لا، فيمكنك اتخاذ قرار قائم على المعرفة بعدم التقدم بطلب للحصول على تغطية نطاق كامل من Apple Health وتظل مستحقة للحصول على برامج تنظيم الأسرة بوضع علامة داخل المربع أدناه.

لمزيد من المعلومات حول كيف يمكنك أن تكون مستحقة للحصول على تغطية الرعاية الصحية الأخرى، يمكنك التقدم بطلب من خلال الموقع الإلكتروني wahealthplanfinder.org

اخترت التقدم بطلب للحصول على تغطية تنظيم الأسرة فقط ثم أعدد اختياراً قائماً على المعرفة لعدم التقدم بطلب للحصول على نطاق كامل من Apple Health (Medicaid).

2. الدخل من العمل / العمل الحر

الدخل المكتسب من قبل أفراد الأسرة الآخرين		الدخل الذي حصلت عليه	
رقم الهاتف	اسم صاحب العمل الحالي (الوظيفة الأولى)	رقم الهاتف	اسم صاحب العمل الحالي (الوظيفة الأولى)
هل تعمل حرًا؟		هل تعمل حرًا؟	
لا نعم	إجمالي الدخل الشهري قبل خصم الضرائب (و / أو صافي الدخل الشهري عن العمل الحر)	لا نعم	إجمالي الدخل الشهري قبل خصم الضرائب (و / أو صافي الدخل الشهري عن العمل الحر)
رقم الهاتف	اسم صاحب العمل الحالي (الوظيفة الثانية)	رقم الهاتف	اسم صاحب العمل الحالي (الوظيفة الثانية)
هل تعمل حرًا؟		هل تعمل حرًا؟	
لا نعم	إجمالي الدخل الشهري قبل خصم الضرائب (و / أو صافي الدخل الشهري عن العمل الحر)	لا نعم	إجمالي الدخل الشهري قبل خصم الضرائب (و / أو صافي الدخل الشهري عن العمل الحر)

إذا كان لدى أحد أفراد الأسرة حاليًا أكثر من اثنين من أصحاب العمل، فقم بإرفاق ورقة منفصلة. للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية الإبلاغ عن الدخل، يرجى الاطلاع على الموقع الإلكتروني wahbexchange.org/how-to-report-income.

3. مصادر الدخل الأخرى للمنزل

المبلغ الشهري:	من يحصل على هذا:
النفقة / النفقة الزوجية	
دخل الإيجار و / أو دخل الملكية (الصافي)	
استحقاقات الضمان الاجتماعي / تقاعد السكك الحديدية	
التأمين الاجتماعي	
دخل التقاعد، بما في ذلك: المعاش، والمعاش السنوي، و / أو توزيع حساب التقاعد	
توزيعات الأرباح، السندات، الأسهم، مكاسب رأس المال، الدخل الأجنبي، الائتمان / دخل الاستثمار الآخر	
دخل القبيلة الخاضع للضريبة	
دخل الزراعة وصيد الأسماك (الصافي)	
دخل آخر خاضع للضريبة	

4. الاستقطاعات المنزلية

المبلغ الشهري:	من يحصل على هذا:
النفقة / النفقة الزوجية المدفوعة	
المساهمة / حساب التقاعد أو إسهامات حساب التقاعد قبل خصم الضرائب	
مدفوعات فائدة القروض الطلابي	
تكاليف الانتقال لأفراد القوات المسلحة	
نفقات المرابي	
إسهامات حساب المدخرات الصحية	
الغرامات على السحب المبكر للمدخرات	
بعض نفقات العمل القابلة للتعويض	

5. حالة التسجيل الضريبي

ما هي حالة التسجيل الضريبي الخاصة بك لهذا العام؟ ملف واحد تقديم المتزوجين بشكل منفصل تقديم المتزوجين معًا
العائل الضريبي لشخص ما من الأسرة العائل الضريبي لشخص ما من خارج الأسرة ملف غير ضريبي

هل تزوجت شرعيًا؟ إذا كانت الإجابة نعم، فالاسم القانوني الكامل للزوج / الزوجة _____
نعم لا الاسم الأول، الأوسط، اللقب
إذا قدمت إقرارًا ضريبيًا، فكم عدد المعالين الضريبيين الذين تطالبهم؟ _____ إذا كانت الإجابة لا، فكم عدد الأطفال لديك؟ _____

6. فقدان الوظيفة الأخيرة

هل استقال زوجك أو فقد وظيفته في آخر 90 يومًا؟ هل استقال زوجك أو فقد وظيفته في آخر 90 يومًا؟
نعم لا نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، اسم النشاط التجاري: _____ إذا كانت الإجابة نعم، اسم النشاط التجاري: _____
تاريخ إنهاء التوظيف: _____ تاريخ إنهاء التوظيف: _____

7. الأصل / الخلفية العرقية

نطلب منك أن تخبرنا طوعًا عن الأصل أو الخلفية العرقية الخاصة بك. ولن يتم استخدام هذه المعلومات في النظر في استحقاقك للحصول على الخدمات.

فيتنامي / لاوسي / كمبودي زنجي أو أمريكي من أصل إفريقي قوقازي
جزر آسيا أو المحيط الهادئ الآخر الهنود الأمريكيون أو سكان أسكا الأصليين أصل أسباني
اسم القبيلة: _____ أخرى: _____

8. اقرأ بعناية قبل التوقيع أدناه

أنا أتفهم أنه:

- قد تطلب مني هيئة الرعاية الصحية إثبات المعلومات التي أقدمها. قد تساعدني هيئة الرعاية الصحية في الحصول على الدليل أو الاتصال بوكالات أو أشخاص آخرين للحصول عليه.
- قد تتم مراجعة معلوماتي من قبل وكالات حكومية أو فيدرالية أخرى.
- من خلال طلب الحصول على مساعدة التغطية الطبية والحصول عليها، فإنني أعهد إلى ولاية واشنطن بجميع الحقوق المتعلقة في أي دعم طبي وأي مدفوعات لطرف ثالث للحصول على الرعاية الطبية.
- أدرك أن هذا التطبيق مخصصًا لخدمات تنظيم الأسرة لمنع الحمل فقط. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أخرى تتعلق بالتغطية الطبية، فيمكنني التقدم بطلب في **Washington Healthplanfinder (wahealthplanfinder.org)**. أما إذا كنت بحاجة إلى مساعدة مالية أو قسائم طعام، فيمكنني التقدم بطلب في مكتب الخدمات المجتمعية التابع لإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) أو **Washington Connection (washingtonconnection.org)**.
- يجب أن أرد على أي طلبات للحصول على معلومات إضافية في غضون 15 يوم عمل وإلا سيتم رفض طلبي وقد أتحمّل مسؤولية جميع الرسوم التي يتم تحملها من خلال مكتب مقدم خدمات تنظيم الأسرة.

9. الممثل المفوض الاختياري (AREP)

الاسم / المنظمة رقم الهاتف
عنوان المراسلة رقم الشقة المدينة الولاية الرمز البريدي

10. التصريح والتوقيع

لقد قرأت المعلومات المكتوبة في هذا الطلب وفهمتها. أصرح بأن، مع الخضوع لعقوبة الحنث باليمين، المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة ودقيقة وكاملة بقدر معرفتي.

توقيع مُقدم الطلب

التاريخ

يرجى إعادة النموذج المكتمل إلى هيئة الرعاية الصحية باستخدام إحدى الإجراءات التالية:

• البريد: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531

• الفاكس: 1-866-841-2267

• الهاتف: 1-800-562-3022

• البريد الإلكتروني: apple@hca.wa.gov