

ማመልከቻ ለMedicare ቁጠባ ፕሮግራሞች

ማመልከቻውን ከማጠናቀቅም በፊት የሚከተለውን ያንብቡ።

በገቢዎ ላይ በመመስረት Medicare ቁጠባዎች (MSP) የእርስዎን Medicare ክፍያዎችን ወይም ሌሎች ተቀናሾችን፣ የጋራ ኢንሹራንስና የጋራ ክፍያዎችን ጨምሮ Medicare የማይከፈሉ ወጪዎችን ለመክፈል ይረዳል።

ይህን ማመልከቻ ለማስገባት አምስት መንገዶች አሉ፡

- **መልክት፡**
DSHS
CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- **ፋክስ፡** 1-888-338-7410
- **አገላለጽ፡** washingtonconnection.org
- **ስልክ፡** 1-877-501-2233
- **በአካል፡** ndshs.wa.gov/office-locations ላይ በአካባቢዎ የሚገኘውን የማህበረሰብ አገልግሎት ቢሮ የመቆያ ሳጥን ያግኙ።

1 የአመልካች ስምና የሚገኝበት መረጃ

የመጀመሪያ ስም (ራስ) ኤም.አይ. የአይት ስምና ቅጥያ

የደንበኛ መታወቂያ ቁጥር (የሚመለከተው ከሆነ)

የሚኖሩበት አድራሻ ከተማ ግዛት ኢፕ ኮድ
አካላዊ አድራሻ ከሌልዎት ይህንን ሳጥን ይመልከቱ

የፖስታ አድራሻ (የተለየ ከሆነ) ከተማ ግዛት ኢፕ ኮድ

ዋና ስልክ ቁጥር ሁለተኛ ስልክ ቁጥር

እርስዎ ወይም እርስዎ የሚያመለክቱለት ማንኛውም ሰው አስተርጓሚ ይፈልጋሉ ወይም ሰነዶችን በሌላ ቋንቋ ለመቀበል ይፈልጋሉ? አይደለም አዎ

አዎን ከሆነ፣ የትኛውን ቋንቋ ወይም አማራጭ ፎርማት ይፈልጋሉ? የሚመለከተውን ሁሉ ይዘርዝሩ፡

ፈቃድ ያለው ተወካይ የቤተሰቡን ሁኔታ የሚያውቅና ለቤተሰቡ ብቁነት ሲባል ቤተሰቡን ወክሎ እንዲሰራ የተፈቀደለት ማንኛውም አዋቂ ነው።

ስልጣን ያለው ተወካይ በመመደብ፣ ለተፈቀደለት ተወካይ የሚከተለውን ለማድረግ ፈቃድ እየሰጡ ነው።

- ማመልከቻውን በእርስዎ ስም እንድፈርም
- ከማመልከቻዎና ከመለያዎ ጋር የተያያዙ ማስታወቂያዎችን እንዲቀበሉ እና
- ከማመልከቻውና ከመለያው ጋር በተያያዙ ጉዳዮች ሁሉ እርስዎን ወክለው እንዲሰሩ

1. ስልጣን ያለው ተወካይ እየሾሙ ነው? አይደለም አዎ
2. የተፈቀደለት ተወካይ ከማመልከቻዎና ከመለያዎ ጋር የተያያዙ ማስታወቂያዎችን እንዲቀበል ይፈልጋሉ? አይደለም አዎ
3. ይህ ስልጣን ያለው ተወካይ ህጋዊ ሞግዚት አለው? አይደለም አዎ አዎ ከሆነ፣ ማን? _____
4. ይህ ፈቃድ ያለው ተወካይ የውክልና ስልጣን አለው? አይደለም አዎ አዎ ከሆነ፣ ማን? _____

የተፈቀደለት ተወካይ ስም/ድርጅት _____ ስልክ ቁጥር _____

የተፈቀደለት ተወካይ የመልክት አድራሻ _____ የኢሜል አድራሻ _____

ለእነርሱ ባያመለክቱም እንኳ እራሰዎን፣ የትዳር ጓደኛንና ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ ጥገኞችን ይዘርዝሩ (አስፈላጊ ከሆነ ተጨማሪ ሽቶች ያያይዙ)።

ስም (የመጀመሪያ ፣ መካከለኛ ፣ የመጨረሻ)	ሲወለድ የተሰጠበት	እራስ ከእርስዎ ጋር ያለው ግንኙነት?	የተወለዱበት ቀን
የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)*	ለዚህ ሰው ሽፋን ይፈልጋሉ?	አይደለም አዎ	
ዜጋ ወይም ዜጋ ያልሆነ ሁኔታ: (አንዱን ይመልከቱ)			
የአሜሪካ ዜጋ አይደለም አዎ	የዋሽንግተን ነዋሪ አይደለም አዎ		
እርስዎ የሂሲፓኒክ፣ የላቲኖ ወይም የስፓኒሽ ሰው ነዎት? (አማራጭ)			
ከባዊ	ሜክሲኮ/ሜክሲኮ-አሜሪካዊ/ቺካጎ		ስፔናዊ/ሂስፓኒክ አይደለም።
ሌላ ስፔናዊ/ሂስፓኒክ	ፖርቶሪካ		

ዘር (አማራጭ - የሚመለከተውን እስከ አምስት ድረስ ይምረጡ)

- | | | | |
|----------------------------|-------|-------------------|--------|
| አሜሪካዊ ህንዲያን ወይም የአላስካ ተወላጅ | ቻይናዊ | ኮሪያዊ | ታይናዊ |
| እስያዊ | ፊሊፒናዊ | ላኦሽያዊ | ቪትናሚያዊ |
| እስያ ህንዲያን | ጉላማናዊ | ሌላ የፓሲፊክ ደሴት ተወላጅ | ነጭ |
| ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ | ሐዋያን | ሌላ ዘር | |
| ካምቦዲያዊ | ጃፓናዊ | ሳሞአናዊ | |

አሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ	ቻይናዊ	ኮሪያዊ	ታይዋናዊ
እስያዊ	ፊሊፒናዊ	ላኦስያዊ	ቪትናማዊ
እስያ ህንዳዊ	ጉአማናዊ	ሌላ የፓሲፊክ ደሴት ተወላጅ	ነጭ
ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ	ሐዋያናዊ	ሌላ ዘር	
ካምቦዲያዊ	ጃፓናዊ	ሳሞአናዊ	

ይህንን ለምን እንሰበሰባለን – ይህንን መረጃ የጤና ፍትሃዊነትን ለማሻሻል እና ለሁሉም ግለሰቦች የጤና አገልግሎት ተደራሽነትን ለማሳደግ እንጠቀምበታለን። ያቀረቡት መረጃ ለጤና እንክብካቤ ሽፋን ብቁ መሆንዎን አይጎዳውም።

ስም (የመጀመሪያ ፣ መካከለኛ ፣ የመጨረሻ) _____ ሲወለድ የተሰጠጸታ _____ ከእርስዎ ጋር ግንኙነት (ለምሳሌ የትዳር ጓደኛ፣ ልጅ) _____ የተወለደበት ቀን _____

የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)* _____ ለዚህ ሰው ሽፋን ይፈልጋሉ? _____ አይደለም _____ አዎ _____

ዜጋ ወይም ዜጋ ያልሆነ ሁኔታ: (አንዱን ይመልከቱ)

የአሜሪካ ዜጋ _____ አይደለም _____ አዎ _____ የዋሽንግተን ነዋሪ _____ አይደለም _____ አዎ _____

እርስዎ የሂሲፓኒክ፣ የላቲኖ ወይም የሲፓኒሽ ምንጭ ነዎት? (አማራጭ)

ኩባዊ _____ ሜክሲካዊ/ሜክሲኮ-አሜሪካዊ/ቺካኖ _____ ስፔናዊ/ሂሲፓኒክ አይደለም _____

ሌላ ስፔናዊ/ሂሲፓኒክ _____ ፖርቶሪካዊ _____

ዘር (አማራጭ - የሚመለከተውን እስከ አምስት ድረስ ይምረጡ)

አሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ	ቻይናዊ	ኮሪያዊ	ታይ
እስያዊ	ፊሊፒናዊ	ላኦስያዊ	ቪትናማያዊ
እስያ ህንዳዊ	ጉአማናዊ	ሌላ የፓሲፊክ ደሴት ተወላጅ	ነጭ
ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ	ሐዋያናዊ	ሌላ ዘር	
ካምቦዲያናዊ	ጃፓናዊ	ሳሞአናዊ	

እህንን ለምን እንሰበሰባለን – ይህንን መረጃ የጤና ፍትሃዊነትን ለማሻሻልና ለሁሉም ግለሰቦች የጤና አገልግሎት ተደራሽነትን ለማሳደግ እንጠቀምበታለን። ያቀረቡት መረጃ ለጤና እንክብካቤ ሽፋን ብቁ መሆንዎን አይጎዳውም።

ስም (የመጀመሪያ ፣ መካከለኛ ፣ የመጨረሻ) _____ ሲወለድ የተሰጠጸታ _____ ከእርስዎ ጋር ግንኙነት (ለምሳሌ የትዳር ጓደኛ፣ ልጅ) _____ የተወለደበት ቀን _____

የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)* _____ ለዚህ ሰው ሽፋን ይፈልጋሉ? _____ አይደለም _____ አዎ _____

አዎ ከሆነ የትኞቹን ወራት ይንገሩን

5 ገቢ

ለእርስዎና ከእርስዎ ጋር ለሚኖሩ ባለቤትዎ (የሚመለከተው ከሆነ) ገቢውን ይዘርዝሩ። ተቀናሾች (እንደ ግብሮች ወይም ኢንሹራንስ ያሉ) ከመውጣታቸው በፊት የገቢውን መጠን ይዘርዝሩ። ገቢ የሚከተሉትን ያጠቃልላል ነገር ግን በዚህ አይወሰንም፡

- ደሞዝ
- የሚሰጠው የሥራ ገቢ
- የራስ ስራ
- ኮሚሽኖች
- ክፍልና ቦርድ/ኪራይ
- የባቡር ሐዲድ ጥቅሞች
- የማህበራዊ ዋስትና ጥቅሞች
- የቀድሞ ወታደሮች ጥቅሞች
- የተለያዩ ጥቅማ ጥቅሞች
- ሥራ አጥነት ወይም የሠራተኛ ማካካሻ
- የጎሳ ገቢ*
- SSI/የሕዝብ እርዳታ
- የጡረታ ገቢ / ጡረታ
- ክፍፍሎችና ወለድ
- ሌላ

*የጎሳ ገቢዎ ሊቆጠር የሚችል መሆኑን ለማወቅ የጎሳ ገቢ ዴቫስ እርዳታን ይመልከቱ፡ hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf

ስም	ቀጣሪ ወይም የገቢ ምንጭ	ከመቀነሱ በፊት መጠን	ምን ያህል ጊዜ ተቀብለዋል?

6 የመራጮች ምዝገባ

መምሪያው አውቶማቲክ የመራጮች ምዝገባን ጨምሮ የመራጮች ምዝገባ አገልግሎቶችን ይሰጣል።

ለመመዘኑ ማመልከት ወይም ለመምረጥ አለመመዘኑን ከዚህ ኤጀንሲ ሊያገኙ የሚችሉትን አገልግሎቶች ወይም የጥቅማ ጥቅሞች መጠን አይጎዳውም። የመራጮች ምዝገባ ቅጽን በመሙላት እርዳታ ከፈለጋችሁ እንረዳዎታለን። እርዳታ ለመጠየቅ ወይም ለመቀበል ውሳኔው የእርስዎ ነው። የመራጮች ምዝገባ ቅጹን በድብቅ መሙላት ይችላሉ። አንድ ሰው የመመዘኑን ወይም የመምረጥ መብትን የመቃወም መብት ላይ ጣልቃ ገብቷል ብለው ካመኑ፣ ለመመዘኑ ወይም ለመምረጥ ለመመዘኑ የመወሰን መብትዎ የግላዊነት መብትዎ ወይም የራስዎን የፖለቲካ ፓርቲ ወይም ሌላ የፖለቲካ ምርጫ የመምረጥ መብትዎ ለዚህ ቅሬታ ማቅረብ ይችላሉ

Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504፣ ኢሜል election@sos.wa.gov፣ ወይም በ1-800-448-4881 ይደውሉ።

የመራጮች ምዝገባዎን ለማዘመን ወይም ለመምረጥ መመዘኑን ይፈልጋሉ? አይደለም አዎ

በሁለቱም ሣጥኖች ላይ ምልክት ካላደረጉ፣ አውቶማቲክ ስር የመራጮች ምዝገባ ብቁ ካልሆኑና ካልተቀበሉ በስተቀር በዚህ ጊዜ ለመምረጥ ላለመመዘኑ እንደወሰኑ እንቆጥራለን።

ከላይ "አይለም" ካላደረጉ በቀር፣ ለአውቶማቲክ የመራጮች ምዝገባ ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ። በሚቀጥለው ምርጫ ቢያንስ 18 ዓመት የሞላቸው ከሆኑ፣ የዩናይትድ ስቴትስ ዜጋ ከሆኑ፣ እና DSHS የእርስዎ ስም፣ የመኖሪያዎ የፖስታ አድራሻ፣ የትውልድ ቀን፣ የዜግነት ማረጋገጫ ያለው ከሆነ ለራስ ስር የመራጮች ምዝገባ ብቁ ይሆናሉ። መረጃና በዚህ ማመልከቻ ላይ የቀረበውን መረጃ እውነትነት የሚያረጋግጥ ፊርማዎ ነው።

“አዎ” በሚለው ሣጥን ላይ ምልክት ካደረጉ ወይም በሁለቱም ሣጥኖች ላይ ምልክት ካላደረጉና አውቶማቲክ የመራጮች ምዝገባ የብቃት መስፈርቶችን ካሟሉ፣ DSHS የእርስዎን መረጃ ወደ ውጭ ጉዳይ ሚኒስቴር ጽሕፈት ቤት ይልከልዎታልና በአዎቶማትክ ድምጽ ለመስጠት ይመዘገባሉ።

7 ከመፈረምዎ በፊት በጥንቃቄ ያንብቡ

ይህ መሆኑን አረጋግጡ፦

- በሁኔታዬ ላይ የሚደረጉ ለውጦችን ወዲያውኑ ለኤጀንሲው ወይም ለኤጀንሲው ተወካይ በጽሁፍ ወይም በስልክ ሪፖርት ማድረግ አለብኝ። ዘግይቶ ሪፖርት ማድረግ የተሳሳቱ ጥቅሞችን ሊያስከትል ይችላል።
- የእኔ ሁኔታ በኤጀንሲው ወይም በሌላ የክልል ወይም የፌደራል ኤጀንሲዎች ሊረጋገጥ ይችላል።
- እርዳታ ለማግኘት፣ ሲጠየቅ ማስረጃ ማቅረብ አለብኝ። የኤጀንሲው ወይም የኤጀንሲው ተወካይ ማስረጃውን እንዳገኝ ሊረዳኝ ወይም ለእሱ ሌሎች ሰዎችን ወይም ኤጀንሲዎችን ማነጋገር ይችላል።
- የሕክምና እንክብካቤ ጥቅማጥቅሞችን በመጠየቅና በመቀበል ለዋሽንግተን ግዛት ለማንኛውም የህክምና ድጋፍና ለማንኛውም የሶስተኛ ወገን የህክምና እንክብካቤ ክፍያዎችን ሁሉንም መብቶች አሰጣለሁ።

አስተያየቶችን ለማጋራት ወይም ተጨማሪ መረጃ ለማካተት ተጨማሪ ሽት አያይዘ።

8 መግለጫና ፊርማ(ዎች)

በዚህ መተግበሪያ ውስጥ ያለውን መረጃ አንብቤ ተረድቻለሁ። እኔ አውጃለሁ፣ በሀሰት ምስክርነት ቅጣት፣ በዚህ ማመልከቻ ላይ የሰጠሁት መረጃ እውነት፣ ትክክለኛና እስከማውቀው ድረስ የተሟላ ነው።

የአመልካች ፊርማ		ቀን
የአመልካች ሰው ፊርማ (የሚመለከተው ከሆነ)	ድርጅት	ቀን

HCA እና DSHS ሁሉንም የሚመለከታቸው የፌዴራልና የዋሽንግተን ግዛት የሲቪል መብቶች ህጎችን ያከብራሉና አገልግሎቶቻችንን እኩል ተደራሽ ለማድረግ ቁርጠኞች ነን። ማረፊያ ከፈለጉ ወይም ሰነዶችን በሌላ ቅርጸት ወይም ቋንቋ ከፈለጉ እባክዎን 1-877-501-2233 ይደውሉ።