

## طلب تسجيل في برامج Medicare لتوفير نفقات الرعاية الطبية اقرأ ما يلي قبل إكمال الطلب.

يستطيع برنامج Medicare لتوفير نفقات الرعاية الطبية (MSP)، بناءً على دخلك، مساعدتك في دفع أقساط Medicare أو أي تكاليف أخرى لا يدفعها Medicare، بما في ذلك الاستقطاعات، والمشاركة في التأمين، والمشاركة في السداد. توجد خمس طرق لتقديم الطلب:

• **البريد:**

DSHS  
CSD Customer Service Center  
PO Box 11699  
Tacoma, WA 98411-6699

• **الفاكس:** 1-888-338-7410

• **عبر الإنترنت:** [washingtonconnection.org](http://washingtonconnection.org)

• **الهاتف:** 1-877-501-2233

• **شخصيًا:** يمكنك العثور على صندوق لإيداع الطلبات في مكتب الخدمات المجتمعية في منطقتك، حيث تتوفر مواقع المكاتب عبر الرابط

[dshs.wa.gov/office-locations](http://dshs.wa.gov/office-locations)

### اسم المتقدم ومعلومات التواصل معه

1

الاسم الأول (عن نفسي) \_\_\_\_\_  
الحرف الأول من الاسم الأوسط. \_\_\_\_\_  
الاسم الأخير واللقب \_\_\_\_\_

رقم هوية العميل (إن وُجد) \_\_\_\_\_

العنوان حيث تعيش \_\_\_\_\_  
المدينة \_\_\_\_\_  
الولاية \_\_\_\_\_  
الرمز البريدي \_\_\_\_\_

حدد هذه الخانة إذا لم يكن لديك عنوان فعلي

عنوان المراسلة (إن اختلف عن عنوان الإقامة) \_\_\_\_\_  
المدينة \_\_\_\_\_  
الولاية \_\_\_\_\_  
الرمز البريدي \_\_\_\_\_

رقم الهاتف الأساسي \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف الإضافي \_\_\_\_\_

هل ستحتاج أنت أو أي شخص تتقدم نيابةً عنه مترجمًا فورًا أو لاستلام مستندات بلغة أخرى؟ لا نعم

إذا كان الجواب بنعم، فأى لغة أو تنسيق بديل تحتاج إليه؟ أدرج كل ما ينطبق:

الممثل المفوض هو شخص بالغ على دراية بالظروف الأسرية ومفوض من الأسرة للتصرف بالنيابة عن الأسرة لأغراض الأهلية.

عندما تعين ممثلاً مفوضاً، فإنك تمنح الإذن لممثلك المفوض بالقيام بما يلي:

- توقيع الطلب بالنيابة عنك.
- استلام الإخطارات ذات الصلة بطلبك وحسابك.
- التصرف بالنيابة عنك في جميع المسائل ذات الصلة بالطلب والحساب.

1. هل لديك ممثل مفوض معين؟ لا نعم

2. هل تريد أن يستلم ممثلك المفوض الإخطارات ذات الصلة بطلبك وحسابك؟ لا نعم

3. هل يتمتع هذا الممثل المفوض بوصاية قانونية؟ لا نعم إذا كانت الإجابة "نعم"، حدد من يكون: \_\_\_\_\_

4. هل يتمتع هذا الممثل المفوض بتفويض رسمي؟ لا نعم إذا كانت الإجابة "نعم"، حدد من يكون: \_\_\_\_\_

اسم الممثل المفوض أو مؤسسته \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_

عنوان المراسلة للممثل المفوض \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

## معلومات عنك وعن أسرتك

اكتب فيما يلي بياناتك وبيانات الزوج/الزوجة ومن تعولهم ويعيشون معك، حتى إذا لم تكن تتقدم بالطلب لأجلهم (أرفق أوراقاً إضافية عند الحاجة).

## أنا نفسي

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) \_\_\_\_\_ النوع المحدد عند الولادة \_\_\_\_\_ العلاقة بك \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي (SSN)\* هل تريد تغطيةً لهذا الشخص؟ لا نعم

الحالة (مواطن أم غير مواطن): (حدد خانة واحدة)

مواطن أمريكي لا نعم مقيم في واشنطن لا نعم

هل أنت من أصول هسبانية أو لاتينية أو إسبانية؟ (اختياري)

كوبي مكسيكي/مكسيكي-أمريكي/شيكاني ليس إسبانياً/هسبانياً

من أصل آخر إسباني/هسباني من بورتوريكو

السلالة العرقية (اختياري - يمكنك تحديد خمسة عناصر مطابقة بحد أقصى)

أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين صيني كوري تايلاندي

آسيوي فلبيني لاوسي فيتنامي

آسيوي من أصل هندي من جزيرة جوام من جزيرة أخرى بالمحيط الهادي أبيض

السود، أو الأمريكيون الأفارقة مواطنو هاواي سلالة عرقية أخرى

كمبودي ياباني من جزر ساموا

**لماذا نجمع هذه البيانات** - نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين المساواة في الرعاية الصحية وزيادة إمكانية وصول جميع الأفراد إلى الرعاية الصحية. لن تؤثر المعلومات التي تقدمها على أهليتك لتغطية نفقات الرعاية الصحية.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	النوع المحدد عند الولادة	العلاقة بك (الزوجة - الابن)	تاريخ الميلاد
رقم الضمان الاجتماعي (SSN)*	هل تريد تغطيةً لهذا الشخص؟		
الحالة (مواطن أم غير مواطن): (حدد خانة واحدة)	لا نعم		
مواطن أمريكي	لا نعم	مقيم في واشنطن	لا نعم
هل أنت من أصول هسبانية أو لاتينية أو إسبانية؟ (اختياري)			
كوبي	مكسيكي/مكسيكي-أمريكي/شيكاني	ليس إسبانيًا/هسبانيًا	
من أصل آخر إسباني/هسباني	من بورتوريكو		
السلالة العرقية (اختياري - يمكنك تحديد خمسة عناصر مطابقة بحد أقصى)			
أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين	صيني	كوري	تايلاندي
آسيوي	فلبيني	لاوسي	فيتنامي
آسيوي من أصل هندي	من جزيرة جوام	من جزيرة أخرى بالمحيط الهادي	أبيض
السود، أو الأمريكيون الأفارقة	مواطنو هاواي	سلالة عرقية أخرى	
كمبودي	ياباني	من جزر ساموا	

**لماذا نجمع هذه البيانات** - نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين المساواة في الرعاية الصحية وزيادة إمكانية وصول جميع الأفراد إلى الرعاية الصحية. لن تؤثر المعلومات التي تقدمها على أهليتك لتغطية نفقات الرعاية الصحية.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	النوع المحدد عند الولادة	العلاقة بك (الزوجة - الابن)	تاريخ الميلاد
رقم الضمان الاجتماعي (SSN)*	هل تريد تغطيةً لهذا الشخص؟		
الحالة (مواطن أم غير مواطن): (حدد خانة واحدة)	لا نعم		
مواطن أمريكي	لا نعم	مقيم في واشنطن	لا نعم
هل أنت من أصول هسبانية أو لاتينية أو إسبانية؟ (اختياري)			
كوبي	مكسيكي/مكسيكي-أمريكي/شيكاني	ليس إسبانيًا/هسبانيًا	
من أصل آخر إسباني/هسباني	من بورتوريكو		
السلالة العرقية (اختياري - يمكنك تحديد خمسة عناصر مطابقة بحد أقصى)			

أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين	صيني	كوري	تايلاندي
آسيوي	فلبيني	لاوسي	فيتنامي
آسيوي من أصل هندي	من جزيرة جوام	من جزيرة أخرى بالمحيط الهادي	أبيض
السود، أو الأمريكيون الأفارقة	مواطنو هاواي	سلالة عرقية أخرى	
كمبودي	ياباني	من جزر ساموا	

**لماذا نجمع هذه البيانات** - نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين المساواة في الرعاية الصحية وزيادة إمكانية وصول جميع الأفراد إلى الرعاية الصحية. لن تؤثر المعلومات التي تقدمها على أهليتك لتغطية نفقات الرعاية الصحية.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) النوع المحدد عند الولادة العلاقة بك (الزوجة - الابن) تاريخ الميلاد

رقم الضمان الاجتماعي (SSN)\* هل تريد تغطيةً لهذا الشخص؟ لا نعم

الحالة (مواطن أم غير مواطن): (حدد خانة واحدة)

مواطن أمريكي لا نعم مقيم في واشنطن لا نعم

هل أنت من أصول هسبانية أو لاتينية أو إسبانية؟ (اختياري)

كوبي مكسيكي/مكسيكي-أمريكي/شيكاني ليس إسبانيًا/هسبانيًا

من أصل آخر إسباني/هسباني من بورتوريكو

**السلالة العرقية (اختياري - يمكنك تحديد خمسة عناصر مطابقة بحد أقصى)**

أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين	صيني	كوري	تايلاندي
آسيوي	فلبيني	لاوسي	فيتنامي
آسيوي من أصل هندي	من جزيرة جوام	من جزيرة أخرى بالمحيط الهادي	أبيض
السود، أو الأمريكيون الأفارقة	مواطنو هاواي	سلالة عرقية أخرى	
كمبودي	ياباني	من جزر ساموا	

**لماذا نجمع هذه البيانات** - نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين المساواة في الرعاية الصحية وزيادة إمكانية وصول جميع الأفراد إلى الرعاية الصحية. لن تؤثر المعلومات التي تقدمها على أهليتك لتغطية نفقات الرعاية الصحية.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) النوع المحدد عند الولادة العلاقة بك (الزوجة - الابن) تاريخ الميلاد

رقم الضمان الاجتماعي (SSN)\* هل تريد تغطيةً لهذا الشخص؟ لا نعم

الحالة (مواطن أم غير مواطن): (حدد خانة واحدة)

مواطن أمريكي لا نعم مقيم في واشنطن لا نعم

هل أنت من أصول هسبانية أو لاتينية أو إسبانية؟ (اختياري)

كوبي مكسيكي/مكسيكي-أمريكي/شيكاني ليس إسبانيًا/هسبانيًا  
من أصل آخر إسباني/هسباني من بورتوريكو

السلالة العرقية (اختياري - يمكنك تحديد خمسة عناصر مطابقة بحد أقصى)

أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين صيني كوري تايلاندي  
آسيوي فلبيني لاوسي فيتنامي  
آسيوي من أصل هندي من جزيرة جوام من جزيرة أخرى بالمحيط الهادي أبيض  
السود، أو الأمريكيون الأفارقة مواطنو هاواي سلالة عرقية أخرى  
كمبودي ياباني من جزر ساموا

**لماذا نجمع هذه البيانات** - نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين المساواة في الرعاية الصحية وزيادة إمكانية وصول جميع الأفراد إلى الرعاية الصحية. لن تؤثر المعلومات التي تقدمها على أهليتك لتغطية نفقات الرعاية الصحية.

**\* لا تشارك هيئة الرعاية الصحية (HCA) هذه المعلومات مع أي وكالة للهجرة لأغراض إنفاذ القوانين المتعلقة بالهجرة. اترك هذه الصفحة فارغة إذا لم يكن لك رقم ضمان اجتماعي.**

## معلومات التغطية الطبية

4

**مؤهل لهذه الخدمات أو تتلقاها: الفئة أ من خدمات Medicare**  
حدد الخيارات المطابقة.

أنا نفسي لا نعم رقم Medicare \_\_\_\_\_  
الزوجة لا نعم رقم Medicare \_\_\_\_\_  
غير ذلك لا نعم رقم Medicare \_\_\_\_\_

**مؤهل لهذه الخدمات أو تتلقاها: الفئة ب من خدمات Medicare**  
حدد الخيارات المطابقة.

أنا نفسي لا نعم رقم Medicare \_\_\_\_\_  
الزوجة لا نعم رقم Medicare \_\_\_\_\_  
غير ذلك لا نعم رقم Medicare \_\_\_\_\_

أتمتع/تتمتع بتغطية طبية أخرى لا نعم

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما التأمين الذي يقدم هذه التغطية ولمن تُقدّم؟

هل دفعت تكاليف رعاية طبية متميزة من Medicare للفئة أ أو الفئة ب من خدمات Medicare خلال الشهور الثلاثة الأخيرة؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة "نعم"، فأخبرنا في أيّ الشهور حدث ذلك

## الدخل

5

أدرج الدخل الخاص بك وبزوجك الذي يعيش معك (إن وُجد). اكتب مبلغ الدخل قبل خصم الاستقطاعات (مثل الضرائب أو التأمينات). يشمل الدخل - على سبيل المثال لا الحصر :-

- الأجر
- مستحقات الضمان الاجتماعي
- دخل الضمان الإضافي SSI/الإعانة العامة
- الأعمال الحرة
- مستحقات المحاربين القدامى
- المعاشات/رواتب التقاعد
- العملات
- مستحقات النفقة الزوجية
- الإيرادات والفوائد
- عوائد الإيجار للسكن أو للإقامة الكاملة
- إعانة البطالة أو تعويضات العاملين
- غير ذلك
- مستحقات موظفي السكك الحديدية
- الدخل القبلي\*

\*اطلع على مساعدة مكتب الدخل القبلي لمعرفة ما إذا كان الدخل القبلي محسوبًا:  
[hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf](http://hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf)

الاسم	جهة العمل أو مصدر الدخل	المبلغ قبل الاستقطاعات	ما دورية استلام الدخل؟

## تسجيل الناخبين

6

تقدم الإدارة خدمات تسجيل الناخبين، بما يشمل تسجيل الناخبين التلقائي.

**لا يؤثر طلب التسجيل للانتخاب أو رفضه على الخدمات أو مبالغ المستحقات التي قد تتلقاها من هذه الوكالة.** إذا أردت مساعدة في ملء استمارة تسجيل الناخب، فسوف نقدم لك هذه المساعدة. لك القرار في طلب المساعدة أو قبولها من عدمه. يمكنك ملء استمارة تسجيل الناخب سرًا. إذا اعتقدت أن شخصًا ما قد حال دون حقك في التسجيل للانتخاب أو رفض التسجيل للانتخاب، أو حقك في الخصوصية فيما يخص اتخاذ القرار بالتسجيل أو طلب التسجيل للانتخاب من عدمه، أو حقك في اختيار الحزب السياسي الذي تريده أو أي تفضيل سياسي آخر، فيحق لك تقديم شكوى

على العنوان البريدي Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504، أو البريد الإلكتروني [elections@sos.wa.gov](mailto:elections@sos.wa.gov)، أو عبر الاتصال بالرقم 1-800-448-4881

هل تريد التسجيل للانتخاب أو تحديث تسجيلك كناخب؟ لا نعم

**إذا لم تحدد أيًا من المربعين، فسوف نعتبرك قد قررت عدم التسجيل للانتخاب في الوقت الحالي؛ ما لم تكن مؤهلاً لتسجيل الناخبين التلقائي ولا ترفضه.**

وإذا لم تحدد "لا" أعلاه، فقد تكون مؤهلاً لتسجيل الناخبين التلقائي. تكون مؤهلاً لتسجيل الناخبين التلقائي إذا كان عمرك 18 عامًا على الأقل بحلول الانتخابات القادمة، وكنت من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية، وكانت بياناتك التالية مسجلة في إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية DSHS: الاسم - عنوان الإقامة وعنوان المراسلة - تاريخ الميلاد - إثبات معلومات المواطنة - توقيعك للتصديق على صحة المعلومات المقدمة في هذا الطلب.

هل تريد تسجيلك تلقائيًا للانتخاب؟ لا نعم

إذا حددت المربع الخاص بالإجابة "نعم"، أو لم تحدد أيًا من المربعين وكنت مستوفيًا لمتطلبات الأهلية لتسجيل الناخبين التلقائي، فسوف ترسل إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية معلوماتك إلى مكتب وزير الخارجية ومن ثمّ تُسجّل تلقائيًا للانتخاب.

## اقرأ بعناية قبل التوقيع

7

أقر بما يلي:

- يجب عليّ إبلاغ الوكالة أو الشخص المُكلّف من الوكالة فورًا بأيّ تغييرات في موقفي، وذلك كتابيًا أو عبر الهاتف. التأخر في الإبلاغ قد يتسبب في الحصول على استحقاقات غير دقيقة.
- يخضع موقفي للتحقق منه من جانب الوكالة أو وكالات أخرى فيدرالية أو وكالات في الولاية.
- لتلقي المساعدة، يجب عليّ تقديم إثبات عند طلبه. يمكن للوكالة أو الشخص المُكلّف من الوكالة مساعدتي في الحصول على الإثبات، أو في التواصل مع أشخاص آخرين أو وكالات أخرى لهذا الغرض.
- عندما أطلب استحقاقات الرعاية الطبية أو أتلّقاها، فإنني أخوّل لولاية واشنطن جميع الحقوق في أيّ دعم طبي، وفي أيّ مدفوعات لأطراف خارجية نظير الرعاية الطبية.

لمشاركة تعليقاتك أو تضمين المزيد من المعلومات، يُرجى إرفاق ورقة إضافية.

## الإقرار والتوقيعات

8

لقد قرأت وفهمت المعلومات الواردة في هذا الطلب. وأقرّ، بما يخضع لعقوبة الحنث باليمين، بأن المعلومات التي قدّمتها في هذا الطلب صحيحة وسليمة وكاملة إلى أقصى حد وصل إليه علمي.

التاريخ	توقيع المتقدم بالطلب
التاريخ	توقيع الشخص المساعد للمتقدم بالطلب (إن وُجد)
المؤسسة	

تمثل هيئة الرعاية الصحية وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية لجميع قوانين الحقوق المدنية المعمول بها على المستوى الفيدرالي وعلى مستوى ولاية واشنطن، وتلتزم بتقديم حق الوصول إلى خدماتنا على قدم المساواة. إذا كنت بحاجة إلى توفيق للأوضاع، أو إلى مستندات في تنسيق آخر أو بلغة أخرى، فيُرجى الاتصال على الرقم 1-877-501-2233.