

## درخواست برنامه‌های پس‌انداز Medicare

لطفاً قبل از تکمیل درخواست، مطلب زیر را بخوانید.

برنامه پس‌انداز Medicare (MSP) بسته به سطح درآمدتان می‌تواند در پرداخت حق بیمه Medicare یا سایر هزینه‌هایی، شامل خودپرداخت، بیمه مشترک و پرداخت‌های مشترک به شما کمک کند که Medicare آن‌ها را پرداخت نکرده است.

پنج روش برای ارسال این درخواست وجود دارد:

- **از طریق پست:**  
DSHS  
CSD Customer Service Center  
PO Box 11699  
Tacoma, WA 98411-6699
- **از طریق فکس:** 1-888-338-7410
- **آنلاین:** [washingtonconnection.org](http://washingtonconnection.org)
- **به صورت تلفنی:** 1-877-501-2233

• **حضور:** یک محل مراجعه حضوری در اداره خدمات اجتماعی محلی خود در نشانی [dshs.wa.gov/office-locations](http://dshs.wa.gov/office-locations) پیدا کنید

### نام و اطلاعات تماس متقاضی

1

نام (خود) \_\_\_\_\_ نام میانی \_\_\_\_\_ نام خانوادگی و پسوند \_\_\_\_\_

شماره شناسه مشتری (در صورت وجود) \_\_\_\_\_

نشانی محل زندگی \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ ایالت \_\_\_\_\_ زیپ‌کد \_\_\_\_\_

اگر نشانی فیزیکی ندارید، این کادر را علامت بزنید

نشانی پستی (در صورت تفاوت) \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ ایالت \_\_\_\_\_ زیپ‌کد \_\_\_\_\_

شماره تلفن اصلی \_\_\_\_\_ شماره تلفن دوم \_\_\_\_\_

شما یا فردی که از طرف ایشان درخواست می‌دهید نیازمند مترجم شفاهی یا دریافت مدارک به زبان دیگری هستید؟  خیر  بله

اگر پاسخ بله است، چه زبان یا فرمت دیگری نیاز دارید؟ می‌توانید بیش از یک گزینه انتخاب کنید:

«نماینده مجاز» شخص بزرگ‌سالی است که از شرایط خانواده آگاه است و خانواده به او اختیار داده است از طرف آن‌ها برای احراز صلاحیت اقدام کند.

با انتخاب نماینده قانونی، شما به این نماینده قانونی اجازه می‌دهید که:

- درخواست را از طرف شما امضا کند؛
- اطلاعیه‌های مربوط به درخواست و حساب شما را دریافت کند؛ و
- در رابطه با تمام امور مربوط به درخواست و حساب از طرف شما اقدام کند.

1. نماینده مجازی تعیین می‌کنید؟ خیر بله

2. مایلید نماینده مجاز شما اطلاعیه‌های مربوط به درخواست و حساب شما را دریافت کند؟

خیر بله

3. این نماینده مجاز قیومیت قانونی دارد؟ خیر بله اگر بله، چه کسی: \_\_\_\_\_

4. آیا این نماینده مجاز وکالت‌نامه دارد؟ خیر بله اگر بله، چه کسی: \_\_\_\_\_

شماره تلفن

نام / سازمان نماینده مجاز

نشانی ایمیل

نشانی پستی نماینده مجاز

نام خود، همسر و تمام افراد تحت تکفل خود را فهرست‌وار ذکر کنید که با شما زندگی می‌کنند، حتی اگر برای آن‌ها درخواست ثبت نمی‌کنید (اگر لازم است، برگه‌های اضافی ضمیمه کنید).

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	جنسیت در زمان تولد	نسبت با شما؟	تاریخ تولد	خودم
شماره تأمین اجتماعی (SSN)*	وضعیت شهروندی یا غیرشهروندی: (یکی از موارد را علامت بزنید)	مایلید برای این فرد پوشش دریافت کنید؟	بله	خیر
شهروند ایالات متحده	بله	ساکن واشنگتن	خیر	بله
اصالتاً هیسپانیک، لاتینو یا اسپانیایی هستید؟ (اختیاری)	کوبایی	مکزیک/مکزیک-آمریکایی/چیکانو	اسپانیایی/هیسپانیک نیستم	
سایر اسپانیایی/هیسپانیک	پورتوریکویی			
<b>نژاد (اختیاری - تا پنج گزینه مرتبط را انتخاب کنید)</b>				
سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	چینی	کره‌ای	تایلندی	
آسیایی	فیلیپینی	لائوسی	ویتنامی	
آسیایی هندی	اهل جزیره گوام	اهل سایر جزایر اقیانوس آرام	سفیدپوست	
سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی	هاوایی	نژاد دیگر		
کامبوجی	ژاپنی	اهل جزیره ساموا		

**دلیل جمع‌آوری این اطلاعات توسط ما -** ما از این اطلاعات برای کمک به بهبود برابری سلامت و افزایش دسترسی تمام افراد به مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی استفاده می‌کنیم. اطلاعاتی که ارائه می‌دهید بر صلاحیت شما در رابطه با قرار گرفتن تحت پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی تأثیر نخواهد گذاشت.

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	جنسیت در زمان تولد	نسبت با شما (مثلاً همسر، فرزند)؟	تاریخ تولد
شماره تأمین اجتماعی (SSN)*			
وضعیت شهروندی یا غیرشهروندی: (یکی از موارد را علامت بزنید)			
شهروند ایالات متحده	بله	ساکن واشنگتن	بله
خیر	بله	خیر	بله
اصالتاً هیسپانیک، لاتینو یا اسپانیایی هستید؟ (اختیاری)			
کوبایی	مکزیک/مکزیک-آمریکایی/چیکانو		اسپانیایی/هیسپانیک نیستم
سایر اسپانیایی/هیسپانیک	پورتوریکویی		
<b>نژاد (اختیاری - تا پنج گزینه مرتبط را انتخاب کنید)</b>			
سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	چینی	کره‌ای	تایلندی
آسیایی	فیلیپینی	لائوسی	ویتنامی
آسیایی هندی	اهل جزیره گوام	اهل سایر جزایر اقیانوس آرام	سفیدپوست
سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی	هاوایی	نژاد دیگر	
کامبوجی	ژاپنی	اهل جزیره ساموا	

**دلیل جمع‌آوری این اطلاعات توسط ما -** ما از این اطلاعات برای کمک به بهبود برابری سلامت و افزایش دسترسی تمام افراد به مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی استفاده می‌کنیم. اطلاعاتی که ارائه می‌دهید بر صلاحیت شما در رابطه با قرار گرفتن تحت پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی تأثیر نخواهد گذاشت.

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	جنسیت در زمان تولد	نسبت با شما (مثلاً همسر، فرزند)؟	تاریخ تولد
شماره تأمین اجتماعی (SSN)*			
وضعیت شهروندی یا غیرشهروندی: (یکی از موارد را علامت بزنید)			
شهروند ایالات متحده	بله	ساکن واشنگتن	بله
خیر	بله	خیر	بله
اصالتاً هیسپانیک، لاتینو یا اسپانیایی هستید؟ (اختیاری)			
کوبایی	مکزیک/مکزیک-آمریکایی/چیکانو		اسپانیایی/هیسپانیک نیستم
سایر اسپانیایی/هیسپانیک	پورتوریکویی		
<b>نژاد (اختیاری - تا پنج گزینه مرتبط را انتخاب کنید)</b>			

تایلندی	کره‌ای	چینی	سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا
ویتنامی	لائوسی	فیلیپینی	آسیایی
سفیدپوست	اهل سایر جزایر اقیانوس آرام	اهل جزیره گوام	آسیایی هندی
	نژاد دیگر	هاوایی	سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی
	اهل جزیره ساموا	ژاپنی	کامبوجی

**دلیل جمع‌آوری این اطلاعات توسط ما -** ما از این اطلاعات برای کمک به بهبود برابری سلامت و افزایش دسترسی تمام افراد به مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی استفاده می‌کنیم. اطلاعاتی که ارائه می‌دهید بر صلاحیت شما در رابطه با قرار گرفتن تحت پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی تأثیر نخواهد گذاشت.

---

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	جنسیت در زمان تولد	نسبت با شما (مثلاً همسر، فرزند)؟	تاریخ تولد
شماره تأمین اجتماعی (SSN)*	مایلید برای این فرد پوشش دریافت کنید؟		
وضعیت شهروندی یا غیرشهروندی: (یکی از موارد را علامت بزنید)	بله	خیر	بله
شهروند ایالات متحده	بله	خیر	بله
اصالتاً هیسپانیک، لاتینو یا اسپانیایی هستید؟ (اختیاری)	بله	خیر	بله
کوبایی	مکزیک/مکزیک-آمریکایی/چیکانو	اسپانیایی/هیسپانیک نیستم	
سایر اسپانیایی/هیسپانیک	پورتوریکویی		
<b>نژاد (اختیاری - تا پنج گزینه مرتبط را انتخاب کنید)</b>			
سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	چینی	کره‌ای	تایلندی
آسیایی	فیلیپینی	لائوسی	ویتنامی
آسیایی هندی	اهل جزیره گوام	اهل سایر جزایر اقیانوس آرام	سفیدپوست
سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی	هاوایی	نژاد دیگر	
کامبوجی	ژاپنی	اهل جزیره ساموا	

**دلیل جمع‌آوری این اطلاعات توسط ما -** ما از این اطلاعات برای کمک به بهبود برابری سلامت و افزایش دسترسی تمام افراد به مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی استفاده می‌کنیم. اطلاعاتی که ارائه می‌دهید بر صلاحیت شما در رابطه با قرار گرفتن تحت پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی تأثیر نخواهد گذاشت.

---

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	جنسیت در زمان تولد	نسبت با شما؟	تاریخ تولد
شماره تأمین اجتماعی (SSN)*	مایلید برای این فرد پوشش دریافت کنید؟		
بله	خیر	بله	خیر

وضعیت شهروندی یا غیرشهروندی: (یکی از موارد را علامت بزنید)

شهروند ایالات متحده      خیر      بله      ساکن واشنگتن      خیر      بله

اصالتاً هیسپانیک، لاتینو یا اسپانیایی هستید؟ (اختیاری)

کوبایی      مکزیکی/مکزیک-آمریکایی/چیکانو      اسپانیایی/هیسپانیک نیستم

سایر اسپانیایی/هیسپانیک      پورتوریکویی

**نژاد (اختیاری - تا پنج گزینه مرتبط را انتخاب کنید)**

تایلندی	کره‌ای	چینی	سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا
ویتنامی	لائوسی	فیلیپینی	سیایی
سفیدپوست	اهل سایر جزایر اقیانوس آرام	اهل جزیره گوام	آسیایی هندی
	نژاد دیگر	هاوایی	سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی
	اهل جزیره ساموا	ژاپنی	کامبوجی

**دلیل جمع‌آوری این اطلاعات توسط ما** - ما از این اطلاعات برای کمک به بهبود برابری سلامت و افزایش دسترسی تمام افراد به مراقبت‌های بهداشتی درمانی استفاده می‌کنیم. اطلاعاتی که ارائه می‌دهید بر صلاحیت شما در رابطه با قرار گرفتن تحت پوشش مراقبت‌های بهداشتی درمانی تأثیر نخواهد گذاشت.

**HCA\* این اطلاعات را برای اجرای قوانین مهاجرت در اختیار سازمان مهاجرت قرار نمی‌دهد. اگر SSN ندارید، این قسمت را خالی بگذارید.**

## اطلاعات پوشش پزشکی

4

**واجد شرایط یا در حال دریافت: Medicare بخش A**  
گزینه مناسب را علامت بزنید.

_____ شماره Medicare	بله	خیر	خودم
_____ شماره Medicare	بله	خیر	همسر
_____ شماره Medicare	بله	خیر	سایر

**واجد شرایط یا در حال دریافت: Medicare بخش B**  
گزینه مناسب را علامت بزنید.

_____ شماره Medicare	بله	خیر	خودم
_____ شماره Medicare	بله	خیر	همسر
_____ شماره Medicare	بله	خیر	سایر

من/ما پوشش بیمه دیگری دارم/داریم      خیر      بله

اگر پرداخت کرده‌اید، نام ماه‌ها را بنویسید

## درآمد

5

درآمد خود و همسران را که با شما زندگی می‌کند، فهرست‌وار بنویسید (در صورت وجود). میزان درآمد قبل از کسورات (مانند بیمه و مالیات) را بنویسید. درآمد شامل موارد زیر است، اما محدود به آن‌ها نیست:

- دستمزدها
- مزایای تأمین اجتماعی
- درآمد اضافی تأمین اجتماعی (SSI)/کمک عمومی
- خوداشتغالی
- مستمری کهنه‌سربازان
- پاداش/حقوق بازنشستگی
- کمیسیون
- مستمری نفقه
- سود سهام و بهره
- پول غذا و مکان/اجاره
- حقوق بیکاری یا غرامت کارگران
- سایر
- مستمری شرکت راه‌آهن
- درآمد قبیله‌ای\*

\*برای اطلاع از لحاظ شدن درآمد قبیله‌ای خود، راهنمای درآمد قبیله‌ای را مشاهده کنید: [/hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost-tribal-income-desk-aid.pdf](https://hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost-tribal-income-desk-aid.pdf)

نام	کارفرما یا منبع درآمد	مبلغ قبل از کسورات	هر چند وقت دریافت می‌کردید؟

## ثبت نام رأی‌دهنده

6

این وزارتخانه خدمات ثبت نام رأی‌دهندگان، شامل ثبت نام خودکار رأی‌دهنده را ارائه می‌دهد.

**درخواست ثبت نام یا خودداری از ثبت نام برای رأی‌دهی، بر خدمات یا مبلغ مزایایی که ممکن است از این سازمان دریافت کنید، هیچ تأثیری نخواهد گذاشت.** اگر می‌خواهید برای پر کردن فرم ثبت نام رأی‌دهندگان به شما کمک شود، ما به شما کمک می‌کنیم. تصمیم درباره درخواست کمک یا پذیرش کمک بر عهده شماست. می‌توانید فرم ثبت نام رأی‌دهندگان را به صورت خصوصی پر کنید. اگر معتقدید کسی در حق ثبت نام یا خودداری از ثبت نام شما برای رأی‌دهی، حق محرمانگی تصمیم‌گیری در رابطه با ثبت نام یا درخواست ثبت نام برای رأی‌دهی، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی یا ترجیحات سیاسی دیگر شما مداخله کرده است، می‌توانید شکایتی نزد

Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504 تنظیم کنید، ایمیلی به نشانی [elections@sos.wa.gov](mailto:elections@sos.wa.gov) ارسال نمایید، یا با شماره 1-800-448-4881 تماس بگیرید.

مایلید برای رأی دادن ثبت نام کنید یا اطلاعات ثبت نام رأی‌دهنده خود را به روز کنید؟ خیر بله

**اگر هیچ کادری را علامت ننزید، این‌گونه قلمداد می‌کنیم که تصمیم گرفته‌اید این بار برای رأی‌دهی ثبت نام نکنید، مگر اینکه واجد شرایط ثبت نام رأی‌دهنده خودکار باشید و آن را رد نکنید.**

شما واجد شرایط ثبت نام رأی‌دهنده خودکار هستید، مگر اینکه مقابل گزینه «خیر» در بالا تیک بگذارید. در صورتی واجد شرایط ثبت نام خودکار رأی‌دهنده خواهید بود که سن شما تا زمان انتخابات بعدی به 18 سال برسد، شهروند ایالات متحده آمریکا باشید و نام شما، نشانی محل سکونت و نشانی پستی، تاریخ تولد، تأییدیه اطلاعات شهروندی و امضای شما که بیانگر صحت اطلاعات ارائه شده در درخواست است در اختیار DSHS قرار داشته باشد.

اگر مقابل گزینه «بله» تیک گذاشته‌اید یا هیچ‌کدام از کادرهای بالا را علامت نگذاشته‌اید و از الزامات واجد شرایط بودن برای ثبت نام خودکار رأی‌دهنده برخوردار باشید، DSHS اطلاعات شما را به وزارت کشور ارسال می‌کند و شما به صورت خودکار برای رأی دادن ثبت نام خواهید شد.

## پیش از امضا، به دقت مطالعه شود

7

### متوجه هستیم که:

- باید هرگونه تغییر در شرایط را فوراً به صورت کتبی یا تلفنی به سازمان یا نماینده سازمان اطلاع دهیم. اطلاع دادن دیرهنگام ممکن است باعث تخصیص مزایای نامناسب شود.
- ممکن است شرایط من را سازمان یا دیگر نهادهای فدرال یا ایالتی تأیید کنند.
- در صورت درخواست، باید جهت دریافت کمک مدرک ارائه کنم. ممکن است سازمان یا نماینده سازمان جهت به دست آوردن مدرک یا تماس با اشخاص یا سازمان‌های دیگر برای دریافت آن به من کمک کند.
- با درخواست مزایای مراقبت‌های پزشکی و دریافت این مزایا، اینجانب تمام حقوق مربوط به هرگونه پشتیبانی پزشکی و تمام پرداخت‌های شخص ثالث برای مراقبت پزشکی را به ایالت واشنگتن واگذار می‌کنم.

برای بیان نظرتان یا ارائه اطلاعات بیشتر، لطفاً برگه دیگری ضمیمه کنید.

## بیانیه و امضا(ها)

8

اینجانب اطلاعات موجود در این فرم درخواست را مطالعه کرده‌ام و متوجه شده‌ام. بدین وسیله، با عنایت به جرائم شهادت کذب، اعلام می‌کنم اطلاعات ارائه شده در این درخواست تا جایی که اطلاع دارم واقعی، صحیح و کامل است.

امضای درخواست‌کننده	_____	_____	_____
تاریخ	_____	_____	_____
امضای فرد کمک‌کننده به متقاضی (در صورت وجود)	_____	_____	_____
تاریخ	_____	سازمان	_____

HCA و DSHS از همه قوانین مدنی فدرال و ایالت واشنگتن تبعیت می‌کنند و متعهد به ارائه دسترسی یکسان به خدمات ما هستند. اگر به امکانات یا دریافت مدارک به زبان یا فرمت دیگری نیاز دارید، لطفاً با شماره 1-877-501-2233 تماس بگیرید.