

طلب الحصول على خدمات تنظيم الأسرة فقط

<p>هل أنت مستحقٌّ لبرنامج تنظيم الأسرة فقط (FPO)؟</p> <p>هل أنت مستحقٌّ لبرنامج تنظيم الأسرة فقط (FPO)؟</p> <p>للسكان واشنطن الذين يبلغ دخلهم 260% أو أقل (FPO) تتوفر برامج تنظيم الأسرة بغض النظر عن النوع وحالة الهجرة، وغير المستحقين للحصول على (FPL) من مستوى الفقر الفيدرالي كاملة النطاق وليس لديهم تغطية صحية أخرى. يمكن يمكن لعلماء برنامج Apple Health المؤمن عليهم الذين يطلبون الحصول على خدمات تنظيم الأسرة السرية، التقدم بطلب للحصول على برامج تنظيم الأسرة (FPO).</p>	<p>هل أنت مستحقٌّ لبرنامج تنظيم الأسرة فقط (FPO)؟</p>
<p>وتشمل الاستحقاقات، على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • زيارة وقائية شاملة لتنظيم الأسرة • تقديم الاستشارة والتثقيف والإطلاع والإدارة لوسائل تنظيم النسل ومنع الحمل • فحص سرطان عنق الرحم • بعض اختبارات وعلاج الأمراض المنقولة جنسيًا (STD) والعدوى المنقولة جنسيًا (STI) • عقاقير منع الحمل الموصوفة وغير الموصوفة طبيًا • إجراءات التعقيم 	<p>ما الاستحقاقات الخاضعة للتغطية؟</p>
<p>يمكنك التقدم بطلب للحصول على برامج تنظيم الأسرة (FPO) في أي وقت، مع مقدم رعاية يقبل Apple Health</p>	<p>كيفية تقديم الطلب؟</p>
<p>يجب استكمال هذا الجزء كاملاً، على حد علم مقدم الطلب. يتم توفير مزيد من المعلومات حول أسئلة محددة واردة في الجزء 1 من التطبيق لاحقاً في هذا المستند.</p>	<p>كيف ينبغي أن تستكمل الجزء 1؟</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.</p>	<p>هل تتوفر خدمات اللغة أو الإعاقة عند تقديم الطلب؟</p>
<p>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). لذا يرجى زيارة الموقع الإلكتروني hca.wa.gov/family-planning للحصول على مزيد من المعلومات.</p>	<p>ما هي متطلبات الدخل؟</p>
<p>يتم تحديد حجم الأسرة بناءً على حالة التسجيل الضريبي. فرد الأسرة هو الزوج أو المعال الذي يدفع له مقدم الطلب الضرائب أو يطالبه بها باعتباره معالاً من الضرائب. وإذا لم يكن لديك ملف ضرائب، فإن أحد أفراد الأسرة هو زوج أو معال يعيش في المنزل نفسه.</p>	<p>كيف يتم تحديد حجم الأسرة؟</p>
<p>يعيش سكان ولاية واشنطن حالياً ويعتزمون الإقامة في واشنطن، أو دخلوا الولاية بحثاً عن وظيفة أو دخلوا الولاية بالالتزام الوظيفي.</p>	<p>هل تعتبر من سكان ولاية واشنطن؟</p>
<p>قد يكون الأفراد المؤمن عليهم مستحقين للحصول على خدمات تنظيم الأسرة السرية، إذا استوفيت إحدى هذه الاستثناءات: البحث عن خدمات تنظيم الأسرة السرية وعمرك 18 عاماً أو أصغر؛ أو إذا كنت ضحية للعنف المنزلي ومشمولاً بالتأمين الصحي الخاص بالمعتدي.</p>	<p>ماذا لو كنت بحاجة إلى خدمات سرية؟</p>
<p>لست مستحقاً للحصول على خدمات تنظيم الأسرة (FPO) إذا كان لديك تأمين آخر، إلا إذا كنت تطلب الحصول على خدمات تنظيم الأسرة السرية.</p>	<p>ماذا لو كان لديك تأمين آخر؟</p>

<p>تستخدم هيئة الرعاية الصحية (HCA) هذه المعلومات لتحديد استحقاقك وذلك من خلال التأكد من هويتك ومواطنتك وحالة الهجرة وتاريخ الميلاد وتوافر تغطية رعاية صحية أخرى. لا تشارك هيئة الرعاية الصحية (HCA) هذه المعلومات مع أي وكالة هجرة</p> <p>إذا لم يكن لديك رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو رقم وثيقة الهجرة، فاترك هذه الحقول فارغة.</p>	<p>كيف ستستخدم هيئة الرعاية الصحية (HCA) رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو معلومات حالة الهجرة؟</p>
<p>إذا كنت مستحقاً للحصول على نطاق كامل من Apple Health، فأنت مستحقاً للحصول على جميع الاستحقاقات الإلزامية مثل: المرضى المقيمين بالمستشفى والعيادات الخارجية، والصحة المنزلية، وخدمات الأطباء، من بين أمور أخرى، واستحقاقات اختيارية مثل: الأدوية التي لا تُباع إلا بتذكرة طبية، وخدمات رعاية الأسنان، والعلاج الطبيعي. كما أنه من مصلحتك العليا التقدم بطلب للحصول على نطاق كامل من Apple Health (Medicaid) من أجل الحصول على أقصى تغطية للاستحقاقات الصحية التي قد تكون مستحقاً لها.</p> <p>للحصول على مزيد من المعلومات حول النطاق الكامل لـ Apple Health، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage.</p>	<p>ما هو النطاق الكامل لـ Apple Health (Medicaid) وهل يجب عليك التنازل عن حَقك في التقدم للحصول عليه؟</p>
<p>يلزم قانون تسجيل الناخب الوطني لعام 1973 جميع الولايات بتسجيل الناخب من خلال مكاتب مساعدة الجمهور الخاصة بالولايات. ولن يؤثر تقديم طلب التسجيل أو إلغاء التسجيل للتصويت على الخدمات أو الاستحقاقات التي تقدمها هذه الوكالة. كما يمكنك التسجيل للتصويت على الموقع الإلكتروني vote.wa.gov أو طلب استمارة تسجيل الناخب بالاتصال على رقم 1-800-448-4881.</p>	<p>هل معلومات تسجيل الناخبين متاحة؟</p>
<p>تتم معالجة الطلبات بالترتيب المستلم به في غضون 45 يومًا. إذا كانت هناك حاجة إلى معلومات إضافية، فسيتم الاتصال بالمتقدمين عبر الهاتف و / أو البريد. و 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. و للحصول على مزيد من المعلومات حول عملية الاستئناف، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid.</p>	<p>هل يمكنك الاستئناف ضد قرار تحديد الاستحقاق؟</p>
<p>تقدم شبكة تنظيم الأسرة التابعة لوزارة الصحة بولاية واشنطن مجموعة كاملة من خدمات تنظيم الأسرة. احصل على مزيد من المعلومات بزيارة الموقع الإلكتروني doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices.</p>	<p>ما خدمات تنظيم الأسرة الأخرى المتوفرة في ولاية واشنطن؟</p>
<p>اعرض برامج Washington Apple Health الأخرى المتاحة، بما في ذلك خدمات المهاجرين غير المستحقين وغير المسجلين، والرعاية المتعلقة بالحمل على الموقع الإلكتروني hca.wa.gov/apple-health.</p>	<p>ما خيارات التغطية الصحية الأخرى المتاحة في ولاية واشنطن؟</p>
<p>كما 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

هل أنت حامل حاليًا؟ نعم لا إذا كان الإجابة نعم، فأنت غير مستحقة للحصول على خدمات تنظيم الأسرة، ولكن قد تكوني مستحقة للحصول على التغطية الصحية. يرجى التقديم عبر الإنترنت على wahealthplanfinder.org بملء هذا الطلب، فإنك تقرين بأنك تتقدمين بطلب للحصول على خدمات تنظيم الأسرة فقط.

1. مقدم الطلب ومعلومات الاتصال

الاسم الأول (استخدم اسمك القانوني كاملاً)	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير
ذكر	أنثى	هل الإقامة في واشنطن؟ نعم لا
رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي
العنوان الذي تقيمين 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 تعانيين من مشكلة في التحدث باللغة الإنجليزية أو قراءتها أو كتابتها؟ نعم لا	هل تحتاجين إلى مترجم؟ نعم لا

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

إذا كانت الإجابة نعم، فأنت غير مستحقة للحصول على خدمات تنظيم الأسرة إلا إذا استوفيت إحدى الاستثناءات التالية:
اطلب الحصول على خدمات تنظيم الأسرة السرية وعمرى 18 عامًا أو أصغر؛
أو
أنا ضحية للعنف المنزلي وأنا مشمولة بالتأمين الصحي للمعتدي.
(تابع إلى الجزء (2) إذا قمت بتحديد أي من المربعات أعلاه)

خلال آخر 30 يومًا الماضية، هل تم رفض تغطية النطاق الكامل لـ (Apple Health (Medicaid) من خلال wahealthplanfinder.org؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فتوقفي هنا هنا وانتقلي إلى الجزء (9). إذا واجهت أسرتك أي تغييرات، حيث تم رفض (Apple Health (Medicaid)، فانقلي إلى الجزء (2) لاستكمال طلبك.

إذا كانت الإجابة لا، فيجب عليك التقدم بطلب للحصول على تغطية على wahealthplanfinder.org (ما لم تستوف إحدى الاستثناءين أعلاه أو تتخذي قرارًا قائمًا على المعرفة بعدم التقدم بطلب للحصول على نطاق كامل من (Apple Health (Medicaid)).

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

2. الجنسية وحالة الهجرة

حالة المواطنة أو غير المواطنة: (ضع علامة داخل مربع واحد):

مواطن أمريكي أو ساكن أمريكي غير مواطن موجود بشكل قانوني في الولايات المتحدة أخرى

في حالة التواجد بصورة شرعية وغير مواطن، فاكتب المعلومات التالية:

نوع وثيقة الهجرة	رقم "أ"	رقم الإيصال أو رقم آخر
رقم جواز سفر أجنبي	بلد الإقامة	تاريخ الدخول
		تاريخ انتهاء سريان الوثيقة

3. الدخل من العمل / العمل الحر

الدخل الذي حصلت عليه	الدخل المكتسب من قبل أفراد الأسرة الآخرين
اسم صاحب العمل الحالي (الوظيفة الأولى)	اسم صاحب العمل الحالي (الوظيفة الأولى)
رقم الهاتف	رقم الهاتف
هل تعمل حرًا؟	هل تعمل حرًا؟
لا نعم	لا نعم
إجمالي الدخل الشهري قبل خصم الضرائب (و / أو صافي الدخل الشهري عن العمل الحر)	إجمالي الدخل الشهري قبل خصم الضرائب (و / أو صافي الدخل الشهري عن العمل الحر)
اسم صاحب العمل الحالي (الوظيفة الثانية)	اسم صاحب العمل الحالي (الوظيفة الثانية)
رقم الهاتف	رقم الهاتف
هل تعمل حرًا؟	هل تعمل حرًا؟
لا نعم	لا نعم
إجمالي الدخل الشهري قبل خصم الضرائب (و / أو صافي الدخل الشهري عن العمل الحر)	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 زيارة الموقع الإلكتروني wahbexchange.org/how-to-report-income.

4. مصادر الدخل الأخرى للمنزل

النفقة / النفقة الزوجية	من يحصل على هذا:	المبلغ الشهري:
دخل الإيجار و / أو دخل الملكية (الصافي)		
استحقاقات الضمان الاجتماعي / تقاعد السكك الحديدية		
البطالة		
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		

5. الاستقطاعات المنزلية

المبلغ الشهري: من الذي سيدفع 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 المعلم
_____	_____	إسهامات حساب المدخرات الصحية
_____	_____	الغرامات على السحب المبكر للمدخرات
_____	_____	بعض نفقات العمل القابلة للتعويض

6. 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 شرعياً؟ إذا كانت الإجابة نعم، فإن الاسم القانوني الكامل للزوج / الزوجة _____
نعم لا الاسم الأول، الأوسط، الأخير
إذا قدمت إقراراً ضريبياً، فكم عدد المعالين الضريبيين الذين تطالبهم؟ _____ إذا لم يكن كذلك، فكم عدد الأطفال لديك؟ _____

7. فقدان الوظيفة الأخيرة

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

8. الأصل / الخلفية العرقية

نطلب منك أن تخبرنا طوعاً عن الأصل أو الخلفية العرقية الخاصة بك. ولن يتم استخدام هذه المعلومات في النظر في استحقاقك للحصول على الخدمات.
قوقازي زنجي أو أمريكي من أصل إفريقي فيتنامي / لاوسي / كمبودي
أصل أسباني الهنود الأمريكيون أو سكان ألaska الأصليين جزر آسيا أو المحيط الهادئ الآخر
أخرى: _____ اسم القبيلة: _____

9. اقرأ بعناية قبل التوقيع أدناه

أدرك أنه:

- قد تطلب مني هيئة الرعاية الصحية إثبات المعلومات التي أقدمها. و 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. لن يتم مشاركة هذه المعلومات مع خدمات الجمارك والهجرة الأمريكية (USCIS).
- 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. و إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أخرى تتعلق بالتغطية الطبية، فيمكنني التقدم بطلب في [Washington Healthplanfinder \(wahealthplanfinder.org\)](http://wahealthplanfinder.org) أما إذا كنت بحاجة إلى مساعدة مالية أو قسائم طعام، فيمكنني التقدم بطلب في مكتب خدمات المجتمعية التابع لإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) أو [Washington Connection \(washingtonconnection.org\)](http://washingtonconnection.org).
- يجب أن أورد على أي طلبات للحصول على معلومات إضافية في غضون 15 يوم عمل وإلا سيتم رفض طلبي وقد أتحمل مسؤولية جميع الرسوم التي يتم تحملها من خلال مكتب مقدم خدمات تنظيم الأسرة.

10. الممثل المفوض الاختياري (AREP)

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

11. التصريح والتوقيع

لقد قرأت المعلومات المكتوبة في هذا الطلب وفهمتها. أصرح بأنه، مع الخضوع لعقوبة الحنث باليمين، فإن 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