

طلب الحصول على تغطية رعاية صحية للمراهقات الحوامل (للمراهقات تحت سن 19 سنة)

Application for Pregnant Teen Health Care Coverage (for Teens Under Age 19)

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--------------------|---|---------|
| الاسم الأول | | الحرف الأول من الاسم الأوسط | | الاسم الأخير | |
| العنوان الذي تقيمين فيه (إذا لم يكن لديك عنوان ثابت، فيرجى كتابة عنوان البريد أدناه). | | | | | |
| العنوان | | المدينة | | الولاية | |
| الرمز البريدي | | | | | |
| عنوان البريد (إذا كنت تفضلين إرسال جميع رسائل البريد إلى ممثل معتمد، فيرجى إكمال القسم أدناه). | | | | | |
| العنوان | | المدينة | | الولاية | |
| الرمز البريدي | | | | | |
| أرقام الهاتف المفضلة | | | | | |
| هل هذه هي أرقام الهاتف التي يمكن للطبيب/موفر الرعاية ترك رسالة من خلالها؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بـ "لا"، فلا تقومي بملء هذا القسم. | | | | | |
| رقم جهة الاتصال: | | | رقم البريد الصوتي: | | |
| خدمات الإعاقة واللغة | | | | | |
| هل تعانين من مشكلة في التحدث باللغة الإنجليزية أو قراءتها أو كتابتها؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | | | | |
| هل تحتاجين إلى مترجم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | | | | |
| هل تحتاجين إلى مواد مترجمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | | | | |
| ما اللغة التي تفضلين التحدث بها؟ _____ | | | | | |
| ما اللغة التي تفضلين القراءة بها؟ _____ | | | | | |
| أسئلة (لن تؤثر إجابتك على هذه الأسئلة على التغطية التي تحصلين عليها). | | | | | |
| هل أنت مواطنة أمريكي أو مهاجرة تقيم بشكل قانوني في الولايات المتحدة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | | | | |
| هل أنت من الهنود الأمريكيين أو سكان الأسكا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | | | | |
| هل ترغبين في الحفاظ على سرية الحمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | | | | |
| هل هناك أي نفقات طبية غير مدفوعة تكبدتها أثناء الحمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | | | | | |
| تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) | | تاريخ انتهاء فترة الحمل (شهر/يوم/سنة) | | رقم التأمين الاجتماعي (إذا لم يكن لديك رقم، فاتركي هذا الجزء فارغاً). | |
| الممثل المعتمد الاختياري (الممثل المعتمد (AREP) هو شخص تسمعين أنت لهيئة الرعاية الصحية بالتحدث معه حول التغطية التي تحصلين عليها و/أو بتلقي رسائل البريد التي تخص تغطية الرعاية الصحية للمراهقات الحوامل). للحصول على AREP، يُرجى إكمال المعلومات أدناه. | | | | | |
| اسم AREP | | اسم المؤسسة | | رقم الهاتف | |
| العنوان | | المدينة | | الولاية | |
| الرمز البريدي | | | | | |
| حدد واحدًا منهما أو كليهما: <input type="checkbox"/> أرسل رسائلي البريديّة إلى عنواني البريدي. <input type="checkbox"/> أرسل رسائلي البريديّة إلى عنوان AREP. | | | | | |
| اقرأ جيدًا قبل التوقيع أدناه | | | | | |
| أنا أتفهم أن: | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • وضعي يخضع للتحقق من قبل هيئة الرعاية الصحية أو وكالات الولاية أو الوكالات الفيدرالية الأخرى. • إذا طلبت الحفاظ على سرية المعلومات المذكورة أعلاه التي تخص حملي، فلن تتم فترة أي تأمين آخر مقابل الخدمات التي أحصل عليها من خلال هذا البرنامج. | | | | | |
| 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 |