

طلب تغطية الرعاية الصحية (ومعرفة ما إذا كان يمكنك الحصول على مساعدة في تغطية التكاليف)

يمكنك استخدام هذا الطلب لمعرفة تغطية الرعاية الصحية التي يمكنك التأهل للحصول عليها:

- يتاح برنامج تغطية الرعاية الصحية المحانية أو منخفضة التكلفة من خلال برنامج التأمين الصحي واشنطن أبل هيلث (برنامج ميدكيد-المعونة الطبية)، بما في ذلك برنامج أبل هيلث للتأمين الصحي للأطفال بنظام الأقساط، والذي يُعرف أيضاً باسم برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP).
- وهو عبارة عن نظام خصم ضريبي يمكن أن يساعدك في دفع أقساط الرعاية الصحية التي تتعلق بخطة صحية مؤهلة.
- ويغطي الخصم كامل التكلفة الخاصة بخطة صحية مؤهلة وخطة طب الأسنان المؤهلة

تقدم بطلبك بشكل أسرع عبر الإنترنت

- تقدم بطلبك بشكل أسرع عبر الإنترنت على العنوان التالي: wahealthplanfinder.org

وتتضمن المعلومات التي يتوجب عليك تقديمها عند الطلب لنفسك والآخرين ما يلي:

- أرقام الضمان الاجتماعي (SSN): لأي من أفراد أسرتك الذين لديهم رقم ضمان اجتماعي (لا تتطلب جميع البرامج أن يكون لديك رقم ضمان اجتماعي)
- تواريخ الميلاد لكل فرد من أفراد أسرتك
- حواز سفر أجنبي أو رقم تسجيل الأجنبي غير المواطنين، أو أرقام أخرى للهجرة لأي من أفراد الأسرة يكون مهاجراً ويتقدم بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية
- معلومات الدخل الخاصة بجميع البالغين والقصر الذين لديهم دخل كافٍ لمطالبتهم وذلك عن طريق تقديم إقرار ضريبي
- معلومات التأمين الصحي المتاحة لك أو لعائلتك

لماذا نطلب الكثير من المعلومات؟

إننا نحتاج إلى المعلومات التالية لتحديد مدى تأهلك لتغطية الرعاية الصحية. لذلك سنحافظ على سرية وخصوصية المعلومات على النحو المطلوب بمقتضى القانون.

أرسل طلبك المكتمل والموقع إلى:

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, Washington, 98507
أو عبر الفاكس 1-855-867-4467

إذا لم تكن لديك جميع المعلومات التي نطلبها منك، فيمكنك بدء طلبك عن طريق كتابة اسمك وتاريخ ميلادك وعنوانك وتوقيعك وإرساله عبر البريد إلى العنوان المذكور أعلاه.

احصل على المساعدة في طلبك:

- عبر الإنترنت: wahealthplanfinder.org

• الهاتف: اتصل بمركز دعم العملاء على (855-923-4633) WAFINDER 1-855- أو 1-855-627-9604 (أو عبر رسالة نصية)

• بالحضور الشخصي: للحصول على مساعدة في طلبك، ابحث عن متصفح أو وسيط عبر رابط دعم العملاء على wahealthplanfinder.org

• اللغة أو ذوي الاحتياجات الخاصة: للحصول على مساعدة محانية بلغتك التي تعرفها (بما في ذلك مترجم فوري أو ترجمة النشرات المطبوعة) أو مكان إقامة لذوي الاحتياجات الخاصة، اتصل بـ الرقم (855-923-4633) WAFINDER 1-855- أو 1-855-627-9604 (رسالة نصية)

التعريفات

القسط: هو المبلغ المطلوب منك سداده كل شهر لبرنامج خطة تغطية الرعاية الصحية التي تشملك، إن وجد. يجب عليك دفع قسط التأمين الخاص بك للإبقاء على برنامج خطة الرعاية الصحية التي تشملك، حتى لو كنت لا تتلقى أي من خدمات الرعاية الصحية.

الخصومات الضريبية للتأمين الصحي بنظام الأقساط: يتم استخدام الخصومات الضريبية لخفض قيمة قسطك الشهري.

Washington Healthplanfinder: هو عبارة عن سوق عبر الإنترنت للأفراد والعائلات في واشنطن لمقارنة التغطية الصحية والتسجيل فيها والوصول إلى الخصومات الضريبية، وتقليل تقاسم التكاليف، والبرامج العامة مثل برنامج التأمين الصحي واشنطن أبل هيلث.

الخطة الصحية المؤهلة: هي التغطية الصحية الخاصة من خلال Washington Healthplanfinder.

الحد الأدنى من التغطية الأساسية: هذا النوع من التأمين بتغطية النفقات الطبية التي يحتاجها الفرد لتلبية متطلبات المسؤولية الفردية بموجب قانون الرعاية الصحية الأمريكي (ACA). ويشمل ذلك وثائق التأمين الصحي الفردي والعائلي، والتغطية الصحية القائمة على العمل، والرعاية الطبية الخاصة ببرامج ميدكير للمعونة الصحية، والمساعدات الطبية التابعة لبرنامج ميدكير، وبرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP)، وبرنامج الرعاية الصحية "تريكير" وغيرها من برامج التأمين الخاصة التي تغطي تكاليف الرعاية الصحية الأساسية العشرة.

الرعاية الصحية الأساسية: هي عبارة عن مجموعة من 10 خدمات رعاية صحية والتي يجب أن تغطي جميع خطط الرعاية الصحية مثل زيارات الطبيب والإقامة في المستشفى والأدوية الموصوفة. وتكون بعض المزايا مجانية، وبعضها قد يتم تغطيته عبر المشاركة في الدفع والتأمين المشترك.

واشنطن أبل هيلث: هو عبارة عن برامج التأمين الصحي العام لسكان واشنطن المؤهلين للحصول على التأمين. أبل هيلث هو الاسم المستخدم في واشنطن لبرنامج الرعاية الصحية ميدكير وبرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) وبرنامج الرعاية الصحية الأخرى التي تمولها ولاية واشنطن.

أما الأشخاص الذين يعملون لحسابهم الخاص

يمكنك طرح النفقات المسموح بها أدناه من إجمالي دخلك للحصول على مبلغ لصافي دخلك من العمل الحر. لمزيد من المعلومات، راجع "تعليمات الجدول ج أو الجدول و" عبر الموقع الإلكتروني www.irs.gov.

بعض الأمثلة على النفقات المسموح بها هي:

- مصاريف السيارات والشاحنات
- العمولات والرسوم والتعاقد مع العمال
- الاستنفاد
- الإهلاك
- برامج استحقاقات الموظفين والمعاشات التقاعدية وخطط تقاسم الأرباح
- التأمين (باستثناء التأمين الصحي) وفوائد الرهن العقاري
- الخدمات القانونية والمهنية
- مصاريف المكتب والإيجار والتأجير
- التأمين على الممتلكات أو المسؤولية أو انقطاع الأعمال
- اللوازم والإصلاحات والصيانة
- السفر والوجبات والترفيه
- المرافق والضرائب والتراخيص
- الأجور

الحقوق والمسؤوليات المتعلقة بتغطية الرعاية الصحية

محتويات هذا المستند:

- **القسم الأول** جميع برامج تغطية الرعاية الصحية
- **القسم الثاني** برنامج Washington Apple Health فقط
- **القسم الثالث** برامج الخطط الصحية المؤهلة فقط
- **القسم الرابع** تقديم شكوى

1. جميع برامج تغطية الرعاية الصحية

حقوقك

تلتزم Washington Health Benefit Exchange و Health Care Authority بما يلي:

مساعدتك في قراءة جميع النماذج المطلوبة وملئها. تدير هيئة تبادل المزايا الصحية في واشنطن (HBE) منصة Washington Healthplanfinder، حيث يمكنك التقدم للحصول على تغطية الرعاية الصحية وإدارتها. للحصول على المساعدة، يمكنك الاتصال بمركز دعم العملاء على الرقم 1-855-923-4633. إذا كنت فردًا مُسَجَّلًا، أو كفيًا، أو معاقًا، أو في حاجة إلى خدمات ودعم طويل الأجل (LTSS)، فإنه يمكنك الاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) على الرقم 1-877-501-2233.

توفير خدمات الترجمة الفورية أو التحريرية بشكل مجاني لك ومن دون تأخير عند التواصل مع HBE، أو Health Care Authority (HCA)، أو DSHS. ويمكنك طلب مترجم فوري في أي وقت تتواصل فيه معنا.

الحفاظ على سرية معلوماتك الشخصية ولكن قد تتم مشاركة بعض المعلومات مع وكالات حكومية أخرى تابعة للولاية أو فيدرالية لأغراض تحديد الأهلية والتسجيل. يمكنك قراءة سياسة الخصوصية الخاصة بـ HBE على الرابط wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html.

منحك فرصة لتقديم طعن إذا كنت تعترض على قرار صادر عن HBE أو DSHS، والذي يؤثر في أهليتك للحصول على التغطية الصحية، أو خدمات LTSS، أو خطة الرعاية الصحية، أو الإعفاءات الضريبية لأقساط التأمين الصحي، أو المساعدة في دفع الأقساط، أو تخفيضات المشاركة في التكاليف. من خلال طلب تقديم الطعن، ستتم مراجعة حالتك. للحصول على مزيد من المعلومات حول عملية الطعون، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني wahbexchange.org/contact-us/appeals أو الاتصال بمركز دعم العملاء على الرقم 1-855-923-4633. بالنسبة إلى الطعون المتعلقة ببرامج DSHS، يمكنك الاتصال بـ DSHS على الرقم 1-877-501-2233 أو زيارة مكتب الخدمات المجتمعية المحلي لديك. إذا كان الطعن متعلقًا ببرنامج Washington Apple Health (Medicaid)، فسيتم تحديد موعد لك لعقد جلسة استماع إدارية.

التعامل معك بإنصاف. يُعد التمييز مخالفًا للقانون. تلتزم HBE و HCA بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية والقوانين المحلية، ولا تُمارس التمييز بناءً على العرق، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس. ولا تستبعد HBE أو HCA الأفراد أو تعاملهم بشكل مختلف بناءً على عرقهم، أو لونهم، أو أصلهم الوطني، أو أعمارهم، أو إعاقتهم، أو جنسهم.

تمثل HBE و HCA للقوانين المحلية المعمول بها، ولا تميز على أساس العقيدة، أو الجنس، أو الهوية الجنسية أو التعبير عنها، أو التوجه الجنسي، أو الحالة الاجتماعية، أو الدين، أو حالة المحاربين القدامى الذين تم تسريحهم بشرف، أو الحالة العسكرية، أو استخدام كلب إرشاد مُدَرَّب أو حيوان خدمة من قِبَل شخص من ذوي الإعاقة.

هيئة تبادل المزايا الصحية (HBE) وهيئة الرعاية الصحية (HCA):

- يقدمان مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص من ذوي الإعاقة ليتمكنوا من التواصل معنا بفعالية، وتشمل:
 - مترجمين معتمدين في لغة الإشارة
 - معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (الطباعة بخط كبير، والتنسيق الصوتي، والتنسيقات الإلكترونية التي يمكن الوصول إليها، وغيرها من التنسيقات).
- يقدمان خدمات لغوية مجانية للأفراد الذين ليست اللغة الإنجليزية لغتهم الأساسية، وتشمل:
 - مترجمين فوريين مؤهلين
 - كتابة المعلومات بلغات أخرى. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فيمكنك الاتصال على الرقم 1-855-923-4633.

إذا كنت تعتقد أن HBE أو HCA قد أخفقت في تقديم هذه الخدمات أو مارست التمييز بطريقة ما، فإنه يمكنك تقديم شكوى إلى:

Health Care Authority Division of Legal Services

ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
الفاكس: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

Washington Health Benefit Exchange Legal Department

ATTN: Legal Division Equal Access/Equal
Opportunity Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
الفاكس: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org

يمكنك تقديم تظلم من خلال الحضور بشكل شخصي، أو عبر البريد العادي، أو الفاكس، أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم تظلم، فإن قسم الشؤون القانونية لدى هيئة تبادل المزايا الصحية في واشنطن أو قسم الخدمات القانونية لدى هيئة الرعاية الصحية (HCA) متاحان لمساعدتك.

كما يمكنك تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى مكتب وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (U.S. Department of Health and Human Services) عبر البريد العادي، أو البريد الإلكتروني، أو الهاتف، أو عبر الموقع الإلكتروني:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
الهاتف: 1-800-368-1019، الهاتف النصي 800-537-7697
البريد الإلكتروني: **ocrmail@hhs.gov**
الموقع الإلكتروني: **ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

تتوفر نماذج الشكوى على الموقع الإلكتروني: **hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**

مسؤولياتك

إذا كان لديك رقم ضمان اجتماعي (SSN) أو وثيقة هجرة، فإنه يجب عليك تقديمها. إذا لم يكن لديك أي منهما، فإنه يمكنك التقديم للحصول على تغطية صحية، لكنك قد تكون غير مؤهل للانضمام إلى جميع البرامج التي توفر مساعدة مالية. يتم استخدام هذه المعلومات للتحقق من أهليتك من خلال تأكيد الهوية، والجنسية، وحالة الهجرة، وتاريخ الميلاد، وتوفير تغطية صحية أخرى. لن تتم مشاركة هذه المعلومات مع أي وكالة هجرة. يجب تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للحصول على بعض الإعفاءات الضريبية والبرامج. إذا لم تقدم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو وثيقة الهجرة لك أو لأحد أفراد أسرتك، فقد يتم التواصل معك للحصول على معلومات إضافية. يُرجى تقديم أي معلومات أو مستندات تُطلب من قِبل الهيئة لتحديد أهليتك.

أمر يجب أن تعرفها

هناك قوانين معينة على مستوى الولاية والمستوى الفيدرالي تُنظم تشغيل منصة Washington Healthplanfinder وأنظمة تقديم الطلبات التي تديرها الدولة، بالإضافة إلى حقوقك ومسؤولياتك كمستخدم لهذه الأنظمة والتغطية التي تحصل عليها من خلالها. من خلال استخدامك لهذه الأنظمة، فإنك توافق على الالتزام بالقوانين المُطبقة على مستخدميها والتغطية التي يحصلون عليها نتيجة لذلك.

يوجب قانون تسجيل الناخبين الوطني لعام 1973 على جميع الولايات تقديم المساعدة في تسجيل الناخبين من خلال مكاتب المساعدات العامة التابعة لها. لن يؤثر تقديم طلب التسجيل أو الامتناع عن التسجيل للتصويت في أهليتك للحصول على التغطية، أو الاستحقاقات والخدمات المُقدمة من خلال وكالاتنا. يمكنك التسجيل للتصويت عبر الموقع الإلكتروني **vote.wa.gov** أو طلب نماذج تسجيل الناخبين من خلال الاتصال على الرقم 1-800-448-4881.

تمنع قيود قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) هيئة تبادل المزايا الصحية (HBE)، وهيئة الرعاية الصحية (HCA)، وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) من مناقشة المعلومات الصحية الخاصة بك أو بأي فرد من أفراد أسرتك مع أي شخص، بما في ذلك الممثل المفوض، إلا إذا كان يحمل توكيلاً رسمياً أو قمت بتوقيع نموذج موافقة يسمح بالإفصاح عن هذه المعلومات. يشمل ذلك الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالصحة النفسية، أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، أو الإيدز (AIDS)، أو نتائج اختبارات الأمراض المنقولة جنسياً (STD)، أو العلاجات، والخدمات التي تعتمد على المواد الكيميائية. للحصول على مزيد من المعلومات حول سياسة الخصوصية الخاصة بهيئة تبادل المزايا الصحية (HBE)، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني **wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html**

يمنع قانون الرعاية الميسرة هيئة تبادل المزايا الصحية في واشنطن (HBE)، وهيئة الرعاية الصحية (HCA)، وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) من الكشف عن المعلومات المُحددة للهوية الشخصية (PII) الخاصة بك أو بأي فرد من أفراد أسرتك إلى أي شخص غير مُفوض ومن دون موافقتك.

تخضع المعلومات التي تقدمها إلى هيئة تبادل المزايا الصحية (HBE)، وهيئة الرعاية الصحية (HCA)، وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) للتحقق من قبل المسؤولين الفيدراليين ومسؤولي الولاية بغرض التأكد من أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية. ويمكن أن تضم عملية التحقق جهات اتصال المتابعة من موظفي الوكالة.

إذا بدأت في ملء طلب للحصول على التأمين الصحي من خلال منصة Washington Healthplanfinder ولم تكمل العملية لأي سبب كان، فسيتم تخزين معلوماتك في منصة Washington Healthplanfinder ويمكن الوصول إليها خلال مدة تصل إلى 90 يومًا. وإذا لم تكمل الطلب بعد فترة 90 يومًا، فسيتم حذف معلوماتك من منصة Washington Healthplanfinder.

ولا تكون هيئة تبادل المزايا الصحية (HBE)، وهيئة الرعاية الصحية (HCA)، وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) مسؤولة عن إدارة خطة التأمين الصحي الخاصة بك. ويمكن لشركة التأمين الصحي المعنية بك أن تقدم إليك مزيدًا من المعلومات حول استحقاقاتك.

إذا كانت لديك أسئلة حول شروط خطة التأمين الصحي الخاصة بك، بما في ذلك المزايا التي تكون مؤهلاً للحصول عليها والنفقات الواجب عليك دفعها بموجب خطتك، أو كنت ترغب في تقديم مطالبة بالاستحقاقات أو الطعن على رفضها، فيجب عليك التواصل مع شركة التأمين الصحي المعنية بك. إذا كنت مؤهلاً للحصول على مزايا القانون الموحد لتسوية الميزانية الشاملة (COBRA) بعد إنهاء أي تغطية تأمين صحي تم شراؤها من خلال منصة Washington Healthplanfinder، فإن إدارة القانون الموحد لتسوية الميزانية الشاملة (COBRA)، وتوفير الإشعارات اللازمة الخاصة بالقانون، وفترات الانتخاب تكون مسؤولية جهة العمل التي تعمل لديها.

لا تلغ أي تغطية تأمينية حالية أو رفض أي استحقاقات خاصة بالقانون الموحد لتسوية الميزانية الشاملة (COBRA) حتى تتلقى خطاب الموافقة ووثيقة التأمين، والمعروفة أيضًا باسم عقد التأمين أو شهادة التأمين، من شركة التأمين التي اخترتها. تأكد من فهمك وموافقتك على شروط وثيقة التأمين، مع إيلاء اهتمام خاص لتاريخ السريان، وفترات الانتظار، ومبلغ القسط، والاستحقاقات، والقيود، والاستثناءات، والملحقات.

2. برنامج Washington Apple Health فقط

حقوقك

تلتزم Washington Health Benefit Exchange وHealth Care Authority بما يلي:

توضيح حقوقك ومسؤولياتك إذا طلبت ذلك.

السماح لك بإرسال طلب جزئي يتضمن على الأقل اسمك، وعنوانك، وتوقيعك أو توقيع الممثل المفوض لمقدم الطلب. ويكون اليوم الذي تتلقى فيه الطلب الجزئي هو تاريخ تقديم طلبك الفعلي، والذي يمكن أن يؤثر في الوقت الذي تصبح تغطية رعايتك الصحية فيه سارية. ولن نتخذ قرارًا نهائيًا بشأن تغطيتك إلا بعد استكمالك للطلب بشكل تام.

السماح لك بتقديم طلب جزئي أو إرساله باستخدام أي طريقة مدرجة بموجب قانون واشنطن الإداري (WAC 182-503-0005).

معالجة طلبك على الفور وفي موعد لا يتجاوز الإطارات الزمنية الموضحة في قانون واشنطن الإداري (WAC 182-503-0060).

منحك 10 أيام تقويمية التي نحتاج إليها لتحديد أهليتك. وإذا طلبت مزيدًا من الوقت، فسنمنحك إياه. في حال لم تقدم إلينا المعلومات التي نريدها أو لم تطلب مزيدًا من الوقت، فقد نرفض منحك تغطية الرعاية الصحية.

مساعدتك في حال مواجهتك مشكلة في الحصول على أي معلومات أو دلائل لازمة لاتخاذ القرار بشأن مدى أهليتك. وإذا طلبنا منك وثيقة مكلفة ماديًا عليك، فسنتحمل تكاليفها عند الإرسال في طلبها.

إخطارك قبل 10 أيام على الأقل، في معظم الحالات، من إيقاف تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك.

منحك قرارًا كتابيًا بالأهلية في غضون 45 يومًا، وهذا في معظم الحالات. وقد تستغرق تغطية الرعاية الصحية في بعض حالات الإعاقة ما يصل إلى 60 يومًا. ونمنحك قرارًا كتابيًا بشأن حالات الحمل التي تتطلب رعاية صحية في غضون 15 يومًا.

السماح لك برفض التحدث إلى المحقق في حال كنا نعمل على التدقيق في قضيتك. وبحق لك عدم السماح للمحقق بدخول منزلك. ويمكنك أيضًا أن تطلب من المحقق أن يعود في وقت آخر. ولن يؤثر مثل هذا الطلب في أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية.

مواصلة إدراجك في تغطية برنامج Washington Apple Health بينما نقرر مدى أهليتك للإدراج في برنامج آخر وفق قانون واشنطن الإداري (WAC 182-504-0125).

منحك فرصًا متكافئة في الحصول على الخدمات كما هو موضح في قانون واشنطن الإداري (WAC 182-503-0120)، إذا كنت مؤهلاً.

مسؤولياتك

يجب عليك ما يلي:

الإبلاغ عن التغييرات على النحو المطلوب في قانون واشنطن الإداري (WAC 182-504-0105 و WAC 182-504-0110) في غضون 30 يومًا من التغيير. أقرأ خطاب قبولك لمعرفة التغييرات التي يجب عليك الإبلاغ عنها.

إكمال عمليات التجديد عند الطلب.

منح مُقدّم الخدمات الطبية المعلومات اللازمة لإرسال الفواتير الخاصة بخدمات الرعاية الصحية إلينا.

التقدم بطلب الانضمام إلى برنامج Medicare إذا كان يحق لك هذا.

التعاون مع موظفي هيئة الرعاية الصحية (HCA) عندما يُطلب منك ذلك.

أمور يجب أن تعرفها

عندما تطلب تلقي تغطية Washington Apple Health وتحصل عليها، فإنك تمنح ولاية واشنطن جميع الحقوق فيما يتعلق بأي دعم طبي تتلقاه وأي مدفوعات تتكبدتها جهة خارجية خاصة بالرعاية الصحية.

- **يمكن للوكالة أن تشارك** سجل التطعيم الخاص بطفلك مع نظام تتبع ملفات تطعيمات الأطفال.
- **يمكن أن تقدّم المعلومات التي تبلغ عنها** إلى إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) لتحديد الأهلية والاستحقاقات الشهرية الخاصة ببعض البرامج، مثل تغطية الرعاية الصحية، والمساعدة المالية، والمساعدة الغذائية، وإعانات رعاية الطفل.

بموجب القانون، يمكن أن تسترد ولاية واشنطن التكاليف التي دفعتها لأنواع معينة من الخدمات الطبية من التركة وفق

قانون الاسترداد من التركة (قانون واشنطن المُنقَّح RCW 41.05A.090، وRCW 43.20B.080، والفصل 182-527 من قانون واشنطن الإداري (WAC)). ولا يمكن الاسترداد من التركة إلا بعد وفاتك ووفاة زوجك/زوجتك الباقية على قيد الحياة، ويلوِّغ أطفالك الباقين على قيد الحياة سن 21 عامًا أو أكثر. كما أنه لا يتم الاسترداد في حال كان أحد الأطفال الباقين على قيد الحياة أعمى/معاقاً في وقت وفاتك. تشمل التكاليف القابلة للاسترداد ما يلي:

- بعض الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل من برنامج Washington Apple Health إذا كنت تبلغ من العمر 55 عامًا أو أكثر في وقت تلقّيكَ للخدمات؛
- بعض الخدمات التي يتم تمويلها فقط من قِبَل الولاية، بغض النظر عن عمرك في وقت تلقّيكَ للخدمات.

يمكنك العثور على قائمة الخدمات الخاضعة لاسترداد التكاليف ضمن قانون واشنطن الإداري (WAC 182-527-2746). يمكنك العثور على قائمة الأصول المستثناة من استرداد التكاليف ضمن قانون واشنطن الإداري (WAC 182-527-2754). يجوز للولاية أيضًا تقديم رهن قبل الوفاة للاسترداد بعد الوفاة، وذلك وفق متطلبات الفصل 42 من قانون الولايات المتحدة 1396p. ويمكن أن تُعفى الأراضي القبلية وبعض العقارات التابعة للهنود الأمريكيين وسكان الأسكا الأصليين من عمليات الاسترداد (قانون واشنطن الإداري WAC 182-527-2754). يجوز أن تسترد الولاية الرهن من بيع العقار أو من التركة، ما لم:

- يعيش زوجك/زوجتك في العقار.
- يعيش شقيقك في العقار ويكون شريكاً في ملكيتها وفي شروط معينة.
- يعيش طفلك في العقار ويكون كفيلاً/من ذوي الإعاقات.
- يعيش طفلك في العقار ويكون عمره أقل من 21 عامًا.

يمكنك العثور على قائمة الخدمات الخاضعة لاسترداد التكاليف وفق رهن قبل الوفاة ضمن قانون واشنطن الإداري (WAC 182-527-2734). قد يتم قصر تعاملك على مُقدّم خدمة رعاية واحد، و/أو صيدلية واحدة، و/أو مستشفى واحد إذا كنت تسعى إلى الحصول على خدمات رعاية صحية غير ضرورية من مُقدّمي الخدمات.

3. الخطط الصحية المؤهلة فقط

أمور يجب أن تعرفها

إذا قمت بالتسجيل في خطة رعاية صحية مؤهلة من خلال منصة Washington Healthplanfinder ولم تقدم معلومات كافية للتحقق من أهليتك، فسيكون لديك 90 يومًا لتقديم معلومات إضافية تلي متطلبات الأهلية. تخضع أي مدفوعات مسبقة من الإعفاءات الضريبية التي تُدفع نيابةً عنك للتسوية.

إذا كان لديك رقم ضمان اجتماعي (SSN)، فإنه يجب عليك تقديمه في طلبك. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي (SSN)، فلا يزال بإمكانك شراء تأمين صحي عبر منصة Washington Healthplanfinder. نستخدم هذه المعلومات للتحقق من أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية من خلال تأكيد هويتك، وجنسيتك، وحالة الهجرة الخاصة بك، وتاريخ ميلادك، وتوفير تغطية أخرى للرعاية الصحية لديك. لن تتم مشاركة هذه المعلومات مع أي وكالة هجرة. يجب تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للحصول على بعض الإعفاءات الضريبية والبرامج.

إذا لم تقدم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لك أو لأحد أفراد أسرتك، فقد يتم التواصل معك للحصول على معلومات إضافية. **إذا قمت بالتسجيل في خطة رعاية صحية مؤهلة عبر منصة Washington Healthplanfinder وطراً تغيير في ذلك،** فإنه يجب عليك إبلاغنا في أقرب وقت ممكن. قد يؤدي التغيير في ذلك إلى تعديل الإعفاءات الضريبية أو تخفيضات المشاركة في التكاليف التي تكون مؤهلاً لها. قد تصبح مؤهلاً لخطة ذات تكلفة أقل بعد التغيير في الدخل، أو قد يُطلب منك سداد جزء من الإعفاء الضريبي الذي تلقّيته إذا زاد دخلك ولم تقم بالإبلاغ عن التغييرات.

يمكنك الإبلاغ عن التغيير في الدخل من خلال تسجيل الدخول إلى حسابك على منصة Washington Healthplanfinder وتحديد "Report a Change" (الإبلاغ عن تغيير). للمساعدة أو للإبلاغ عبر الهاتف، يُرجى الاتصال بمركز دعم العملاء على الرقم 1-855-923-4633. **تكون تسوية الإعفاءات الضريبية مطلوبة:** يجب عليك الإبلاغ عن الإعفاءات الضريبية التي تتلقاها إلى دائرة الإيرادات الداخلية (IRS). يتم ذلك من خلال تقديم الإقرار الضريبي السنوي إلى دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) وإرفاق النماذج الصحيحة الخاصة بدائرة الإيرادات الداخلية (IRS). سيمنعك عدم الإبلاغ عن الإعفاءات الضريبية إلى دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) من الحصول على الإعفاءات الضريبية في المستقبل. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى قراءة التعليمات المرفقة مع نماذج دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) 1095 و8962.

قد تتغير تكاليف التأمين الصحي المعروضة: قد تتغير التكاليف بناءً على ممارسات الاكتتاب الخاصة بشركة التأمين الصحي وخياراتك المتاحة.

الأسعار المعروضة تخص تاريخ السريان الذي طلبته فقط. تعتمد قيمة القسط الخاص بك على أعمار أفراد أسرتك. إذا بلغ أحد أفراد أسرتك عيد ميلاده بين وقت مراجعتك للخطة ووقت بدء سريان الخطة (تاريخ السريان)، فقد تزيد تكلفة قسطك. قد لا تضمن شركة التأمين التي اخترتها أسعارها لأي فترة زمنية. لن تصبح تغطيتك نشطة حتى تؤكد شركة التأمين استلام الدفعة.

تُقر بموافقتك على إفصاح دائرة الأمن الوظيفي في ولاية واشنطن عن بيانات أجرك وتوظيفك إلى هيئة تبادل المزايا الصحية (HBE). ونُذكرك أن منح هذه الموافقة سيساعد في تبسيط عملية التقديم وإعادة اتخاذ القرار على منصة Washington Healthplanfinder. ستتم حماية معلوماتك الشخصية وفقاً لما هو موضح في سياسة الخصوصية الخاصة بنا. يمكنك الاطلاع على سياسة الخصوصية الخاصة بـ HBE عبر الرابط wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html.

4. تقديم شكوى

وفقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، يُحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو الجنس، أو العمر، أو الإعاقة. لتقديم شكوى بشأن التمييز، يُرجى التواصل مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (HHS).

**Regional Manager,
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services**

2201 Sixth Ave. M/S: RX-11

Seattle, WA 98121-1831

الهاتف: 1-800-368-1019

الهاتف النصي: 1-800-537-7697

الفاكس: 206-615-2297

كما يمكنك تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى مكتب وزارة الصحة والخدمات الإنسانية.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم .(TRS: 711) 1-800-562-3022

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Farsi (Persian)] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[French] Des services d'aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-562-3022 (TRS : 711).

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຝຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې دپوهیدلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادیبي په وړیا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسی موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنگ ووهئ (د اوریدلو یا خبرو کولو معلولیت لرونکي خلکو د زنگ و هلو شمېره (TRS): 711)

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਆਰੀਏ ਅਤੇ ਨਿੱਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

طلب تغطية الرعاية الصحية الجزء 1

اسم مقدم الطلب الأساسي ومعلومات الاتصال

1

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير واللقب
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	رقم الضمان الاجتماعي	الجنس المحدد عند الولادة ذكر أنثى
توقيع مقدم الطلب أو الممثل المفوض		
هل لديك عنوان منزل؟ الرقم نعم		
إذا كانت الإجابة لا، في أي مقاطعة ترغب في الحصول على خدمات الرعاية الصحية؟ ما زلت بحاجة إلى تقديم عنوان بريدي.		
عنوان المكان الذي تعيش فيه	الكمية	الولاية
الرمز البريدي		
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً)	الكمية	الولاية
الرمز البريدي		
رقم الهاتف الرئيسي	رقم الهاتف الثانوي	عنوان البريد الإلكتروني

قد يحتاج Washington Healthplanfinder إلى الاتصال بك بشأن حالة طلبك وطلب معلومات إضافية أو كلاهما. كيف تفضل أن يتم الاتصال بك؟ هاتف رقم: البريد الإلكتروني مراسلات الخدمة البريدية للولايات المتحدة

***لا تتم مشاركة هذه المعلومات مع أي وكالة هجرة لأغراض إنفاذ قوانين الهجرة. اترك هذا المكان فارغاً إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي.**

معلومات اللغة

2

هل ترغب أنت أو أي شخص أن تتقدم بطلب للحصول على مترجم فوري والحصول على مستندات بلغة أخرى غير الإنجليزية؟
لا نعم
إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي اللغة أو التنسيق البديل الذي تحتاجه؟ اذكر كل ما ينطبق: _____
هل تحتاج أنت أو أي شخص أن تتقدم بطلب للحصول على مستند بتنسيق بديل؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة بنعم، فما التنسيق البديل الذي يجب أن نرسله إليك؟ طباعة إنجليزية بتنسيق أكبر طريقة برايل



18001

3	معلومات الحمل
---	---------------

هل هناك سيدة حامل في المنزل؟ لا نعم

4	معلومات الممثل المفوض
---	-----------------------

1. الممثل المفوض (AREP) هو أي شخص بالغ على دراية كافية بظروف الأسرة والمفوض من قبل الأسرة للتصرف نيابة عن الأسرة لأغراض الأهلية. ويختلف هذا الأمر عن الشراكة مع المستكشف أو الوسيط.
2. إذا كان مقدم الطلب غير قادر على تعيين ممثل مفوض، لأسباب طبية، يحوز للفرد أن يعين نفسه كممثل مفوض من خلال إكمال نموذج تعيين الممثل المفوض (إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية 14-532) عبر الموقع الإلكتروني dshs.wa.gov/authorized-rep-form.

3. عند تعيينك ممثل مفوض، فإنك تمنح الإذن لممثلك المفوض للقيام بما يلي:
 - التوقيع على الطلب نيابة عنك؛
 - تلقي إشعارات تتعلق بطلبك وحسابك؛ و
 - التصرف نيابة عنك في جميع المسائل المتعلقة بالتطبيق والحساب.

- أ. هل تجري تعيين ممثل مفوض؟ لا نعم
- ب. هل تريد أن يتلقى ممثلك المفوض أيضًا إشعارات تتعلق بطلبك وحسابك؟ لا نعم

اسم/منظمة الممثل المفوض	رقم التليفون
-------------------------	--------------

العنوان البريدي للممثل المفوض	عنوان البريد الإلكتروني
-------------------------------	-------------------------

5	معلومات عن عائلتك
---	-------------------

يجب عليك تضمين هؤلاء الأفراد في طلبك: زوجتك، وأطفالك الذين يعيشون معك، وجميع الآباء الذين يعيشون في المنزل مع أطفالهم، وأي شخص تتوقع أن تطالب بشمله في إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية، إذا كان لديك إقرار. استخدم الصفحات من 9 إلى 16 لمشاركة معلومات عن عائلتك.

إذا كنت تتوقع أن يتم مطالبتك بضريبة تعتمد على الإقرار الضريبي لشخص ما، فيجب عليك تضمين جميع أفراد الأسرة المشمولون في الإقرار الضريبي بالسداد وأي من أفراد الأسرة الذين يعيشون معك.

ليس من الضروري أن تقدم طلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية.

6	مقدم الطلب الأساسي (الذاتي)
---	-----------------------------

الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)
هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية؟ لا نعم			
بنفسه			

العلاقة الشخصية بك:

(بالنسبة للأفراد الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على التغطية، فإن تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو حالة الجنسية يكون اختياري)

حالة المواطنة: (اختر واحدة)

مواطن أمريكي أو قومي أمريكي غير المواطنين الموجودين بشكل قانوني في الولايات المتحدة أخرى

رقم الضمان الاجتماعي (SSN):

إذا كنت غير مواطن وموجود بشكل قانوني، فأدخل المعلومات التالية:

نوع وثيقة الهجرة:	"رقم تسجيل غير المواطنين"	رقم الإيصال أو رقم آخر:
رقم جواز السفر الأجنبي:	بلد الإصدار	
تاريخ الدخول: (الشهر / اليوم / السنة)	تاريخ انتهاء صلاحية المستند (الشهر / اليوم / السنة)	

حالة الإيداع الضريبي المتوقعة للسنة الحالية (اختر واحدة)

ضرائب الإيداع الفردي	الضريبة التي يعتمد عليها شخص ما في الطلب
رب الأسرة	الضريبة تعتمد على شخص غير مشمول في الطلب
الأرملة(الأرمل) المؤهلة التي لديها طفل معال	الشخص الذي لم يقدم ضرائب ولم يكن معتمداً على الضرائب
ضرائب الزواج المقدمة بشكل منفصل	
ضرائب الزواج المقدمة بشكل مشترك:	
اسم مقدم الإقرار الضريبي الأساسي:	

هل كان لديك نفس حالة الإيداع الضريبي في العام الماضي مثل السنة الحالية المذكورة أعلاه؟ لا نعم

(لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية لبرنامج أبل هيلث)

إذا كانت الإجابة لا، فقم بإدراج حالة الإيداع الضريبي للعام الماضي:

إذا قدمت هذا الطلب بين 11/01 و 12/31 من هذه السنة التقويمية، فهل تتوقع أن تقدم نفس الحالة الضريبية في العام المقبل مثل هذا العام؟ لا نعم

العرق (اختياري - حدد كل ما ينطبق)

هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليين	فلبيني	لاويوني	فيتنامي
آسيوي هندي	غوامي	آسيوي من جزر المحيط الهادئ	أبيض
أمريكي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	هواياني	عرق آخر	
كمبودي	ياباني	سامواي	
صيني	كوري	تايلندي	
هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني			
كوبي	مكسيكي / أمريكي مكسيكي / من شيكانو	غير إسباني/إسباني	
عرق إسباني آخر/إسباني	بورتوريكي		

لماذا نجمع هذه المعلومات؟ - نحن نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين العدالة الصحية وتوفير فرصة حصول جميع الأفراد على الرعاية الصحية. لن تمنع المعلومات التي تقدمها قدرتك على التسجيل في خطة صحية.

هل أنت هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟ لا نعم

7 الزوج أو الوالد الآخر (إذا كان يعيش في المنزل)

الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)
هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية؟ لا نعم الجنس المحدد عند الولادة ذكر أنثى			
العلاقة بك (على سبيل المثال، الزوج، الشريك المنزلي، الشريك)			
(بالنسبة للأفراد الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على التغطية، فإن تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو حالة الجنسية يكون اختياري)			
حالة المواطنة: (اختر واحدة)			
مواطن أمريكي أو قومي أمريكي	غير المواطنين الموجودين بشكل قانوني في الولايات المتحدة	أخرى	

رقم الضمان الاجتماعي (SSN):

إذا كان هذا الشخص غير مواطن وموجود بشكل قانوني، فأدخل المعلومات التالية:

نوع وثيقة الهجرة:	رقم تسجيل غير المواطنين:	رقم الإيصال أو رقم آخر:
رقم جواز السفر الأجنبي:	بلد الإصدار	

تاريخ الدخول: (الشهر / اليوم / السنة)	تاريخ انتهاء صلاحية المستند (الشهر / اليوم / السنة)
حالة الإيداع الضريبي المتوقعة للسنة الحالية (اختر واحدة)	
ضرائب الإيداع الفردي	الضريبة التي يعتمد عليها شخص ما في الطلب
رب الأسرة	الضريبة تعتمد على شخص غير مشمول في الطلب
الأرملة (الأرمل) المؤهلة التي لديها طفل معال	الشخص الذي لم يقدم ضرائب ولم يكن معتمداً على الضرائب
ضرائب الزواج المقدمة بشكل منفصل	
ضرائب الزواج المقدمة بشكل مشترك:	
اسم مقدم الإقرار الضريبي الأساسي:	

هل كان لديك نفس حالة الإيداع الضريبي في العام الماضي مثل السنة الحالية المذكورة أعلاه؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة لا، فقم بإدراج حالة الإيداع الضريبي للعام الماضي: (لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية لبرنامج أبل هيلث)

إذا قدمت هذا الطلب بين 11/01 و 12/31 من هذه السنة التقويمية، فهل تتوقع أن تقدم نفس الحالة الضريبية في العام المقبل مثل هذا

العام؟ لا نعم

العرق (اختياري - حدد كل ما ينطبق)

هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليين	فلبيني	لاويوني	فيتنامي
آسيوي هندي	غوامي	آسيوي من جزر المحيط الهادئ	أبيض
أمريكي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	هواياني	عرق آخر	
كمبودي	ياباني	سامواني	
صيني	كوري	تايلندي	

هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني

كوبي مكسيكي / أمريكي مكسيكي / من شيكانو غير إسباني/إسباني

عرق إسباني آخر/إسباني بورتوريكي

لماذا نجمع هذه المعلومات؟ - نحن نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين العدالة الصحية وتوفير فرصة حصول جميع الأفراد على الرعاية الصحية. لن تمنع المعلومات التي تقدمها قدرتك على التسجيل في خطة صحية.

هل أنت هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟ لا نعم

أدرج الأطفال / المعالين ضريبياً/أفراد الأسرة المعيشية الآخرين رقم 1

8

الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)
هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية؟	لا	نعم	الجنس المحدد عند الولادة ذكر أنثى

صلة القرابة معك (على سبيل المثال: ابن/ة، حفيد/ة، ابنه الأخ أو الأخت، ابن الأخ أو الأخت، شقيق/ة)

(بالنسبة للأفراد الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على التغطية، فإن تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو حالة الجنسية يكون اختياري)

حالة المواطنة: (اختر واحدة)

مواطن أمريكي أو قومي أمريكي غير المواطنين الموجودين بشكل قانوني في الولايات المتحدة أخرى

رقم الضمان الاجتماعي (SSN):

إذا كان هذا الشخص غير مواطن وموجود بشكل قانوني، فأدخل المعلومات التالية:

نوع وثيقة الهجرة:	رقم تسجيل غير المواطنين	رقم الإيصال أو رقم آخر:
رقم جواز السفر الأجنبي:	بلد الإصدار	
تاريخ الدخول: (الشهر / اليوم / السنة)	تاريخ انتهاء صلاحية المستند (الشهر / اليوم / السنة)	

حالة الإيداع الضريبي المتوقعة للسنة الحالية (اختر واحدة)

الضريبة التي يعتمد عليها شخص ما في الطلب	ضرائب الإيداع الفردي
الضريبة تعتمد على شخص غير مشمول في الطلب	رب الأسرة
الشخص الذي لم يقدم ضرائب ولم يكن معتمدًا على الضرائب	الأرملة(الأرمل) المؤهلة التي لديها طفل معال
	ضرائب الزواج المقدمة بشكل منفصل
	ضرائب الزواج المقدمة بشكل مشترك:
	اسم مقدم الإقرار الضريبي الأساسي:

هل كان لديك نفس حالة الإيداع الضريبي في العام الماضي مثل السنة الحالية المذكورة أعلاه؟ لا نعم

(لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية لبرنامج أبل هيلث)

إذا كانت الإجابة لا، فقم بإدراج حالة الإيداع الضريبي للعام الماضي:

إذا قدمت هذا الطلب بين 11/01 و 12/31 من هذه السنة التقويمية، فهل تتوقع أن تقدم نفس الحالة الضريبية في العام المقبل مثل هذا العام؟ لا نعم

العرق (اختياري - حدد كل ما ينطبق)

هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليين	فلبيني	لاويوني	فيتنامي
آسيوي هندي	غوامي	آسيوي من جزر المحيط الهادئ	أبيض
أمريكي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	هواياني	عرق آخر	
كمبودي	ياباني	سامواي	
صيني	كوري	تايلندي	

هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني

كوبي	مكسيكي / أمريكي مكسيكي / من شيكانو	غير إسباني/إسباني
عرق إسباني آخر/إسباني	بورتوريكي	

لماذا نجمع هذه المعلومات؟ - نحن نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين العدالة الصحية وتوفير فرصة حصول جميع الأفراد على الرعاية الصحية. لن تمنع المعلومات التي تقدمها قدرتك على التسجيل في خطة صحية.

هل أنت هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟ لا نعم

الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)
هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية؟			
لا	نعم	الجنس المحدد عند الولادة	ذكر أنثى
صلة القرابة معك (على سبيل المثال: ابن/ة، حفيد/ة، ابنه الأخ أو الأخت، ابن الأخ أو الأخت، شقيق/ة)			
(بالنسبة للأفراد الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على التغطية، فإن تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو حالة الجنسية يكون اختياري)			
حالة المواطنة: (اختر واحدة)			
مواطن أمريكي أو قومي أمريكي	غير المواطنين الموجودين بشكل قانوني في الولايات المتحدة	أخرى	

رقم الضمان الاجتماعي (SSN):

إذا كان هذا الشخص غير مواطن وموجود بشكل قانوني، فأدخل المعلومات التالية:

نوع وثيقة الهجرة:	رقم تسجيل غير المواطنين	رقم الإيصال أو رقم آخر:
رقم جواز السفر الأجنبي:	بلد الإصدار	
تاريخ الدخول: (الشهر / اليوم / السنة)	تاريخ انتهاء صلاحية المستند (الشهر / اليوم / السنة)	
حالة الإيداع الضريبي المتوقعة للسنة الحالية (اختر واحدة)		
ضرائب الإيداع الفردي	الضريبة التي يعتمد عليها شخص ما في الطلب	
رب الأسرة	الضريبة تعتمد على شخص غير مشمول في الطلب	
الأرملة (الأرمل) المؤهلة التي لديها طفل معال	الشخص الذي لم يقدم ضرائب ولم يكن معتمداً على الضرائب	
ضرائب الزواج المقدمة بشكل منفصل		
ضرائب الزواج المقدمة بشكل مشترك:		
اسم مقدم الإقرار الضريبي الأساسي:		

هل كان لديك نفس حالة الإيداع الضريبي في العام الماضي مثل السنة الحالية المذكورة أعلاه؟

لا نعم

(لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية لبرنامج أبل هيلث)

إذا كانت الإجابة لا، فقم بإدراج حالة الإيداع الضريبي للعام الماضي:

إذا قدمت هذا الطلب بين 11/01 و 12/31 من هذه السنة التقويمية، فهل تتوقع أن تقدم نفس الحالة الضريبية في العام المقبل

مثل هذا العام؟ لا نعم

العرق (اختياري - حدد كل ما ينطبق)

هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليين	فلبيني	لاويوني	فيتنام
آسيوي هندي	غوامي	آسيوي من جزر المحيط الهادئ	أبيض
أمريكي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	هواياني	عرق آخر	
كمبودي	ياباني	سامواني	
صيني	كوري	تايلندي	

هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني

كوبي	مكسيكي / أمريكي مكسيكي / من شيكانو	غير إسباني/إسباني
عرق إسباني آخر/إسباني	بورتوريكي	

لماذا نجمع هذه المعلومات؟ - نحن نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين العدالة الصحية وتوفير فرصة حصول جميع الأفراد على الرعاية الصحية. لن تمنع المعلومات التي تقدمها قدرتك على التسجيل في خطة صحية.

هل أنت هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين ؟ لا نعم

أدرج الأطفال / المعالين ضريبياً/أفراد الأسرة المعيشية الآخرين رقم 3

10

الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية؟	نعم	لا	الجنس المحدد عند الولادة	ذكر	أنثى
-------------	--------------	-------------	-----------------------------------	--	-----	----	--------------------------	-----	------

صلة القرابة معك (على سبيل المثال: ابن/ة، حفيد/ة، ابنه الأخ أو الأخت، ابن الأخ أو الأخت، شقيق/ة)

(بالنسبة للأفراد الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على التغطية، فإن تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو حالة الجنسية يكون اختياري)

حالة المواطنة: (اختر واحدة)

مواطن أمريكي أو قومي أمريكي	غير المواطنين الموجودين بشكل قانوني في الولايات المتحدة	أخرى
-----------------------------	---	------

رقم الضمان الاجتماعي (SSN):

إذا كان هذا الشخص غير مواطن وموجود بشكل قانوني، فأدخل المعلومات التالية:

نوع وثيقة الهجرة:	رقم تسجيل غير المواطنين	رقم الإيصال أو رقم آخر:
رقم جواز السفر الأجنبي:	بلد الإصدار	
تاريخ الدخول: (الشهر / اليوم / السنة)	تاريخ انتهاء صلاحية المستند (الشهر / اليوم / السنة)	

حالة الإيداع الضريبي المتوقعة للسنة الحالية (اختر واحدة)

الضريبة التي يعتمد عليها شخص ما في الطلب	ضرائب الإيداع الفردي
الضريبة تعتمد على شخص غير مشمول في الطلب	رب الأسرة
الشخص الذي لم يقدم ضرائب ولم يكن معتمدًا على الضرائب	الأرملة (الأرمل) المؤهلة التي لديها طفل معال
	ضرائب الزواج المقدمة بشكل منفصل
	ضرائب الزواج المقدمة بشكل مشترك:
	اسم مقدم الإقرار الضريبي الأساسي:

هل كان لديك نفس حالة الإيداع الضريبي في العام الماضي مثل السنة الحالية المذكورة أعلاه؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة لا، فقم بإدراج حالة الإيداع الضريبي للعام الماضي: (لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية لبرنامج أبل هيلث)

إذا قدمت هذا الطلب بين 11/01 و 12/31 من هذه السنة التقويمية، فهل تتوقع أن تقدم نفس الحالة الضريبية في العام المقبل مثل هذا العام؟ لا نعم

العرق (اختياري - حدد كل ما ينطبق)

هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليين	فلبيني	لاويوني	فيتنامي
آسيوي هندي	غوامي	آسيوي من جزر المحيط الهادئ	أبيض
أمريكي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	هواياني	عرق آخر	
كمبودي	ياباني	سامواني	
صيني	كوري	تايلندي	

هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني

كوبي	مكسيكي / أمريكي مكسيكي / من شيكانو	غير إسباني/إسباني
عرق إسباني آخر/إسباني	بورتوريكي	

لماذا نجمع هذه المعلومات؟ - نحن نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين العدالة الصحية وتوفير فرصة حصول جميع الأفراد على الرعاية الصحية. لن تمنع المعلومات التي تقدمها قدرتك على التسجيل في خطة صحية.

هل أنت هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟ لا نعم

لتضمين المزيد من أفراد الأسرة المعيشية، أرفق ورقة بالمعلومات المطلوبة لكل فرد.

المعلومات الخاصة بالأمريكيين من أصل هندي وسكان ألاسكا الأصليين

قد يكون الأمريكيون من أصل هندي وسكان ألاسكا الأصليين مؤهلين للحصول على خيارات حماية خاصة من برنامج أبل هيلث واستحقاقات خاصة من خلال Washington Healthplanfinder. أكمل الجدول أدناه لكل عضو تتقدم بطلب له من أصل أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين.

اسم الشخص	اسم القبيلة
عضو في قبيلة أو جماعة معترف بها فيدراليًا أو مستوطنة بوبيلو أو رانشيريا؛ مساهم في مؤسسة إقليمية أو قروية لسكان ألاسكا الأصليين	لا نعم
اسم الشخص	اسم القبيلة
عضو في قبيلة أو جماعة معترف بها فيدراليًا أو مستوطنة بوبيلو أو رانشيريا؛ مساهم في مؤسسة إقليمية أو قروية لسكان ألاسكا الأصليين	لا نعم
اسم الشخص	اسم القبيلة
عضو في قبيلة أو جماعة معترف بها فيدراليًا أو مستوطنة بوبيلو أو رانشيريا؛ مساهم في مؤسسة إقليمية أو قروية لسكان ألاسكا الأصليين	لا نعم
اسم الشخص	اسم القبيلة
عضو في قبيلة أو جماعة معترف بها فيدراليًا أو مستوطنة بوبيلو أو رانشيريا؛ مساهم في مؤسسة إقليمية أو قروية لسكان ألاسكا الأصليين	لا نعم

الإقامة

المقيم في واشنطن هو الشخص الذي يقيم حاليًا في واشنطن أو ينوي الإقامة في واشنطن، بما في ذلك الأفراد الذين ليس لديهم عنوان ثابت؛ أو شخص دخل الولاية بالتزام وظيفي أو يبحث عن وظيفة.

هل كل شخص يتقدم للحصول على تغطية الرعاية الصحية مقيم في ولاية واشنطن؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة لا، فأدرج أي شخص غير مقيم:

تعاطي التبغ

هل استخدم أي فرد من أفراد الأسرة المعيشية الواردين في هذا الطلب منتجات التبغ بشكل منتظم خلال الأشهر

السنة الماضية لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، أدخل اسمه:

(لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية لبرنامج أبل هيلث)

المعال ضريبياً من البالغين ذوي الإعاقات

المعال ضريبياً من البالغين ذوي الإعاقات هو فرد غير قادر على العمل بسبب إعاقة ويعول على أحد أفراد الأسرة المعيشية للحصول على الدعم.

هل لديك طفل بالغ يعاني من إعاقة يبلغ من العمر 26 عامًا أو أكبر؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، أدخل اسمه:

(لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية لبرنامج أبل هيلث)

المعلومات الخاصة بالحجز والسجن

1. هل أنت أو أي شخص تتقدم بطلب له محتجز أو في السجن؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، أدخل اسمه:

2. هل البت في التهم معلق؟ لا نعم

3. هل تاريخ إطلاق السراح في غضون 30 يومًا؟ لا نعم

تسجيل الناخبين

إذا لم تكن مسجلاً للانتخاب في المكان الذي تعيش فيه الآن، فهل ترغب في التقدم بطلب

للتسجيل للانتخاب؟ لا نعم

إذا حددت نعم، فسيتم تزويدك باستمارة تسجيل الناخب.

التقدم بطلب للتسجيل أو رفض التسجيل للانتخاب لن يؤثر على مقدار المساعدة التي ستقدم إليك أو على أهليتك.

إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة في ملء طلب تسجيل الناخبين، يمكنك الحصول على المساعدة على الخط الساخن المجاني لتسجيل الناخبين في واشنطن، على الرقم 1-800-448-4881. يعود قرار طلب المساعدة أو قبولها إليك. يمكنك ملء طلب على انفراد.

إذا كنت تعتقد أن شخصًا ما قد تدخل في حقك في التسجيل للانتخاب أو رفض التسجيل للانتخاب، أو حقك في الحصول على خصوصية في تقرير ما إذا كنت تريد التسجيل، يمكنك تقديم شكوى إلى Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504 أو الإلكتروني elections@sos.wa.gov أو الاتصال على الرقم 1-800-448-4881.

توقيع المتقدمين بطلب لل خطة الصحية المؤهلة

التوقف: قد تكون مؤهلاً للحصول على تغطية مجانية أو منخفضة التكلفة. إذا كنت لا ترغب في أن يتم النظر في ذلك وترغب في التسجيل في خطة صحية مؤهلة (QHP)، فسجل أدناه وأرسل طلبك. ستدفع التكلفة الكاملة للتغطية الصحية الخاصة بك ولن تحتاج إلى إكمال الجزء 2 من الطلب.

لقد قرأت حقوق ومسؤولياتي أو شرحت لي.

بالتوقيع على هذا الطلب، فإنك توافق على أن يشارك Washington Healthplanfinder معلوماتك مع الهيئات الحكومية والفيدرالية الأخرى.

التاريخ

التوقيع

المتابعة: للتقدم بطلب للحصول على برنامج واشنطن أبل هيلث (برنامج ميديكيد-المعونة الطبية) أو إعفاءات ضريبية لخفض قسط التأمين الخاص بك، يجب عليك إكمال الجزء 2 من هذا الطلب.

الجزء 2:

معلومات التأمين الصحي

1

هل لديك أنت أو أي شخص تتقدم بطلب له تغطية تأمين صحي بخلاف برنامج واشنطن أبل هيلث (برنامج ميديكيد-المعونة الطبية أو CHIP)؟

(تشمل الأمثلة التأمين الخاص أو تأمين صاحب العمل، والتأمين الصحي الفردي، والتأمين ذا الاستحقاقات المحدودة، وبرنامج

Medicare، وتأمين المحاربين القدامى، وPeace Corps، وبرنامج Tri-Care، وتأمين آخر) لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فقدّم المعلومات الواردة في الجدول أدناه. إذا كان هناك أكثر من شخص لديه تأمين آخر، فاستخدم ورقًا إضافيًا.

اسم شركة التأمين أو صاحب العمل:	رقم البوليصة:	رقم المجموعة:
اسم حامل البوليصة/ الموظف:	تاريخ ميلاد حامل البوليصة:	
أدرج جميع أفراد الأسرة المعيشية المشمولين بتغطية هذه الخطة:	أدرج جميع أفراد الأسرة المعيشية المشمولين بتغطية هذه الخطة:	
أدرج جميع أفراد الأسرة المعيشية المشمولين بتغطية هذه الخطة:	أدرج جميع أفراد الأسرة المعيشية المشمولين بتغطية هذه الخطة:	
أدرج جميع أفراد الأسرة المعيشية المشمولين بتغطية هذه الخطة:	أدرج جميع أفراد الأسرة المعيشية المشمولين بتغطية هذه الخطة:	

التأمين الصحي للأطفال

2

تخطي هذا السؤال وانتقل إلى القسم التالي (معلومات الفواتير الطبية غير المدفوعة) إذا كنت لا تتقدم بطلب للحصول على تغطية لطفلك.

هل تشمل تغطية تأمينك الصحي أطفالك؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فأدخل اسم الطفل:

هل أسقطت تغطية تأمينك الصحي عن أطفالك، الذين تقل أعمارهم عن 19 عامًا، خلال الأشهر الأربعة الماضية لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فمتى انتهت التغطية؟

هل تحتاج أنت أو أي شخص تتقدم بطلب له إلى مساعدة في سداد الفواتير الطبية غير المدفوعة مقابل الخدمات المتلقاة في أي من الأشهر الثلاثة التي تسبق الشهر الحالي مباشرة؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فأدخل اسم الفرد:

الرعاية البديلة السابقة

هل كان أي من أفراد الأسرة الذين تتراوح أعمارهم الآن بين 18 و25 عامًا في دور الحضانة عندما بلغوا 18 عامًا؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فأدخل اسم الفرد:

المعلومات الطبية لحالات الطوارئ لغير المواطنين

قد تكون أنت أو أحد أفراد أسرتك مؤهلين للحصول على تغطية محدودة لحالات الطوارئ حتى إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على تغطية أخرى بسبب حالة الهجرة الخاصة بك.

ضع علامة على جميع المربعات التي تنطبق على أي شخص تتقدم بطلب له من غير المواطنين وأدخل اسمه في المساحة المتوفرة:

تلقى علاجًا لحالة طبية طارئة هذا الشهر أو خلال الأشهر الثلاثة الماضية:

من هو الشخص: _____

يحتاج إلى الغسيل الكلوي أو علاج للسرطان: من هو الشخص: _____

يحتاج إلى دواء مضاد للرفض نتيجة لزراعة أحد عضو له: من هو الشخص: _____

يحتاج إلى دار رعاية أو مساعدة على المعيشة أو رعاية منزلية: من هو الشخص: _____

معلومات الحمل

هل أنت أو أي فرد في أسرتك المعيشية حامل؟ لا نعم
(استخدم السطر الثاني إذا كان أكثر من فرد حاملاً أو انتهى حمل أكثر من فرد واحد.) إذا كانت الإجابة نعم،

أدخل الاسم: _____ موعد الولادة: _____ العدد المتوقع: _____

أدخل الاسم: _____ موعد الولادة: _____ العدد المتوقع: _____

هل حملت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك المعيشية الواردين في هذا الطلب خلال الاثني عشر شهرًا الماضية؟ لا نعم

(استخدم السطر الثاني إذا انتهى حمل أكثر من فرد واحد). إذا كانت الإجابة نعم،

أدخل الاسم:	تاريخ انتهاء الحمل:
أدخل الاسم:	تاريخ انتهاء الحمل:

معلومات الدخل الإجمالي

7

يساعدنا هذا القسم في تحديد مقدار الدخل الإجمالي المُسَوَّى المعدل (MAGI) لأسرتك المعيشية. يجب استخدام الدخل الإجمالي المُسَوَّى المعدل لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً لمعظم برامج تغطية الرعاية الصحية. يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لكل فرد من أفراد الأسرة المعيشية الذي تتقدم بطلب له بأكبر قدر ممكن من الدقة. أدخل معلومات عن نوع الدخل المذكور فقط.

ستحتاج إلى إدخال معلومات الدخل الشهري الإجمالي الحالي (المبلغ قبل الخصومات) لك ولزوجك وأي قاصر ومعال ضريبياً بغض النظر عن العمر، ما لم يكن القاصر أو المعال ضريبياً مطالباً بتقديم إقرارات ضريبية. لمزيد من المعلومات حول كيفية الإبلاغ عن الدخل، تفضل بزيارة wahbexchange.org/how-to-report-income

ملاحظة: لا يتعين على الهنود الأمريكيين/سكان ألأسكا الأصليين (AI/AN) الإبلاغ عن أي دخل للهنود الأمريكيين/سكان ألأسكا الأصليين تستثنيه دائرة الإيرادات الداخلية من الدخل الإجمالي الخاضع للضريبة لأحد الهنود الأمريكيين/سكان ألأسكا الأصليين. بالإضافة إلى ذلك، لا يتعين عليهم الإبلاغ عن أنواع معينة من الدخل لبرنامج واشنطن أبل هيلث (برنامج ميدكيد-المعونة الطبية) كما هو موضح في الفصول 182-509-0340 من قانون واشنطن الإداري.

الدخل من الوظيفة: هل تشغل أنت أو أي شخص في أسرتك أي وظيفة في الوقت الحالي؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج اسم الموظف واسم صاحب العمل والمبلغ الشهري الإجمالي الحالي للموظف المستلم في شكل أجور أو رواتب أو كدخل بالإكرامية. لا تُدخل دخل العمل الحر في هذا القسم. يمكنك اختيار توفير متوسط دخلك إذا كانت هناك إشارة لتغيير واضح في المستقبل، على سبيل المثال إذا كنت تعمل في وظيفة موسمية. قم بتقدير المبلغ الشهري عن طريق حساب متوسط الدخل على مدى فترة زمنية تمثيلية كما هو موضح في الفصول 182-509-0310 من قانون واشنطن الإداري.

اسم الموظف	اسم صاحب العمل
عنوان صاحب العمل	المدينة
الرمز البريدي	الحالة
دولار: _____	
الإجمالي (قبل خصم الضرائب) من الدخل الشهري (الأجور، المرتبات، الإكراميات، شركات، شركة ضمن الفئة إس)	
هل عرض صاحب العمل على هذا الشخص تأميناً صحياً؟ لا نعم	

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج جميع أفراد الأسرة الذين لديهم تأمين

دولار: _____
كم هو أقل قسط شهري يقدمه صاحب العمل للتغطية التأمينية للموظف فقط؟
دولار: _____
كم هو أقل قسط شهري يقدمه صاحب العمل للتغطية التأمينية لأسرتك؟*

اسم الموظف	اسم صاحب العمل
عنوان صاحب العمل	المدينة
الرمز البريدي	الحالة

هل عرض صاحب العمل على هذا الشخص تأمينًا صحيًا؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج جميع أفراد الأسرة الذين لديهم تأمين

دولار: كم هو أقل قسط شهري يقدمه صاحب العمل للتغطية التأمينية للموظف فقط؟

دولار: كم هو أقل قسط شهري يقدمه صاحب العمل للتغطية التأمينية للموظف فقط؟

اسم صاحب العمل

اسم الموظف

الرمز البريدي

الحالة

المدينة

عنوان صاحب العمل

دولار: الإجمالي (قبل خصم الضرائب) من الدخل الشهري (الأجور، المرتبات، الإكراميات، شركات، شركة ضمن الفئة إس)

هل عرض صاحب العمل على هذا الشخص تأمينًا صحيًا؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج جميع أفراد الأسرة الذين لديهم تأمين

دولار: كم هو أقل قسط شهري يقدمه صاحب العمل للتغطية التأمينية للموظف فقط؟

دولار: كم هو أقل قسط شهري يقدمه صاحب العمل للتغطية التأمينية لأسرتك؟*

***اذكر هذا حتى إذا كنت لا تخطط لقبول تأمين صاحب العمل للآخرين في منزلك. لا تؤثر إجابتك على هذه الأسئلة على أهليتك لبرنامج أبل هيلث.**

دخل العمل الحر: هل تقوم أنت أو أي شخص في أسرتك بأي عمل حر في الوقت الحالي؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج صافي الدخل الشهري التقديري الحالي (الأرباح بمجرد دفع مصاريف العمل) من العمل الحر. يرجى الاطلاع على الصفحة الثانية لمراجعة مصاريف العمل المسموح بها. يمكنك اختيار توفير متوسط دخلك إذا كانت هناك إشارة لتغيير واضح في المستقبل. قم بتقدير المبلغ الشهري عن طريق حساب متوسط الدخل على مدى فترة زمنية تمثيلية كما هو موضح في الفصول 182-509-0370 من قانون واشنطن الإداري.

صافي الدخل الشهري (لا تدخل دخل الشركة أو الشركة ضمن الفئة إس هنا)

اسم الشركة (إن وجدت)

اسم الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص

صافي الدخل الشهري (لا تدخل دخل الشركة أو الشركة ضمن الفئة إس هنا)

اسم الشركة (إن وجدت)

اسم الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص

صافي الدخل الشهري (لا تدخل دخل الشركة أو الشركة ضمن الفئة إس هنا)

اسم الشركة (إن وجدت)

اسم الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص

دخل الضمان الاجتماعي: هل تحصل أنت أو أي شخص في أسرتك على دخل ضمان اجتماعي؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل الدخل الذي تحصل عليه من إدارة الضمان الاجتماعي مقابل استحقاقات التقاعد أو الإعاقة أو الناجين. لا تبلغ عن دخل الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI).

الدخل الشهري الإجمالي	اسم الشخص الذي يتلقى الضمان الاجتماعي (وليس الضمان الاجتماعي التكميلي)
الدخل الشهري الإجمالي	اسم الشخص الذي يتلقى الضمان الاجتماعي (وليس الضمان الاجتماعي التكميلي)
الدخل الشهري الإجمالي	اسم الشخص الذي يتلقى الضمان الاجتماعي (وليس الضمان الاجتماعي التكميلي)

إيراد الإيجار: هل تحصل أنت أو أي شخص في أسرتك على إيراد إيجار؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل الدخل الشهري المستلم من تأجير العقارات أو الممتلكات الشخصية. أدخل صافي الدخل، بعد المصاريف التجارية المسموح بها.

اسم الشخص الذي يحصل على إيراد إيجار	اسم العقار (إن وجد)	صافي الدخل الشهري
اسم الشخص الذي يحصل على إيراد إيجار	اسم العقار (إن وجد)	صافي الدخل الشهري
اسم الشخص الذي يحصل على إيراد إيجار	اسم العقار (إن وجد)	صافي الدخل الشهري

دخل العمل الحر: هل تقوم أنت أو أي شخص تقوم بالتقديم نيابةً عنه بأي عمل حر في الوقت الحالي؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج صافي الدخل الشهري التقديري الحالي (الأرباح بمجرد دفع مصاريف العمل) من العمل الحر. يرجى الاطلاع على الصفحة الثانية لمراجعة مصاريف العمل المسموح بها. يمكنك اختيار توفير متوسط دخلك إذا كانت هناك إشارة لتغيير واضح في المستقبل. قم بتقدير المبلغ الشهري عن طريق حساب متوسط الدخل على مدى فترة زمنية تمثيلية كما هو موضح في الفصول 182-509-0370 من قانون واشنطن الإداري.

اسم الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص	اسم الشركة (إن وجدت)	صافي الدخل الشهري (لا تدخل دخل الشركة أو الشركة ضمن الفئة إس هنا)
اسم الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص	اسم الشركة (إن وجدت)	صافي الدخل الشهري (لا تدخل دخل الشركة أو الشركة ضمن الفئة إس هنا)
اسم الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص	اسم الشركة (إن وجدت)	صافي الدخل الشهري (لا تدخل دخل الشركة أو الشركة ضمن الفئة إس هنا)

دخل الضمان الاجتماعي: هل تحصل أنت أو أي شخص تقوم بالتقديم نيابةً عنه على دخل ضمان اجتماعي؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل الدخل الذي تحصل عليه من إدارة الضمان الاجتماعي مقابل استحقاقات التقاعد أو الإعاقة أو الناجين. لا تبلغ عن دخل الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI).

الدخل الشهري الإجمالي	اسم الشخص الذي يتلقى الضمان الاجتماعي (وليس الضمان الاجتماعي التكميلي)
الدخل الشهري الإجمالي	اسم الشخص الذي يتلقى الضمان الاجتماعي (وليس الضمان الاجتماعي التكميلي)
الدخل الشهري الإجمالي	اسم الشخص الذي يتلقى الضمان الاجتماعي (وليس الضمان الاجتماعي التكميلي)

مصدر دخل آخر

8

لا تُدرج مدفوعات إعالة الطفل أو مدفوعات المحاربين القدامى غير الحاصلين على معاشات. تحقق من كل ما ينطبق وأخبرنا من يحصل عليه، والمبلغ الذي يحصلون عليه، وكم مرة يحصلون عليه.

النفقة/دعم الزوجية	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
المعاش السنوي أو المعاش	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
مكاسب رأس المال	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
حصص الأرباح أو الأوراق المالية أو الأسهم	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
الدخل من الزراعة	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
الدخل الأجنبي	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
الدخل من اتفاق استثماري	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
إيرادات الفوائد	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:
دخل حسابات التقاعد الفردي من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:	
	من هو الشخص:	دولار:	كم مرة:

مصادر الدخل الخاضع
للمضريبة الأخرى

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____
من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

استحقاقات التقاعد في
السكك الحديدية

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____
من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

إيرادات حقوق الامتياز

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____
من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

الدخل القبلي
الخاضع للمضريبة

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____
من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

إعانات البطالة

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____
من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

هل سيستوفي الأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 19 عامًا أو المعالون ضريبيًا في هذا الطلب متطلبات الحد الأدنى لتقديم الإقرار الضريبي
الفيدرالي هذا العام؟

الاسم _____ لا نعم
الاسم _____ لا نعم
الاسم _____ لا نعم

الاقتطاعات

9

يمكن أن تقلل هذه النفقات من مقدار الدخل الذي نحسبه لبعض أنواع تغطية الرعاية الصحية، تمامًا كما تستخدمها دائرة الإيرادات
الداخلية لتقليل مبلغ الضرائب المستحق عليك. إذا اخترت عدم الإجابة، فقد تظل مؤهلاً للحصول على تغطية رعاية صحية مجانية
أو منخفضة التكلفة.

دفع النفقة/دعم الزوجة من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____
من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

بعض النفقات التجارية القابلة
للمطالبة بها

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____
من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

نفقات المعلم

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____
من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

مساهمات حساب
الادخار الصحي

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____
من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

تكاليف الانتقال لتحرك
عسكري رسمي

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

غرامة على السحب
المبكر للمدخرات

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

مساهمات حساب التقاعد
قبل الضريبة

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

تأمين صحي للعمل الحر

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

خطة تقاعد للعمل الحر

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

ضريبة العمل الحر

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

فائدة قرض الطالب

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

من هو الشخص: _____ دولار: _____ كم مرة: _____

معلومات تكميلية

10

هل يحتاج أي من الأعضاء المتقدمين للحصول على تغطية تأمينية إلى أي من هذه الخدمات؟

أ. خدمات الرعاية طويلة الأجل لأنك تعيش حاليًا أو تتوقع الانتقال إلى مؤسسة طبية، مثل دار لرعاية المسنين. لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل اسم الشخص: _____

نوع المنشأة: _____

ب. مقدم خدمات رعاية منزلية؟ لا نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل اسم الشخص: _____

ج. خدمات رعاية المساعدة على المعيشة؟ لا نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل اسم الشخص: _____

د. الخدمات من خلال إدارة الإعاقات في النمو؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل اسم الشخص: _____

هـ. خدمات رعاية المسنين؟ لا نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل اسم الشخص: _____

و. تغطية الرعاية الصحية لأنهم غير قادرين على العمل بسبب حالة صحية أو إعاقة؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل اسم الشخص: _____

قد يُطلب منك إكمال نموذج هيئة الرعاية الصحية رقم 18-005 (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf) إذا كان أي مما يلي ينطبق:

- كنت تبلغ من العمر 65 عامًا أو أكثر أو مشترك في برنامج Medicare.
- أجبت بنعم على أي أسئلة من أ إلى و أعلاه.
- تقدمت بطلب للالتحاق ببرنامج المحتاجين طبيًا (MN) أو برنامج أبل هيلث للعمال من ذوي الإعاقات (HWD).

اقرأ بعناية قبل التوقيع

11

الإفصاح عن المعلومات للوكالات الحكومية الفيدرالية الأخرى:

أخول Washington Healthplanfinder بالتحقق إلكترونياً من معلومات الإقرار الضريبي الخاصة بي أثناء عملية التجديد السنوية لمدة تصل إلى 5 سنوات. وأدرك أنني قادر على تغيير موافقتي في أي وقت. بتحديد هذا المربع، أسمح بتطبيق الإعفاءات الضريبية على التجديد السنوي الخاص بي دون اتخاذ أي إجراء إضافي.

لا نعم
لقد قرأت أو شُرح لي حقوقي ومسؤولياتي وتلقيت نسخة من حقوق ومسؤوليات العميل.

الإقرار والتوقيع

12

للتقدم بطلب للحصول على تغطية مجانية أو منخفضة التكلفة من برنامج واشنطن أبل هيلث (برنامج ميديكيد-المعونة الطبية) أو إعفاءات ضريبية لخفض قسط التأمين الخاص بك، فإن توقيعك مطلوب أدناه.

لقد قرأت وفهمت المعلومات الواردة في هذا الطلب. أقر، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، بأن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة ودقيقة وكاملة على حد علمي.

التاريخ

التوقيع