

تقاضا برای پوشش مراقبت بهداشتی (و اطلاع از امکان دریافت کمک در هزینهها)

از این تقاضانامه استفاده کنید تا دریابید که واجد شرایط دریافت کدام پوشش مراقبت بهداشتی هستید:

- پوشش مراقبت بهداشتی رایگان یا کمهزینه از Washington Apple Health (Medicaid)، از جمله Apple Health for Kids همراه با حق بیمه که با نام برنامه بیمه سلامت کودکان (CHIP) نیز شناخته میشود
- یک اعتبار مالیاتی که میتواند در پرداخت حق بیمه مراقبت بهداشتی مربوط به یک طرح سلامت واجد شرایط به شما کمک کند
- طرح سلامت واجد شرایط و طرح دندانپزشکی واجد شرایط خصوصی با هزینه کامل

تقاضای سریعتر به طور آنلاین

- در wahealthplanfinder.org سریعتر درخواست بدهید

اطلاعات مورد نیاز جهت تقاضا برای خودتان و دیگران:

- شماره‌های تأمین اجتماعی (SSN): برای تمام اعضای خانوارتان که دارای SSN هستند (برای تمام برنامه‌های به SSN نیاز ندارید)
- تاریخ تولد هر یک از اعضای خانوار شما
- گذرنامه خارجی، شماره "A"، یا سایر شماره‌های مهاجرت برای هر یک از متقاضی پوشش مراقبت بهداشتی هستند
- اطلاعات مربوط به درآمد تمام افراد بزرگسال و تمام افراد زیر سن قانونی با درآمد کافی که موظف به ارائه اظهارنامه مالیاتی هستند
- اطلاعات درباره بیمه سلامت در دسترس شما یا خانواده شما

چرا ما اینقدر اطلاعات می‌خواهیم؟

ما برای تعیین اینکه شما واجد شرایط کدام پوشش مراقبت بهداشتی هستید، به اطلاعات زیر نیاز داریم. ما اطلاعاتی را که ارائه می‌دهید، طبق قانون محرمانه نگه می‌داریم.

تقاضانامه تکمیل شده و امضا شده خود را به نشانی زیر ارسال کنید:

Washington Healthplanfinder

PO Box 946

Olympia, Washington, 98507

یا به شماره 1-855-867-4467 فکس نمایید

اگر تمام اطلاعات درخواستی ما را در اختیار ندارید، میتوانید با تکمیل نام، تاریخ تولد، نشانی، و امضای خود و ارسال آن به نشانی فوق، تقاضای خود را ارائه دهید.

دریافت کمک در تهیه این تقاضانامه:

- آنلاین: wahealthplanfinder.org
- تلفن: با مرکز پشتیبانی از مشتریان به شماره (855-923-4633) 1-855-WAFINDER یا (1-855-627-9604) TTY تماس بگیرید
- حضوری: برای دریافت کمک در تهیه تقاضانامه، از طریق لینک پشتیبانی از مشتریان در wahealthplanfinder.org یک راهنما یا واسطه را جستجو کنید.
- زبان یا معلولیت: برای دریافت کمک رایگان به زبان خود (از جمله مترجم شفاهی یا ترجمه مطالب چاپی) یا امکانات معلولین، با شماره (855-923-4633) 1-855-WAFINDER یا (1-855-627-9604) TTY تماس بگیرید

تعاریف

حق بیمه: مبلغی که هر ماه برای طرح سلامت خود، در صورت وجود، پرداخت میکنید. به منظور حفظ پوشش، باید حق بیمه خود را پرداخت کنید، حتی اگر هیچگونه خدمات مراقبت بهداشتی دریافت نکرده باشید.

اعتبارهای مالیاتی حق بیمه سلامت: اعتبارهای مالیاتی برای کاهش حق بیمه ماهانه شما استفاده می‌شود.

Washington Healthplanfinder: یک بازار آنلاین برای افراد و خانواده‌ها در واشنگتن جهت مقایسه و ثبت‌نام در پوشش و دسترسی به

اعتبارهای مالیاتی، کاهش هزینه مشترک، و برنامه‌های عمومی از قبیل Washington Apple Health.

طرح سلامت واجد شرایط: پوشش سلامت خصوصی از طریق Washington Healthplanfinder.

حداقل پوشش ضروری: نوعی پوشش است که یک شخص برای برخورداری از شرایط مسئولیت فردی طبق قانون مراقبت مقرون‌به‌صرفه

به آن نیاز دارد. این عبارتست از بیمه‌نامه‌های سلامت فردی و خانوادگی، پوشش مبتنی بر شغل، Medicaid، Medicare، برنامه بیمه سلامت

کودکان (CHIP)، TRICARE، و سایر پوششهایی که 10 مزایای سلامت ضروری را پوشش میدهند.

مزایای سلامت ضروری: مجموعه‌ای از 10 خدمات مراقبت بهداشتی که تمام طرح‌ها باید آنها را پوشش دهند، مانند ویزیت پزشک، بستری

شدن در بیمارستان، و داروهای تجویزی. برخی مزایا رایگان هستند، و برخی دیگر ممکن است دارای پرداخت مشترک و بیمه مشترک باشند.

Washington Apple Health: برنامه‌های بیمه سلامت عمومی برای ساکنان واجد شرایط واشنگتن. در واشنگتن به جای Medicaid، برنامه

بیمه سلامت کودکان (CHIP)، و سایر برنامه‌های مراقبت بهداشتی که ایالت واشنگتن بودجه آنها را تامین میکند، از نام Washington Apple

Health استفاده میشود.

برای افراد خود-اشتغال

شما میتوانید هزینه‌های مجاز زیر را از درآمد ناخالص خود کم کنید تا به یک مبلغ برای درآمد خالص خود-اشتغالی خود برسید. برای کسب

اطلاعات بیشتر، به "دستورالعمل‌های برنامه C یا برنامه F" در www.irs.gov مراجعه کنید.

چند نمونه از هزینه‌های مجاز عبارتند از:

- هزینه خودرو و کامیون
- کمیسیون، حق‌الزحمه، و کار قراردادی
- فرسایش
- استهکاک
- برنامه‌های مزایای کارمندان، بازنشستگی، و طرح‌های تقسیم سود
- بیمه (به غیر از سلامت) و بهره وام مسکن
- خدمات حقوقی و حرفه‌ای
- هزینه‌های دفتر، کرایه، و اجاره
- بیمه اموال، مسئولیت، یا وقفه در تجارت
- تدارکات، تعمیرات، و نگهداری
- سفر، وعده غذایی، و سرگرمی
- خدمات شهری (آب و برق)، مالیات، و مجوزها
- دستمزد

حقوق و مسئولیت‌های پوشش مراقبت‌های بهداشتی درمانی

مطالب این سند:

- بخش 1 برای همه برنامه‌های پوشش مراقبت‌های بهداشتی درمانی
- بخش 2 فقط Washington Apple Health
- بخش 3 فقط طرح‌های سلامت واجد شرایط
- بخش 4 ثبت شکایت

1. همه برنامه‌های پوشش مراقبت‌های بهداشتی درمانی

حقوق شما

بازار مزایای بیمه سلامت (Washington Health Benefit Exchange) و واشنگتن و سازمان بهداشت و درمان باید:

به شما کمک کنند فرم‌های ضروری را بخوانید و پر کنید. بازار مزایای بیمه سلامت (HBE) مدیریت Washington Healthplanfinder را برعهده دارد، جایی که می‌توانید برای پوشش سلامت و دندان پزشکی خود درخواست دهید و آن را مدیریت کنید. برای دریافت کمک می‌توانید با مرکز پشتیبانی مشتریان Washington Healthplanfinder به شماره 1-855-923-4633 تماس بگیرید. اگر سالمند، نابینا یا توان‌یاب هستید یا خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت (LTSS) نیاز دارید، می‌توانید با سازمان خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS) به شماره 1-877-501-2233 تماس بگیرید.

زمانی که با HBE، سازمان بهداشت و درمان (HCA) یا DSHS ارتباط برقرار می‌کنید، به رایگان و بدون تأخیر مترجم کتبی یا شفاهی در اختیارتان بگذارند. در هر زمان از طریق تماس با ما می‌توانید مترجم شفاهی درخواست کنید.

اطلاعات شخصی شما را محرمانه نگه دارند، اما ممکن است برخی اطلاعات را برای احراز صلاحیت یا ثبت نام در برنامه‌ها در اختیار سایر سازمان‌های ایالتی و فدرال، مؤسسات مالی و طرف‌های قرارداد HCA بگذاریم. خط‌مشی حفظ حریم خصوصی HBE را مطالعه کنید: wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html

در صورت مخالفت با هریک از تصمیم‌های گرفته شده توسط HBE یا DSHS که روی احراز صلاحیت شما برای پوشش سلامت، خدمات و پشتیبانی بلندمدت (LTSS)، طرح سلامت، اعتبار مالیاتی حق بیمه طرح سلامت، کمک در پرداخت حق بیمه یا کاهش تقسیم هزینه تأثیر می‌گذارد، فرصت درخواست استیناف در اختیارتان قرار دهند. با درخواست استیناف، پرونده شما بررسی خواهد شد. از طریق مراجعه به wahbexchange.org/contact-us/appeals یا تماس با مرکز پشتیبانی مشتریان Washington Healthplanfinder به شماره 1-855-923-4633 می‌توانید اطلاعات بیشتری در زمینه فرایند استیناف HBE کسب کنید. برای کسب اطلاعات درباره استیناف در رابطه با برنامه‌های DSHS، با DSHS به شماره 1-877-501-2233 تماس بگیرید یا به اداره خدمات قابل ارائه در منزل و جامعه محلی خود مراجعه کنید. اگر در رابطه با تصمیم مربوط به پوشش Washington Apple Health (Medicaid) استیناف دهید، یک دادرسی اداری برای شما هماهنگ خواهد شد.

با شما به عزت و احترام رفتار کنند. قائل شدن تبعیض مغایر با قانون است. HBE و HCA از قوانین ذی ربط حقوق مدنی فدرال تبعیت می‌کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت تبعیض قائل نمی‌شوند. HBE و HCA افراد را به دلیل نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت آن‌ها کنار نمی‌گذارند یا با آن‌ها متفاوت رفتار نمی‌کنند.

HBE و HCA همچنین از قوانین ایالتی ذی ربط تبعیت می‌کنند و هیچ‌گونه تبعیضی بر اساس عقیده، جنسیت، ابراز جنسی یا هویت، گرایش جنسی، وضعیت تأهل، دین، پایان خدمت افتخاری یا جایگاه نظامی، یا استفاده از سگ راهنمای آموزش دیده یا حیوان خدمت‌رسان توسط افراد توان‌خواه قائل نمی‌شوند.

HBE و HCA:

- کمک و خدمات رایگان به افراد توان‌خواه ارائه دهند تا آن‌ها بتوانند با ما به شکلی مؤثر ارتباط برقرار کنند، از جمله:
 - مترجم حرفه‌ای زبان اشاره
 - اطلاعات نوشتاری در فرمت‌های دیگر (چاپ با حروف بزرگ، فرمت‌های دسترسی‌پذیر الکترونیک و سایر فرمت‌ها)
- به افرادی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست خدمات زبانی رایگان ارائه دهند، از جمله:
 - مترجمان شفاهی حرفه‌ای
 - اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر. اگر به این خدمات نیاز دارید، با شماره 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

اگر معتقدید HBE یا HCA چنین خدماتی را به شما ارائه نداده‌اند یا به شکلی دیگر در خصوص شما تبعیض قائل شده‌اند، می‌توانید شکایتی ثبت کنید نزد:

• **Health Care Authority Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
فکس: 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
فکس: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org

می‌توانید شکایت را حضوری یا از طریق پست، فکس یا ایمیل ثبت کنید. اگر در تنظیم شکایت به کمک نیاز داشتید، اداره خدمات حقوقی Washington Health Benefit Exchange یا بخش خدمات حقوقی HCA آماده کمک به شما خواهند بود. همچنین از طریق روش‌های زیر می‌توانید شکایات مربوط به حقوق مدنی نزد وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده مطرح نمایید: از طریق پست:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
به صورت تلفنی: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
از طریق ایمیل: **ocrmail@hhs.gov**
به صورت آنلاین: **ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

فرم‌های شکایت را می‌توانید از این لینک دانلود کنید: **hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**

مسئولیت‌های شما

در صورت برخورداری، باید شماره تامین اجتماعی (SSN) یا شماره مدرک مهاجرت خود را ارائه دهید. در صورت برخورداری نبودن از SSN یا مدرک مهاجرتی، همچنان می‌توانید برای پوشش مراقبت‌های بهداشتی درمانی درخواست دهید، اما ممکن است واجد شرایط تمام برنامه‌های دارای کمک مالی نباشید. ما از این اطلاعات استفاده می‌کنیم تا با تأیید هویت، شهروندی، وضعیت مهاجرت، تاریخ تولد و امکان استفاده شما از سایر پوشش‌های مراقبت‌های بهداشتی، صلاحیت شما برای برنامه‌ها را بررسی کنیم. ما این اطلاعات را در اختیار هیچ سازمان مهاجرتی قرار نمی‌دهیم. برای بعضی از برنامه‌ها و اعتبارهای مالیاتی به SSN نیاز است. اگر SSN یا شماره مدرک مهاجرتی را برای خود یا فردی از اعضای خانوارتان ارائه نکنید، ممکن است برای دریافت اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیریم. در صورت درخواست سازمان، هرگونه اطلاعات یا مدرک موردنیاز برای تصمیم‌گیری درباره واجد شرایط خود را ارائه دهید.

آنچه باید بدانید

قوانین ایالتی و فدرال خاصی وجود دارد که فعالیت Washington Healthplanfinder و سیستم‌های ارسال درخواست ایالتی، حقوق و مسئولیت‌های شما به عنوان استفاده‌کننده از آن‌ها و پوششی که با استفاده از آن‌ها دریافت می‌کنید، همه بر اساس آن مدیریت می‌شود. با استفاده از این سیستم‌ها، موافقت می‌کنید از قوانینی که افراد در نتیجه استفاده از سیستم مشمول آن هستند و پوشش دریافتی ناشی از آن، تبعیت کنید.

قانون ملی ثبت نام رأی‌دهندگان مصوب 1973 تمام ایالت‌ها را موظف می‌سازد از طریق دفاتر کمک عمومی خود، خدمات ثبت نام رأی‌دهنده را ارائه دهند. درخواست ثبت نام یا خودداری از ثبت نام برای رأی‌دهی، روی واجد شرایط بودن شما برای پوشش یا مزایا و خدمات یا مزایای ارائه شده از طریق سازمان‌های ما هیچ تأثیری نخواهد گذاشت. می‌توانید درخواست ثبت نام برای رأی‌دهی را از طریق نشانی **vote.wa.gov** ارائه دهید یا از طریق تماس با شماره 1-800-448-4881، فرم‌های ثبت نام رأی‌دهنده را درخواست کنید.

HBE، HCA و DSHS به موجب محدودیت‌های **قانون انتقال و پاسخ‌گویی الکترونیک بیمه سلامت (HIPAA)** از ارائه اطلاعات سلامت شما یا هریک از اعضای خانوارتان در اختیار هر شخص دیگری، از جمله نمایندگان مجاز منع شده‌اند، مگر اینکه این اشخاص وکالتنامه داشته باشند یا شما رضایتنامه‌ای امضا کرده و با افشای این اطلاعات موافقت کرده باشید. این مهم شامل افشای اطلاعات سلامت روان، نتایج آزمایش‌های مربوط به اچ‌آی‌وی، ایدز و بیماری‌های مقاربتی یا خدمات درمانی و وابستگی شیمیایی می‌شود. برای دریافت اطلاعات بیشتر در رابطه با خط‌مشی حفظ حریم خصوصی HBE، HCA از **wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html** بازدید کنید.

قانون مراقبت مقرون به صرفه، HBE، HCA و DSHS از ارائه اطلاعات قابل شناسایی شخصی (PII) شما یا هرکدام از اعضای خانوارتان بدون رضایت شما به هر شخصی که مجاز به دریافت آن نیست، منع می‌کند.

اطلاعاتی که در اختیار HBE، HCA و DSHS می‌گذارید برای احراز صلاحیت شما جهت دریافت پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی، منوط به تأیید مقامات فدرال و ایالتی است. تأیید می‌تواند شامل بررسی‌های پس از احراز صلاحیت و پیگیری از طرف کارمندان سازمان باشد.

اگر درخواست بیمه سلامت را از طریق Washington Healthplanfinder شروع کنید و فرایند را به هر دلیلی به اتمام نرسانید، اطلاعات شما در Washington Healthplanfinder نگهداری خواهد شد و 90 روز برای شما قابل دسترسی خواهد بود. اگر درخواست را پس از دوره 90 روزه تکمیل نکنید، اطلاعات شما از سیستم Washington Healthplanfinder پاک می‌شود.

HBE، HCA و DSHS مسئولیتی در رابطه با اجرای طرح بیمه سلامت شما ندارند. ارائه‌دهنده بیمه سلامت شما می‌تواند اطلاعات بیشتری در رابطه با مزایای دریافتی به شما ارائه دهد.

اگر سوالی در زمینه شرایط طرح بیمه سلامت خود دارید، از جمله اینکه شما واجد چه مزایایی هستید، هزینه‌های پرداختی از جیب تحت طرح خود، و طرح دادخواست در رابطه با مزایا یا استیناف در رابطه با رد مزایا، باید با شرکت بیمه سلامت خود تماس بگیرید. اگر پس از به پایان رسیدن هر بیمه پوشش سلامت خریداری شده از طریق Washington Healthplanfinder واجد شرایط COBRA هستید، کارفرمای شما مسئول پیگیری COBRA و به اطلاع رساندن اعلان‌ها و دوره‌های انتخاباتی COBRA است.

تا زمانی که نامه تأیید و بیمه‌نامه که قرارداد یا گواهی بیمه هم شناخته می‌شود، از طرف شرکت بیمه انتخابی خود دریافت نکرده‌اید، هیچ‌کدام از بیمه‌های فعلی خود را لغو نکنید و هیچ‌کدام از مزایای COBRA را نیز رد نکنید. مطمئن شوید شرایط خط‌مشی را درک می‌کنید و با آن‌ها موافق هستید و به تاریخ اجرا، دوره‌های انتظار، مبلغ حق بیمه، مزایا، محدودیت‌ها، استثنائات و الحاقیه‌ها توجه ویژه داشته باشید.

2. فقط Washington Apple Health

حقوق شما

بازار مزایای بیمه سلامت واشنگتن (Washington Health Benefit Exchange) و سازمان بهداشت و درمان باید:

در صورت درخواست، **حقوق و مسئولیت‌هایتان را به شما توضیح دهند.**

به شما اجازه دهند یک درخواست ناقص ارسال کنید که دست‌کم شامل نام، نشانی و امضای شما یا امضای نماینده مجاز متقاضی باشد. روزی که ما درخواست ناقص را دریافت کنیم همان تاریخ ارائه درخواست شما خواهد بود که ممکن است بر زمان اجرای پوشش شما تأثیر داشته باشد. تا زمانی که درخواست را تکمیل نکنید، در خصوص تحت پوشش قرار گرفتن شما تصمیم نهایی را نخواهیم گرفت.

به شما اجازه دهند درخواست یا درخواست ناقص با استفاده از هرکدام از روش‌های فهرست شده در WAC 182-503-0005 ثبت یا ارائه کنید.

درخواست شما را به سرعت و قبل از ضرب الاجل‌های توصیف شده در WAC 182-503-0060 بررسی کنند.

برای احراز صلاحیت شما، **10 روز تقویمی به شما فرصت بدهند.** اگر زمان بیشتری درخواست کنید، زمان بیشتری در اختیارتان قرار می‌دهیم. اگر این اطلاعات را در اختیارمان نگذارید یا زمان بیشتری درخواست نکنید، ممکن است پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی شما را رد کنیم، بیندیم یا تغییر دهیم.

اگر در دریافت اطلاعات یا گواهی لازم برای ما جهت اخذ تصمیم درباره صلاحیتتان مشکل داشته باشید، به شما کمک کنند. اگر مدرکی لازم داشته باشیم که برای شما هزینه دارد، ما درخواست آن را می‌فرستیم و هزینه مربوطه را می‌پردازیم.

در بیشتر موارد، **دست‌کم 10 روز پیش از توقف پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی‌تان به شما اطلاع دهند.**

در بیشتر موارد، تصمیم کتبی در رابطه با واجد شرایط بودن را ظرف 45 روز در اختیارتان قرار دهند. پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی برای برخی موارد معلولیت ممکن است تا 60 روز طول بکشد. در خصوص پزشکی بارداری، ظرف 15 روز تصمیم کتبی خود را در اختیارتان قرار می‌دهیم.

در صورت حسابرسی پرونده‌تان، به شما اجازه دهند **از صحبت با بازرس خودداری کنید.** اجباری نیست بازرس را به منزل خود راه دهید. می‌توانید از بازرس بخواهید زمان دیگری مراجعه کند. چنین درخواستی بر صلاحیت شما برای پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی تأثیر نخواهد گذاشت.

زمانی که به موجب WAC 182-504-0125 مشغول تصمیم‌گیری درباره صلاحیت شما برای برنامه‌ای دیگر هستیم، **همچنان از پوشش Washington Apple Health استفاده کنید.**

اگر واجد شرایط باشید، طبق توصیف WAC 182-503-0120، **به شما خدمات دسترسی برابر داده شود.**

مسئولیت‌های شما

شما باید: ظرف 30 روز از تغییر، اقدام به گزارش تغییر طبق الزام WAC 182-504-0105 و WAC 182-504-0110 کنید. نامه تأیید خود را بخوانید تا ببینید چه تغییراتی باید گزارش کنید.

وقتی از شما خواسته شد، تمديد را كامل كنيد.

جهت صدور صورت حساب خدمات سلامت برای ما، اطلاعات لازم را در اختیار تأمین‌کنندگان پزشکی بگذارید.

اگر واجد شرایط شناخته شده‌اید، برای Medicare درخواست دهید.

وقتی از شما خواسته شد، با کارکنان HCA همکاری کنید.

آنچه باید بدانید

با درخواست و دریافت Apple Health، تمام حقوق مربوط به هرگونه پشتیبانی پزشکی و پرداخت‌های شخص ثالث برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی را به ایالت واشنگتن واگذار می‌کنید.

- سازمان ممکن است سابقه واکسیناسیون فرزندان را در اختیار سیستم پیگیری پروفایل واکسیناسیون کودک بگذارد.
- اطلاعاتی که گزارش می‌کنید ممکن است برای احراز صلاحیت و تصمیم‌گیری درباره مزایای ماهانه برنامه‌هایی نظیر پوشش مراقبت‌های بهداشتی درمانی، کمک نقدی، کمک غذایی و یارانه مراقبت از کودک در اختیار DSHS قرار بگیرد.

طبق قانون، ایالت واشنگتن می‌تواند هزینه‌های پرداختی برای برخی خدمات درمانی را از طریق بازپرداخت از طریق اموال از اموال شما بازپرداخت کند (RCW, RCW 41.05A.090 43.20B.080 و فصل 182-527 از WAC). بازپرداخت از طریق اموال پیش از فوت شما، فوت همسر بازمانده شما یا رسیدن سن فرزندان بازمانده شما به 21 سال یا بیشتر اتفاق نمی‌افتد. این اقدام در صورت نابینا/معلول بودن فرزند بازمانده شما در زمان فوت شما نیز اتفاق نمی‌افتد. هزینه‌های قابل بازپرداخت شامل موارد زیر می‌شود:

- برخی خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت Washington Apple Health، اگر در زمان دریافت خدمات 55 سال یا بیشتر داشته‌اید؛
- برخی خدمات صرفاً تحت بودجه ایالت، فارغ از اینکه در چه سنی خدمات را دریافت کرده‌اید.

می‌توانید فهرستی از خدمات مشمول بازپرداخت از اموال را در WAC 182-527-2746 مشاهده کنید. می‌توانید فهرستی از دارایی‌هایی را که مشمول بازپرداخت از اموال نیستند، در WAC 182-527-2754 مشاهده کنید. همچنین ممکن است ایالت منوط به الزامات 42 U.S. Code 1396p، حق حبس پیش از فوت برای بازپرداخت هزینه‌ها از طریق اموال پس از فوت ثبت کند. زمین‌های قبیله‌ای و املاک خاص متعلق به سرخ‌پوستان آمریکایی و بومیان آلاسکا ممکن است از بازپرداخت معاف باشند (WAC 182-527-2754). دولت می‌تواند بازپرداخت را با استفاده از فروش املاک یا دارایی شما انجام دهد، مگر اینکه:

- همسر شما در آن ملک زندگی کند؛
- برادر یا خواهر شما در آن ملک زندگی کنند، شریک ملکی آن باشند یا شرایطی خاص داشته باشند.
- فرزند نابینا/معلول شما در آن ملک زندگی کند؛ یا
- فرزند کمتر از 21 سال شما در آن ملک زندگی کند.

می‌توانید فهرستی از خدمات مشمول بازپرداخت هزینه از طریق حق حبس پیش از فوت را در WAC 182-527-2734 مشاهده کنید. اگر به دنبال دریافت خدمات سلامت غیرضروری از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی باشید، ممکن است محدودیت استفاده از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی، داروخانه و/یا بیمارستان برای شما اعمال شود.

3. فقط طرح‌های سلامت واجد شرایط

آنچه باید بدانید

اگر از طریق Washington Healthplanfinder در یکی از طرح‌های سلامت واجد شرایط ثبت‌نام کنید و اطلاعات کافی برای تأیید واجد شرایط بودن خود ارائه نکنید، 90 روز برای ارائه اطلاعات بیشتر جهت برآورده کردن الزامات واجد شرایط بودن فرصت خواهید داشت. هرگونه پرداخت قبلی اعتبار مالیاتی که از جانب شما پرداخت شده است مشمول تطبیق حساب خواهد بود.

اگر شماره تامین اجتماعی (SSN) دارید، باید آن را در درخواست خود ارائه دهید. اگر SSN ندارید، همچنان می‌توانید بیمه سلامت در Washington Healthplanfinder بخرید. ما از این اطلاعات استفاده می‌کنیم تا با تأیید هویت، شهروندی، وضعیت مهاجرت، تاریخ تولد و امکان استفاده شما از سایر پوشش‌های مراقبت‌های بهداشتی، واجد شرایط بودن شما برای پوشش مراقبت‌های بهداشتی درمانی را بررسی کنیم. ما این اطلاعات را در اختیار هیچ سازمان مهاجرتی قرار نمی‌دهیم. برای بعضی از برنامه‌ها و اعتبارهای مالیاتی به SSN نیاز است.

اگر SSN را برای خود یا فردی از اعضای خانوارتان ارائه نکنید، ممکن است برای دریافت اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیریم. **اگر از طریق Washington Healthplanfinder در یکی از طرح‌های سلامت واجد شرایط ثبت‌نام کنید و تغییری در درآمدها ایجاد شد،** باید این موضوع را در اسرع وقت به ما اطلاع دهید. تغییر در درآمد می‌تواند موجب تغییر در اعتبار مالیاتی یا کسر تقسیم هزینه‌ای شود که واجد شرایط دریافت آن هستید. متعاقب تغییر در درآمد ممکن است واجد شرایط طرحی با هزینه پایین‌تر شوید؛ همچنین در صورت افزایش درآمدها و گزارش نکردن این تغییرات، ممکن است ملزم به بازپرداخت بخشی از اعتبار مالیاتی دریافتی‌تان باشید.

از طریق ورود به حساب Washington Healthplanfinder و انتخاب «Report a Change» (گزارش تغییر) می‌توانید تغییر در درآمدها را گزارش کنید. برای دریافت کمک یا اطلاع‌رسانی به ما از طریق تلفن می‌توانید با مرکز پشتیبانی مشتریان ما به شماره 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

تطبیق اعتبارات مالیاتی ضروری است: معافیت‌های مالیاتی دریافتی خود را باید به خدمات درآمد داخلی (IRS) گزارش دهید. این کار را می‌توانید با ثبت اظهارنامه مالیاتی سالانه IRS که شامل فرم‌های صحیح IRS است، انجام دهید. گزارش ندادن اعتبارهای مالیاتی به سازمان IRS باعث خواهد شد در آینده مشمول دریافت معافیت‌های مالیاتی نشوید. جهت کسب اطلاعات بیشتر، دستورالعمل‌های ارائه‌شده در فرم‌های 1095 و 8962 از IRS را مطالعه کنید.

هزینه‌های بیمه سلامت نشان‌دهنده ممکن است تغییر کند: هزینه‌ها ممکن است براساس روال بیمه‌گری شرکت بیمه و گزینه‌های انتخابی شما تغییر کند.

نرخ‌های نشان‌دهنده فقط برای تاریخ اجرای درخواست شده شماست. نرخ حق بیمه شما به سن افراد خانوارتان بستگی دارد. اگر یکی از اعضای خانوارتان بین زمان بررسی طرح و زمان شروع طرح شما (تاریخ اجرا) متولد شود، ممکن است هزینه حق بیمه شما افزایش یابد. ممکن است شرکت بیمه‌ای که انتخاب می‌کنید، نرخ‌های خود را برای هیچ دوره‌ای تضمین نکند. پوشش شما فقط زمانی فعال می‌شود که بیمه‌گر دریافت هزینه را تأیید کند.

رضایت می‌دهید اداره امنیت شغلی ایالت واشنگتن اطلاعات اشتغال و دستمزد شما را در اختیار HBE قرار دهد. اذعان می‌کنید اعطای این رضایت به تسهیل فرایند درخواست و تعیین مجدد صلاحیت در Washington Healthplanfinder کمک خواهد کرد. از اطلاعات شخصی شما مطابق با توضیف خط‌مشی حفظ حریم خصوصی محافظت خواهد شد. خط‌مشی حفظ حریم خصوصی HBE را در wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html مشاهده کنید.

4. طرح شکایت

این مؤسسه مطابق با خط‌مشی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (HHS) و قانون فدرال از اعمال تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت سن یا معلولیت منع شده است. برای طرح شکایت در رابطه با تبعیض، با HHS تماس بگیرید.

**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
تلفن: 1-800-368-1019
1-800-537-7697: TDD
فکس: 206-615-2297

شکایت مربوط به حقوق مدنی را می‌توانید به دفتر حقوق مدنی HHS نیز ارسال کنید.

[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).

تقاضا برای پوشش مراقبت بهداشتی قسمت 1

نام متقاضی اصلی و اطلاعات تماس

1

نام کوچک		حرف اول نام میانی.		نام خانوادگی و پسوند	
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)		شماره تامین اجتماعی (SSN)*		جنسیت تعیین شده در بدو تولد	
				زن مرد	
امضای متقاضی یا نماینده مجاز					
آیا نشانی منزل دارید؟ خیر بله					
اگر پاسخ خیر است، در کدام شهرستان میخواهید خدمات مراقبت بهداشتی دریافت کنید؟ شما در هر صورت باید یک نشانی پستی ارائه دهید.					
نشانی محل زندگی شما		شهر		ایالت	
				کد پستی	
نشانی پستی (اگر متفاوت است)		شهر		ایالت	
				کد پستی	
شماره تلفن اصلی		شماره تلفن ثانویه		نشانی ایمیل	

ممکن است لازم باشد که Washington Healthplanfinder در خصوص وضعیت تقاضای شما و/یا درخواست اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیرد. ترجیح میدهید که چگونه با شما تماس گرفته شود؟ تلفن ایمیل پست USPS

***این اطلاعات به منظور اجرای امور مهاجرتی در اختیار هیچیک از آژانسهای مهاجرتی قرار نمی‌گیرد. اگر SSN ندارید، این قسمت را خالی بگذارید.**

اطلاعات زبان

2

آیا شما یا فردی که برای او تقاضا می‌دهید، میخواهید مترجم شفاهی داشته باشید و اسناد را به زبانی به غیر از انگلیسی دریافت کنید؟
خیر بله

اگر پاسخ بله است، چه زبانی یا فرمت جایگزینی را میخواهید؟ تمام مواردی را که صدق میکنند، نام ببرید:



18001

آیا شما یا فردی که برای او تقاضا می‌دهید، به یک سند با فرمت جایگزین نیاز دارید؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، باید با کدام فرمت جایگزین برای شما ارسال کنیم؟ انگلیسی چاپ درشت خط بریل

آیا فردی در خانواده شما باردار است؟ خیر بله

اطلاعات نماینده مجاز

1. نماینده مجاز (AREP) فرد بزرگسالی است که کاملاً از شرایط خانواده آگاه است و از طرف خانواده اجازه دارد برای اهداف واجد شرایط بودن اقدام کند. این با همکاری با راهنما یا واسطه تفاوت دارد.

2. اگر متقاضی به دلیل شرایط پزشکی نتواند یک AREP تعیین کند، یک فرد میتواند با تکمیل فرم تعیین نماینده مجاز (DSHS 14-532) در dshs.wa.gov/authorized-rep-form خود را به عنوان AREP معرفی کند.

3. با تعیین نماینده مجاز، شما به نماینده مجاز خود اجازه میدهید که:

- تقاضانامه را از جانب شما امضا کند؛
- اطلاعاتی مربوط به تقاضانامه و حساب شما را دریافت کند؛ و
- در تمام امور مربوط به تقاضانامه و حساب از جانب شما اقدام کند.

الف. الف. آیا یک نماینده مجاز تعیین میکنید؟ خیر بله

ب. آیا میخواهید نماینده مجاز شما اطلاعاتی مربوط به تقاضانامه و حساب شما را نیز دریافت کند؟ خیر بله

شماره تلفن

نام/سازمان نماینده مجاز

نشانی ایمیل

نشانی پستی نماینده مجاز

اطلاعات درباره خانواده شما

شما باید این افراد را در تقاضانامه خود قید کنید: همسر خود، فرزندان خود که با شما زندگی میکنند، تمام والدینی که در خانه با فرزندشان زندگی میکنند، و هر فردی که میخواهید او را در اظهارنامه مالیات بر درآمد خود، در صورت تهیه اظهارنامه، قید کنید. برای اشتراکگذاری اطلاعات درباره خانواده خود از صفحات 9 تا 16 استفاده کنید.

اگر قرار است که یک شخص دیگر شما را به عنوان فرد وابسته مالیاتی در اظهارنامه مالیاتی خود قید کند، باید تمام اعضای خانواده پرونده مالیاتی را بگنجانید به طوریکه نام شما و هر یک از اعضای خانواده که با شما زندگی میکنند، قید شود.

برای درخواست پوشش مراقبت بهداشتی نیازی به تشکیل پرونده مالیاتی ندارید.

متقاضی اصلی (خودم)

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)

نام خانوادگی

حرف اول نام میانی

نام کوچک

آیا این فرد برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی تقاضا میدهد؟ خیر بله

خود

نسبت با شما:

(برای افرادی که درخواست پوشش نمیدهند، ارائه شماره تامین اجتماعی (SSN) یا وضعیت شهروندی اختیاری است)

شهروندی: (یک مورد را علامت بزنید)

فرد غیر-شهروند که به طور قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور دارد

شهروند ایالات متحده آمریکا یا تبعه ایالات متحده آمریکا

سایر موارد

شماره تامین اجتماعی (SSN):

اگر شما یک فرد غیر-شهروند هستید که به طور قانونی حضور دارید، اطلاعات زیر را وارد کنید:

نوع سند مهاجرت:	شماره "A":	شماره رسید یا سایر شمارهها:
شماره گذرنامه خارجی:	کشور صادرکننده:	
تاریخ ورود: (ماه/روز/سال)	تاریخ انقضای سند: (ماه/روز/سال)	

وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی مورد انتظار برای سال جاری (یک مورد را انتخاب کنید)

- | | |
|--|---|
| تشکیل پرونده مالیاتی به صورت مجرد | وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید شده است |
| سرپرست خانوار | وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید نشده است |
| بیوه واجد شرایط همراه با فرزند تحت تکفل | فرد پرونده مالیاتی تشکیل نداده است و وابسته مالیاتی نبوده است |
| تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور جداگانه | |
| تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور مشترک: | |
| نام فرد اصلی که باید پرونده مالیاتی تشکیل دهد: _____ | |

آیا وضعیت پرونده مالیاتی شما در سال گذشته مانند سال جاری و به صورت فوقالذکر بوده است؟ خیر بله

اگر پاسخ خیر است، وضعیت پرونده مالیاتی سال گذشته را قید کنید: **(پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تاثیر نمیگذارد)**

اگر این تقاضانامه را بین 11/01 تا 12/31 امسال ارائه میدهید، آیا انتظار دارید که سال آینده نیز همان وضعیت مالیاتی امسال را ثبت کنید؟ خیر بله

نژاد (اختیاری - تمام مواردی را که صدق میکنند، علامت بزنید)

- | | | | |
|---------------------------------|---------------|---------------------------------------|----------|
| سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا | فیلیپینی | لائوس | ویتنامی |
| هندی آسیایی | گوامانی | دیگر ساکنان آسیایی جزایر اقیانوس آرام | سفیدپوست |
| سیاهپوست یا آمریکایی آفریقایی | بومیان هاوایی | سایر نژادها | |
| اهل کامبوج | ژاپنی | ساموایی | |
| چینی | کرهای | تایلندی | |

آیا شما هیسپانیک، لاتین، یا اسپانیاییتبار هستید؟

- | | | |
|---------------------------------|--|------------------------|
| کوبایی | مکزیک/مکزیک-آمریکایی/آمریکایی مکزیکیتبار | غیر اسپانیایی/هیسپانیک |
| سایر نژادهای اسپانیایی/هیسپانیک | اهل پورتوریکو | |

چرا اینها را جمعآوری میکنیم - ما از این اطلاعات برای کمک به ارتقای عدالت در سلامت و افزایش دسترسی همه افراد به مراقبت بهداشتی استفاده میکنیم. اطلاعاتی که شما ارائه میکنید، مانع از ثبت نام شما در طرح سلامت نمی شود.

همسر یا والدین دیگر (اگر در خانه زندگی میکنند)

نام کوچک حرف اول نام میانی نام خانوادگی تاریخ تولد (ماه/روز/سال)

آیا این فرد برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی تقاضا میدهد؟ خیر بله جنسیت تعیین شده در بدو تولد مرد زن

نسبت با شما (برای مثال، همسر، همخانه، شریک زندگی)

(ارائه شماره تامین اجتماعی (SSN) یا وضعیت شهروندی برای افرادی که درخواست پوشش نمیدهند، اختیاری است)

شهروندی: (یک مورد را علامت بزنید)

شهروند ایالات متحده آمریکا یا تبعه ایالات متحده آمریکا
فرد غیر-شهروند که به طور قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور دارد
سایر موارد

شماره تامین اجتماعی (SSN):

اگر فرد غیر-شهروند است که به طور قانونی حضور دارد، اطلاعات زیر را وارد کنید:

نوع سند مهاجرت: شماره "A": شماره رسید یا سایر شمارهها:

شماره گذرنامه خارجی: کشور صادرکننده:

تاریخ ورود: (ماه/روز/سال) تاریخ انقضای سند: (ماه/روز/سال)

وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی مورد انتظار برای سال جاری (یک مورد را انتخاب کنید)

تشکیل پرونده مالیاتی به صورت مجرد وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید شده است
سرپرست خانوار وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید نشده است
بیوه واجد شرایط همراه با فرزند تحت تکفل فرد پرونده مالیاتی تشکیل نداده است و وابسته مالیاتی نبوده است
تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور جداگانه
تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور مشترک:

نام فرد اصلی که باید پرونده مالیاتی تشکیل دهد:

آیا وضعیت پرونده مالیاتی شما در سال گذشته مانند سال جاری و به صورت فوقالذکر بوده است؟ خیر بله

اگر پاسخ خیر است، وضعیت پرونده مالیاتی سال گذشته را قید کنید: (پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تاثیر نمیگذارد)

اگر این تقاضانامه را بین 11/01 تا 12/31 امسال ارائه میدهید، آیا انتظار دارید که سال آینده نیز همان وضعیت مالیاتی امسال

نژاد (اختیاری - تمام مواردی را که صدق میکنند، علامت بزنید)

سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	فیلیپینی	لائوس	ویتنامی
هندی آسیایی	گوامانی	دیگر ساکنان آسیایی جزایر اقیانوس آرام	سفیدپوست
سیاهپوست یا آمریکایی آفریقایی	بومیان هاوایی	سایر نژادها	
اهل کامبوج	ژاپنی	ساموآیی	
چینی	کرهای	تایلندی	

آیا شما هیسپانیک، لاتین، یا اسپانیایی‌تبار هستید؟

کوبایی	مکزیک/مکزیک-آمریکایی/آمریکایی مکزیکی‌تبار	غیر اسپانیایی/هیسپانیک
سایر نژادهای اسپانیایی/هیسپانیک	اهل پورتوریکو	

چرا اینها را جمعآوری میکنیم - ما از این اطلاعات برای کمک به ارتقای عدالت در سلامت و افزایش دسترسی همه افراد به مراقبت بهداشتی استفاده می‌کنیم. اطلاعاتی که شما ارائه می‌کنید، مانع از ثبت نام شما در طرح سلامت نمی‌شود.

آیا سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هستید؟

بله خیر

فهرست فرزندان / وابستگان مالیاتی/سایر اعضای خانوار #1

8

نام کوچک	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)
آیا این فرد برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی تقاضا میدهد؟	بله	جنسیت تعیین شده در بدو تولد	مرد زن

نسبت با شما (برای مثال، فرزند، نوه، دختر خواهر/برادر، پسر خواهر/برادر، خواهر و برادر)

(ارائه شماره تامین اجتماعی (SSN) یا وضعیت شهروندی برای افرادی که درخواست پوشش نمیدهند، اختیاری است)

شهروندی: (یک مورد را علامت بزنید)

شهروند ایالات متحده آمریکا یا تبعه ایالات متحده آمریکا	فرد غیر-شهروند که به طور قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور دارد
سایر موارد	

شماره تامین اجتماعی (SSN):

اگر فرد غیر-شهروند است که به طور قانونی حضور دارد، اطلاعات زیر را وارد کنید:

نوع سند مهاجرت:	شماره "A":	شماره رسید یا سایر شمارهها:
شماره گذرنامه خارجی:	کشور صادرکننده:	
تاریخ ورود: (ماه/روز/سال)	تاریخ انقضای سند: (ماه/روز/سال)	

وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی مورد انتظار برای سال جاری (یک مورد را انتخاب کنید)

تشکیل پرونده مالیاتی به صورت مجرد
وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید شده است

سرپرست خانوار
وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید نشده است

بیوه واجد شرایط همراه با فرزند تحت تکفل
فرد پرونده مالیاتی تشکیل نداده است و وابسته مالیاتی نبوده است

تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور جداگانه
تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور مشترک:

نام فرد اصلی که باید پرونده مالیاتی تشکیل دهد: _____

آیا وضعیت پرونده مالیاتی شما در سال گذشته مانند سال جاری و به صورت فوقالذکر بوده است؟ خیر بله

اگر پاسخ خیر است، وضعیت پرونده مالیاتی سال گذشته را قید کنید: (پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تاثیر نمیگذارد)

اگر این تقاضانامه را بین 11/01 تا 12/31 امسال ارائه میدهید، آیا انتظار دارید که سال آینده نیز همان وضعیت مالیاتی امسال را ثبت کنید؟ خیر بله

نژاد (اختیاری - تمام مواردی را که صدق میکنند، علامت بزنید)

سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	فیلیپینی	لائوس	ویتنامی
هندی آسیایی	گوامانی	دیگر ساکنان آسیایی جزایر اقیانوس آرام	سفیدپوست
سیاهپوست یا آمریکایی آفریقایی	بومیان هاوایی	سایر نژادها	
اهل کامبوج	ژاپنی	ساموایی	
چینی	کرهای	تایلندی	

آیا شما هیسپانیک، لاتین، یا اسپانیاییتبار هستید؟

کوبایی	مکزیک/مکزیک-آمریکایی/آمریکایی مکزیکیتبار	غیر اسپانیایی/هیسپانیک
سایر نژادهای اسپانیایی/هیسپانیک	اهل پورتوریکو	

چرا اینها را جمعآوری میکنیم - ما از این اطلاعات برای کمک به ارتقای عدالت در سلامت و افزایش دسترسی همه افراد به مراقبت بهداشتی استفاده میکنیم. اطلاعاتی که شما ارائه میکنید، مانع از ثبت نام شما در طرح سلامت نمی شود.

آیا سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هستید؟ خیر بله

نام کوچک حرف اول نام میانی نام خانوادگی تاریخ تولد (ماه/روز/سال)

آیا این فرد برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی تقاضا میدهد؟ خیر بله جنسیت تعیین شده در بدو تولد مرد زن

نسبت با شما (برای مثال، فرزند، نوه، دختر خواهر/برادر، پسر خواهر/برادر، خواهر و برادر)

(ارائه شماره تامین اجتماعی (SSN) یا وضعیت شهروندی برای افرادی که درخواست پوشش نمیدهند، اختیاری است)

شهروند: (یک مورد را علامت بزنید)

شهروند ایالات متحده آمریکا یا تبعه ایالات متحده آمریکا
فرد غیر-شهروند که به طور قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور دارد
سایر موارد

شماره تامین اجتماعی (SSN):

اگر فرد غیر-شهروند است که به طور قانونی حضور دارد، اطلاعات زیر را وارد کنید:

نوع سند مهاجرت: شماره "A": شماره رسید یا سایر شمارهها:

شماره گذرنامه خارجی: کشور صادرکننده:

تاریخ ورود: (ماه/روز/سال) تاریخ انقضای سند: (ماه/روز/سال)

وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی مورد انتظار برای سال جاری (یک مورد را انتخاب کنید)

تشکیل پرونده مالیاتی به صورت مجرد وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید شده است
سرپرست خانوار وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید نشده است
بیوه واجد شرایط همراه با فرزند تحت تکفل فرد پرونده مالیاتی تشکیل نداده است و وابسته مالیاتی نبوده است
تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور جداگانه
تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور مشترک:
نام فرد اصلی که باید پرونده مالیاتی تشکیل دهد:

آیا وضعیت پرونده مالیاتی شما در سال گذشته مانند سال جاری و به صورت فوقالذکر بوده است؟ خیر بله

اگر پاسخ خیر است، وضعیت پرونده مالیاتی سال گذشته را قید کنید: (پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تأثیر نمیگذارد)

اگر این تقاضانامه را بین 11/01 تا 12/31 امسال ارائه دهید، آیا انتظار دارید که سال آینده نیز همان وضعیت مالیاتی امسال را ثبت کنید؟

خیر بله

نژاد (اختیاری - تمام مواردی را که صدق میکنند، علامت بزنید)

سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	فیلیپینی	لائوس	ویتنامی
هندی آسیایی	گوامانی	دیگر ساکنان آسیایی جزایر اقیانوس آرام	سفیدپوست
سیاهپوست یا آمریکایی آفریقایی	بومیان هاوایی	سایر نژادها	
اهل کامبوج	ژاپنی	ساموآیی	
چینی	کرهای	تایلندی	

آیا شما هیسپانیک، لاتین، یا اسپانیایی‌تبار هستید؟

کوبایی	مکزیک/مکزیک-آمریکایی/آمریکایی مکزیکی‌تبار	غیر اسپانیایی/هیسپانیک
سایر نژادهای اسپانیایی/هیسپانیک	اهل پورتوریکو	

چرا اینها را جمع‌آوری میکنیم - ما از این اطلاعات برای کمک به ارتقای عدالت در سلامت و افزایش دسترسی همه افراد به مراقبت بهداشتی استفاده می‌کنیم. اطلاعاتی که شما ارائه می‌کنید، مانع از ثبت نام شما در طرح سلامت نمی‌شود.

آیا سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هستید؟

بله خیر

فهرست فرزندان / وابستگان مالیاتی/سایر اعضای خانوار #3

10

نام کوچک	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)
آیا این فرد برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی تقاضا میدهد؟	بله	جنسیت تعیین شده در بدو تولد	مرد زن

نسبت با شما (برای مثال، فرزند، نوه، دختر خواهر/برادر، پسر خواهر/برادر، خواهر و برادر)

(ارائه شماره تامین اجتماعی (SSN) یا وضعیت شهروندی برای افرادی که درخواست پوشش نمیدهند، اختیاری است)

شهروند: (یک مورد را علامت بزنید)

شهروند ایالات متحده آمریکا یا تبعه ایالات متحده آمریکا	فرد غیر-شهروند که به طور قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور دارد
سایر موارد	

شماره تامین اجتماعی (SSN):

اگر فرد غیر-شهروند است که به طور قانونی حضور دارد، اطلاعات زیر را وارد کنید:

نوع سند مهاجرت:	شماره "A":	شماره رسید یا سایر شمارهها:
شماره گذرنامه خارجی:	کشور صادرکننده:	
تاریخ ورود: (ماه/روز/سال)	تاریخ انقضای سند: (ماه/روز/سال)	

وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی مورد انتظار برای سال جاری (یک مورد را انتخاب کنید)

تشکیل پرونده مالیاتی به صورت مجرد
وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید شده است

سرپرست خانوار
وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید نشده است

بیوه واجد شرایط همراه با فرزند تحت تکفل
فرد پرونده مالیاتی تشکیل نداده است و وابسته مالیاتی نبوده است

تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور جداگانه
تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور مشترک:

نام فرد اصلی که باید پرونده مالیاتی تشکیل دهد: _____

آیا وضعیت پرونده مالیاتی شما در سال گذشته مانند سال جاری و به صورت فوق‌الذکر بوده است؟ خیر بله

اگر پاسخ خیر است، وضعیت پرونده مالیاتی سال گذشته را قید کنید: (پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تأثیر نمیگذارد)

اگر این تقاضانامه را بین 11/01 تا 12/31 امسال ارائه میدهید، آیا انتظار دارید که سال آینده نیز همان وضعیت مالیاتی امسال را ثبت کنید؟ خیر بله

نژاد (اختیاری - تمام مواردی را که صدق میکنند، علامت بزنید)

سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	فیلیپینی	لائوس	ویتنامی
هندی آسیایی	گوامانی	دیگر ساکنان آسیایی جزایر اقیانوس آرام	سفیدپوست
سیاهپوست یا آمریکایی آفریقایی	بومیان هاوایی	سایر نژادها	
اهل کامبوج	ژاپنی	ساموآیی	
چینی	کرهای	تایلندی	

آیا شما هیسپانیک، لاتین، یا اسپانیایی‌تبار هستید؟

کوبایی	مکزیک/مکزیک-آمریکایی/آمریکایی مکزیکیتبار	غیر اسپانیایی/هیسپانیک
سایر نژادهای اسپانیایی/هیسپانیک	اهل پورتوریکو	

چرا اینها را جمع‌آوری میکنیم - ما از این اطلاعات برای کمک به ارتقای عدالت در سلامت و افزایش دسترسی همه افراد به مراقبت بهداشتی استفاده میکنیم. اطلاعاتی که شما ارائه میکنید، مانع از ثبت نام شما در طرح سلامت نمی‌شود.

آیا سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هستید؟ خیر بله

برای گنجاندن سایر اعضای خانواده، یک برگه حاوی اطلاعات درخواست شده درباره هر فرد را ضمیمه کنید.

اطلاعات درباره سرخپوستان آمریکایی و بومیان آلاسکا

سرخپوستان آمریکایی و بومیان آلاسکا میتوانند واجد شرایط دریافت حمایت‌های ویژه Apple Health و مزایای ویژه‌هاز طریق Washington Healthplanfinder باشند. جدول زیر را برای هر یک از افرادی که از جانب او تقاضا می‌دهید و از نژاد سرخپوستان آمریکایی یا بومیان آلاسکا هستند، تکمیل کنید.

نام فرد	نام قبیله
عضو یک قبیله، گروه، پوابلو یا رانچریا که از سوی فدرال به رسمیت شناخته میشود؛	
سهامدار در یک شرکت محلی یا روستایی بومی آلاسکا	بله خیر
نام فرد	نام قبیله
عضو یک قبیله، گروه، پوابلو یا رانچریا که از سوی فدرال به رسمیت شناخته میشود؛	
سهامدار در یک شرکت محلی یا روستایی بومی آلاسکا	بله خیر
نام فرد	نام قبیله
عضو یک قبیله، گروه، پوابلو یا رانچریا که از سوی فدرال به رسمیت شناخته میشود؛	
سهامدار در یک شرکت محلی یا روستایی بومی آلاسکا	بله خیر
نام فرد	نام قبیله
عضو یک قبیله، گروه، پوابلو یا رانچریا که از سوی فدرال به رسمیت شناخته میشود؛	
سهامدار در یک شرکت محلی یا روستایی بومی آلاسکا	بله خیر

سکونت

ساکن واشنگتن فردی است که در حال حاضر در واشنگتن سکونت دارد، میخواهد در واشنگتن ساکن شود، از جمله افرادی که یک نشانی ثابت ندارند؛ یا فردی که با تعهد شغلی وارد ایالت شده است یا به دنبال کار میگردد.

آیا همه افرادی که برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی تقاضا میدهند، ساکن ایالت واشنگتن هستند؟

بله خیر

اگر پاسخ خیر است، افرادی را که ساکن نیستند نام ببرید:

مصرف تنباکو

آیا هیچیک از اعضای خانواده نامبرده در این تقاضانامه در 6 ماه گذشته به طور منظم از محصولات تنباکو استفاده کرده‌اند؟

بله خیر

اگر پاسخ بله است، نام آنها را وارد کنید:

(پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تاثیر نمیگذارد)

وابسته مالیاتی بزرگسال دارای معلولیت

یک فرد وابسته مالیاتی بزرگسال دارای معلولیت فردی است که به دلیل معلولیت قادر به کار نیست و به دریافت پشتیبانی از سوی عضو خانواده خود وابسته است.

آیا شما فرزند بزرگسالی دارید که معلول و تحت تکفل شما است و حداقل 26 سال دارد؟

بله خیر

اگر پاسخ بله است، نام آنها را وارد کنید:

(پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تاثیر نمیگذارد)

اطلاعات درباره بازداشت و زندان

1. آیا شما یا فردی که برای او درخواست می‌دهید، تحت بازداشت یا در زندان هستید؟

بله خیر

اگر پاسخ بله است، نام آنها را وارد کنید:

2. آیا رفع اتهامات در حال بررسی است؟

بله خیر

3. آیا تاریخ آزادی ظرف 30 روز آینده است؟

بله خیر

ثبتنام رایدهندگان

اگر برای رای دهی در محل زندگی فعلی خود ثبتنام نکرده‌اید، آیا می‌خواهید برای رایدهی ثبتنام کنید؟

بله خیر

با انتخاب "بله" یک فرم ثبتنام رایدهندگان به شما ارائه خواهد شد.

تقاضا برای ثبتنام یا امتناع از ثبتنام در رایدهی روی مقدار کمک دریافتی شما یا واجد شرایط بودن شما تاثیر نخواهد گذاشت. اگر برای تکمیل تقاضانامه ثبتنام رایدهندگان کمک می‌خواهید، می‌توانید از طریق خط تلفن رایگان ثبتنام رایدهندگان واشنگتن به شماره 1-800-448-4881 کمک دریافت کنید. تصمیمگیری درباره درخواست یا پذیرفتن کمک با شما است. شما می‌توانید یک تقاضانامه را به صورت خصوصی پر کنید.

اگر معتقد هستید که فردی در حق شما مبنی بر ثبتنام برای رایدهی یا امتناع از ثبتنام برای رایدهی یا حق شما مبنی بر داشتن حریم خصوصی هنگام تصمیمگیری درباره ثبتنام دخالت کرده است، می‌توانید شکایت خود را نزد Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504، ایمیل elections@sos.wa.gov، یا شماره تماس 1-800-448-4881 مطرح کنید.

امضا برای متقاضیان طرح سلامت واجد شرایط

دست نگه دارید: شما می‌توانید واجد شرایط پوشش رایگان یا کم‌هزینه باشید. اگر نمی‌خواهید درآمدها در نظر گرفته شود و مایل هستید که در یک طرح سلامت واجد شرایط (QHP) ثبتنام کنید، قسمت زیر را امضا کنید و تقاضانامه خود را ارائه دهید. شما کل هزینه پوشش سلامت خود را پرداخت خواهید کرد و لازم نیست قسمت 2 از این تقاضانامه را تکمیل کنید.

حقوق و مسئولیت‌هایم را مطالعه کرده‌ام یا برای من توضیح داده شده‌اند.

با امضای این تقاضانامه، شما موافقت می‌کنید که Washington Healthplanfinder اطلاعات شما را در اختیار سایر سازمانهای ایالتی و فدرال قرار دهد.

تاریخ

امضا

ادامه: برای درخواست Washington Apple Health (Medicaid) یا اعتبارهای مالیاتی جهت کاهش حق بیمه خود، باید قسمت 2 از این تقاضانامه را تکمیل کنید.

قسمت 2

اطلاعات درباره بیمه سلامت

1

آیا شما یا فردی که برای او درخواست می‌دهید، پوشش بیمه سلامت دیگری به غیر از Washington Apple Health (CHIP یا Medicaid) دارید؟
(برای مثال بیمه خصوصی یا کارفرمایی، بیمه سلامت فردی، بیمه با مزایای محدود، Medicare، کهنه سربازان، Tri-Care، Peace Corps، و سایر بیمه‌ها) خیر بله
اگر پاسخ بله است، اطلاعات را در جدول زیر ارائه دهید. اگر بیش از یک نفر بیمه دیگری دارند، از برگه اضافی استفاده کنید.

نام شرکت بیمه یا کارفرما:	شماره بیمه‌نامه:	شماره گروه:
نام بیمه‌گذار/کارمند:	تاریخ تولد بیمه‌گذار:	
تمام اعضای خانوار تحت پوشش این طرح را نام ببرید:	تمام اعضای خانوار تحت پوشش این طرح را نام ببرید:	
تمام اعضای خانوار تحت پوشش این طرح را نام ببرید:	تمام اعضای خانوار تحت پوشش این طرح را نام ببرید:	
تمام اعضای خانوار تحت پوشش این طرح را نام ببرید:	تمام اعضای خانوار تحت پوشش این طرح را نام ببرید:	

بیمه سلامت فرزندان

2

اگر برای پوشش فرزند درخواست نمی‌دهید، از این پرسش رد شوید و به بخش بعدی (اطلاعات صورتحساب پزشکی پرداخت نشده) بروید.

آیا بیمه سلامت شما فرزندان را پوشش می‌دهد؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، نام فرزند را وارد کنید:

آیا در چهار ماه گذشته پوشش بیمه سلامت فرزندان زیر 19 سال خود را حذف کرده‌اید؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، چه زمانی پوشش بیمه به پایان رسید؟

آیا شما یا فردی که برای او درخواست می‌دهید در پرداخت صورتحسابهای پزشکی پرداخت نشده مربوط به خدمات دریافتی در 3 ماه قبل از ماه جاری به کمک نیاز دارید؟

بله خیر

اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید:

آیا هیچ‌کدام از اعضای خانوار که اکنون 18 تا 25 سال دارند، هنگامی که 18 ساله شدند تحت مراقبت رضاعی قرار داشتند؟

بله خیر

اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید:

شما یا اعضای خانواده می‌توانید واجد شرایط پوشش وضعیت‌های اورژانسی محدود باشید حتی اگر به خاطر وضعیت مهاجرت خود واجد شرایط دریافت سایر پوشش‌ها نباشید.

تمام کادرهای مربوط به افراد غیر-شهرود که برای آنها درخواست می‌دهید را علامت بزنید و نام آنها را در قسمت مشخص شده وارد کنید:

در این ماه یا طی سه ماه گذشته به خاطر یک وضعیت فوریت پزشکی تحت درمان بوده است:

چه کسی: _____

به دیالیز یا درمان سرطان نیاز دارد: چه کسی: _____

به خاطر پیوند عضو، به داروی ضد رد پیوند نیاز دارد: چه کسی: _____

به مراقبت در آسایشگاه، خانه سالمندان، یا مراقبت در منزل نیاز دارد: چه کسی: _____

آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده شما باردار هستید؟

بله خیر

(اگر بیش از یک نفر باردار است یا به پایان دوره بارداری رسیده است، از خط دوم استفاده کنید.) اگر پاسخ بله است،

نام را وارد کنید: _____ تاریخ زایمان: _____ تعداد مورد انتظار: _____

نام را وارد کنید: _____ تاریخ زایمان: _____ تعداد مورد انتظار: _____

آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده نامبرده در این تقاضانامه در 12 ماه گذشته باردار بوده‌اید؟

بله خیر

(اگر بیش از یک نفر به پایان دوره بارداری رسیده است، از خط دوم استفاده کنید.) اگر پاسخ بله است،

نام را وارد کنید: تاریخ پایان بارداری:

نام را وارد کنید: تاریخ پایان بارداری:

اطلاعات درباره درآمد ناخالص

7

این بخش به ما کمک میکند میزان درآمد ناخالص تعدیل شده (MAGI) خانواده شما را تعیین کنیم. باید از درآمد MAGI برای تعیین اینکه شما واجد شرایط اکثر برنامه‌های پوشش مراقبت بهداشتی هستید یا خیر استفاده شود. لطفاً در خصوص هر یک از اعضای خانواده که برای آنها درخواست می‌دهید، به پرسشهای زیر با دقت پاسخ بدهید. فقط اطلاعات مربوط به نوع درآمد مذکور را وارد کنید. شما باید اطلاعات مربوط به درآمد ناخالص ماهانه جاری (پیش از کسورات) خودتان، همسران و هر یک از افراد زیر سن قانونی و وابستگان مالیاتی را صرف نظر از سن آنها وارد کنید، مگر اینکه فرد زیر سن قانونی یا وابسته مالیاتی ملزم به تشکیل پرونده مالیاتی نباشد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه گزارش درآمد، به wahbexchange.org/how-to-report-income مراجعه کنید

توجه: لازم نیست سرخپوستان آمریکایی/بومیان آلاسکا (AI/AN) درآمد AI/AN را که "خدمات درآمد داخلی" آن را از درآمد ناخالص مشمول مالیات AI/AN معاف کرده است، گزارش بدهند. به علاوه، طبق توضیحات در WAC 182-509-0340 لازم نیست AI/AN ها برخی از درآمدها را برای Washington Apple Health (Medicaid) گزارش بدهند.

درآمد حاصل از شغل: آیا شما یا فردی در خانوارتان، در حال حاضر شاغل هستید؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، نام فرد شاغل، نام کارفرما، و مبلغ ناخالص ماهانه فعلی که کارمند به صورت دستمزد، حقوق یا انعام دریافت میکند را وارد کنید. درآمد خود-اشتغالی را در این بخش وارد نکنید. اگر کاملاً مشخص است که در آینده تغییراتی به وجود می‌آید، برای مثال اگر دارای کار فصلی هستید، می‌توانید میانگین درآمد خود را ارائه دهید. مبلغ ماهانه را طبق توضیحات در WAC 182-509-0310 با گرفتن میانگین درآمد در یک بازه زمانی نمونه تخمین بزنید.

نام فرد شاغل نام کارفرما

نشانی کارفرما شهر ایالت کد پستی

درآمد ماهانه ناخالص (قبل از کسر مالیات) (دستمزد، حقوق، انعام، شرکت سهامی، شرکت اس)

آیا کارفرما به این فرد بیمه سلامت ارائه داده است؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، تمام اعضای خانواده که بیمه میشوند را نام ببرید

کمترین حق بیمه ماهانه که این کارفرما فقط برای پوشش بیمه کارمند ارائه میدهد، چیست؟

کمترین حق بیمه ماهانه که این کارفرما برای پوشش بیمه خانواده شما ارائه میدهد، چیست؟*

نام فرد شاغل نام کارفرما

نشانی کارفرما شهر ایالت کد پستی

درآمد ماهانه ناخالص (قبل از کسر مالیات) (دستمزد، حقوق، انعام، شرکت سهامی، شرکت اس)

آیا کارفرما به این فرد بیمه سلامت ارائه داده است؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، تمام اعضای خانواده که بیمه میشوند را نام ببرید

\$.
کمترین حق بیمه ماهانه که این کارفرما فقط برای پوشش بیمه کارمند ارائه میدهد، چیست؟

\$.
کمترین حق بیمه ماهانه که این کارفرما برای پوشش بیمه خانواده شما ارائه میدهد، چیست؟*

نام فرد شاغل	نام کارفرما
نشانی کارفرما	شهر
	ایالت
	کد پستی

\$.
درآمد ماهانه ناخالص (قبل از کسر مالیات) (دستمزد، حقوق، انعام، شرکت سهامی، شرکت اس)

آیا کارفرما به این فرد بیمه سلامت ارائه داده است؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، تمام اعضای خانواده که بیمه میشوند را نام ببرید

\$.
کمترین حق بیمه ماهانه که این کارفرما فقط برای پوشش بیمه کارمند ارائه میدهد، چیست؟

\$.
کمترین حق بیمه ماهانه که این کارفرما برای پوشش بیمه خانواده شما ارائه میدهد، چیست؟*

***حتی اگر قصد ندارید بیمه کارفرما را برای سایر اعضای خانواده خود قبول کنید، این اطلاعات را ارائه دهید. پاسخ شما به این پرسشها روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تأثیر نمیگذارد.**

درآمد خود-اشتغالی: آیا شما یا هر فردی در خانوارتان، در حال حاضر خود-اشتغال هستید؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، درآمد خالص ماهانه تخمینی فعلی (سود پس از پرداخت هزینههای کسب و کار) حاصل از خود-اشتغالی را وارد کنید. لطفاً برای مشاهده هزینههای معقول کسب و کار به صفحه ii رجوع کنید. اگر کاملاً مشخص است که در آینده تغییری به وجود میآید، میتوانید میانگین درآمد خود را ارائه دهید. مبلغ ماهانه را طبق توضیحات در WAC 182-509-0370 با گرفتن میانگین درآمد در یک بازه زمانی نمونه تخمین بزنید.

نام فرد خود-اشتغال	نام شرکت (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه (درآمد شرکت سهامی یا شرکت اس را در اینجا وارد نکنید)
نام فرد خود-اشتغال	نام شرکت (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه (درآمد شرکت سهامی یا شرکت اس را در اینجا وارد نکنید)
نام فرد خود-اشتغال	نام شرکت (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه (درآمد شرکت سهامی یا شرکت اس را در اینجا وارد نکنید)

درآمد حاصل از تامین اجتماعی: آیا شما یا فردی در خانوارتان، از تامین اجتماعی مستمری دریافت میکنند؟ ☐ خیر ☐ بله

اگر پاسخ بله است، درآمد دریافتی از اداره تامین اجتماعی مربوط به مزایای بازنشستگی، معلولیت، یا بازماندگان را وارد کنید. درآمد تامین اجتماعی تکمیلی (SSI) را گزارش ندهید.

نام فرد دریافت کننده تامین اجتماعی (به غیر از SSI)	درآمد ناخالص ماهانه
نام فرد دریافت کننده تامین اجتماعی (به غیر از SSI)	درآمد ناخالص ماهانه
نام فرد دریافت کننده تامین اجتماعی (به غیر از SSI)	درآمد ناخالص ماهانه

درآمد حاصل از اجاره: آیا شما یا فردی در خانوارتان، درآمد حاصل از اجاره دریافت میکنند؟ ☐ خیر ☐ بله

اگر پاسخ بله است، درآمد ماهانه دریافتی حاصل از اجاره املاک یا ملک شخصی را وارد کنید. درآمد خالص را بعد از کسر هزینههای معقول کسب و کار وارد کنید.

نام فرد دریافت کننده درآمد حاصل از اجاره	نام ملک (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه
نام فرد دریافت کننده درآمد حاصل از اجاره	نام ملک (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه
نام فرد دریافت کننده درآمد حاصل از اجاره	نام ملک (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه

درآمد خود-اشتغالی: آیا شما یا هر فردی که برای او درخواست میدهید، در حال حاضر خود-اشتغال هستید؟ ☐ خیر ☐ بله

اگر پاسخ بله است، درآمد خالص ماهانه تخمینی فعلی (سود پس از پرداخت هزینههای کسب و کار) حاصل از خود-اشتغالی را وارد کنید. لطفاً برای مشاهده هزینههای معقول کسب و کار به صفحه ii رجوع کنید. اگر کاملاً مشخص است که در آینده تغییراتی به وجود میآید، میتوانید میانگین درآمد خود را ارائه دهید. مبلغ ماهانه را طبق توضیحات در WAC 182-509-0370 با گرفتن میانگین درآمد در یک بازه زمانی نمونه تخمین بزنید.

نام فرد خود-اشتغال	نام شرکت (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه (درآمد شرکت سهامی یا شرکت اس را در اینجا وارد نکنید)
نام فرد خود-اشتغال	نام شرکت (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه (درآمد شرکت سهامی یا شرکت اس را در اینجا وارد نکنید)
نام فرد خود-اشتغال	نام شرکت (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه (درآمد شرکت سهامی یا شرکت اس را در اینجا وارد نکنید)

درآمد حاصل از تامین اجتماعی: آیا شما یا فردی که برای او درخواست می‌دهید، از تامین اجتماعی مستمری دریافت می‌کنید؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، درآمد دریافتی از اداره تامین اجتماعی مربوط به مزایای بازنشستگی، معلولیت، یا بازماندگان را وارد کنید. درآمد تامین اجتماعی تکمیلی (SSI) را گزارش ندهید.

نام فرد دریافت کننده تامین اجتماعی (به غیر از SSI)	درآمد ناخالص ماهانه
نام فرد دریافت کننده تامین اجتماعی (به غیر از SSI)	درآمد ناخالص ماهانه
نام فرد دریافت کننده تامین اجتماعی (به غیر از SSI)	درآمد ناخالص ماهانه

سایر درآمدها

8

نقشه فرزند یا مبالغ مربوط به کهنسربازان غیر-مستمریگیر را نگنجانید. تمام مواردی را که صدق می‌کنند، علامت بزنید و به ما بگویید که چه کسی آن را دریافت می‌کند، چقدر و هر چند وقت یکبار دریافت می‌کند.

نقشه / نقشه همسر	چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:
چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:	
مقرری سالانه یا	چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:
چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:	
سود سرمایه	چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:
چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:	
سود سهام، سهام	چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:
چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:	
درآمد کشاورزی	چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:
چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:	
درآمد خارجی	چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:
چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:	
درآمد حاصل از سپرده	چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:
چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:	
درآمد بهره	چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:
چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:	
درآمد IRA	چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:
چه کسی:	\$:	هر چند وقت یکبار:	

سایر درآمدهای مشمول مالیات	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
مزایای بازنشستگی راه‌آهن	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
درآمد حق امتیاز	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
درآمد قبیل‌های مشمول مالیات	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
مزایای بیکاری	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____

آیا امسال اعضای زیر 19 سال یا وابستگان مالیاتی نامبرده در این تقاضانامه از شرایط لازم برای ارائه اظهارنامه مالیاتی فدرال برخوردار هستند؟

نام _____	بله	خیر
نام _____	بله	خیر
نام _____	بله	خیر

کسورات

9

این هزینه‌ها می‌توانند مبلغ درآمد را که برای برخی از پوشش‌های مراقبت بهداشتی در نظر می‌گیریم کاهش دهند، درست مانند IRS که از آنها برای کاهش مبلغ مالیات شما استفاده می‌کند. حتی اگر پاسخ ندهید، می‌توانید واجد شرایط دریافت پوشش مراقبت بهداشتی رایگان یا کم‌هزینه باشید.

نصفه / نصفه همسر پرداخت شده	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
برخی هزینه‌های کاری قابل مطالبه	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
هزینه‌های مربی	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
سهم حساب پس‌انداز سلامت	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____
	چه کسی: _____	\$. _____	هر چند وقت یکبار: _____

هزینه‌های جابجایی برای یک
جابجایی جابجایی نظامی رسمی

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____
چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

جریمه برداشت زود هنگام از پس‌انداز چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____
چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

سهم حساب بازنشستگی
قبل از مالیات

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____
چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

بیمه سلامت خود-اشتغالی

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____
چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

طرح بازنشستگی خود-اشتغالی

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____
چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

مالیات خود-اشتغالی

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____
چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

بهره وام دانشجویی

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____
چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

اطلاعات تکمیلی

10

هیچ‌کدام از اعضای درخواست‌دهنده پوشش به هیچ‌یک از این خدمات نیاز دارند؟

الف. خدمات مراقبتی بلند-مدت زیرا در حال حاضر در یک موسسه پزشکی، مانند آسایشگاه، زندگی می‌کنید یا قرار است به آنجا نقل مکان کنید. خیر بله

اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید: _____

نوع مرکز: _____

ب. یک پرستار خانگی؟ خیر بله اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید: _____

ج. خدمات مراقبتی خانه سالمندان؟ خیر بله اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید: _____

د. خدمات از طریق بخش معلولیت‌های رشدی؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید: _____

ه. مراقبت آسایشگاهی؟ خیر بله اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید: _____

و. پوشش مراقبت بهداشتی زیرا آنها به دلیل بیماری یا معلولیت قادر به کار نیستند؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید: _____

اگر هر یک از موارد زیر در مورد شما صدق کند، ممکن است لازم باشد که فرم HCA 18-005 را تکمیل کنید: (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf)

- سن شما 65 به بالا است یا Medicare دارید.
- پاسخ شما به یکی از پرسشهای الف-و فوق بله بوده است.
- برای برنامه نیازمندان پزشکی (MN) یا Apple Health مخصوص کارگران دارای معلولیت (HWD) تقاضا می‌دهید.

11 قبل از امضا با دقت مطالعه کنید

افشای اطلاعات به سایر سازمانهای ایالتی و فدرال:

من به Washington Healthplanfinder اجازه می‌دهم که اطلاعات اظهارنامه مالیاتی من را در طول روند تمدید سالانه به مدت حداکثر 5 سال به طور الکترونیکی تایید کند. من میدانم که میتوانم در هر زمانی رضایت خود را پس بگیرم. با علامت زدن این کادر، اجازه می‌دهم که بدون اینکه اقدام دیگری از سوی من انجام گیرد، اعتبارهای مالیاتی در تمدید سالانه من اعمال شوند.

خیر بله

من حقوق و مسئولیتهایم را مطالعه کرده‌ام یا برای من توضیح داده شده‌اند و یک نسخه از حقوق و مسئولیتهای مشتری را دریافت کرده‌ام.

12 اظهاریه و امضا

برای درخواست پوشش رایگان یا کم-هزینه Washington Apple Health (Medicaid) یا اعتبارهای مالیاتی جهت کاهش حق بیمه خود، لازم است که قسمت زیر را امضا کنید.

من اطلاعات مندرج در این تقاضانامه را مطالعه کرده‌ام و از آنها اطلاع دارم. من، با اذعان به اطلاع از مجازات شهادت کذب، اعلام می‌کنم اطلاعاتی که در این تقاضانامه ارائه کرده‌ام، تا جاییکه میدانم، درست، صحیح، و کامل است.

تاریخ

امضا