

درخواست Washington Apple Health سالمند، نابینا و ناتوان/خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت

از این درخواست استفاده کنید تا بفهمید در این موارد ممکن است واجد شرایط کدام پوشش مراقبت‌های بهداشتی باشید:

- به خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) نظیر مراقبت در آسایشگاه، مرکز مراقبت کمکی، مرکز مراقبت سالمندان، برنامه‌های مراقبت در خانه یا پشتیبانی‌های متناسب برای سالمندان (TSOA) نیاز دارید.
- شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان پوشش Medicare دارید.
- برای پرداخت حق بیمه Medicare یا هزینه‌های بیمه مشترک به کمک نیاز دارید.
- شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان بیشتر از 65 سال دارید.
- شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان ناتوان جسمی دارید و از Medicare برخوردار نیستید.
- در رابطه با TSOA: سن شما 55 سال یا بیشتر است و شما یا مراقب بدون دستمزد شما به حمایت نیاز دارید.

توجه: اگر لازم است برای خانواده، فرزندان، بارداری یا عضو بزرگسال جدید خدمات درمانی درخواست کنید، با Healthplanfinder تماس بگیرید wahealthplanfinder.org یا با شماره 1-855-923-4633 تماس بگیرید

- فرد بالغ 18 تا 64 ساله هستید.
- از طرف کودکان درخواست می‌دهید.
- والد یا مراقبی هستید که همراه با کودکان درخواست می‌دهید.
- بارداری یا از طرف فردی باردار درخواست می‌دهید.

درخواست را به صورت آنلاین سریع‌تر ارسال کنید

- می‌توانید درخواست خود را به صورت آنلاین از طریق نشانی washingtonconnection.org ثبت کنید

اطلاعاتی که برای ثبت درخواست لازم دارید:

- شماره‌های تأمین اجتماعی
- تاریخ‌های تولد
- وضعیت مهاجرت
- اطلاعات درآمد
- اطلاعات درباره منابع و دارایی‌ها (نظیر موجودی حساب بانکی، سهام‌ها، اوراق قرضه، اعتبارات و حساب‌های بازنشستگی)

چرا این همه اطلاعات درخواست می‌کنیم؟

- استفاده ما از این اطلاعات برای این است که مشخص کنیم ممکن است واجد شرایط کدام پوشش مراقبت‌های بهداشتی باشید.
- ما اطلاعات ارائه‌شده توسط شما را بنا بر الزام قانونی، محرمانه نگه می‌داریم.

درخواست تکمیل‌شده و امضا شده خود را باید به کجا ارسال کرد

- برای Apple Health بر مبنای ناتوانی جسمی، پوشش پناهجویان و پوشش افراد 65 سال به بالا و برنامه‌هایی که به پرداخت حقوق و هزینه‌های Medicare کمک می‌کنند
- درخواست خود را به این نشانی بفرستید:

DSHS
Community Services Division - Customer Service Center
PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699

- درخواست خود را به شماره 1-888-338-7410 فکس کنید
- درخواست خود را به اداره خدمات اجتماعی (CSO) منطقه خود بفرستید.
- برای پیدا کردن موقعیت ادارات به dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office مراجعه کنید
- به صورت آنلاین در washingtonconnection.org درخواست دهید
- برای درخواست تلفنی با 1-877-501-2233 تماس بگیرید

در رابطه با پوشش خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت نظیر مراقبت در آسایشگاه، مراقبت شخصی در منزل، مرکز کمک به زندگی یا برنامه‌های مرکز مراقبت سالمندان و TSOA

- درخواست خود را به این نشانی بفرستید:

DSHS

Home and Community Services

PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826

- برای یافتن مکان خدمات قابل ارائه در منزل و جامعه (HCS)، از dshs.wa.gov/office-locations بازدید کنید
- درخواست خود را به شماره 1-855-635-8305 فکس کنید
- به صورت آنلاین در washingtonconnection.org درخواست دهید
- برای اطلاع از منابع LTSS بیشتر، از dshs.wa.gov/altsa/resources بازدید کنید
- برای اطلاع از منابع TSOA بیشتر، با شماره 1-855-567-0252 یا سازمان منطقه‌ای سالمندان (AAA) خود تماس بگیرید و با متخصص مراقب خانواده صحبت کنید. دفتر AAA محلی خود را از این لینک پیدا کنید: wacalc.org

حقوق و مسئولیت‌های پوشش مراقبت‌های بهداشتی

حقوق شما (آنچه ما باید انجام دهیم) در مورد تمام برنامه‌های پوشش مراقبت‌های بهداشتی

به شما کمک کنیم فرم‌های ضروری را بخوانید و پر کنید. برای دریافت کمک می‌توانید با وزارت خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS) به شماره 1-877-501-2233 تماس بگیرید.

زمانی که با DSHS یا اداره امور مراقبت‌های بهداشتی (HCA) ارتباط برقرار می‌کنید، به رایگان و بدون تأخیر مترجم کتبی یا شفاهی در اختیارتان بگذاریم.

اطلاعات شخصی شما را محرمانه نگه داریم، اما ممکن است برخی اطلاعات را برای احراز صلاحیت یا ثبت‌نام در برنامه‌ها در اختیار سایر آژانس‌های ایالتی و فدرال، مؤسسات مالی و طرف‌های قرارداد HCA بگذاریم.

اگر با هر یک از تصمیم‌های گرفته‌شده توسط DSHS یا HCA که بر احراز صلاحیت شما برای پوشش سلامت، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) یا طرح سلامت تأثیر می‌گذارد، مخالف هستید، فرصت درخواست تجدیدنظر در اختیارتان قرار دهیم. اگر درخواست تجدیدنظر کنید، پرونده شما بازنگری می‌شود. برای کسب اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر درباره برنامه‌های DSHS، می‌توانید با مرکز تماس خدمات مشتریان DSHS به شماره 1-877-501-2233 تماس بگیرید یا به اداره خدمات اجتماعی محل خود مراجعه کنید.

اگر درخواست تجدیدنظر برای تصمیمی درباره پوشش Washington Apple Health دارید که با بازنگری پرونده حل‌نشده باقی مانده است، در نوبت رسیدگی اداری قرار خواهید گرفت.

با شما به عزت و احترام رفتار کنیم. قائل شدن تبعیض مغایر با قانون است. DSHS و HCA از قوانین حقوق مدنی فدرال مربوطه تبعیت می‌کنند و هیچ‌گونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت افراد قائل نمی‌شوند. DSHS و HCA افراد را به دلیل نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت آن‌ها کنار نمی‌گذارند یا با آن‌ها متفاوت رفتار نمی‌کنند.

DSHS و HCA همچنین از قوانین ایالتی مربوطه تبعیت می‌کنند و هیچ‌گونه تبعیضی بر اساس عقیده، جنسیت، بیان جنسیت یا هویت، گرایش جنسی، وضعیت تأهل، مذهب، پایان خدمت افتخاری یا جایگاه نظامی، یا استفاده از سگ راهنمای آموزش‌دیده یا حیوان خدمت‌رسان توسط افراد با ناتوانی قائل نمی‌شوند.

DSHS و HCA:

- کمک و خدمات رایگان به افراد دارای معلولیت ارائه می‌دهند تا آن‌ها بتوانند با ما به شکلی مؤثر ارتباط برقرار کنند، از جمله:
 - مترجمان زبان اشاره دارای صلاحیت
 - 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 می‌دهند، از جمله:
 - مترجمان دارای صلاحیت
 - اطلاعات نوشته‌شده به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید با شماره 1-877-501-2233 تماس بگیرید.

اگر معتقدید که DSHS یا HCA چنین خدماتی را به شما ارائه نداده یا اینکه به شکلی دیگر در مورد شما تبعیض قائل شده‌اند، می‌توانید شکوایه‌ای ثبت کنید:

• **DSHS**
ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
Fax: 1-888-338-7410
askdshs@dshs.wa.gov

• **HCA Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer
PO Box 42704
Olympia, WA 98504-2704
1-855-682-0787
Fax: 1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov

می‌توانید شکوایه را حضوری یا با تلفن، نامه، فکس یا ایمیل تنظیم کنید. اگر در تنظیم شکوایه به کمک نیاز دارید، خدمات اعضای DSHS یا بخش خدمات حقوقی HCA در خدمت شما هستند.

همچنین از طریق روش‌های زیر می‌توانید شکایات مربوط به حقوق مدنی را نزد وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده مطرح نمایید: به صورت الکترونیکی از طریق <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> یا از طریق ارسال نامه به نشانی زیر یا تماس با شماره زیر:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 800-537-7697 (TDD).

فرم‌های شکایت در این نشانی در دسترس هستند: www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

وظایف شما (آنچه باید انجام دهید) در رابطه با تمام برنامه‌های پوشش مراقبت‌های بهداشتی

SSN و افشای وضعیت مهاجرت. به استثنای چند مورد، باید شماره تأمین اجتماعی (SSN) یا شماره سند مهاجرت خود یا هر شخص دیگری از خانواده خود را که می‌خواهد برای دریافت پوشش مراقبت‌های بهداشتی درخواست بدهد، ارائه دهید. SSN برای ارائه درخواست اعتبارات مالیاتی حق بیمه سلامت الزامی است. ما از این اطلاعات استفاده می‌کنیم تا با تأیید هویت، شهروندی، وضعیت مهاجرت، تاریخ تولد و امکان استفاده شما از سایر پوشش‌های مراقبت‌های بهداشتی، صلاحیتتان را احراز کنیم. ما این اطلاعات را در اختیار هیچ آژانس مهاجرتی قرار نمی‌دهیم.

امکان ارائه درخواست پوشش برای بعضی از اعضای خانواده‌تان وجود دارد، اما نه برای سایرین. اگر SSN یا شماره سند مهاجرت تمام اعضای خانواده را در اختیار ندارید، سایرین همچنان می‌توانند درخواستشان را برای تحت پوشش قرار گرفتن ارائه دهند و تحت پوشش قرار گیرند. برای مثال، می‌توانید برای فرزندان ثبت درخواست کنید، حتی اگر خودتان واجد شرایط پوشش نباشید. ثبت درخواست بر وضعیت مهاجرت یا احتمال شهروند شدن یا گرفتن اقامت دائمی توسط شما تأثیر نمی‌گذارد.

چند برنامه Washington Apple Health هم برای افرادی وجود دارد که نمی‌توانند مدارکی مبنی بر حضور قانونی در کشور ارائه دهند. اما اگر SSN یا شماره سند مهاجرت برای اعضای خانواده ارائه ندهید، لازم است که بیشتر با شما صحبت داشته باشیم تا درباره درآمد اشخاصی که تقاضای پوشش ندارند اطلاعات کسب کنیم.

در صورت درخواست از طرف سازمان، هر گونه اطلاعات یا ادله لازم را برای تشخیص واجد شرایط بودن آن‌ها بگذارید.

آنچه باید درباره همه برنامه‌های پوشش مراقبت‌های بهداشتی بدانید

قوانین ایالتی و فدرال مشخصی وجود دارند که فعالیت Washington Connection و سیستم‌های ثبت درخواست ایالتی، حقوق و مسئولیت‌های شما به‌عنوان کسی که از آن‌ها استفاده می‌کند و پوششی که شما با استفاده از آن‌ها دریافت می‌کنید، همه مبتنی بر آن‌ها هستند. با استفاده از این سیستم‌ها، موافقت می‌کنید از قوانینی که کاربران 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 که از طریق دفاتر امداد عمومی خود، خدمات ثبت نام رأی‌دهنده را ارائه دهند. درخواست ثبت نام یا خودداری از ثبت نام برای رأی‌دهی، بر خدمات یا میزان مزایایی که از طریق این سازمان دریافت خواهید کرد، هیچ تأثیری نخواهد گذاشت. می‌توانید درخواست ثبت نام برای رأی‌دهی را از طریق نشانی www.vote.wa.gov ارائه دهید یا با تماس گرفتن با شماره 1-800-448-4881، فرم‌های ثبت نام رأی‌دهنده را درخواست کنید.

HCA و DSHS به موجب محدودیت‌های **قانون انتقال و پاس‌گویی الکترونیک بیمه سلامت (HIPAA)** از ارائه اطلاعات سلامت شما یا هر یک از اعضای خانواده‌تان با هر شخص دیگری، من 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 HIV، ایدز و بیماری‌های مقاربتی یا خدمات درمانی و وابستگی شیمیایی می‌شود.

قانون مراقبت مقرون به صرفه، DSHS و HCA را از ارائه اطلاعات هویت شخصی (PII) شما یا هر کدام از اعضای خانواده‌تان بدون رضایت شما یا به هر شخصی که مجاز به دریافت آن نیست، منع می‌کند.

اطلاعاتی که در اختیار DSHS و HCA می‌گذارید به منظور احراز صلاحیت شما جهت دریافت پوشش مراقبت‌های بهداشتی، توسط مقامات فدرال و ایالتی تأیید می‌شوند. فرایند تأیید ممکن است شامل تماس کارکنان سازمان با شما جهت کسب اطلاعات بیشتر باشد.

HCA و DSHS مسئولیتی در رابطه با اجرای طرح بیمه سلامت شما ندارند. ارائه‌دهنده بیمه سلامت شما می‌تواند اطلاعات بیشتری در مورد مزایای دریافتی به شما ارائه دهد. **اگر سؤالی در مورد شرایط طرح بیمه سلامت خود دارید، از جمله اینکه واجد شرایط دریافت چه مزایایی هستید، و طرح کردن دادخواست در رابطه با مزایا یا درخواست تجدیدنظر در رابطه با لغو مزایا، باید با ارائه‌دهنده بیمه سلامت خود تماس بگیرید.**

می‌توانید از طریق بخش حمایت از کودکان (DCS) درخواست ارائه خدمات پشتیبانی ارائه کنید. برای دریافت فرم درخواست این خدمات به نشانی www.childsupportonline.wa.gov مراجعه کنید یا با دفتر DHS در منطقه خود تماس بگیرید.

حقوق شما (آنچه ما باید انجام دهیم) مخصوص Washington Apple Health

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

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

به شما اجازه دهیم درخواست یا درخواست نسبی با استفاده از روش‌های فهرست‌شده در WAC 182-503-0005 ثبت کنید.

درخواست شما را به سرعت و قبل از ضرب‌الاجل‌های توصیف‌شده در WAC 182-503-0060 بررسی کنیم.

برای ارائه اطلاعاتی که ما جهت احراز صلاحیت شما نیاز داریم به شما 10 روز تقویمی زمان بدهیم. اگر زمان بیشتری بخواهید، به شما زمان بیشتر داده خواهد شد. اگر این اطلاعات را در اختیار ما نگذارید یا زمان بیشتری درخواست نکنید، ممکن است پوشش مراقبت‌های بهداشتی شما را رد کنیم، بندهیم یا تغییر دهیم.

اگر در دریافت اطلاعات یا گواهی لازم برای ما جهت اخذ تصمیم درباره صلاحیت‌تان به مشکل برخوردید، به شما کمک کنیم. اگر ما مدركی را لازم داریم که برای شما هزینه دارد، ما درخواست آن را می‌فرستیم و هزینه مربوطه را می‌پردازیم.

در بیشتر موارد، اطلاع‌رسانی را دست‌کم 10 روز پیش از توقف پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌تان به شما انجام دهیم. پیش از توقف پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌تان به شما انجام دهیم.

در بیشتر موارد، به شما ظرف 45 روز یک حکم کتبی بدهیم. پوشش مراقبت‌های بهداشتی برای برخی موارد معلولیت ممکن است تا 60 روز طول بکشد. در مورد پزشکی بارداری به شما ظرف 15 روز یک حکم کتبی بدهیم.

در صورت حسابرسی پرونده‌تان به شما اجازه می‌دهیم که از صحبت با بازرس خودداری کنید. اجباری نیست که بازرس را به منزل خود راه دهید. می‌توانید از بازرس بخواهید که زمان دیگری مراجعه کند. چنین درخواستی بر صلاحیت شما جهت تحت پوشش مراقبت‌های بهداشتی قرار گرفتن تأثیر نخواهد گذاشت.

زمانی که ما مشغول تصمیم‌گیری درباره صلاحیت شما برای برنامه‌ای دیگر بر اساس WAC 182-504-0125 هستیم می‌توانید همچنان از پوشش Washington Apple Health استفاده کنید.

اگر واجد شرایط باشید، بر مبنای WAC 182-503-0120 به شما خدمات دسترسی برابر داده می‌شود.

مسئولیت‌های شما (آنچه باید انجام دهید) مخصوص Washington Apple Health

ظرف 30 روز تغییرات موردنیاز WAC 182-504-0105 و WAC 182-504-0110 را گزارش کنید. موافقت‌نامه خود را بخوانید تا ببینید چه تغییراتی را باید گزارش کنید.

وقتی از شما خواسته شد، تمديد را تکمیل کنید.

اطلاعات ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی را که برای صدور صورت‌حساب خدمات مراقبت‌های بهداشتی ضروری است، در اختیارمان قرار دهید.

اگر واجد شرایط شناخته شده‌اید، برای Medicare اقدام کنید.

وقتی از شما خواسته شد، با کارکنان تضمین کیفیت همکاری کنید

وقتی پوشش Washington Apple Health درخواست یا دریافت می‌کنید، به دنبال درآمد بالقوه از منابع دیگر باشید و تلاش معقولى برای آن داشته باشید.

آنچه باید بدانید مخصوص Washington Apple Health

با درخواست و دریافت Washington Apple Health، تمام حقوق مربوط به هرگونه پشتیبانی پزشکی و پرداخت طرف ثالث برای مراقبت‌های بهداشتی را به ایالت واشنگتن می‌دهید.

آژانس ممکن است تاریخچه واکسیناسیون فرزند شما را در اختیار سیستم پیگیری پروفایل واکسیناسیون کودک بگذارد.

اطلاعاتی که گزارش می‌کنید ممکن است جهت احراز صلاحیت و تصمیم‌گیری درباره مزایای ماهانه برنامه‌هایی نظیر پوشش مراقبت‌های بهداشتی، کمک نقدی، مساعده غذا 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 (RCW 41.05A.090، RCW 43.20B.080 و فصل 182-527 WAC) از اموال شما بازپرداخت کند. بازپرداخت از طریق اموال تا زمان مرگ شما، مرگ همسر بازمانده شما یا رسیدن سن فرزندان بازمانده شما به 21 سال یا بیشتر اتفاق نمی‌افتد. استرداد اموال در صورت نابینا/ ناتوان بودن فرزند بازمانده شما در زمان مرگتان هم 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 دولتی که هزینه‌هایشان پرداخت شده، فارغ از اینکه در چه زمانی خدمات را دریافت کرده‌اید.

می‌توانید فهرستی از خدمات مشمول بازپرداخت از اموال را در WAC 182-527-2742 پیدا کنید. می‌توانید فهرستی از دارایی‌هایی که مشمول بازپرداخت از اموال نیستند را در WAC 182-527-2746 پیدا کنید.

اگر برای همیشه بستری شوید (WAC 182-527-2734)، دولت ممکن است در هر سنی که باشید بر املاک شما حق تصرف پیش از مرگ وضع کند. 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 کند، شریک ملکی آن باشد یا شرایطی خاص داشته باشد؛
- فرزند نابینا/ ناتوان 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 تصرف پیش از مرگ را در WAC 182-527-2734 مشاهده کنید.

اگر به‌دنبال دریافت خدمات سلامت غیرضروری از تأمین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی باشید، **ممکن است به استفاده از یک تأمین‌کننده مراقبت‌های بهداشتی، داروخانه و/یا بیمارستان محدود شوید.**

[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 የሰነድ-ችን 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។ លេខទូរស័ព្ទទេវលេខ 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)。

[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 ການແປເອກສານຕີມິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ພຣິໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

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

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨੁਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[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).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 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] ተርጉምቲን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዲሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[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).

درخواست Washington Apple Health برای افراد سالمند، نابینا و ناتوان/خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت

نام متقاضی و اطلاعات تماس

1

نام (خودتان) نام میانی نام خانوادگی

شماره شناسه دریافت‌کننده خدمات (در صورت وجود) امضای متقاضی یا نماینده مجاز

نشانی محل زندگی شما (الزامی)

شهرستان شهر ایالت زیپ‌کد

در صورتی که نشانی فیزیکی ندارید، این کادر را علامت بزنید

نشانی پستی (در صورت تفاوت با نشانی محل زندگی)

شهرستان شهر ایالت زیپ‌کد

شماره تلفن اصلی تلفن همراه ایمیل

اگر در یک ساختمان زندگی می‌کنید، در صورت تفاوت آن با موارد پیش‌تر ذکر شده نام و نشانی ساختمان را بنویسید:

نام ساختمان

نشانی ساختمان

شهرستان شهر ایالت زیپ‌کد



18005

من، همسر، یا یکی از اعضای خانواده‌ام متقاضی این برنامه(ها) است:

خدمات مراقبت در منزل	پوشش مراقبت‌های بهداشتی برای افراد سالمند، نابینا یا ناتوان
کمک در زندگی روزانه/مرکز مراقبت سالمندان	برنامه پس‌انداز Medicare
مراقبت در آسایشگاه	سلامت برای کارگران با ناتوانی جسمی (HWD)
پشتیبانی مناسب سالخورده‌گان (TSOA)	

اطلاعات صورت حساب پزشکی پرداخت نشده

آیا شما یا هر کسی که برای او درخواست ثبت می‌کنید برای پرداخت صورت حساب‌های پرداخت نشده او در 3 ماه پیش از ماه جاری به کمک نیاز دارد؟ بله خیر اگر بله، بنویسید چه کسی:

اطلاعات زبانی

آیا شما یا فردی که از طرف او درخواست می‌دهید به مترجم شفاهی نیاز دارید یا مایلید مدارک را به زبان دیگری دریافت کنید؟ بله خیر

اگر پاسخ بله است، به چه زبان یا فرمت دیگری نیاز دارید؟ تمام موارد مرتبط را فهرست وار ذکر کنید:

اطلاعات مربوط به شما و خانواده‌تان

نام خود، همسر و افراد تحت تکفل در حال زندگی با خود را فهرست کنید، حتی اگر برای آن‌ها درخواست ثبت نمی‌کنید (اگر لازم است برگه‌های اضافی ضمیمه کنید).

خودم

نام (نام، نام وسط، نام خانوادگی) جنسیت هنگام تولد نسبت با شما؟ تاریخ تولد

آیا مایلید برای این فرد پوشش دریافت کنید؟ بله خیر شماره تأمین اجتماعی (SSN)*

وضعیت شهروندی یا غیر شهروندی: (یک گزینه انتخاب کنید)

شهروند ایالات متحده بله خیر ساکن واشنگتن بله خیر

از نژاد هیسپانیک، لاتینو یا اسپانیایی هستید؟ (اختیاری)

کوبایی مکزیکی/آمریکایی مکزیکی/شیکانو غیر اسپانیایی/هیسپانیک

سایر اسپانیایی/هیسپانیک پورتوریکویی

نژاد (اختیاری - تا پنج مورد مرتبط می‌توانید انتخاب کنید)

سرخ پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	چینی	کره‌ای	تایلندی
آسیایی	فیلیپینی	لائوسی	ویتنامی
آسیایی هندی	گوامی	سایر جزایر پاسفیک	سفید پوست

سیاه‌پوست یا آفریقایی‌آمریکایی	هاوایی	سایر نژادها	
کامبوجی	ژاپنی	ساموایی	
<hr/>			
نام (نام، نام وسط، نام خانوادگی)	جنسیت هنگام تولد	نسبت با شما؟	تاریخ تولد
شماره تأمین اجتماعی (SSN)*	آیا مایلید برای این فرد پوشش دریافت کنید؟		بله خیر
وضعیت شهروندی یا غیرشهروندی: (یک گزینه انتخاب کنید)			
شهروند ایالات متحده	بله	خیر	ساکن واشنگتن
بله	خیر	بله	خیر
از نژاد هیسپانیک، لاتینو یا اسپانیایی هستید؟ (اختیاری)			
کوبایی	مکزیک/آمریکایی‌مکزیک/شیکانو	غیر اسپانیایی/هیسپانیک	
سایر اسپانیایی/هیسپانیک	پورتوریکویی		
نژاد (اختیاری - تا پنج مورد مرتبط می‌توانید انتخاب کنید)			
سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	چینی	کره‌ای	تایلندی
آسیایی	فیلیپینی	لائوسی	ویتنامی
آسیایی‌هندی	گوامی	سایر جزایر پاسفیک	سفیدپوست
سیاه‌پوست یا آفریقایی‌آمریکایی	هاوایی	سایر نژادها	
کامبوجی	ژاپنی	ساموایی	

نام (نام، نام وسط، نام خانوادگی)	جنسیت هنگام تولد	نسبت با شما؟	تاریخ تولد
شماره تأمین اجتماعی (SSN)*	آیا مایلید برای این فرد پوشش دریافت کنید؟		بله خیر
وضعیت شهروندی یا غیرشهروندی: (یک گزینه انتخاب کنید)			
شهروند ایالات متحده	بله	خیر	ساکن واشنگتن
بله	خیر	بله	خیر
از نژاد هیسپانیک، لاتینو یا اسپانیایی هستید؟ (اختیاری)			
کوبایی	مکزیک/آمریکایی‌مکزیک/شیکانو	غیر اسپانیایی/هیسپانیک	
سایر اسپانیایی/هیسپانیک	پورتوریکویی		

نژاد (اختیاری - تا پنج مورد مرتبط می‌توانید انتخاب کنید)

سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	چینی	کره‌ای	تایلندی
آسیایی	فیلیپینی	لائوسی	ویتنامی
آسیایی هندی	گوامی	سایر جزایر پاسفیک	سفیدپوست
سیاه‌پوست یا آفریقایی آمریکایی	هاوایی	سایر نژادها	
کامبوجی	ژاپنی	ساموایی	

نام (نام، نام وسط، نام خانوادگی) جنسیت هنگام تولد نسبت با شما؟ تاریخ تولد

شماره تأمین اجتماعی (SSN)* آیا مایلید برای این فرد پوشش دریافت کنید؟ بله خیر

وضعیت شهروندی یا غیرشهروندی: (یک گزینه انتخاب کنید)

شهروند ایالات متحده بله خیر ساکن واشنگتن بله خیر

از نژاد هیسپانیک، لاتینو یا اسپانیایی هستید؟ (اختیاری)

کوبایی مکزیکی/آمریکایی مکزیکی/شیکانو غیر اسپانیایی/هیسپانیک

سایر اسپانیایی/هیسپانیک پورتوریکویی

نژاد (اختیاری - تا پنج مورد مرتبط می‌توانید انتخاب کنید)

سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	چینی	کره‌ای	تایلندی
آسیایی	فیلیپینی	لائوسی	ویتنامی
آسیایی هندی	گوامی	سایر جزایر پاسفیک	سفیدپوست
سیاه‌پوست یا آفریقایی آمریکایی	هاوایی	سایر نژادها	
کامبوجی	ژاپنی	ساموایی	

نام (نام، نام وسط، نام خانوادگی) جنسیت هنگام تولد نسبت با شما؟ تاریخ تولد

شماره تأمین اجتماعی (SSN)* آیا مایلید برای این فرد پوشش دریافت کنید؟ بله خیر

وضعیت شهروندی یا غیرشهروندی: (یک گزینه انتخاب کنید)

شهروند ایالات متحده بله خیر ساکن واشنگتن بله خیر

از نژاد هیسپانیک، لاتینو یا اسپانیایی هستید؟ (اختیاری)

کوبایی مکزیکی/آمریکایی مکزیکی/شیکانو غیر اسپانیایی/هیسپانیک

سایر اسپانیایی/هیسپانیک پورتوریکویی

نژاد (اختیاری - تا پنج مورد مرتبط می‌توانید انتخاب کنید)

تایلندی	کره‌ای	چینی	سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا
ویتنامی	لائوسی	فیلیپینی	آسیایی
سفیدپوست	سایر جزایر پاسفیک	گوامی	آسیایی هندی
	سایر نژادها	هاوایی	سیاه‌پوست یا آفریقایی آمریکایی
	ساموایی	ژاپنی	کامبوجی

*HCA این اطلاعات را در اختیار هیچ سازمان مهاجرتی جهت اهداف اعمال قوانین مهاجرت قرار نمی‌دهد. اگر SSN ندارید، این قسمت را خالی بگذارید.

اطلاعات کلی

6

1. در 30 روز گذشته، من، همسر یا یکی از اعضای خانواده‌ام از ایالت، قوم یا منبعی دیگر پوشش مراقبت‌های بهداشتی دریافت کرده‌ایم؟

بله خیر اگر پاسخ بله است، توضیح دهید _____

2. من، همسر، یا یکی از اعضای خانواده‌ام در ایالتی دیگر درآمد تأمینی مکمل (SSI) دریافت کرده‌ایم؟

بله خیر اگر بله، چه کسی؟ _____

3. من، همسر، یا یکی از اعضای خانواده‌ام مهاجر حمایت‌شده (sponsored immigrant) هستیم؟

بله خیر اگر بله، چه کسی؟ _____

4. من، همسر، یا یکی از اعضای خانواده‌ام در نیروهای مسلح ایالات متحده، گارد ملی یا نیروی ذخیره ارتش خدمت کرده‌ایم و یا وابسته یا همسر کسی بوده‌ایم که در این نیروها خدمت کرده است:

بله خیر اگر بله، چه کسی؟ _____

5. من وابسته مالیاتی‌ای دارم که با من زندگی نمی‌کند و هنوز در فرم درخواست خود مشخصات او را ثبت نکرده‌ام؟

بله خیر اگر بله، نام وابستگان مالیاتی را بنویسید _____

6. وضعیت تأهل من: مجرد متأهل و در حال زندگی با همسر متأهل و در حال زندگی جدا با همسر مطلقه

بدون همسر در وضعیت همخانگی ثبت شده از نظر قانونی جدا شده

درآمد حاصل از اشتغال یا خوداشتغالی (مدرک را ضمیمه کنید)

7

اشتغال:

- حقوق، دستمزد یا انعام که مالیات‌های درآمد فدرال در فرم W-2، کادر 1 نگه داشته می‌شود
- پاداش‌ها و حق مأموریت‌ها
- پرداخت‌های طرح بازنشستگی
- درآمد حاصل از شغل در شرایطی که کارفرمایان مالیات را نگه نداشته است (نظیر پیمانکاری مستقل)

خوداشتغالی:

- راندگی خودرو برای انتقال
- مسافر یا کالا
- عازم مأموریت شدن یا انجام وظایف
- فروش آنلاین کالا
- ارائه خدمات خلاقانه یا حرفه‌ای
- ارائه سایر کارهای موقت، طبق تقاضا، یا آزاد
- مزایای اعتصاب اتحادیه
- مدیریت یا مالکیت کسب‌وکار
- مدیریت یا مالکیت مزرعه
- کشیش یا عضو گروه مذهبی
- کارمند قانونی دارای حقوق

1. من، همسر، یا کسی که برای او ثبت درخواست می‌کنم از محل کار درآمد دارد بله خیر اگر بله، لطفاً این بخش را تکمیل کنید.

2. چه کسی این درآمد را کسب می‌کند: _____ نام کارفرما _____ شماره تلفن کارفرما _____

تاریخ شروع _____ آیا این شغل خویش‌فرما است؟ بله خیر _____

خالص دریافتی (مبلغ دریافتی پیش از کسورات به دلار) _____ هر: _____ ساعت _____ هفته _____ دو هفته _____

دو بار در ماه _____ ماه _____

ساعت در هفته _____ روزهای پرداخت (مثلاً اول یا پانزدهم ماه یا هر جمعه) _____

3. چه کسی این درآمد را کسب می‌کند: _____ نام کارفرما _____ شماره تماس کارفرما _____

تاریخ شروع _____ آیا این شغل خویش‌فرما است؟ بله خیر _____

خالص دریافتی (مبلغ دریافتی پیش از کسورات به دلار) _____ هر: _____ ساعت _____ هفته _____ دو هفته _____

دو بار در ماه _____ ماه _____

8 سایر درآمدها (برای تمام اعضای خانواده استفاده شود) (گواهی‌ها را ضمیمه کنید)

1. نمونه‌هایی از سایر درآمدها:

- کمک مالی از طرف فرزند یا نفقه
- از طرف همسر
- مزایای آموزشی (وام‌های دانشجویی، پژوهانه‌ها و کار دانشجویی)
- درآمد حاصل از بازی کردن
- هدایا (کمک مالی نقدی/کارت هدیه)
- بهره/سود سهام
- اداره کار و صنایع (L&I)
- مستمری شرکت راه‌آهن
- درآمد از اجاره
- حقوق بازنشستگی و مستمری
- قرارداد فروش/سفته
- تأمین اجتماعی
- درآمد تأمینی مکمل (SSI)
- درآمد قبيله‌ای
- تراست‌ها
- مستمری بی‌کاری
- مستمری اداره کهنه‌سربازان (VA) یا ارتش
- سایر

2. سایر درآمدهای خود، همسر خود، یا هر کسی که برای او ثبت درخواست می‌کنید:

نوع درآمد دیگر	دریافت‌کننده درآمد	خالص دریافتی ماهانه	دریافت‌کننده درآمد	خالص دریافتی ماهانه
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

3. من، همسر، یا یکی از اعضای خانواده‌ام از سرمایه‌گذاری سال‌واره (annuity investment) درآمد داریم؟ بله خیر

صاحب سال‌واره	شرکت یا مؤسسه	مقدار یا ارزش	درآمد ماهانه	تاریخ خرید
صاحب سال‌واره	شرکت یا مؤسسه	مقدار یا ارزش	درآمد ماهانه	تاریخ خرید

هزینه‌های مسکن (در صورت درخواست LTSS، مدرک را ضمیمه کنید)

9

اجاره	وام	اجاره فضا	بیمه صاحب خانه	مالیات‌های ملک	سایر مخارج
-------	-----	-----------	----------------	----------------	------------

از شخص یا سازمان دیگری، نظیر مسکن یارانه‌ای برای پرداخت تمام یا بخشی از این هزینه‌ها کمک دریافت می‌کنید؟

بله خیر اگر بله، بنویسید چه کسی:

کسورات

10

1. من، همسر، یا کسی که برای او ثبت درخواست می‌کنم این موارد را می‌پردازد یا ملزم به پرداختشان است:

مراقبت وابسته کودکان و بزرگسالان	مبلغ ماهانه	چه کسی می‌پردازد
پشتیبانی مالی از فرزند به دستور دادگاه	مبلغ ماهانه	چه کسی می‌پردازد
هزینه‌های دریافت‌کننده	مبلغ ماهانه	چه کسی می‌پردازد
هزینه‌های قیمویت	مبلغ ماهانه	چه کسی می‌پردازد
هزینه‌های دادگاه به دستور دادگاه	مبلغ ماهانه	چه کسی می‌پردازد
هزینه‌های پزشکی تکرارشونده (شامل Medicare یا دیگر حقوق بیمه سلامت که شما می‌پردازید)	مبلغ ماهانه	چه کسی می‌پردازد

2. من، همسر، یا کسی که برای او ثبت درخواست می‌کنم هزینه‌های پزشکی بدهکار است؟

نوع هزینه پزشکی	تاریخ بدهکاری	مبلغ بدهکار	بدهکار
نوع هزینه پزشکی	تاریخ بدهکاری	مبلغ بدهکار	بدهکار
نوع هزینه پزشکی	تاریخ بدهکاری	مبلغ بدهکار	بدهکار

3. من، همسر، یا کسی که برای او ثبت درخواست می‌کنم ناتوانی جسمی دارد و مشغول به کار است و مخارجی برای کمک به کار دارد؟ این‌ها مخارج کاری مرتبط با معلولیت (IRWE) نام دارند:

بله خیر اگر بله، مبلغ IRWE را درج کنید _____

11

منابع (مدرک مربوطه را ضمیمه کنید)

اگر تنها برنامه‌های پس‌انداز Medicare (MSP) یا Apple Health برای سلامت کارگران دارای ناتوانی جسمی (HWD) درخواست می‌کنید، از این بخش بگذرید)

1. «منبع» هر چیزی است که شما صاحب آن هستید یا می‌خرید و می‌توان آن را فروخت، معامله کرد یا به پول نقد یا غیرنقد که در اختیار دیگران است تبدیل کرد. منبع شامل اموال شخصی نظیر مبلمان، وسایل منزل یا البسه نمی‌شود. نمونه‌هایی از منبع:
- تراست‌ها
 - حساب بازنشستگی شخصی
 - 401K
 - صندوق بازنشستگی
 - خانه‌ها، شامل خانه‌ای که در آن زندگی می‌کنید
 - صندوق‌های تدفین
 - مجموعه آپارتمانی با مالکیت مشترک
 - زمین
 - قرارداد فروش
 - نقد
 - حساب‌های جاری
 - حساب‌های پس‌انداز
 - گواهی سپرده
 - حساب بازار پول
 - قراردادهای پس‌انداز
 - اوراق قرضه
 - صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک
 - سهام
 - سال‌واره‌ها
 - ساختمان‌ها
 - املاک مادام‌العمر
 - بیمه عمر
 - طرح‌های پیش‌پرداخت مراسم ترحیم
 - بورس‌های تحصیلی
 - واحد تفریحی اشتراکی
 - تجهیزات تجاری
 - تجهیزات زراعی
 - دام

2. منابعی را ذکر کنید که تحت مالکیت شما، همسران یا فردی است که برای او ثبت درخواست می‌کنید یا شما، همسران یا این فرد در حال خرید آن است:

نوع منبع	مالک	مکان	ارزش	مالک	مکان	ارزش
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

3. من، همسر یا هر کسی که برای او ثبت درخواست می‌کنم خودرو، وانت، ون، قایق، ماشین کاروان، تریلر یا وسیله نقلیه موتوری دیگری دارد:

سال (برای مثال 2010)	سازنده (برای مثال فورد)	مدل (برای مثال اسکورت)	مبلغ بدهکار
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

منابع LTSS بیشتر (فقط در صورتی تکمیل کنید که برای خدمات LTSS درخواست می‌دهید)

12

1. من، همسر یا کسی که برای او ثبت درخواست می‌کنم خانه‌ای دارد یا در حال خرید خانه‌ای است که سکونت‌گاه اصلی او است:

نشانی ملک	ارزش فعلی (بر اساس ارزش‌گذاری ارزیاب)	مبلغ وام بدهکار روی ملک
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. من، همسر، یا کسی که برای او ثبت درخواست می‌کنم در پنج سال گذشته منبعی را فروخته، معامله کرده، بخشیده یا انتقال داده است (شامل ملک، تراست، خودرو، پول نقد یا املاک مادام‌العمر)؟ بله خیر
اگر بله، موارد زیر را تکمیل کنید: (در صورت نیاز، برگه‌های اضافی ضمیمه کنید)

نوع منبع	تاریخ انتقال	ارزش منبع انتقالی	طرف انتقال‌گیرنده
نوع منبع	تاریخ انتقال	ارزش منبع انتقالی	طرف انتقال‌گیرنده

13 بیمه مراقبت بلند مدت (برای برنامه‌های پس‌انداز Medicare نیاز نیست)

من/ما بیمه مراقبت بلند مدت داریم؟ بله خیر آیا یک بیمه‌نامه شراکت (LTCP) LTC مجاز است؟
اگر بله، لطفاً نام شرکت(های) بیمه و کسانی را که تحت پوشش بیمه‌نامه قرار می‌گیرند، بنویسید:

شرکت بیمه	شماره بیمه‌نامه	نام صاحب بیمه‌نامه	شخص بیمه‌شده	ارزش به دلار (در صورت LTCP بودن)
شرکت بیمه	شماره بیمه‌نامه	نام صاحب بیمه‌نامه	شخص بیمه‌شده	ارزش به دلار (در صورت LTCP بودن)

برای اضافه کردن هر توضیح دیگری در این درخواست می‌توانید صفحه‌ای حاوی این اطلاعات ضمیمه کنید.

14 اطلاعات نماینده مجاز

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

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

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

1. آیا شما نماینده‌ای مجاز برای خود مشخص کرده‌اید؟ بله خیر

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

بله خیر

3. آیا این نماینده مجاز قیمومیت قانونی دارد؟

بله خیر اگر بله، برای چه کسی؟

4. آیا این نماینده مجاز وکالت‌نامه دارد؟

بله خیر اگر بله، برای چه کسی؟

سازمان/نام نماینده مجاز

نشانی ایمیل

شماره تلفن

نشانی پستی نماینده مجاز

بازپرداخت به ایالت برای پوشش مراقبت‌های بهداشتی و مراقبت بلند مدت:

طبق قانون، ایالت واشنگتن می‌تواند هزینه‌های پرداختی برای برخی خدمات درمانی را از طریق بازپرداخت از طریق اموال (RCW 41.05A.090، RCW 43.20B.080 و فصل 182-527 WAC) از اموال شما بازپرداخت کند. بازپرداخت از طریق اموال تا زمان مرگ شما، مرگ همسر بازمانده شما یا رسیدن سن فرزندان بازمانده شما به 21 سال یا بیشتر اتفاق نمی‌افتد. استرداد اموال در صورت نابینا/ ناتوان بودن فرزند بازمانده شما در زمان مرگتان هم 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 دولتی که هزینه‌هایشان پرداخت شده، فارغ از اینکه در چه زمانی خدمات را دریافت کرده‌اید.

می‌توانید فهرستی از خدمات مشمول بازپرداخت از اموال را در WAC 182-527-2742 پیدا کنید. می‌توانید فهرستی از دارایی‌هایی که مشمول بازپرداخت از اموال نیستند را در WAC 182-527-2746 پیدا کنید.

اگر برای همیشه بستری شوید (WAC 182-527-2734)، دولت ممکن است در هر سنی که باشید بر املاک شما حق تصرف پیش از مرگ وضع کند. 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 کند، شریک ملکی آن باشد یا شرایطی خاص داشته باشد؛
- فرزند نابینا/ ناتوان شما در آن ملک زندگی کند؛ یا
- فرزند کمتر از 21 سال شما در آن ملک زندگی کند.

می‌توانید فهرستی از خدمات مشمول تصرف پیش از مرگ را در WAC 182-527-2734 پیدا کنید.

تخصیص حقوق و همکاری:

شما آگاه هستید که وقتی از پوشش Washington Apple Health برخوردار می‌شوید، پرداخت‌های طرف ثالث برای خدمات درمانی را به ایالت واشنگتن اختصاص می‌دهید. این بدین معنی است که ایالت واشنگتن برای هر طرح بیمه دیگری که قانوناً موظف به پوشش هر کدام از هزینه‌های درمانی شما است صورت حساب صادر می‌کند (طرح بیمه همسر سابق یا والدی که دیگر با شما زندگی نمی‌کند هم در این زمره هستند). مشترک این طرح بیمه می‌تواند اطلاعات هزینه‌های درمانی شما را که توسط این طرح پرداخت شده است، دریافت کند. اگر نگران هستید که این مسئله شما یا فرزندان شما را به دردسر بیندازد، می‌توانید از ما بخواهید که پرداخت‌های طرف ثالث برای خدمات درمانی را پیگیری نکنیم.

افشای مستمری سال‌واره:

اگر شما یا همسرتان سود سال‌واره دارید و مزایای مراقبت بلند مدت (Washington Apple Health (Medicaid)) را پذیرفته‌اید، باید نام ایالت واشنگتن را نیز به‌عنوان ذی‌نفع باقیمانده سال‌واره ذکر کنید.

حقوق دادرسی اداری:

گر مخالف تصمیمی هستید که ما در رابطه با پوشش مراقبت‌های بهداشتی یا خدمات مراقبت بلند مدت شما گرفته‌ایم، از حق درخواست تجدیدنظر در رابطه با این تصمیم از طریق فرایند دادرسی اداری برخوردار هستید. همچنین می‌توانید از یک ناظر و مدیر بخواهید که تصمیم یا اقدام محل بحث را بدون تأثیر بر حقوق شما در دادرسی اداری بازنگری کنند.

درک می‌کنم که اطلاعاتی که برای دریافت مساعده یا تمدید آن ارائه می‌کنم باید توسط مقام‌های فدرال و ایالتی برای تشخیص صحت و سقم آن‌ها تأیید شوند. به اداره امور مراقبت‌های بهداشتی ایالت واشنگتن (HCA) و وزارت خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS) اجازه می‌دهم برای اثبات واجد شرایط بودن من و تأیید اطلاعات مالی من، دارایی‌های من را بررسی کند. می‌دانم که HCA و DSHS می‌توانند برای بررسی دارایی من با هر شرکت مالی تماس بگیرند و در این زمینه تحقیق کنند. می‌دانم این اجازه‌نامه در این موارد پایان می‌یابد: رأی نهایی منفی در مورد درخواست من صادر شود، واجد شرایط بودن من برای مزایا به اتمام برسد، یا از طریق ارسال اطلاعیه کتبی به HCA یا DSHS، این اجازه نامه را لغو کنم. می‌دانم که در صورتی که اجازه‌نامه را لغو کنم یا اجازه ندهم، واجد شرایط هیچ‌کدام از برنامه‌های Washington Apple Health برای افراد سالمند، نابینا یا ناتوان (مرتبط با SSI) نخواهم بود.

ابطال یا خودداری از تأیید بررسی دارایی‌ها روی واجد شرایط بودن من برای پشتیبانی‌های متناسب برای سالمندان (TSOA) تأثیر نمی‌گذارد.

این وزارتخانه خدمات ثبت نام رأی دهندگان، شامل ثبت نام رأی دهنده خودکار، را ارائه می دهد.

درخواست ثبت نام یا خودداری از ثبت نام برای رأی دهی، بر خدمات یا مبلغ مزایایی که ممکن است از این سازمان دریافت کنید، هیچ تأثیری نخواهد گذاشت. اگر می خواهید برای پر کردن فرم ثبت نام رأی دهندگان به شما کمک شود، ما به شما کمک می کنیم. تصمیم درباره اینکه درخواست کمک کرده و یا آن را قبول کنید با شما است. می توانید فرم ثبت نام رأی دهندگان را به صورت خصوصی پر کنید. اگر معتقد هستید که کسی در حق ثبت نام یا عدم ثبت نام شما برای رأی دهی، حق محرمانگی تصمیم گیری در رابطه با ثبت نام یا درخواست ثبت نام برای رأی دهی یا حق شما برای انتخاب حزب خود یا ترجیحات سیاسی دیگر مداخله کرده است، می توانید شکایتی نزد Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504، ایمیل elections@sos.wa.gov یا شماره 1-800-448-4881 طرح کنید.

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

اگر هیچ کادری را علامت نزنید، این گونه قلمداد می کنیم که تصمیم گرفته اید این بار برای رأی دهی ثبت نام نکنید، مگر اینکه واجد شرایط ثبت نام رأی دهنده خودکار باشید و آن را رد نکنید.

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

مایلید به صورت خودکار برای رأی دادن ثبت نام شوید؟ **بله** **خیر**

اگر مقابل گزینه «بله» تیک گذاشته اید یا هیچ کدام از کادرهای بالا را علامت نگذاشته اید و از الزامات واجد شرایط بودن برای ثبت نام رأی دهنده خودکار برخوردار باشید، DSHS اطلاعات شما را به وزارت کشور ارسال می کند و شما به صورت خودکار برای رأی دادن ثبت نام خواهید شد.

برای به اشتراک گذاشتن نظرات یا ثبت اطلاعات بیشتر، صفحه دیگری ضمیمه کنید.

اینجانب اطلاعات موجود در این فرم درخواست را مطالعه کرده و متوجه شده ام. اینجانب، با عنایت به قانون مجازات و جرایم شهادت کذب در قوانین ایالت واشنگتن، اعلام می کنم اطلاعاتی که در این درخواست ارائه داده ام، شامل اطلاعات مربوط به شهروندی و وضعیت مهاجرت اعضای که برای مزایا درخواست داده اند، تا آنجا که می دانم درست، صحیح و کامل است.

امضای دریافت کننده خدمات	شماره تلفن	تاریخ
امضای دریافت کننده خدمات	شماره تلفن	تاریخ
امضای پدر/مادر دریافت کننده خدمات زیر سن قانونی	شماره تلفن	تاریخ
امضای نماینده مجاز یا کمک دهنده	شماره تلفن	تاریخ