

طلب الحصول على معلومات

إلى \_\_\_\_\_ رقم دعوى المقاطعة \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_ رقم المنطقة \_\_\_\_\_

اسم العامل \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_

نحن بحاجة إلى معلومات إضافية لمعالجة طلبك/إعادة تسجيلك في برنامج Medicaid/المساعدة الخاصة. قَدِّم هذه المعلومات بحلول \_\_\_\_\_ لضمان معالجة طلبك/إعادة تسجيلك على الفور. إذا كنت بحاجة إلى مزيد من الوقت، فتواصل معنا.

إذا لم تتمكن من الحصول على العناصر المحددة أدناه، فهناك بنود أخرى يمكننا استخدامها. واصل القراءة للاطلاع على البنود الأخرى التي يمكننا قبولها. لم تتمكن من التحقق من معلوماتك إلكترونيًا.

يتجاوز ذلك الحد الأقصى للدخل لبرنامج Medicaid. بناءً على إجمالي مبلغ الدخل الشهري البالغ قدره \_\_\_\_\_ من الدولارات من \_\_\_\_\_، سيُطلب منك استيفاء مبلغ قابل للاستقطاع. إذا كان مبلغ الدخل هذا غير صحيح، فيمكنك التواصل مع الأخصائي الاجتماعي الخاص بك في برنامج Medicaid. المبلغ القابل للاستقطاع منك للأشهر من \_\_\_\_\_ حتى \_\_\_\_\_ هو \_\_\_\_\_ من الدولارات.

يتجاوز ذلك الحد الأقصى للدخل لبرنامج Medicaid في الشهر (الأشهر) التالي بآثر رجعي. بناءً على إجمالي الدخل الشهري من (مصدر الدخل)، سيُطلب منك استيفاء المبلغ القابل للاستقطاع. إذا كان مبلغ (مبالغ) الدخل الموضح أدناه غير صحيح، فيمكنك التواصل مع الأخصائي الاجتماعي الخاص بك في برنامج Medicaid.

المبلغ القابل للاستقطاع منك بآثر رجعي للشهر (الأشهر):

(الشهر 1) لدخل \_\_\_\_\_ من الدولارات هو \_\_\_\_\_ من الدولارات،

(الشهر 2) لدخل \_\_\_\_\_ من الدولارات هو \_\_\_\_\_ من الدولارات،

(الشهر 3) لدخل \_\_\_\_\_ من الدولارات هو \_\_\_\_\_ من الدولارات،

المبلغ القابل للاستقطاع لمدة شهرين أو ثلاثة أشهر بناءً على إجمالي مبلغ الدخل الشهري البالغ قدره \_\_\_\_\_ من الدولارات من \_\_\_\_\_، للأشهر من \_\_\_\_\_ حتى \_\_\_\_\_، هو \_\_\_\_\_ من الدولارات.

قدم الفواتير الطبية من \_\_\_\_\_ إلى الوقت الحاضر بما في ذلك أي فواتير طبية قديمة مدفوعة أو غير مدفوعة والنفقات الطبية المتوقعة لاستيفاء المبلغ القابل للاستقطاع المذكور أعلاه.

التحقق الطبي من الحمل \_\_\_\_\_

إقرار من الطبيب يؤكد عدد الأطفال المتوقع.

FL-2 مملوء من قِبل الطبيب \_\_\_\_\_

إثبات دخل لـ \_\_\_\_\_ للشهر (الأشهر)

إثبات دخل ونفقات العمل الحر من \_\_\_\_\_ أو إقرار ضريبة الدخل للعام \_\_\_\_\_

أرقام الحسابات البنكية أو كشف (كشوفات) الحساب الذي يوضح الرصيد للأشهر \_\_\_\_\_

نموذج موافقة البنك/نماذج إفصاح عن المعلومات موقعة من قِبل \_\_\_\_\_

بوليصات التأمين على الحياة أو اسم شركات التأمين وأرقام البوليصات لـ \_\_\_\_\_

إثبات المستفيد من المعاش \_\_\_\_\_

إثبات على تعيين برنامج North Carolina Medicaid كمستفيد متيقٍ من المعاش \_\_\_\_\_

اسم مصدر المعاش وبيانات التواصل الخاصة به \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي لـ \_\_\_\_\_

توثيق لحالة الشخص الأجنبي لـ \_\_\_\_\_

التقدم بطلب للحصول على إعانات البطالة إلى \_\_\_\_\_

التقدم بطلب للحصول على الضمان الاجتماعي للمعاقين إلى \_\_\_\_\_

DHB-5028، الموافقة على الإفصاح عن المعلومات، موقعة من قِبل \_\_\_\_\_

بطاقة التأمين الصحي أو اسم الشركة ورقم البوليصة \_\_\_\_\_

إثبات الجنسية والهوية لـ \_\_\_\_\_

إثبات مقر الإقامة في الولاية لـ \_\_\_\_\_

إثبات ملكية المنزل \_\_\_\_\_

التوثيق لدحض عقوبة نقل الأصول أو لإثبات عقوبة نقل الأصول أو كليهما سيسبب مشكلات لا داعي لها. (انظر المرفق) أخرى \_\_\_\_\_

بالإضافة إلى المعلومات المطلوبة أعلاه، من المهم جدًا أن تبلغنا بأي تغييرات في وضعك منذ آخر مراجعة لك.

هل تحتاج إلى مساعدة أو مزيد من الوقت للحصول على المعلومات اللازمة لإكمال طلبك/إعادة تسجيلك؟ انظر الصفحة 2 لمعرفة كيفية التواصل مع الأخصائي الاجتماعي الخاص بك.

أحتاج إلى مساعدة في الحصول على المعلومات لإكمال طلبتي/إعادة تسجيلي.

أحتاج إلى مزيد من الوقت للحصول على المعلومات.

أعلم أن المعلومات الواردة في هذا الطلب ضرورية لتحديد الأهلية للمساعدة على دفع تكاليف التغطية الصحية و/أو برنامج Medicaid وسيتم التحقق منها مقارنة بقواعد البيانات الإلكترونية ودائرة الإيرادات الداخلية (IRS) والضمان الاجتماعي ووزارة الأمن الداخلي ووكالات الإبلاغ عن المستهلكين والمؤسسات المالية والوكالات الحكومية الأخرى أو أي منها.

اسم مقدم الطلب \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

### بنود أخرى يمكننا قبولها لمعالجة طلبك/إعادة تسجيلك في برنامج Medicaid

إذا لم تتمكن من الحصول على العناصر أو العناصر الموضحة أدناه، فيرجى التواصل مع الأخصائي الاجتماعي الخاص بك على الفور. وسيساعدك الأخصائي الاجتماعي الخاص بك.

#### الإبلاغ بالتغييرات

لا تنس الإبلاغ بجميع التغييرات إلى إدارة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك خلال 10 أيام تقويمية (5 أيام تقويمية للمساعدة الخاصة). إذا كنت لا تعرف ما إذا كان التغيير مهمًا، فاسأل الأخصائي الاجتماعي الخاص بك. إذا لم تقم بالإبلاغ بشكل صحيح عن المعلومات والتغييرات، فقد تكون متنبأ بارتكاب جنحة أو جنائية.

#### الفواتير الطبية

إذا لم تكن لديك جميع فواتيرك الطبية، فيمكنك تقديم:

1. إيصالات من مقدمي الخدمات الطبية.
2. إفاذات من مقدمي الخدمات الطبية.
3. الشيكات الملغاة إلى مقدمي الخدمات الطبية.
4. أسماء مقدمي الخدمات الطبية وعناوينهم وأرقام هواتفهم.
5. إيصالات التأمين الصحي الخاص ودفاتر الأقساط واسم الوكيل.
6. خطابات "شرح المزاي" (EOB) من Medicare و/أو التأمين الصحي الخاص.
7. لتقديم دليل على الأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية، قدم إيصالاً مؤرخاً مع توضيح اسم العنصر الذي تم شراؤه وسعره في الجهة العلوية من العلية.
8. لتقديم دليل على تكاليف النقل الطبي، قدم إيصالاً أو إفادة من الشخص في حالة إذا أخذك شخص آخر إلى الطبيب أو الصيدلية أو أي منشأة طبية أخرى.

#### إثبات مصادر الدخل الأخرى

مثل مزايا المحاربين القدامى وتقاعد سائقي السكك الحديدية ودخول التقاعد الأخرى ودخل الإيجار ودخل المزارع

1. نسخة من الشيك.

2. خطاب الجائزة أو وثيقة أخرى من مصدر الدخل.

3. إفادة من مصدر الدخل أو الشخص المسؤول عن صرف الدخل (صناديق الانتماء وغيرها).

4. سجلات الدفع المستلمة من المستأجرين مع رسوم الوجبات/المستأجرين من دون رسوم الوجبات.

5. سجلات من الشخص الذي يدفع إليك الإيجار مع رسوم الوجبات/من دون رسوم الوجبات.

6. سجلات الضرائب.

7. سجلات دخل المزرعة.

8. سجلات المالك لدخل الإيجار.

9. سجلات العمل الحر أو دخل الإيجار.

10. إفادة موقعة من البنك أو الوكيل العقاري أو الشخص المستأجر منك توضح مقدار الأموال التي تحصل عليها.

#### الأجور

إذا لم يكن لديك إيصال الأجر، فقدم واحدًا مما يأتي:

1. إفادة أو نموذج مملوء من قبل صاحب العمل.
2. سجلات الأعمال الشخصية للعمل الحر.

#### إثباتات رعاية الأطفال أو رعاية البالغين

إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على بعض برامج Medicaid للأسرة والأطفال، فهناك حد قدره 200 دولار أمريكي شهريًا لرعاية الأطفال الأقل من عامين و 175 دولارًا أمريكيًا شهريًا لرعاية الأطفال بعمر عامين أو أكثر وللبالغين. يمكنك تقديم:

1. إفادة أو إيصال من الشخص أو المنشأة التي تقدم الرعاية. إفادة أو نموذج يشير إلى ما إذا كان سيتم تحصيل رسوم ثابتة منك أم رسوم بالساعة.
2. سجل الدفع الخاص بك الذي تم إجراؤه للطفل أو الشخص البالغ الذي تعوله.

#### إثبات النفقات التشغيلية

إذا لم تكن لديك إيصالات لإثبات نفقات استئجار العقارات أو العمل الحر، فقدم واحدًا مما يأتي:

1. السجلات الشخصية للنفقات مثل دفاتر الحسابات أو كعب الشيكات أو السجلات الضريبية.
2. إفاذات الجمعيات ومكتب ASCS وشراء المنتجات الزراعية.
3. إفاذات خطية من الأشخاص الذين يبيعون لك الإمدادات.
4. إفاذات خطية من الأشخاص الذين يقدمون إليك الخدمات حتى تتمكن من كسب المال.
5. إفادة خطية من وكيل العقارات.

#### التأمين الصحي

إذا لم تكن لديك بطاقة التأمين الصحي الخاصة بك، فيمكنك تقديم اسم شركة التأمين ورقم البوليصا.