

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 العلبة.
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.

التأمين الصحي

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