

जानकारी हेतु अनुरोध

प्राप्तकर्ता:	काउंटी केस सं.
पता:	जिला सं.
	कार्यकर्ता का नाम
तिथि:	टेलीफोन नंबर

हमें आपके Medicaid/विशेष सहायता आवेदन/पुनः नामांकन को संसाधित करने के लिए अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता है। यह जानकारी _____ तक प्रदान करें ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि आपके आवेदन/पुनः नामांकन पर शीघ्र कार्यवाई की जाए। यदि आपको अधिक समय चाहिए तो कृपया हमसे संपर्क करें।

यदि आप नीचे दी गई आइटम की जाँच नहीं करवा पाते हैं, तो अन्य आइटम हैं जिनका हम उपयोग कर सकते हैं। उन अन्य आइटम के लिए पढ़ना जारी रखें जिन्हें हम स्वीकार कर सकते हैं। हम आपकी जानकारी को इलेक्ट्रॉनिक रूप से सत्यापित करने में समर्थ नहीं थे।

- ☐ आपकी आय Medicaid के लिए अधिकतम आय सीमा से अधिक है। \$ _____ से _____ की सकल मासिक आय राशि के आधार पर, आपको एक कटौती योग्य राशि के मानदंड को पूरा करना होगा। यदि यह आय राशि गलत है, तो आप अपने Medicaid केसवर्कर से संपर्क कर सकते हैं। _____ से _____ के महीनों के लिए आपकी कटौती योग्य राशि \$ _____ है।
- ☐ आपकी आय आगामी पूर्वव्यापी महीने (महीनों) में Medicaid के लिए अधिकतम आय सीमा से अधिक है। (*आय स्रोत*) से सकल मासिक आय के आधार पर आपको कटौती योग्य राशि को पूरा करना होगा। यदि नीचे दी गई आय राशि गलत है, तो आप अपने Medicaid केसवर्कर से संपर्क कर सकते हैं।
पूर्वव्यापी महीने (महीनों) के लिए आपकी कटौती योग्य राशि:
(*महीना 1*) आय \$ _____ \$ _____ है,
(*महीना 2*) आय \$ _____ \$ _____ है,
(*महीना 3*) आय \$ _____ \$ _____ है,
_____ से कुल मासिक आय के आधार पर \$ _____ की दो या तीन महीने की कटौती, _____ से _____ महीनों के लिए, \$ _____ है
- ☐ ऊपर सूचीबद्ध कटौती योग्य राशि को पूरा करने के लिए _____ से अभी तक के चिकित्सा बिल प्रदान करें, जिसमें कोई भी पुराना भुगतान किया गया या भुगतान न किया गया चिकित्सा बिल और अनुमानित चिकित्सा व्यय शामिल हो।
- ☐ गर्भावस्था का चिकित्सा सत्यापन _____
- ☐ अपेक्षित बच्चों की संख्या की पुष्टि करने वाले चिकित्सक से सत्यापन।
- ☐ FL-2 पूरा करने वाले डॉक्टर _____
- ☐ के लिए आय का प्रमाण _____ महीने/महीनों हेतु _____
- ☐ के लिए आयकर रिटर्न _____ से स्व-रोज़गार आय और व्यय का प्रमाण या वर्ष _____
- ☐ बैंक अकाउंट नंबर या महीनों की शेष राशि दिखाने वाला बैंक विवरण _____
- ☐ बैंक सहमति फॉर्म / द्वारा हस्ताक्षरित सूचना जारी करने का फॉर्म _____
- ☐ के लिए जीवन बीमा पॉलिसियाँ या बीमा कंपनियों का नाम और पॉलिसी संख्या _____
- ☐ वार्षिकी के लाभार्थी का प्रमाण _____
- ☐ यह प्रमाण कि North Carolina Medicaid Program (नॉर्थ कैरोलिना मेडिकेड प्रोग्राम) को वार्षिकी के लिए शेष लाभार्थी के रूप में नामित किया गया है _____
- ☐ वार्षिकी के जारीकर्ता का नाम और संपर्क जानकारी _____
- ☐ के लिए सामाजिक सुरक्षा संख्या _____
- ☐ के लिए विदेशी स्थिति का दस्तावेज़ीकरण _____
- ☐ के लिए बेरोजगारी लाभ हेतु आवेदन करें _____
- ☐ के लिए सामाजिक सुरक्षा विकलांगता हेतु आवेदन करें _____
- ☐ DHB-5028, सूचना जारी करने की सहमति, द्वारा हस्ताक्षरित _____
- ☐ स्वास्थ्य बीमा कार्ड या कंपनी का नाम और पॉलिसी संख्या _____
- ☐ के लिए नागरिकता और पहचान का प्रमाण _____
- ☐ के लिए राज्य निवास का प्रमाण _____
- ☐ संपत्ति हस्तांतरण की मंजूरी का खंडन करने या संपत्ति हस्तांतरण की मंजूरी को साबित करने के लिए दस्तावेज़ीकरण से अनुचित कठिनाई या दोनों उत्पन्न होंगे।
(संलग्नक देखें) _____
- ☐ अन्य _____

ऊपर मांगी गई जानकारी के अतिरिक्त, यह बहुत महत्वपूर्ण है कि आप अपनी पिछली समीक्षा के बाद से अपनी स्थिति में हुए किसी भी बदलाव के बारे में हमें सूचित करें।

क्या आपको अपना आवेदन/पुनः नामांकन पूरा करने के लिए जानकारी प्राप्त करने में सहायता या अधिक समय की आवश्यकता है? अपने केसवर्कर से संपर्क करने के तरीका जानने के लिए पृष्ठ 2 देखें।

1. अपने Medicaid केसवर्कर _____ को _____ पर कॉल करें या
2. हस्ताक्षर करके इस फॉर्म को DSS को लौटाएँ।

- ☐ मुझे अपना आवेदन/पुनः नामांकन पूरा करने के लिए जानकारी प्राप्त करने में सहायता की आवश्यकता है।
- ☐ मुझे जानकारी प्राप्त करने के लिए अधिक समय चाहिए।

मुझे पता है कि इस आवेदन में दी गई जानकारी, स्वास्थ्य कवरेज और/या Medicaid/NCHC के भुगतान में सहायता के लिए पात्रता निर्धारित करने के लिए आवश्यक है और इसकी जाँच इलेक्ट्रॉनिक डेटाबेस, आंतरिक राजस्व सेवा (IRS), सामाजिक सुरक्षा, डिपार्टमेंट ऑफ़ होमलैंड सिक्योरिटी, उपभोक्ता रिपोर्टिंग एजेंसियों, वित्तीय संस्थानों और/या अन्य सरकारी एजेंसियों के साथ की जाएगी।

आवेदक का नाम, _____ टेलीफोन नंबर _____
पता _____

अन्य आइटम जिन्हें हम आपके मेडिकेड आवेदन/पुनः नामांकन की प्रक्रिया के लिए स्वीकार कर सकते हैं

यदि आप नीचे चिह्नित या वर्णित आइटम को प्राप्त करने में असमर्थ हैं, तो कृपया तुरंत अपने केसवर्कर से संपर्क करें। आपके केसवर्कर द्वारा आपकी मदद की जाएगी।

बदलावों की रिपोर्ट करना

अपने काउंटी के सामाजिक सेवा विभाग को 10 कैलेंडर दिनों के भीतर (विशेष सहायता के लिए 5 कैलेंडर दिन) सभी बदलावों की सूचना देना न भूलें। यदि आप नहीं जानते कि कोई बदलाव महत्वपूर्ण है या नहीं, तो अपने केसवर्कर से बात करें। यदि आप सूचना और परिवर्तनों की सत्यतापूर्वक रिपोर्ट नहीं करते हैं, **तो आप दुष्कर्म या घोर अपराध के दोषी हो सकते हैं।**

मेडिकल बिल

यदि आपके पास अपने सभी मेडिकल बिल नहीं हैं, तो आप निम्नलिखित दे सकते हैं:

1. चिकित्सा प्रदाताओं से प्राप्त रसीदें।
2. चिकित्सा प्रदाताओं से प्राप्त वक्तव्य।
3. चिकित्सा प्रदाताओं के लिए रद्द किए गए चेक।
4. चिकित्सा प्रदाताओं के नाम, पते फोन नंबर।
5. निजी स्वास्थ्य बीमा रसीदें, प्रीमियम पुस्तकें, एजेंट का नाम।
6. Medicare और/या निजी स्वास्थ्य बीमा से "लाभों का स्पष्टीकरण" पत्र (EOB)।
7. ओवर-द-काउंटर दवाओं का प्रमाण दिखाने के लिए, दिनांकित रसीद और खरीदी गई वस्तु का नाम और मूल्य दर्शाने वाला बॉक्स टॉप प्रदान करें।
8. चिकित्सा परिवहन लागत का प्रमाण दिखाने के लिए, उस व्यक्ति से रसीद या विवरण प्रस्तुत करें, यदि कोई अन्य व्यक्ति आपको डॉक्टर, दवा की दुकान या अन्य चिकित्सा सुविधा तक ले गया हो।

अन्य आय का प्रमाण

जैसे कि वयोवृद्ध लाभ, रेलरोड सेवानिवृत्ति, अन्य सेवानिवृत्ति आय, किराए से प्राप्त आय, कृषि आय

1. चेक की प्रति।
2. आय के स्रोत से पुरस्कार पत्र या अन्य दस्तावेज़।
3. आय के स्रोत या आय वितरण के प्रभारी व्यक्ति (ट्रस्ट फंड, आदि) से एक विवरण।
4. रूमर्स/बोर्डर्स से प्राप्त भुगतान का रिकॉर्ड।
5. आपको कमरे/बोर्ड का भुगतान करने वाले व्यक्ति के रिकॉर्ड।
6. कर के रिकॉर्ड।
7. कृषि आय के रिकॉर्ड।
8. मकान मालिक द्वारा लिए गए किराए की आय के रिकॉर्ड।
9. स्व-रोज़गार या किराए की आय के रिकॉर्ड।
10. आपके बैंक, रियल एस्टेट एजेंट या आपसे किराए पर रहने वाले व्यक्ति का हस्ताक्षरित विवरण जिसमें यह बताया गया हो कि आपको कितना पैसा मिलेगा।

वेतन

यदि आपके पास वेज स्टब (वेतन पर्ची) नहीं है तो निम्न में से कोई एक दस्तावेज़ उपलब्ध करें:

1. आपके नियोक्ता द्वारा भरा गया विवरण या फॉर्म।
2. स्व-रोज़गार के लिए व्यक्तिगत व्यवसाय रिकॉर्ड।

बच्चे की देखभाल या वयस्क देखभाल का प्रमाण

यदि आप किन्हीं परिवार और बाल Medicaid प्रोग्राम के लिए आवेदन कर रहे हैं तो दो वर्ष से कम आयु के बच्चे की देखभाल के लिए प्रति माह की सीमा 200 डॉलर है और दो वर्ष या उससे अधिक आयु के बच्चे और वयस्क की देखभाल के लिए प्रति माह की सीमा 175 डॉलर है। आप ये प्रदान कर सकते हैं:

1. देखभाल प्रदान करने वाले व्यक्ति या सुविधा से प्राप्त विवरण या रसीद। विवरण या फॉर्म जो यह दर्शाता है कि आपसे एक निर्धारित शुल्क लिया जाता है या प्रति घंटा की दर के हिसाब से शुल्क लिया जाता है।
2. आपके आश्रित बच्चे या वयस्क के लिए किए गए भुगतान का रिकॉर्ड।

परिचालन व्यय का प्रमाण

यदि आपके पास किराए की संपत्ति या स्व-रोज़गार के लिए व्यय को प्रमाणित करने के लिए रसीदें मौजूद नहीं हैं, तो निम्न में से एक दस्तावेज़ प्रदान करें:

1. व्यय के व्यक्तिगत रिकॉर्ड जैसे लेजर शीट, चेक स्टब या कर के रिकॉर्ड।
2. संघों, ASCS कार्यालय और कृषि उत्पादों की खरीद।
3. आपको आपूर्ति बेचने वाले लोगों के लिखित बयान।
4. उन लोगों के लिखित बयान जो आपको सेवाएँ प्रदान करते हैं ताकि आप पैसा कमा सकें।
5. रियल एस्टेट एजेंट का लिखित बयान।

स्वास्थ्य बीमा

यदि आपके पास स्वास्थ्य बीमा कार्ड नहीं है, तो आप बीमा कंपनी का नाम और पॉलिसी नंबर प्रदान कर सकते हैं