



منافع خطة أوريغون الصحية (Oregon Health Plan) التجديد – الجزء 2

إذا كانت المعلومات في ملخص التجديد الطبي لديك صحيحة وإذا لم تحصل أية تغييرات لديك، لا يتوجب عليك تعبئة الجزء 2. قد تكون التغييرات مثل الانتقال إلى مكان أو مغادرته، أو بداية وظيفة جديدة أو الحصول على عنوان جديد. يُرجى مشاهدة **التجديد الطبي – الجزء 1** للقائمة الكاملة للتغييرات.

أرسلنا دليل تقديم طلب التجديد مع هذه الاستمارة. يحتوي الدليل على معلومات مفيدة حول كيفية الإجابة على الأسئلة في كل حقل. ويمكنك أيضاً إيجاد نسخة من هذا الدليل على الموقع الإلكتروني OHP.Oregon.gov.

المحتويات

3	الخطوة الأولى – تغييرات في الأسرة
6	الخطوة الثانية – المزيد من الأسئلة لأسرتك
10	الخطوة الثالثة
	وضع الإقرار الضريبي، 10
	الدخل من الوظائف، 11
	الدخل من مصادر أخرى، 12
	الاستقطاعات (الحسومات)، 13
	الدخل السنوي، 14
15	الخطوة الرابعة – أنواع التأمين الصحي الأخرى
17	الخطوة الخامسة – أسئلة ديموغرافية لتساعدنا في خدمتك على نحو أفضل (اختيارية)
19	الخطوة السادسة – أسئلة أخرى
20	الخطوة السابعة – اقرأ ووقع
24	الملحق (أ) – دائرة المسنين والأفراد المعاقين (Aging and People with Disabilities) (اختيارية)
27	الملحق (ب) – تغطية صاحب/ة العمل



منافع خطة أوريغون الصحية (Oregon Health Plan) التجديد – الجزء 2

المعلومات المطلوبة — الأسئلة المؤشرة بعلامة النجمة "★" مطلوبة. إن لم تجب على أسئلة "★"، سيتأخر طلبك.

★ ما هو الرقم التعريفي لحالتك؟ الرقم التعريفي لحالتك مكتوب على الرسالة التي جاءت مع هذه الاستمارة.

الرقم التعريفي للحالة:

الإسم القانوني الأول:

اللقب القانوني الأخير:

تاريخ الميلاد:

★ شخص في اسرتي والذي هو (أشر على جميع ما ينطبق):

حامل

لديه حاجة طبية أو سلوكية صحية عاجلة

حاليًا في السجن/الحبس

يلبي واحدا مما يلي:

يحتاج إلى المساعدة في أنشطة الحياة اليومية (مثل الاستحمام وارتداء الملابس وغيرها)؛ أو

يعيش في مرفق طبي أو منزل رعاية

هو واحد مما يلي:

عضو مشترك في قبيلة، أو فرقة أو قرية معترف بها من قبل الحكومة الفيدرالية أو مساهم في شركة إقليمية مساهمة لسكان
الأسكا الأصليين؛ أو

يتلقى الخدمات من خدمات صحة الهنود أو عيادات الصحة القبلية أو عيادات الهنود الحضرية

أرسلنا دليل تقديم طلب التجديد مع هذه الاستمارة. يحتوي الدليل على معلومات مفيدة حول كيفية الإجابة على الأسئلة في كل حقل. ويمكنك أيضاً إيجاد نسخة من هذا الدليل على الموقع الإلكتروني OHP.Oregon.gov. إذا كنت بحاجة إلى إدراج أكثر من شخص واحد، يُرجى نسخ الخطوة 1 وإرفاق المزيد من الأوراق.

★ 1. هل تقوم بإضافة أحد إلى أسرتك أو إزالتهم منها، أو هل تقوم بطلب مخصصات لأحد في أسرتك لا يتلقى المخصصات في الوقت الحاضر؟

لا، إذهب إلى الخطوة 2 (الصفحة 6)

نعم، أعطنا المعلومات المدرجة أدناه. اكتب اسمهم كما يظهر في بطاقة الضمان الاجتماعي لديهم إن كان لديهم واحدة.

الإسم القانوني الأول: _____

اللقب القانوني الأخير: _____

الحرف الأول من الاسم الأوسط: _____ الاسم المفضل: _____

★ 2. تاريخ الميلاد: _____

3. الهوية الجنسية: ذكر أنثى ذكر متحول أنثى متحولة غير مدرج غير ثنائي/روحان أرفض الإجابة آخر: _____

★ 4. الشخص الذي ورد اسمه في السؤال 1:

في أسرتي حالياً ويريد أن يطلب منافع. إذهب إلى الخطوة 2 (الصفحة 6).

إن الشخص لم يعد في منزلي. إذا لم يعد هذا الشخص في أسرتك، أخبرنا بالسبب، وبعد ذلك إذهب إلى الخطوة 2 (الصفحة 6). لا تشمل شخصاً غائباً بصورة مؤقتة (على سبيل المثال، في المدرسة، أو في الخدمة العسكرية، أو في العمل أو في المستشفى) الذي ينوي أن يعود. السبب:

ترك الأسرة بصورة دائمة (بسبب الطلاق أو أسباب أخرى)

الوفاة

موجود في الحبس أو السجن، لكنه سيعود عند الإفراج عنه:

تاريخ البدء: _____

التاريخ المتوقع للإفراج: _____

قد انضم إلى أسرتي (بما في ذلك الأشخاص الذين تشملهم في إقرارك لضريبة الدخل الفيدرالية). إذا انضم هذا الشخص إلى أسرتك،

أجب على الأسئلة المذكورة أدناه وبعد ذلك إذهب إلى السؤال 6.

الجنس حسب شهادة الولادة الأصلية: ذكر أنثى

ما علاقة هذا الشخص بك وبكل شخص آخر في أسرتك (مثل على ذلك، إن تيم أخ جون، وتيم ابن جين، وإلخ):

5. ★ إذا كان هذا الشخص يقدم طلباً لمنافع خطة أوريغون الصحية، فهل لديهم رقم ضمان اجتماعي (SSN)؟ إن رقم الضمان الاجتماعي مطلوب لكل من يقدم طلباً للتغطية الصحية ولكل من لديهم تغطية صحية. إن إعطائنا رقم الضمان الاجتماعي أمر اختياري إذا لم يقدم هذا الشخص طلباً. ولكن إعطائنا رقم الضمان الاجتماعي بإمكانه أن يسرع عملية التقديم.

إن كنت بحاجة للمساعدة للحصول على رقم ضمان اجتماعي بإمكاننا المساعدة. بإمكانكم أيضاً الاتصال بنا على رقم الهاتف 1-800-699-9075. كما يمكنك زيارة الموقع www.socialsecurity.gov، أو الاتصال بإدارة الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 (المبرقة الكاتبة 1-800-325-0778).

هل سيقدم هذا الشخص رقم الضمان الاجتماعي؟

- نعم، ما هو رقم الضمان الاجتماعي لهم:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- لا، أخبرنا السبب: قدمت طلباً للحصول على رقم ضمان اجتماعي ولم أحصل عليه بعد حديث الولادة لا يمتلك رقم ضمان اجتماعي
- لديه رقم ضمان اجتماعي لكني لا أعرف الرقم ليس لديه رقم ضمان اجتماعي ولكنه سيقدم طلباً للحصول عليه
- ليس لديه رقم ضمان اجتماعي لأسباب دينية
- لديه رقم ضمان اجتماعي ولكنه يرفض تقديمه (سينجم عن هذا الاختيار رفض طلب المنافع)
- أسباب أخرى لا يقدم طلباً للحصول على المنافع

6. هل يحتاج هذا الشخص إلى مواد مكتوبة بصيغ أخرى؟ نعم، أشر أدناه كلا

طباعة بحروف كبيرة صوتي برايل قرص حاسوب عرض شفوي

7. ★ أي لغة يود هذا الشخص أن نستخدم:

في الكتابة إليهم؟ _____

في التحدث معهم؟ _____

8. ★ هل يقدم هذا الشخص طلباً لـ OHP؟

نعم، إذهب إلى السؤال 10.

كلا. إذهب إلى الخطوة 2 (الصفحة 6).

9. ★ هل إن هذا الشخص عضو مشترك في قبيلة معترف بها من قبل الحكومة الفيدرالية أو مساهم في شركة إقليمية مساهمة

لسكان الأسكا الأصليين؟ نعم كلا

إن كان الجواب نعم، أخبرنا رجاءً بإسم القبيلة: _____

10. ★ هل يتلقى هذا الشخص الخدمات من خدمات صحة الهنود أو عيادات الصحة القبلية أو عيادات الهنود الحضرية؟

نعم كلا

11. ★ هل لدى هذا الشخص والد(ة) أو جد(ة) عضو مشترك في قبيلة معترف بها من قبل الحكومة الفيدرالية أو مساهم في شركة إقليمية

مساهمة لسكان أسكا الأصليين؟ نعم كلا

12. ★ هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو من رعايا الولايات المتحدة؟ نعم، انتقل إلى الخطوة 2 (الصفحة 6).

كلا، إذهب إلى السؤال 14.

13. ★ هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو أمريكي بالولادة؟

نعم، يرجى إعطائنا المعلومات أدناه ثم توجه إلى الخطوة 2 (الصفحة 6). كلا، إذهب إلى السؤال 15.

A#، ملف الهجرة #، أو USCIS#، أو Certificate #:

★ 14. هل يمتلك هذا الشخص إحدى فئات الهجرة المدرجة أدناه؟

- نعم، أكمل أـح كلا، أجب على "ح" أدناه.
أجب "نعم" إن كانت فئتهم مدرجة أدناه.
- مقيم قانوني (بطاقة خضراء) • لاجئ • حاصل على أو بانتظار قبول اللجوء
 - إقامة مشروطة – ممنوحة لما لا يقل عن سنة واحدة • إقامة مشروطة – ممنوحة لأقل من سنة
 - إقامة مشروطة كلاجئ أو لاجئ سياسي • مستندات هجرة أخرى
 - حاصل على أو بانتظار مهلة تحديد (زوجة أو طفل أو أحد أفراد الأسرة تعرض للضرب)
 - مواطن تجمع الرابطة الحرة (COFA) (مايكرونيسيا وجزر مارشال وبالاو) • الدخول المشروط
 - داخل أو مشروط من كوبا/هايتي • حمل لسمة دخول خاصة (SIV) • حامل لسمة دخول لغير أغراض الهجرة
 - ضحية الاتجار بالبشر أو أحد أفراد أسرته (T-visa)
 - هندي مولود في كندا (50% على الأقل) أو أحد الأعضاء المسجلين في إحدى القبائل الهندية في أمريكا
 - أمريكي من اصول آسيوية – فيتنامي • حصلت الموافقة على طلب سمة الدخول – بانتظار التقديم لتعديل الفئة
- أ. حالة الهجرة:

لا يتوجب على هذا الشخص الإجابة على الأسئلة ب – ز أدناه والمتعلقة بمستندات الهجرة للشخص الآن. إلا أن إعطاءنا المعلومات الآن قد يساعدنا في معالجة طلبهم للتأمين الصحي بشكل أسرع.

ب. ما هو تاريخ منح الحالة:

ج. نوع وثيقة الهجرة: رقم البطاقة أو المستند:

د. تاريخ انتهاء صلاحية المستند: #A أو #USCIS:

هـ. إن كان هذا الشخص مقيم قانوني (LPR)، فهل كان لديهم على الإطلاق أي من الحالات المدرجة أدناه؟

لاجئ لاجئ سياسي أمريكي من أصول آسيوية داخل من كوبا/هايتي أو داخل مشروط من كوبا/هايتي

موافقة مشروطة كلاجئ أو لاجئ سياسي لاجئ خاص عراقي أو أفغاني ضحية الاتجار بالبشر (T-visa)

و. هل دخل هذا الشخص إلى الولايات المتحدة قبل تاريخ 08/22/1996؟ نعم كلا

ز. هل هذا الشخص أو زوجه (على قيد الحياة أو متوفي) أو أحد أبويه من الجنود القدامى أو عضو منخرط بدوام كامل في القوى العسكرية الأمريكية؟ نعم كلا

ح. ★ هل حصل هذا الشخص على موافقة على تأجيل الإزالة أو تأجيل الترحيل؟؟ نعم كلا

زودنا بالمعلومات التالية للأشخاص للخطوات 2-7:

- من هم الأشخاص المدرجين في رسالة تجديد الـ OHP – الجزء 1 (المرفقة) والذين لا يزالون في أسرتك؛
- والذين تقوم بإضافة أسمائهم إلى أسرتك.

الخطوة 2 المزيد من الأسئلة حول أسرتك:

★ = مطلوب

★ 1. هل يعيش كل فرد في أسرتك في أوريغون؟ يشمل هذا العيش في أوريغون بحثاً عن عمل.

□ نعم □ كلا، أدرج أولئك الذين يعيشون خارج أوريغون أدناه.

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

★ 2. هل تغير عنوان منزلك؟ □ نعم، أذكر العنوان الجديد أدناه. □ كلا

عنوان الشارع (أذكر رقم الشقة)			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة

★ 3. هل تغير عنوانك البريدي؟ □ نعم، أذكر العنوان الجديد أدناه. □ كلا

عنوان الشارع (أذكر رقم الشقة)			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة

★ 4. هل تغير رقم هاتفك؟ □ نعم، أذكر الرقم الجديد أدناه. □ كلا

رقم الهاتف الرئيسي: (____) _____ - _____ □ المنزل □ العمل □ محمول

الهاتف الثانوي: (____) _____ - _____ □ المنزل □ العمل □ محمول

أخول DHS/OHA بان ترسل لي تنبيهاً بشكل رسالة صوتية على: □ رقمي الرئيسي □ رقمي الثانوي

أخول قسم الخدمات البشرية/ سلطة أوريغون الصحية DHS/OHA بان ترسل لي تنبيهاً بشكل رسالة نصية على (يجب أن يكون هاتفاً محمولاً): □ رقمي الرئيسي □ رقمي الثانوي

★ 5. هل يعيش أي من المذكورين في هذا الطلب في عنوان يختلف عن عنوان جهة الاتصال الرئيسية (أنت)؟

□ نعم، أكمل القسم (الأقسام) أدناه. □ كلا، إذهب إلى السؤال 6.

من يعيش في عنوان مختلف؟

الاسم الأول/الاسم الأخير		تاريخ الميلاد	
عنوان المنزل (أذكر رقم الشقة)			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
المقاطعة		البلاد	

ضع علامة على كل ما ينطبق:

□ يعيش هذا الشخص في عنوان مختلف، لكنه يتشارك بمجموعة ضريبية مع شخص في هذا الطلب.

□ هذا الشخص غير موجود بشكل مؤقت. السبب:

□ يحضر مدرسة □ في دار رعاية □ أدخل المستشفى □ في مؤسسة عمل □ في الحبس أو السجن

□ منشأة رعاية قائمة في المجتمع المحلي □ أخرى: _____

إن كنت بحاجة إلى ذكر المزيد من الأشخاص، يرجى إرفاق صفحات إضافية.

الخطوة 2 المزيد من الأسئلة حول أسرتك، يتبع

★ = مطلوب

6. ★ هل توجد حامل؟ نعم، أدرجهم أدناه. كلا

لتاريخ "الموعد المحدد"، زودينا بأحسن تخمين، حتى لو لم تكوني قد زرت طبيبا بعد.

الاسم الأول	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	الموعد المحدد	ما هو عدد المواليد المتوقع؟ أتركي هذا الحقل فارغا إذا كان غير معروف

7. ★ هل انتهى الحمل لأي أحد عن طريق الولادة أو فقدان الحمل في الأشهر الثلاثة الماضية؟ قد تكون هذه المرأة مؤهلة لتلقي المزيد من تغطية التأمين أو خدمات إضافية إن كانت قد أصبحت حاملا مؤخرا.

نعم، اذكرهم أدناه. كلا

الاسم الأول	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	تاريخ انتهاء الحمل:

8. ★ هل تحتاج للهروب من وضع فيه إيذاء أو انعدام أمان لك؟ نعم كلا

9. ★ هل يخيفك شريكك بالتهديد، الصراخ، أو إيذائك أنت أو أطفالك بدينا؟ نعم كلا

يرجى الإجابة على الأسئلة 10-18 فقط للأشخاص المدرجين في طلبك ممن يقدمون طلبا للحصول على أو تجديد لمنافع خطة أوريغون الصحية.

10. ★ هل هنالك أحد في الحبس/السجن حاليا أو أطلق سراحهم خلال الأشهر الثلاثة الماضية؟

نعم، أدرجهم أدناه. كلا

الاسم الأول	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	تاريخ دخول السجن:	تاريخ اطلاق السراح/ المتوقع:	باتنظار قرار على تهم؟
					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا

11. ★ هل يوجد أي شخص في سن الـ 18 وما فوق وطالب بدوام كامل في المدرسة الثانوية؟ نعم، اذكرهم أدناه. كلا

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____
الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

12. ★ هل هنالك أي شخص يتلقى مدخول ضمان اجتماعي إضافي (SSI)؟ مدخول الضمان الاجتماعي الإضافي هو برنامج حكومي يقدم المنافع لذوي الدخل المنخفض ممن أعمارهم 65 أو أعلى، أو يعانون من الكفاف أو العجز. نعم، اذكرهم أدناه. كلا

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____
الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

★ 13. سيحتاج كل من يقدم طلبا إلى خطة أوريغون الصحية إلى التقديم على المنافع الأخرى المؤهلين من أجلها واستخدامها. أدناه أمثلة على المنافع الأخرى:

- تعويض عن البطالة • منافع المحاربين القدماء • تعويضات العمال • الرواتب السنوية
- الضمان الاجتماعي للتقاعد أو الناجين أو استنادا إلى العجز
- الإصابات الشخصية التي تسبب غيرك بها والتي يمكنك الحصول على تسوية لها (يمكن أن تحصل هذه الإصابات في العمل أو في المنزل أو في السيارة)

★ هل هنالك من قد يكون مؤهلا للحصول على المنافع المدرجة أعلاه؟

نعم، أكمل الجدول أدناه. كلا، إذهب إلى السؤال 14.

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____	تاريخ الميلاد: _____
نوع المنفعة: _____	
هل قدم الشخص طلبا لهذه المنافع بعد، أو هل حصلت الموافقة على التسوية بعد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	
الاسم الأول/الاسم الأخير: _____	تاريخ الميلاد: _____
نوع المنفعة: _____	
هل قدم الشخص طلبا لهذه المنافع بعد، أو هل حصلت الموافقة على التسوية بعد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	

★ 14. هل هنالك من هو كفيف أو عاجز بشكل دائم؟ نعم، اذكرهم أدناه. كلا

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____	تاريخ الميلاد: _____
هذا الشخص هو/له: <input type="checkbox"/> ضرير <input type="checkbox"/> عاجز بشكل دائم <input type="checkbox"/> ضرير وعاجز بشكل دائم	
الاسم الأول/الاسم الأخير: _____	تاريخ الميلاد: _____
هذا الشخص هو/له: <input type="checkbox"/> ضرير <input type="checkbox"/> عاجز بشكل دائم <input type="checkbox"/> ضرير وعاجز بشكل دائم	

★ 15. هل هنالك من يحتاج إلى المساعدة للقيام بأمور مثل المشي أو استخدام المراض أو ارتداء الملابس؟ لا يشمل هذا الأطفال ممن يحتاجون المساعدة فقط بسبب عمرهم. نعم، اذكرهم أدناه. كلا

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____	تاريخ الميلاد: _____
الاسم الأول/الاسم الأخير: _____	تاريخ الميلاد: _____

★ 16. هل هنالك ممن كان في منزل رعاية في أوريغون عندما بلغ عمره 18؟ يمكن للشباب ممن كانوا يعيشون في منزل رعاية الحصول على خطة أوريغون الصحية حتى عمر 26، ولا يهم مقدار الدخل الذي يحققونه. نعم، اذكرهم أدناه. كلا

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____	تاريخ الميلاد: _____
الاسم الأول/الاسم الأخير: _____	تاريخ الميلاد: _____

★ 17. هل تريد أن تغير أي منظمة رعاية منسقة (CCO) تفضلها لكل شخص؟ إذا أضفت شخصاً إلى أسرتك، بإمكانك اختيار CCO لهم هنا. كما يمكنك أيضاً اختيار CCO جديدة للأشخاص المسجلين حالياً. تشبه الـ CCO خطط الرعاية الصحية المحلية في منطقتك. وتساعدك CCO في استخدام خطة أوريغون الصحية في منطقتكم. ولديها مجموعة من المزودين مثل الأطباء والمستشارين والمرضى وأطباء الأسنان ممن يعملون معاً قربك.

إنك ليس ملزماً بالاختيار الآن. ولكن إن لم تختَر الآن، سنختار لك CCO استناداً إلى محل إقامتك (ما لم يكن هنالك استثناء قبلي في دليل التقديم للتجديد ينطبق عليك). راجع دليل التقديم للتجديد لمزيد من المعلومات حول اختيار منظمة الرعاية المنسقة في منطقتك.

الاسم الأول	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	اختيار منظمة الرعاية المنسقة

★ 18. هل هنالك شخص عمره أقل من 19 ووالده/والدته غير مدرج في هذا الطلب؟

نعم، أجب على الأسئلة المبينة أدناه. كلا، إذهب إلى الخطوة 3 (الصفحة 10).

إن كنت تقدم طلباً لأي شخص عمره أقل من 19 ولديهم أحد الوالدين ممن لم يذكروا في الطلب، تحتاج إلى العمل مع برنامج أوريغون لدعم الأطفال (Oregon's Child Support Program). سيطلب منك برنامج دعم الأطفال مزيداً من المعلومات حول والد الطفل.

لا يتوجب عليك العمل مع برنامج أوريغون لدعم الأطفال إن كنت تعتقد بأن ذلك سيكون غير آمن لك أو للطفل أو فرد آخر من أفراد الأسرة. يمكنك إخبارنا إن كان ذلك غير آمن في "ب" أدناه.

أ. الإسم الأول/الأخير للطفل ممن له أحد الوالدين على الأقل غير مدرجين في هذا الطلب:

تاريخ ولادة الطفل: _____

ب. هل تعتقد بأن هذا الوالد يمكن أن يؤذي الطفل إذا حاول برنامج دعم الطفل التأكد من الأبوة والمطالبة بإعالة الطفل؟
 نعم كلا

أ. الإسم الأول/الأخير للطفل ممن له أحد الوالدين على الأقل غير مدرجين في هذا الطلب:

تاريخ ولادة الطفل: _____

ب. هل تعتقد بأن هذا الوالد يمكن أن يؤذي الطفل إذا حاول برنامج دعم الطفل التأكد من الأبوة والمطالبة بإعالة الطفل؟
 نعم كلا

- ★ 1. هل يتطلب أي أحد أن يبلغ عن تغيير في وضع إقرارهم الضريبي؟
 نعم، أجب على الفقرات أ-ج في المربع أدناه. كلا، إذهب إلى السؤال 3.
- ★ 2. هل تقوم بإضافة شخص إلى أسرتك؟ نعم، أجب على الفقرات أ-ج في المربع أدناه. كلا، إذهب إلى السؤال 3.
 يتضمن التغيير أي شيء مختلف عما قلته لنا من قبل. مثلاً: تغيير بين "تقديم إقرار مشترك لزوجين" مقابل "تقديم إقرار بصفة عازب؛ ادعاء عدد أكثر أو أقل من المعالين مما كان من قبل؛ كان أحد معالاً من النواحي الضريبية إلا أنهم لن يكونوا كذلك بعد الآن.

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ب. هل يخطط هذا الشخص لتقديم إقرار بالضرائب الفيدرالية على الدخل المتوقع لهذا العام؟
 نعم، أكمل i-iii. كلا

i. ماذا سيكون وضع هذا الشخص العائلي في إقرارهم الضريبي للدخل؟
 أعزب متزوج - نقدم الطلب معاً متزوج - نقدم كلا على حدة أرمل/أرملة مؤهل(ة) رب الأسرة

ii. هل لهذا الشخص أي معالين فيما يتعلق بالضرائب؟ نعم، أدرجهم أدناه. كلا
 إن يقدموا إقرارهم الضريبي كمتزوج - إقرار معاً أو كل على حدة، لا يمكن لزوجتهم أن تكون أحد المعالين.

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ج. هل أن هذا الشخص معال ضمن أحد ملفات العائلات الضريبية الفيدرالية لأي شخص؟ نعم، أكمل i-iii. كلا

i. من هو مصرح الضريبة؟ الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ii. ما هي علاقة هذا الشخص بمصرح الضريبة؟

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ب. هل يخطط هذا الشخص لتقديم إقرار بالضرائب الفيدرالية على الدخل المتوقع لهذا العام؟
 نعم، أكمل i-iii. كلا

i. ماذا سيكون وضع هذا الشخص العائلي في إقرارهم الضريبي للدخل؟
 أعزب متزوج - نقدم الطلب معاً متزوج - نقدم كلا على حدة أرمل/أرملة مؤهل(ة) رب الأسرة

ii. هل لهذا الشخص أي معالين فيما يتعلق بالضرائب؟ نعم، أدرجهم أدناه. كلا
 إن يقدموا إقرارهم الضريبي كمتزوج - إقرار معاً أو كل على حدة، لا يمكن لزوجتهم أن تكون أحد المعالين.

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ج. هل أن هذا الشخص معال ضمن أحد ملفات العائلات الضريبية الفيدرالية لأي شخص؟ نعم، أكمل i-iii. كلا

i. من هو مصرح الضريبة؟ الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ii. ما هي علاقة هذا الشخص بمصرح الضريبة؟

مهم: قد يساعدنا إرسال إثبات على الدخل البت في عملية معلوماتكم بشكل أسرع. راجع دليل التقديم للتجديد لمزيد من المعلومات حول إرسال أي نوع من الإثبات.

3. ★ هل يحتاج أي من المدرجين التبليغ عن أي تغيير بشأن وظيفتهم أو هل تقوم بإضافة أحد إلى أسرتك يكسب مالا من أعمال حرّة؟
- دخلا من صاحب عمل؟ أخبرنا بالمبلغ الذي يحققه من كل صاحب عمل وفقا لإجمالي الأجور (قبل الضرائب والاستقطاعات). تأكد من إدراج الإكراميات والعمولات. فيما يلي بعض الأمثلة على دخل متأتي من صاحب العمل: الأجور، ودراسات العمل، والإكراميات، وعاملي الرعاية المنزلية الذين تدفع الولاية أجورهم. أخبرنا بالمبلغ الذي يحققونه من كل عمل وفقا لإجمال الأجور والإكراميات.
 - هل يأتي الدخل من التوظيف الذاتي؟ أخبرنا بالمبلغ الذي يحققونه من التوظيف الذاتي لكل شخص. يمثل إجمالي الدخل مبلغ المال الذي تحققه قبل قطع التكاليف أو النفقات أو الاستقطاعات الأخرى. أدرج التكاليف والنفقات والاستقطاعات الأخرى للتوظيف الذاتي في السؤال 5/الصفحة 13). فيما يلي بعض الأمثلة على التوظيف الذاتي: امتلاك مشروع، التبرع بالبلازما، العمل كمقاول مستقل، القيام بالأعمال المتفرقة لقاء أجر.
- نعم، أعطنا المعلومات أدناه. كلا، انتقل للسؤال 4.

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ب. مصدر الدخل -- إسم صاحب العمل: _____
في حالة العمل في أعمال حرّة، نوع العمل: _____

ج. أخبرنا عن إجمالي الدخل (قبل الضرائب والاستقطاعات) وما هي الفترات التي تتلقى فيها هذا المبلغ:
_____ دولار اسبوعيا مرتان في الشهر شهريا
 فصليا. تاريخ آخر استلام: _____
 سنويا. تاريخ آخر استلام: _____
 كل اسبوعين (بين اسبوع وآخر) مرة واحدة فقط - مبلغ كبير واحد
 غير ذلك: _____

د. الدخل من هذه الوظيفة: _____
 مستمر بدأ خلال الأشهر الثلاثة الماضية. تاريخ أول أجر: _____
 قد انتهى أو سينتهي الشهر الحالي: تاريخ الدفع النهائي: _____

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ب. مصدر الدخل -- إسم صاحب العمل: _____
في حالة العمل في أعمال حرّة، نوع العمل: _____

ج. أخبرنا عن إجمالي الدخل (قبل الضرائب والاستقطاعات) وما هي الفترات التي تتلقى فيها هذا المبلغ:
_____ دولار اسبوعيا مرتان في الشهر شهريا
 فصليا. تاريخ آخر استلام: _____
 سنويا. تاريخ آخر استلام: _____
 كل اسبوعين (بين اسبوع وآخر) مرة واحدة فقط - مبلغ كبير واحد
 غير ذلك: _____

د. الدخل من هذه الوظيفة: _____
 مستمر بدأ خلال الأشهر الثلاثة الماضية. تاريخ أول أجر: _____
 قد انتهى أو سينتهي الشهر الحالي: تاريخ الدفع النهائي: _____

4. ★ هل يحتاج أي أحد في الأسرة يكتسب المال من مصادر تختلف عن العمل أن يبلغ عن تغيير، أو هل تقوم بإضافة شخص إلى أسرتك الذي يكتسب مالاً من مصدر يختلف عن العمل؟ مثلاً، منافع البطالة، أو منافع الضمان الاجتماعي للتقاعد أو الناجين (SSB) أو العجز (SSDI) أو دخل الضمان التكميلي (SSI) أو الفوائد أو الحصاص أو التقاعد أو نفقات الطلاق أو منافع القبيلة. تأكد من إخبارنا نوع الدخل في ب أدناه. راجع دليل تقديم طلب التجديد للحصول على التعليمات الخاصة والمتعلقة بالنفقة ولمزيد من الأمثلة على أنواع الدخل الأخرى.

نعم، أعطنا المعلومات أدناه. كلا، انتقل إلى السؤال 5.

دخل القبيلة — يتلقى بعض الأشخاص دخلاً من إحدى القبائل. لا تحتسب بعض أنواع دخل القبيلة لأغراض خطة أوريغون الصحية. إن كنت تحصل على دخل من إحدى القبائل، أعطنا تفاصيل هذا الدخل في حقل "نوع الدخل الآخر". مثلاً، يمكنك كتابة: مدفوعات لكل فرد من كازينو؛ أو مدفوعات لكل فرد من أرض مخصصة كأرض وديعة هندية. إن كنت تعرف القانون العمومي الذي يتأتى منه الدخل، أذكر ذلك رجاءً. سنحدد إن كان دخلك المتأتي من القبيلة يحتسب لأغراض خطة أوريغون الصحية استناداً إلى ما تكتبه في قسم "نوع الدخل الآخر".

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ب. نوع الدخل الآخر: _____

ج. أخبرنا عن إجمالي الدخل (قبل الضرائب والاستقطاعات) وما هي الفترات التي تتلقى فيها هذا المبلغ:

_____ دولار أسبوعياً مرتان في الشهر شهرياً

_____ فصلياً. تاريخ آخر استلام: _____

_____ سنوياً. تاريخ آخر استلام: _____

كل أسبوعين (بين أسبوع وآخر) مرة واحدة فقط – مبلغ كبير واحد

غير ذلك: _____

د. هذا الدخل: مستمر بدأ خلال الأشهر الثلاثة الماضية. تاريخ أول أجر: _____

_____ قد انتهى أو سينتهي الشهر الحالي: تاريخ الدفع النهائي: _____

هـ. هل يأتي هذا الدخل من نفقة؟ نعم كلا

_____ إن كان الجواب نعم، أدرج تاريخ الطلاق أو إكمال إتفاقية الفصل: _____

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ب. نوع الدخل الآخر: _____

ج. أخبرنا عن إجمالي الدخل (قبل الضرائب والاستقطاعات) وما هي الفترات التي تتلقى فيها هذا المبلغ:

_____ دولار أسبوعياً مرتان في الشهر شهرياً

_____ فصلياً. تاريخ آخر استلام: _____

_____ سنوياً. تاريخ آخر استلام: _____

كل أسبوعين (بين أسبوع وآخر) مرة واحدة فقط – مبلغ كبير واحد

غير ذلك: _____

د. هذا الدخل: مستمر بدأ خلال الأشهر الثلاثة الماضية. تاريخ أول أجر: _____

_____ قد انتهى أو سينتهي الشهر الحالي: تاريخ الدفع النهائي: _____

هـ. هل يأتي هذا الدخل من نفقة؟ نعم كلا

_____ إن كان الجواب نعم، أدرج تاريخ الطلاق أو إكمال إتفاقية الفصل: _____

5. ★ هل يتطلب أي أحد في الأسرة أن يبلغ تغييراً في المقتطعات ذكرها لنا أو هل تقوم بإضافة أحد يطالب باستقطاع مسموح به؟ يشمل هذا نفقات التوظيف الذاتي التي يمكن إدراجها في عائدات الضريبة الفيدرالية.
- الاستقطاعات المسموحة هي النفقات التي يمكن المطالبة بها في عائدات الضريبة الفيدرالية لتعديل الدخل الإجمالي. مثلاً، نفقات المعلم، وفوائد قروض الطلبة، وإسهامات حساب التقاعد الفردي (IRA) التي يمكن استقطاعها من الضريبة. يمكنك اخبارنا بأي استقطاع حتى إن لم تكن تخطط إلى تقديم ملفك الضريبي. يمكن لأي استقطاع ضريبي أن يقلل مبلغ الدخل الذي نحسبه. الاستقطاع الضريبي يختلف عن الائتمان الضريبي. راجع دليل التقديم للتجديد لمزيد من المعلومات.
- لا نستطيع الإجابة على أسئلة محددة حول كيف ينبغي عليك تعبئة استماراتك الضريبية. إن كانت لديك أسئلة حول الاستثمارات الضريبية أو الاستقطاعات أو النفقات المسموحة، يرجى زيارة www.IRS.gov. كما ويمكنك التحدث مع أحد مختصي الضرائب.
- نعم، أعطنا المعلومات أدناه. كلا، انتقل إلى السؤال 6.

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ب. أنواع الاستقطاعات: _____

ج. أخبرنا كم تدفع وكم مرة تدفع فيها هذا المبلغ:

_____ دولار اسبوعياً مرتان في الشهر شهرياً

_____ فصلياً. تاريخ آخر استلام: _____

_____ سنوياً. تاريخ آخر استلام: _____

كل اسبوعين (بين اسبوع وآخر) مرة واحدة فقط – مبلغ كبير واحد

_____ غير ذلك: _____

د. هذا الاستقطاع: مستمر بدأ خلال الأشهر الثلاثة الماضية. تاريخ أول دفعة: _____

_____ قد انتهى أو سينتهي الشهر الحالي. تاريخ آخر دفعة: _____

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ب. أنواع الاستقطاعات: _____

ج. أخبرنا كم تدفع وكم مرة تدفع فيها هذا المبلغ:

_____ دولار اسبوعياً مرتان في الشهر شهرياً

_____ فصلياً. تاريخ آخر استلام: _____

_____ سنوياً. تاريخ آخر استلام: _____

كل اسبوعين (بين اسبوع وآخر) مرة واحدة فقط – مبلغ كبير واحد

_____ غير ذلك: _____

د. هذا الاستقطاع: مستمر بدأ خلال الأشهر الثلاثة الماضية. تاريخ أول دفعة: _____

_____ قد انتهى أو سينتهي الشهر الحالي. تاريخ آخر دفعة: _____

6. ★ هل أنت بحاجة إلى الإبلاغ عن تغيير في مبلغ الدخل السنوي لأي أحد في أسرتك أو هل تقوم بإضافة أحد إلى أسرتك الذي يكتسب أي دخل في هذا العام؟

□ نعم، أعطنا المعلومات أدناه. □ كلا، إذهب إلى الخطوة 4 (الصفحة 15).

إن كنت تحصل على مبلغ يتجاوز حد الدخل الشهري، قد تتمكن من استخدام ذلك (السنوي). أخبرنا عن ذلك السنوي ونفقات جميع المذكورين في الطلب. تأكد أن يشمل المبلغ الذي تخبرنا به جميع الدخل والنفقات المتوقعة لهذه السنة التقويمية. ويشمل هذا جميع الدخل والنفقات لهذه السنة، حتى إن لم تعد تعمل في نفس الوظيفة. فعلى سبيل المثال، كنت تعمل في شهر كانون الثاني ولكنك حصلت على عمل مختلف في شهر آب. يجب أن يتضمن الدخل السنوي الدخل من كلا العاملين.

إن كان هنالك نفقات وظيفية ذاتية، أدرجها ضمن مبلغ الاستقطاعات/النفقات الضريبية المسموحة.

لا تشمل نفقة الأولاد، أو دفعات المحاربين القدامى أو مدخول الضمان الإضافي (SSI) ضمن ذلك غير المتحقق. فهي لا تحتسب ضمن ذلك السنوي.

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____
 ب. أخبرنا عن دخلهم/نفقاتهم السنوية:
 الدخل المتحقق والتوظيف الذاتي: _____ دولار
 منافع الضمان الاجتماعي أو تأمين العجز في الضمان الاجتماعي: _____ دولار
 دخل آخر غير مستحق (لا تدرج دخل الضمان الاجتماعي أو تأمين العجز): _____ دولار
 الاستقطاعات/النفقات الضريبية المسموحة: _____ دولار

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____
 ب. أخبرنا عن دخلهم/نفقاتهم السنوية:
 الدخل المتحقق والتوظيف الذاتي: _____ دولار
 منافع الضمان الاجتماعي أو تأمين العجز في الضمان الاجتماعي: _____ دولار
 دخل آخر غير مستحق (لا تدرج دخل الضمان الاجتماعي أو تأمين العجز): _____ دولار
 الاستقطاعات/النفقات الضريبية المسموحة: _____ دولار

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____
 ب. أخبرنا عن دخلهم/نفقاتهم السنوية:
 الدخل المتحقق والتوظيف الذاتي: _____ دولار
 منافع الضمان الاجتماعي أو تأمين العجز في الضمان الاجتماعي: _____ دولار
 دخل آخر غير مستحق (لا تدرج دخل الضمان الاجتماعي أو تأمين العجز): _____ دولار
 الاستقطاعات/النفقات الضريبية المسموحة: _____ دولار

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____
 ب. أخبرنا عن دخلهم/نفقاتهم السنوية:
 الدخل المتحقق والتوظيف الذاتي: _____ دولار
 منافع الضمان الاجتماعي أو تأمين العجز في الضمان الاجتماعي: _____ دولار
 دخل آخر غير مستحق (لا تدرج دخل الضمان الاجتماعي أو تأمين العجز): _____ دولار
 الاستقطاعات/النفقات الضريبية المسموحة: _____ دولار

1. ★ هل لدى أي شخص بالغ (أكبر من سن الـ18) الذي يقدم طلباً للمساعدة الطبية أو يتلقاها، أو هل لدى أي أطفال في الأسرة:
- تأمين صحي، أو عرض لتأمين، أو مؤهل لتلقيه (ويشمل تأمين صحة الأسنان)؟
 - أشر على نعم، حتى إن لم يكونوا مسجلين بسبب التكلفة أو جودة التأمين أو لسبب آخر. لا تؤثر على نعم إن كان تأمينهم الوحيد من خلال خطة أوريغون الصحية (OHP).
 - التأمين الصحي الذي انتهى خلال الشهر الثلاثة الماضية؟
 - ميديكير أم مؤهل لتلقي ميديكير؟
- نعم، أعطنا المعلومات أدناه. كلا، إذهب إلى الخطوة 5 (الصفحة 17).

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ب. نوع التأمين الصحي: خاص عن طريق العمل كوبرا ميديكير ترايكير بيس كوريس برامج الرعاية الصحية لقدامى المحاربين (وتشمل CHAMPVA) الخطة الصحية للمتقاعد ميديكير/CHIP من ولاية أخرى

ج. معلومات خطة التأمين: اسم شركة التأمين الصحي: _____

عنوان الشركة: _____

رقم هاتف الشركة: _____

رقم البوليصا: _____ رقم معرف المجموعة: _____

اسم صاحب وثيقة التأمين: _____ تاريخ الميلاد: _____

العلاقة بصاحب وثيقة التأمين: _____

د. هل إن هذا الشخص مشترك في هذه الخطة؟ نعم، تاريخ البدء: _____ كلا، تاريخ الانتهاء: _____

هـ. هل يعجز هذا الشخص عن استخدام التأمين؟ نعم، بسبب: مخاوف تتعلق بالسلامة بعد المسافة عن مقدمي الخدمة الصحية كلا

و. هل هذا تأمين يدعمه صاحب العمل؟ نعم، أكمل الملحق ب - تأمين صاحب العمل (الصفحة 27) كلا

ز. هل كان لدى أي فرد من أسرته تأمين ميديكير في ولاية أخرى خلال الشهر الثلاثة الماضية؟ نعم، في أية ولاية؟ _____ تاريخ انتهائه أو توقع انتهائه: _____ كلا

أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

ب. نوع التأمين الصحي: خاص عن طريق العمل كوبرا ميديكير ترايكير بيس كوريس برامج الرعاية الصحية لقدامى المحاربين (وتشمل CHAMPVA) الخطة الصحية للمتقاعد ميديكير/CHIP من ولاية أخرى

ج. معلومات خطة التأمين: اسم شركة التأمين الصحي: _____

عنوان الشركة: _____

رقم هاتف الشركة: _____

رقم البوليصا: _____ رقم معرف المجموعة: _____

اسم صاحب وثيقة التأمين: _____ تاريخ الميلاد: _____

العلاقة بصاحب وثيقة التأمين: _____

د. هل إن هذا الشخص مشترك في هذه الخطة؟ نعم، تاريخ البدء: _____ كلا، تاريخ الانتهاء: _____

هـ. هل يعجز هذا الشخص عن استخدام التأمين؟ نعم، بسبب: مخاوف تتعلق بالسلامة بعد المسافة عن مقدمي الخدمة الصحية كلا

و. هل هذا تأمين يدعمه صاحب العمل؟ نعم، أكمل الملحق ب - تأمين صاحب العمل (الصفحة 27) كلا

ز. هل كان لدى أي فرد من أسرته تأمين ميديكير في ولاية أخرى خلال الشهر الثلاثة الماضية؟ نعم، في أية ولاية؟ _____ تاريخ انتهائه أو توقع انتهائه: _____ كلا

- أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____
- ب. نوع التأمين الصحي: خاص عن طريق العمل كوبرا ميديكير ترايكير بيس كوريس برامج الرعاية الصحية لقدامى المحاربين (وتشمل CHAMPVA) الخطة الصحية للمتقاعد ميديكير/CHIP من ولاية أخرى
- ج. معلومات خطة التأمين: اسم شركة التأمين الصحي: _____
 عنوان الشركة: _____
 رقم هاتف الشركة: _____
 رقم البوليصا: _____ رقم معرف المجموعة: _____
 اسم صاحب وثيقة التأمين: _____ تاريخ الميلاد: _____
 العلاقة بصاحب وثيقة التأمين: _____
- د. هل إن هذا الشخص مشترك في هذه الخطة؟ نعم، تاريخ البدء: _____ كلا، تاريخ الانتهاء: _____
- هـ. هل يعجز هذا الشخص عن استخدام التأمين؟ نعم، بسبب: مخاوف تتعلق بالسلامة بعد المسافة عن مقدمي الخدمة الصحية كلا
- و. هل هذا تأمين يدعمه صاحب العمل؟ نعم، أكمل الملحق ب - تأمين صاحب العمل (الصفحة 27) كلا
- ز. هل كان لدى أي فرد من أسرته تأمين ميديكير في ولاية أخرى خلال الشهر الثلاثة الماضية؟ نعم، في أية ولاية؟ _____ تاريخ انتهائه أو توقع انتهائه: _____ كلا

- أ. الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____
- ب. نوع التأمين الصحي: خاص عن طريق العمل كوبرا ميديكير ترايكير بيس كوريس برامج الرعاية الصحية لقدامى المحاربين (وتشمل CHAMPVA) الخطة الصحية للمتقاعد ميديكير/CHIP من ولاية أخرى
- ج. معلومات خطة التأمين: اسم شركة التأمين الصحي: _____
 عنوان الشركة: _____
 رقم هاتف الشركة: _____
 رقم البوليصا: _____ رقم معرف المجموعة: _____
 اسم صاحب وثيقة التأمين: _____ تاريخ الميلاد: _____
 العلاقة بصاحب وثيقة التأمين: _____
- د. هل إن هذا الشخص مشترك في هذه الخطة؟ نعم، تاريخ البدء: _____ كلا، تاريخ الانتهاء: _____
- هـ. هل يعجز هذا الشخص عن استخدام التأمين؟ نعم، بسبب: مخاوف تتعلق بالسلامة بعد المسافة عن مقدمي الخدمة الصحية كلا
- و. هل هذا تأمين يدعمه صاحب العمل؟ نعم، أكمل الملحق ب - تأمين صاحب العمل (الصفحة 27) كلا
- ز. هل كان لدى أي فرد من أسرته تأمين ميديكير في ولاية أخرى خلال الشهر الثلاثة الماضية؟ نعم، في أية ولاية؟ _____ تاريخ انتهائه أو توقع انتهائه: _____ كلا

إن هذه الأسئلة اختيارية. لا تؤثر الإجابة على هذه الأسئلة على أهليتك للحصول على التأمين الصحي. إننا نطرح هذه الأسئلة لمساعدتنا في ضمان ان يتلقى جميع الأعضاء رعاية بأعلى جودة وأفضل خدمات. كما نستخدم هذه المعلومات للنظر في الفروقات في الرعاية. يرجى الإجابة على الأسئلة الديموغرافية الاختيارية التالية والمتعلقة بأي شخص يقدم للحصول على منافع خطة أوريغون الصحية. إن لم تكن ترغب بالإجابة على هذه الأسئلة، يرجى اختيار، "أرفض الإجابة".

إذا كنت بحاجة إلى إدراج أكثر من شخص واحد، يُرجى نسخ الخطوة 5 وإرفاق المزيد من الأوراق.

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

1. هل يحتاج هذا الشخص إلى مترجم شفوي؟

- نعم، أجب على الفقرات أ-ب أدناه. لا لا أعرف أرفض الإجابة
- أ. إن كان متواجداً، هل يلبي احتياجاتك موظف في إدارة الخدمات البشرية/هيئة أوريغون الصحية؟ نعم لا
- ب. يُرجى التحدث أكثر عن احتياجات الشخص فيما يتعلق بالمترجم الشفوي:

2. هل يحتاج هذا الشخص إلى مترجم بلغة الإشارة أو النص المكتوب؟

- نعم، أجب على الفقرات أ-ج أدناه. لا لا أعرف أرفض الإجابة
- أ. حدثنا عن نوع ترجمة لغة الإشارة أو النص المكتوب التي تحتاج إليها:
- لغة الإشارة الأمريكية (ASL) لغة الإشارة للغة الإنجليزية الهجين (PSE) لغة الإشارة الإنجليزية المضبوطة (SEE)
- الترجمة الآتية (CART)/الشروح النصية (Captioning) الأجهزة المساعدة للسمع (FM, Loop)
- مترجم في نوع آخر من لغة الإشارة الاتصال اللمسي (للأشخاص الصم المكفوفين)
- ب. حدثنا المزيد عن نوع ترجمة لغة الإشارة أو النص المكتوب التي يحتاج إليها الشخص:

ج. إن كان متواجداً، هل يلبي احتياجاتك موظف في إدارة الخدمات البشرية/هيئة أوريغون الصحية مستخدماً ترجمتك المفضلة أو نوع ترجمة النص المكتوب؟ نعم لا

3. ما جودة تحدث هذا الشخص اللغة الانكليزية؟ جيدة جداً جيدة ليست جيدة لا أعلم أرفض الإجابة

4. هل هذا الشخص أصم أم هل لديهم صعوبة شديدة في السمع؟

نعم، في أي سن بدأ ذلك؟ _____ كلا لا أعلم أرفض الإجابة

5. هل هذا الشخص ضريرة/ أم هل لديه/ صعوبة شديدة في البصر، حتى عند لبس النظارات؟

نعم، في أي سن بدأ ذلك؟ _____ كلا لا أعلم أرفض الإجابة

6. إذا كان عمر هذا الشخص 5 سنوات أو أكبر، نظراً لحالة جسدية أو عقلية أو عاطفية، هل لديه صعوبة شديدة في التركيز أو التذكر أو اتخاذ القرارات؟

نعم، في أي سن بدأ ذلك؟ _____ كلا لا أعلم أرفض الإجابة

7. إذا كان عمر هذا الشخص 5 سنوات أو أكبر، هل لديه صعوبة شديدة في المشي أو صعود السلالم؟

نعم، في أي سن بدأ ذلك؟ _____ كلا لا أعلم أرفض الإجابة

8. إذا كان عمر هذا الشخص 5 سنوات أو أكبر، أيعاني صعوبة في ارتداء الملابس أو الاستحمام؟

نعم، في أي سن بدأ ذلك؟ _____ كلا لا أعلم أرفض الإجابة

9. إذا كان عمر هذا الشخص 15 سنة أو أكبر، هل يعاني صعوبة في القيام بالأعمال الاعتيادية وحده؟ مثال ذلك الذهاب إلى الطبيب أو التسوق. هل هذا بسبب وجود حالة جسدية أو عقلية أو عاطفية؟

نعم، في أي سن بدأ ذلك؟ _____ كلا لا أعلم أرفض الإجابة

10. هل أي من نشاطات هذا الشخص محدودة بأي طريقة بسبب وجود مشاكل جسدية أو عقلية أو عاطفية؟

نعم كلا لا أعلم أرفض الإجابة

11. كيف يحدد طفلك عرقهم، إنشيتهم، انتمانهم القبلي، بلد المنشأ الخاص بهم أو أصلهم؟

يتبع من الصفحة السابقة.

12. ما هي الهوية الإثنية أو العرقية لهذا الشخص؟ ضع علامة على كل ما ينطبق.

هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين: هندي أمريكي مواطن أصلي من ألاسكا إنويت أو ميتي أو فيرست نايشن كندي مكسيكي أصلي أو من وسط أو جنوب أمريكا

آسيوي: صيني فيتنامي كوري همونغ لاوتيني فلبيني ياباني جنوب آسيوي هندي آسيوي من أصل آسيوي آخر

أسود أو أمريكي أفريقي: أمريكي أفريقي أفريقي (أسود) كاريبي أسود من بلد آخر

إسباني أو لاتيني: مكسيكي من أمريكا الوسطى من أمريكا الجنوبية من أصل إسباني أو لاتيني آخر

أصلي من هاواي أو جزر المحيط الهادئ: من سكان هاواي الأصليين من أصل غوام أو كامورو من سامو مايكرونيسي تونغا من سكان دولة أخرى في المحيط الهادئ

أبيض: من أوروبا الوسطى من أوروبا الشرقية سالفني شرق أوسطي شمال أفريقي أبيض من أصل آخر

غير ذلك: _____ غير معلوم أرفض الإجابة

في حال اختيار أكثر من أصل عرقي أو إثني واحد، ضع دائرة حول الأصل الذي يمثل الهوية الأساسية لهذا الشخص.

تعد الاجابة على هذه الأسئلة اختيارية. لن تؤثر إجابتك على القرار المتعلق بمنافعك.

1. إذا لم تكن مسجلاً للتصويت في الانتخابات في المكان الذي تعيش فيه الآن، فهل ترغب في تقديم طلب التسجيل في هذا اليوم؟ التقديم على التسجيل للتصويت أو رفض التسجيل لن يؤثر على مبلغ المساعدة التي ستحصل عليها من هذه الوكالة.

نعم كلا

إن كنت تعتقد بأن شخصاً ما قد تدخل بحقك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو في حقك في خصوصية أن تقرر في أن تسجل أو تقدم للتسجيل على التصويت، أو حقك في اختيار الحزب السياسي الذي يمثلك أو التفضيل السياسي الآخر، يمكنك ان تقدم شكوى في مكتب وزارة الخارجية في اوريجون عبر الاتصال بالرقم **503-986-1518** أو عبر ارسال بريد إلكتروني إلى **.elections.sos@state.or.us**

2. هل هناك أي فرد في أسرتك عضو في الخدمة العسكرية حالياً أو هل خدم في القوات المسلحة؟ نعم، اذكرهم أدناه. كلا

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

إن كان الجواب نعم، هل يرغب هذا الشخص بأن تتصل به إدارة شؤون المحاربين فيما يتعلق بالمصادر الأخرى المتوفرة؟ نعم كلا

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

إن كان الجواب نعم، هل يرغب هذا الشخص بأن تتصل به إدارة شؤون المحاربين فيما يتعلق بالمصادر الأخرى المتوفرة؟ نعم كلا

حقوقك ومسؤولياتك

تخبرك المعلومات في هذا القسم ما هي حقوقك ومسؤولياتك. حقوقك هي ما توافق إدارة الخدمات البشرية في أوريغون وهيئة صحة أوريغون على القيام به من أجلك. ومسؤولياتك هي ما توافق على القيام به عندما تقدم طلباً للحصول على المساعدة الطبية. رجاء إقرأ هذه المعلومات بعناية. يمكنك أن تطلب من أحد موظفي إدارة الخدمات البشرية أن يشرح هذه المعلومات من أجلك. إترح الأسئلة إن كان هنالك شيء لا تفهمه. يمكنك الاتصال بالرقم **1-800-699-9075** (المبرقة الكاتبة 711) إن كان لديك أية أسئلة. إنك توافق على القيام ببعض الأشياء عندما تحصل أنت (وأسرتك) على المنافع من DHS أو OHA. يمكن أن تخسر هذه المنافع أو تحتاج إلى أن تسدد الأموال إلى DHS أو OHA، إذا حصلت على أكثر مما تستحق.

هنالك المزيد من المعلومات حول حقوقك ومسؤولياتك في طلب تقديم طلب التجديد. أرسلنا دليل تقديم طلب التجديد في الطرف الذي جاء فيه هذا الطلب. بإمكانك أيضاً أن تجده في الموقع الإلكتروني التالي: <http://bit.ly/renewohp7>. ويمكنك أيضاً الاتصال بالرقم **1-800-699-9075** (المبرقة الكاتبة 711) لطلب نسخة عن دليل تقديم طلب التجديد.

حقوقك (ما يمكنك توقعه من DHS و OHA):

- ستعاملك DHS و OHA باحترام وبشكل عادل وبأدب.
- بإمكانك مراجعة "إشعار ممارسات الخصوصية" لدينا على الموقع الإلكتروني التالي: <https://apps.state.or.us/Forms/Served/ma2090.pdf> أو منشورة في مكاتب DHS.
- ويمكنك طلب المساعدة في التقديم أو ملئ الاستمارات أو الإبلاغ عن التغييرات بلغتك المفضلة.
- ستقدم لك DHS و OHA المعلومات في صيغة أو لغة تستطيع أن تفهمها.
- ستبذل DHS و OHA قصارى جهدها لتوفي احتياجاتك الخاصة إذا كنت معاقاً. DHS و OHA تطبقان قانون الأمريكيين ذوي إعاقة، الذي يُعرف باسمه المختصر ADA والقسم 504 من قانون التأهيل (Rehabilitation Act).
- **حَقِّقْ فِي عَقْدِ جَلْسَةِ اسْتِمَاعٍ:**
 - « إذا رفضت قرار OHA أو DHS بخصوص أهليتك للتأمين الصحي لديك حق طلب جلسة استماع.
 - « يمكنك طلب جلسة استماع إذا لم يصلك قرار من جانبنا خلال 45 يوم.
 - « كما يحق لك أن تختار ممثلاً معتمداً للعمل نيابة عنك أثناء مسار الجلسة.
 - « يمكنك طلب جلسة استماع خطياً أو عبر الاتصال بالرقم **1-800-699-9075** (المبرقة الكاتبة 711).
 - « إذا كنت ترغب في الحصول على جلسة استماع، عليك أن تطلبها في غضون 90 يوماً اعتباراً من تاريخ إشعار التأهيل الذي سوف تستلمه (في البريد أو البريد الإلكتروني). إن الموعد النهائي لطلب جلسة استماع لا يتغير حتى لو اتصلت بنا.
 - « إذا تلقيت رعاية من المنزل أو تستند إلى المجتمع أو رعاية منزل ترميضي ليس هنالك حق في الحصول على جلسة استماع فيما يتعلق بدعوى الخصم من التركة. راجع قسم الخصم من التركة في دليل تقديم طلب التجديد لمزيد من المعلومات حول برنامج الخصم من التركة.

واجباتك (الأشياء التي يجب عليك القيام بها).

يجب عليكم ما يلي:

- إعطاء DHS و OHA معلومات صحيحة وصادقة وكاملة؛
- تقديم دليل على أمور معينة تبلغنا بها. إن لم يكن بإمكانك الحصول على دليل، عليك إخبارنا للاتصال بجهات أخرى أو وكالات للحصول على الدليل عند الحاجة إليه.
- السماح لموظفي DHS و OHA بزيارة منزلك للحصول على المعلومات المتعلقة بملفك.
- إبلاغ DHS و OHA بأية تغييرات.
- مساعدة DHS و OHA في الحصول على دليل إذا اختير ملفك للمراجعة. يجري اختيار الملفات بشكل عشوائي للمشاركة في المراجعة.
- إعطاء إذن إطلاق سجلات نفقة أولادك من إدارة العدل (Department of Justice) وشعبة شؤون نفقة الأولاد (Division of Child Support) إلى هيئة أوريغون الصحية (Oregon Health Authority: OHA) و DHS، مالم يكن لديك سبب وجيه لتجنب ذلك.
- قدم الطلبات للحصول على المخصصات والأموال الأخرى التي تكون مؤهلاً لها واستخدمها. يمكنك ملاحظة أمثلة على هذه المنافع في دليل تقديم طلب التجديد.

- الإبلاغ عن تغييرات معينة للمعلومات التي قدمتها في الطلب. لدى الموافقة على المنافع، سيعلمك إشعارك ما الذي يجب عليك الإبلاغ عنه ومتى. اقرأ المزيد عن الإبلاغ عن التغييرات في دليل تقديم طلب التجديد.
- أبلغ مزودي الخدمات الطبية (الطبيب أو العيادة أو الصيدلية أو المستشفى) إن كان لديك أي تأمين آخر قبل حصولك على الرعاية. راجع دليل التقديم للتجديد لمزيد من المعلومات.
- أبلغ وحدة الإصابات الشخصية خلال 10 أيام عندما أنت أو أي فرد في أسرتك:
 - « تحصل على العناية الطبية أو منافع خطة أوريغون الصحية (OHP)؛ و
 - « يكون لديك دعوى ضد شخص إزاء إصابة تسبب بها.
- أعط DHS و OHA حق استلام المبالغ من الآخرين ألياً ممن يتحملون المسؤولية القانونية لتسديد أي من نفقاتك الطبية. ينطبق هذا على أي شخص يتلقى تأميناً صحياً من DHS أو OHA. يطلق على هذا اسم "تخصيص المدفوعات" إلى DHS أو OHA والمنظمات التنسيقية. اقرأ المزيد عن الإبلاغ عن التغييرات في دليل تقديم طلب التجديد.

معلومات إضافية

استخدام رقم الضمان الاجتماعي (SSN)

- تذكر القوانين والتعليمات الفيدرالية بأن أي شخص يقدم طلباً لتلقي المنافع الطبية يتوجب عليه تقديم رقم الضمان الاجتماعي، في حال أن كان لديك واحد: القوانين الفيدرالية - (a) 7 USC 2011-2036، 42 CFR 435.910، 42 CFR 435.920، 42 CFR 457.340(b). عندما تكتب الـ SSN الخاص بك على الطلب، يعني ذلك بأنك تعطي إذناً لهيئة صحة أوريغون (OHA) أو إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) لاستخدامه وتبليغ الآخرين عنه لهذه الأسباب:
- DHS و OHA سيسخدمان رقمك SSN ليساعد في تقرير أهليتك للمنافع. سنستخدم رقم الضمان الاجتماعي من أجل:
 - « التحقق من دخلك
 - « مطابقة السجلات الأخرى الولاية لدى سلطات الولاية والحكومة، كما يلي:
 - مصلحة الضرائب (IRS)
 - إدارة الضمان الاجتماعي
 - المديكيد (Medicaid)
 - منافع التأمين ضد البطالة
 - مساعدة الأطفال
 - مساعدات عامة أخرى.
- قد تستخدم إدارة الخدمات البشرية وهيئة أوريغون الصحية رقم الضمان الاجتماعي التابع لك لتحضير مجموعة من المعلومات أو التقارير التي تطلبها موارد تمويل البرامج عندما تقدم طلباً أو تحصل على المنافع.
- قد تستخدم أو تظهر DHS و OHA رقم SSN الخاص بك:
 - « إذا احتجنا لتشغيل البرنامج الذي قدمت له أو استلمت المنافع منه.
 - « للقيام بتقييم للجودة وتحسين جودة النشاطات.
 - « للتحقق من صحة كمية المدفوعات واسترداد الزائد من المنافع.
 - « للتحقق من عدم استلام المنافع من قبل شخص آخر في بيت أسرتك.
- إن لم يمتلك أحدكم رقم ضمان اجتماعي، ويرغبون في الحصول على واحد، يرجى زيارة www.ssa.gov للحصول على معلومات حول كيفية التقديم للحصول على واحد.

التحقق من الدخل والأصول

- سوف تخضع المعلومات التي تقدمها في هذه الاستمارة للمرجعة والتحقق من قبل الموظفين الرسميين الفيدراليين وفي الولاية والموظفين المحليين. عندما نحدد أهليتك للحصول على المساعدة الطبية، سنستخدم DHS و OHA ما يلي:
 - نقطة خدمات البيانات الفيدرالية (FDSH)
 - نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS)
 - نظام التحقق من الأصول (AVS)
- راجع دليل تقديم طلب التجديد لمزيد من المعلومات.

برنامج دعم الطفل

عندما تستلموا التغطية الصحية، قد يُطلب منكم العمل مع برنامج نفقة الأولاد في الولاية إذا كان لديكم طفلاً وأحد والديه (أ) غائب. هنالك استثناءات لذلك إذا كان لديك سبب جيد لذلك. راجع دليل تقديم طلب التجديد لمزيد من المعلومات حول العمل مع برنامج دعم الكفل والسبب الجيد.

برنامج خصم التركة

لكل من يتلقى رعاية طويلة الأمد، قد تطلب DHS أو OHA المال، بعد وفاتهم، من التركة للتسديد مقابل الخدمات والدعم الذي تلقوه. يوجد العديد من الاستثناءات في برنامج خصم التكاليف من التركة. راجع دليل تقديم طلب التجديد لمزيد من المعلومات.

غرامة نقل الأصول.

قد تكون لست مؤهلاً لاستلام بعض المنافع إذا نقلت أصلاً مقال ما هو أقل من قيمته. عندما تتخلى عن أصل أو تبيعه، نقول بأنك نقلت الأصل. للمزيد من المعلومات حول الغرامات المتعلقة بنقل الأصول، لاحظ دليل تقديم طلب التجديد.

سياستنا بشأن عدم التمييز

لن تميّز إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services: DHS) وهيئة صحة أوريغون (OHA) ضد أحد. وهذا يعني أن إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) وهيئة صحة أوريغون (OHA) ستساعدان كافة المؤهلين. لن تعامل DHS و OHA أي أحد بشكل مختلف لأي مما يلي:

- العمر
- المنشأ والأصل الوطني
- الإعاقة
- العرق
- الجنس
- التوجّه الجنسي*
- اللون
- الديانة
- الحالة الزوجية

بإمكانك تقديم شكوى إذا كنت تعتقد أن DHS أو OHA تعاملك بطريقة مختلفة لأي من هذه الأسباب. لتقديم شكوى، يمكنك أن تتصل هاتفياً لمكتب الحاكم للمناصرة (Governor's Advocacy Office):

Governor's Advocacy Office

500 Summer Street NE, E17

Salem, OR 97301

503-945-6904

1-800-442-5238 (المبرقة الكاتبة 711)

البريد الإلكتروني: DHS.info@dhsosha.state.or.us

تكافؤ الفرص هو القانون!

إننا نعمل مع وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) والخدمات الصحية والإنسانية الأمريكية (HHS). تطبق كلتاها مبدأ تكافؤ الفرص لمقدمي الخدمة وأصحاب العمل. إن الأجهزة والخدمات المساعدة متوفرة عند طلبها للأشخاص ذوي الإعاقات.

لتقديم شكوى إلى USDA و HHS الرجاء قراءة "معلومات شكوى التمييز ضد العميل" استمارة (DHS 9001)، <https://apps.state.or.us/forms/served/da9001.pdf>.

*يحظى التوجه الجنسي بحماية قوانين الولاية وليس القوانين الفيدرالية.

عبر التوقيع على هذا التقديم، أوافق على ما هو مذكور أدناه:

- لقد وقعت هذا الطلب تحت طائلة عقوبة التزوير. يعني ذلك، أنه على حد علمي، لقد قدمت أجوبة صحيحة وكاملة لجميع الأسئلة على هذا النموذج. إنني أدرك بأنني قد أكون عرضة للعقوبات أو أكون مسؤولاً عن تحمل الغرامات و/أو إعادة الدفعات الزائدة بموجب القانون الفيدرالي إذا قدمت معلومات خاطئة أو غير صحيحة.
- أفهم وأوافق على الحقوق والمسؤوليات الموصوفة في هذا الطلب وفي دليل تقديم طلب التجديد.
- وأنا أفهم وأوافق على المعلومات في قسم "القراءة والتوقيع" من هذا التقديم (الخطوة 7) وقسم "القراءة والتوقيع" في دليل تقديم طلب التجديد.
- يحق لقسم الخدمات البشرية DHS ان يراجع حالتي. ويمكن أن يشمل ذلك زيارة DHS لمنزلي.
- ستستخدم DHS و OHA البيانات والنظم الحاسوبية في الولاية والفيدرالية للتحقق من المعلومات التي قدمتها في هذه الاستمارة.
- قد تعطي DHS و OHA المعلومات في هذا التقديم إلى:
- « وكالات الولاية والحكومة الاتحادية (الفيدرالية) التي تقوم بالمراجعات.
- « وكالات الولاية والحكومة الاتحادية (الفيدرالية) ووكالات استحصال الديون الخاصة، إذا توجب علي إعادة المنافع إلى DHS أو OHA.
- قد تستخدم DHS و OHA هذه المعلومات لإدارة برامج مساعدة عامة أخرى التي استلمها من DHS أو OHA.
- أوكد بأنني أمتلك موافقة جميع الأشخاص في أسرتي لتقديم معلوماتهم أو تلقي الاتصالات حول أهليتهم وتسجيلهم.

الإعلان والتوقيع

عبر التوقيع على هذه الاستمارة، أوكد بأنني:

- إنني قرأت وأفهم وأوافق على المعلومات في قسم "القراءة والتوقيع" أعلاه من هذا التقديم وقسم "القراءة والتوقيع" في دليل تقديم طلب التجديد (النموذج OHP 9325).
- إذا كنت ممثلاً معتمداً بإمكانك التوقيع هنا فقط إذا كنت مع مقدم الطلب قد أكملتما ووقعتما على استمارة الممثل المعتمد (<http://bit.ly/authrep7>).

الاسم المطبوع ★	التوقيع ★	تاريخ اليوم (شهر/يوم/سنة) ★
-----------------	-----------	-----------------------------

هل هناك أي فرد من أفراد أسرتك ممن يقدمون طلباً للحصول على المنافع:

- تلقي الميديكير أو الأهلية لتلقيه
 - 65 أو أكبر
 - طلب خدمات الرعاية طويلة الأمد
- نعم كلا

1. أخبرنا عن الموارد التي تمتلكها وأفراد أسرتك. تشمل الموارد الممكنة: النقد، الأموال التي يحفظها الآخرون من أجلك، الحسابات الجارية، حسابات التوفير، الأسهم، العقود، الأموال في صندوق الودائع، عقود البيع، أموال التركة، أموال التقاعد، شهادات وقت التوديع، الأموال الشخصية/العارضة، أوراق الاعتماد، حسابات الودائع والحسابات السنوية وأموال الودائع.

المورد	المكان ورقم الحساب	ما الاسم الموجود على المورد	المقدار أو القيمة
			\$
			\$
			\$
			\$

2. هل يمتلك أي فرد من أفراد الأسرة مركبة؟ يشمل ذلك السيارات والشاحنات والدراجات النارية والزوارق وعربات التخميم والمركبات الآلية الأخرى والعربات ومعدات المزارع أو العمل. نعم كلا

المركبة (الصنع/الموديل/السنة)	المالك	القيمة الحالية	الدين القائم على المركبة
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

3. هل يمتلك أي فرد من أفراد الأسرة عقاراً؟ يمكن أن يشمل العقار المنزل الذي تعيش فيه، أو ملكية مشروع أو إيجار أو ملكية لقضاء الاجازات.

- اجل، يرجى ذكرها أدناه. إن كان هناك عدة عقارات، يرجى استنساخ هذه الصفحة لإدراج المزيد من العقارات.
- نعم كلا

نوع العقار:			
عنوان الشارع الذي فيه العقار:			
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
أ. القيمة الحالية: _____ مقدار الدين القائم: _____ الدفعات الشهرية: _____			
ب. الضرائب العقارية (ما لم تكن مشمولة ضمن الدفعات الشهرية): _____			
ج. التأمين ضد الحريق: (ما لم يكن مشمولاً ضمن الدفعات الشهرية) _____			
د. المالك: _____			
هـ. استخدام الملكية (عمل، منزل عطلة، إيجار، غير ذلك): _____			
و. هل هذا العقار ممتلك لمدة الحياة؟ نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>			

4. **نقل العقار:** هل قمت أنت، أو الغير من مقدمي الطلب، ببيع، المتاجرة أو منحنا أو نقلنا (ويشمل إلى أو من انتمان) أي من التالي: عقار شخصي، أموال نقدية، ملكيات عقارية (أرض أو بناء، أو فائدة العقار على مدى الحياة) أو العائدات من قرض الأصل العقاري في غضون آخر 60 شهراً (5 سنوات).
 نعم، أعطنا المعلومات أدناه. كلا

وصف العقار	تاريخ النقل	القيمة وقت النقل	المبلغ المستلم	المبلغ المدان لك	المبلغ المستلم كل شهر
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$

- هل نجمت أي من عمليات نقل الملكية المدرجة أعلاه عن حالة طلاق؟ نعم كلا
 إذا نقلت إلى أو من انتمان، هل إن الانتمان غير قابل للنقض؟ نعم كلا
 اسم المحامي: _____ رقم الهاتف: _____

5. هل يمتلك أي من أفراد الأسرة ترتيبات دفن أو جنازة مسبقة الدفع؟ نعم كلا

الاسم الأول والأخير للشخص الذي يمتلك ترتيبات دفن مسبقة الدفع: _____ اسم وموقع دار الجناز: _____ ما هي القيمة الحالية لخطة الدفن/الجنازة؟ _____ دولار كيف جرى تمويل ترتيبات الدفن مسبقة الدفع؟ <input type="checkbox"/> تأمين للدفن <input type="checkbox"/> وديعة غير قابلة للنقض <input type="checkbox"/> مزود خدمة جناز <input type="checkbox"/> وديعة قابلة للنقض <input type="checkbox"/> صندوق تمويل دفن
الاسم الأول والأخير للشخص الذي يمتلك ترتيبات دفن مسبقة الدفع: _____ اسم وموقع دار الجناز: _____ ما هي القيمة الحالية لخطة الدفن/الجنازة؟ _____ دولار كيف جرى تمويل ترتيبات الدفن مسبقة الدفع؟ <input type="checkbox"/> تأمين للدفن <input type="checkbox"/> وديعة غير قابلة للنقض <input type="checkbox"/> مزود خدمة جناز <input type="checkbox"/> وديعة قابلة للنقض <input type="checkbox"/> صندوق تمويل دفن

6. هل يمتلك أي فرد من أفراد الأسرة تأميناً على الحياة أو بوليصة تأمين دفن؟ نعم كلا

الاسم الأول والأخير للشخص المؤمن: _____ نوع التأمين (تأمين على الحياة، تأمين لفترة، تأمين دفن): _____ ما هي القيمة الاسمية لخطة التأمين هذه؟ _____ دولار
الاسم الأول والأخير للشخص المؤمن: _____ نوع التأمين (تأمين على الحياة، تأمين لفترة، تأمين دفن): _____ ما هي القيمة الاسمية لخطة التأمين هذه؟ _____ دولار

7. هل تقوم أنت أو فرد في بيتك بدفع تكاليف السكن؟ نعم كلا

أ. إذا كانت الإجابة نعم، الدفعة الإجمالية: \$ _____

• كم تدفع؟ \$ _____

• من يدفع أيضاً؟ _____ المبلغ الذي يدفعه/تدفعه هذا الشخص؟ \$ _____

ب. هل هنالك أية خدمات مشمولة بهذه التكلفة؟

نعم، أخبرنا عن تلك الخدمات غير المشمولة ضمن المبلغ أعلاه. كلا

الماء والمجاري \$ _____ رفع النفايات: \$ _____ الكهرباء: \$ _____

الغاز: \$ _____ خدمات أخرى: _____ المبلغ: \$ _____

ج. هل تدفع مقابل التدفئة أو التبريد بالإضافة إلى السكن؟ نعم كلا

د. هل هنالك فرد من أفراد اسرتك يدفع أي جزء من الخدمات في مسكنك؟ نعم كلا

الشخص الذي يدفع	الخدمات	كم مرة	المبلغ
			\$
			\$
			\$
			\$

8. هل هنالك فرد من أفراد اسرتك ممن يدفع مقابل النفقات الطبية؟ لا يتوجب عليك إخبارنا نفقاتك الطبية ولكن أخبرنا عنهم قد يقلل المبلغ الذي تدفعه مقابل خدمات الرعاية طويلة الأمد. تشمل أمثلة ذلك تكاليف الوصفات الطبية ومبالغ دفعات التأمين الصحي والدفع المرافق للتأمين وغير ذلك.

نعم، أعطنا المعلومات أدناه. كلا

الشخص الذي يدفع	نوع الإنفاق	كم مرة	المبلغ
			\$
			\$
			\$
			\$

إن إكمال هذه الاستمارة مسألة اختيارية ولن تؤثر على القرار المتعلق بمنافعك. أكمل المعلومات أدناه لكل صاحب عمل يعرض عليك تأميناً صحياً. تعد هذه الصفحة إحدى الأدوات التي يمكن إعطاؤها إلى صاحب العمل لديم للمساعدة في الإجابة على الأسئلة المتعلقة بالتأمين الذي يقدمه.

1. من يعمل لدى صاحب العمل هذا؟

الاسم الأول/الاسم الأخير: _____ تاريخ الميلاد: _____

2. معلومات صاحب العمل:

أ. اسم صاحب العمل: _____

ب. اسم الشخص الذي يمكننا الاتصال به في مكتب صاحب عملك حول التأمين الصحي:

الاسم: _____

هاتف: _____ الخط الفرعي: _____ البريد الإلكتروني: _____

3. هل سيقدم صاحب العمل هذا تأميناً صحياً هذا العام؟ نعم كلا

4. كم سيدفع هذا الشخص كدفعات تأمين شهرية للتسجيل في خطة ذات أدنى تكلفة وتلبي أدنى قيمة قياسية* والمقدمة للموظفين فقط (لا تذكر الخطط العائلية)؟ إذا قدم صاحب العمل برامج عافية، أدرج المبالغ الشهرية التي يتوجب على الموظف دفعها مع تحديد أعلى تخفيض متحقق لقاء برامج التوقف عن التدخين، ولا تذكر تخفيضات العافية الأخرى.

مبلغ الدفعة: \$ _____ لا أعرف

كم مرة: اسبوعياً كل اسبوعين شهرياً مرتان في الشهر أخرى: _____

5. هل أن الشخص مسجل حالياً في هذا التأمين الصحي؟ نعم كلا

6. هل يعرض صاحب العمل هذا تأميناً للزوج(ة)/المعالين؟ نعم كلا

7. هل سيتغير هذا التأمين العام القادم؟

نعم، أخبرنا كيف. كلا لا أعرف إذا ما سيقوم صاحب العمل هذا بأية تغييرات

لن يعرض صاحب العمل تأميناً صحياً بعد الآن

سيغير صاحب العمل تكلفة المدفوعات الشهرية. سيكون مبلغ دفعات تأمين شهرية للتسجيل في خطة ذات أدنى تكلفة وتلبي أدنى قيمة قياسية* والمقدمة للموظفين فقط (لا تذكر الخطط العائلية):

مبلغ الدفعة: \$ _____ لا أعرف

كم مرة: اسبوعياً كل اسبوعين شهرياً مرتان في الشهر أخرى: _____

متى سيطبق هذا التغيير؟ _____ لا أعرف

8. هل سيسجل هذا الشخص في تأمين صاحب العمل العام القادم؟

نعم، متى؟ _____ كلا

9. هل يتوقع هذا الشخص ترك تأمين صاحب العمل العام القادم؟

نعم، متى؟ _____ كلا

* تتحقق "أدنى قيمة قياسية" إذا دفعت خطة صاحب العمل 60% أو أكثر من حصة التأمين لإجمالي التكاليف المسموح بها (القسم (ii)(C)(2)(c)(36B) من قانون الإيرادات الداخلية لعام 1986)

