

☐ د نرسنگ کور ☐ په کور کې پاملرنه

دا فورمه د ډیرو معلوماتو راټولولو لپاره کارول کېږي ترڅو پریکړه وکړي چې آیا تاسو د نرسنگ کور، دفتر یا کور پاملرنې لپاره وړ یاست. مهرباني وکړئ لاندې پوښتنو ته د امکان تر حده بشپړ ځواب ورکړئ، ځکه چې دا په **غوښتونکي او د هغه یا د هغې میرمنې باندې پلي کېږي**. که تاسو د بل چا دپاره غوښتنه کوئ، خپل نوم د یو باصلاحیت استازي په توګه ولیکئ. هغه حقونه او مسؤلیتونه چې تاسو په اصلي غوښتنلیک کې موافقه ورسره کړي اوس هم وجود لري. که تاسو سوال لري مهرباني وکړئ په (888-842-3620 TTY 1-888-842-3620) اړیکه ټینګه کړئ. او موږ ممکن ستاسو د وړتیا ثابتولو لپاره اضافي معلوماتو یا اسنادو غوښتنه وکړو.

د هغه کس نوم چې مرستې ته اړتیا لري (لومړی نوم، منځنی نوم، وروستینوم)

۱: د لیږد اعلامیه

د ټولنیز امنیت شمیره	د میډیکید شمیره	د زیږون نیټه (میاشت/ ورځ/ کال)
باصلاحیتنه استازی (که د تطبیق وړ وي)	د غوښتونکي سره اړیکه	

په تیرو پنځو کلونو کې تاسو لری: ☐ هو ☐ نه

☐ یو بانکي حساب بند کړی وی ☐ د پانګې اچونې حساب بند کړی وی ☐ د تقاعد حساب بند کړی وی

☐ ستاسو د کور یا کوم بل ملکیت سود لیردول
که هو، لاندې ارزښتونه ډک کړئ، که پیژندل شوي وي:

اکاونټ (بانکي حساب)					
اکاونټ	د بندولو نیټه	د بندولو بیلانس	اکاونټ	د بندولو نیټه	د بندولو بیلانس
-----	-----	\$-----	-----	-----	\$-----
اکاونټ	د بندولو نیټه	د بندولو بیلانس	اکاونټ	د بندولو نیټه	د بندولو بیلانس
-----	-----	\$-----	-----	-----	\$-----

د ژوند املاکو سود

ملکیت	دلیرد نیټه	ارزول شوي ارزښت	ملکیت	دلیرد نیټه	ارزول شوي ارزښت
-----	-----	-----	-----	-----	-----

\$-----	\$-----
---------	---------

2. په تیرو پنځو کلونو کې تاسو خپل کور پلورلی یا ورکړی دی؟

که هو وی، لاندینی برخه ډکه کړئ :

☐ نه د خرڅ بیه _____	☐ هو ارزول شوي ارزښت _____
---	---

3. آیا تاسو په تیرو پنځو کلونو کې نور املاکو پلورلي یا ورکړي دي؟

که هو وی، لاندینی برخه ډکه کړئ :

☐ نه د خرڅ بیه \$_____	☐ هو ارزول شوي ارزښت \$_____
د خرڅ بیه \$_____	ارزول شوي ارزښت \$_____
ملکیت _____	ملکیت _____
مجموعه \$_____	مجموعه \$_____

3. آیا تاسو په تیرو پنځو کلونو کې نور املاکو پلورلي یا ورکړي دي؟

که هو وی، لاندینی برخه ډکه کړئ :

☐ نه د خرڅ بیه \$_____	☐ هو ارزول شوي ارزښت \$_____
د خرڅ بیه \$_____	ارزول شوي ارزښت \$_____
ملکیت _____	ملکیت _____
مجموعه \$_____	مجموعه \$_____

4. په تیرو پنځو کلونو کې تاسو کوم موټر، کښتی، یا نور تفریحي وسایط پلورلي یا ورکړي دي؟

که هو وی، لاندینی برخه ډکه کړئ :

☐ نه د خرڅ بیه \$_____	☐ هو ارزول شوي ارزښت \$_____
د خرڅ بیه \$_____	ارزول شوي ارزښت \$_____
موټر _____	موټر _____
مجموعه \$_____	مجموعه \$_____

5. ایا تاسو په تیرو پنځو کلونو کې نغدې پیسې ورکړې؟
 که هو وی: ☐ نه ☐ هو
 هغه کس ته چې ورکړل شوي وی ورکړل شوي نیټه اندازه
 \$ _____
 \$ _____

DHHS مربوط	د CLTC کارگر (که د تطبیق وړ وي) (چاپ)		DHHS مربوط
	نیټه	د CLTC د کارگر لاسلیک	

II. نور معلومات

6. مهرباني وکړئ وگورئ چې څوک د غوښتونکي لپاره محافظت، سرپرستي، یا د څارنوالۍ واک لري. که هو، مهرباني وکړئ د قانوني کاغذونو یوه کاپي ضمیمه کړئ.

د تلفون شمېره: _____	نوم: _____	محافظت
د تلفون شمېره: _____	نوم: _____	سرپرستي
د تلفون شمېره: _____	نوم: _____	د څارنوالۍ واک

7. غوښتونکي اوس چیرته دی؟ ☐ د کور ☐ روغتون ☐ د نرسنگ کور نور

که په کور کې نه وي، موږ ته وواياست چې غوښتونکي چیرته دی:

د ځای نوم: _____

ځای ته د داخلیدو نیټه: _____

آیا غوښتونکي د نرسنگ مرکز ته د ننوتلو په میاشت کې په کوم وخت کې په کور کې ژوند کاوه؟ ☐ نه ☐ هو

8. غوښتونکي په تیرو پنځو (5) کلونو کې چیرته اوسیده؟

د څوڅه ادرس	بشار	هیواد	ایالت	څخه (نیټه)	تر (نیټه)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

9. که واده شوی وي او د نرسنگ کور ته ننوځي، ایا غوښتونکی غواړي چې په کور کې پاتې مېرمنې ته برخه یا ټول عاید ورکړي؟
☐ نه ☐ هو

10. ایا غوښتونکی غواړي چې په کور کې میشتو لویانو او یا متضرر ماشومانو ته عاید ورکړي؟
☐ نه ☐ هو

11. ایا د غوښتونکي په کور کې څوک (د غوښتونکي یا د غوښتونکي د میره، ماشومانو یا متضرر بالغانو په ګډون) د بل عاید لپاره غوښتنه کړې؟
☐ نه ☐ هو
 مخکې لدې چې مور ستاسو د غوښتنلیک په اړه پریکړه وکړو، تاسو باید موږ ته د تیرو 4 اونیو لپاره د عاید ثبوت راکړئ. د هغه عاید سربیره چې تاسو په خپل غوښتنلیک کې لیست کړی، ایا تاسو لاندې کوم یو لری؟ که هو، ټول هغه بکسونه چېک کړئ چې پلي کيږي او لاندې جدول بشپړ کړئ.

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ اضافي امنیتي عاید ▪ د پوځي ماهرانو د ادارې ګټې ▪ فدرالي تقاعد (د ملکي خدمت، (FERS) ▪ د ځمکې قرارداد، ګروي یا نور نوټونه چې د کورنۍ غړي ته ورکول کيږي. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ د ماشوم ملاتړ ▪ پوځي تخصیصات ▪ د ملګرو او خپلوانو څخه پیسې | <ul style="list-style-type: none"> ▪ د معلوماتیاتیات ▪ نور |
|--|--|--|

هغه څوک چې پیسې ترلاسه کوي / یا د پیسو تمه لري	د عاید سرچینه / ډول	څو ځله ترلاسه شوي	ترلاسه شوي پیسې
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

12. ایا غوښتونکی یا میره/ میرمن کله هم په داسې ځای کې کار کړی وی چې د تقاعد، نظامي تقاعد یا VA ګټې تر لاسه کړی وی چې هغه یا د هغې د پیسو ترلاسه کولو وړ وي؟
☐ نه ☐ هو

که هو وی چا کار کړی؟ _____
 چېرته؟ _____
 څومره وخت لپاره؟ _____

13. ايا غوښتونکي په تيرو پنځو کلونو کې ميراث تر لاسه کړی؟

هو ☐ نه ☐

که هو وی د چا نه؟ _____

د مرګ وخت : _____ ایالت/ کاونټي چېرته چې تفتیش شوی وی _____

نور یا اضافي ميراث

که هو وی د چا نه؟ _____

د مرګ وخت : _____ ایالت/ کاونټي چېرته چې تفتیش شوی وی _____

14. ايا تاسو یا ستاسو میره/ میرمن د کوم ملکیت خاوند یاست؟ (په نورو ایالتونو کې ملکیت اضافه کړئ.) که هو، هغه بکسونه چیک کړئ چې پلي کيږي او موږ ته د ملکیت په اړه ووايست.

هو ☐ نه ☐

- کور (کور، ودانۍ او ځمکه چېرې چې تاسو اوسېږئ)
- ځمکه (د اوسني کور سره تړاو نه لری)
- بل کور یا ودانۍ (ستاسو کور نه)
- د رخصتۍ کور یا شریک ملکیت

الف. د ملکیت پټه/موقعیت څه دی؟ ب. د نورو ملکیتونو پټه/موقعیت څه دی؟
(اول کورنی ملکیت لست کړی)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

د مالک نوم _____ د مالک نوم _____

14 الف - آیا ستاسو د کور ملکیت یا لومړنی استوګنځای دی چېرې چې تاسو اوس اوسېږئ یا چېرې چې تاسو غواړئ بیرته ژوند ته راستون شئ که چېرې تاسو بل ځای کې ژوند کوئ؟

هو ☐ نه ☐

15. مهرباني وکړئ د هر هغه توکو تر څنګ بکس چیک کړئ چې د غوښتونکي، د غوښتونکي میرمن یا د غوښتونکي پورې اړه لري یا یې اخلي. په لاندې جدول کې یې په اړه موږ ته ووايست.

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| ▪ د بانک حساب کتلو اکاونټ | ▪ د بانک سپما حساب | ▪ موټر ، ترک یا بس |
| ▪ د امانت سند | ▪ موټرسایکل، کشتی، کیمپر | ▪ کلنی مجموعه (یوه کاپي ور کړئ) |
| ▪ خیریه حساب | ▪ د تدفیند مخه تړون | ▪ نقدی پیسې |
| ▪ د تدفین لپاره ځانګړې شوې پیسې | ▪ د قبر د بنخولو ځای | ▪ بیمه |
| ▪ IRA ، 401k ، یا د تقاعد حساب | ▪ سټاک، بونډ او میوچول فنډ | |
| ▪ د فارم ماشینونه یا د سوداګرۍ تجهیزات/ وسایل | ▪ د SSA ، SSI یا ډایریکټ ایکسپریس دبیټ کارت | |

• تور

ملکیت د شتمنی په اړه موږ ته ووايست اوسنی ارزښت / بیلانس

د بانک یا جنازې ځای نوم او د حساب شمیرې
یا نور معلومات شامل کړئ چې د شتمنی
پیژندلو لپاره کارول کیږي.

\$ _____	_____	_____
\$ _____	_____	_____
\$ _____	_____	_____
\$ _____	_____	_____
\$ _____	_____	_____
\$ _____	_____	_____
\$ _____	_____	_____

نوټ: کله چې تاسو دا فورمه بیرته راوړئ، تاسو باید د دې شتمنیو یا سرچینو ثبوت سره د اسناد ورکړئ. له تاسو څخه به د میاشتي معلومات وغوښتل شي او د غوښتنې څخه درې میاشتي مخکې معلومات.

16. که کله هم واده شوی وي، د غوښتونکي د ميره/ ميرمن په اړه لاندې معلومات ورکړئ.

☐ مجرد

د اوسنی ميره / ميرمن نوم _____

☐ اوسيدل

- په طبي مرکز کي
- واده شوی، يوځای اوسيدلی
- واده شوی، بيل اوسيدلی
- بيل شوی: د څومره وخت څخه ؟
- طلاق شوی

اوسنی آدرس	ښار	ایالت	زیږ کود	تلفون شمیره
_____	_____	_____	_____	_____

مړ شوی - د مړیني نېټه: _____ ایالت یا ځای کی چی تصفیه شوی وی _____

☐ مجرد

دیره اوسنی ميره / ميرمن نوم _____

☐ اوسيدل

- په طبي مرکز کي
- واده شوی، يوځای اوسيدلی
- واده شوی، بيل اوسيدلی
- بيل شوی: د څومره وخت څخه ؟
- طلاق شوی

اوسنی آدرس	ښار	ایالت	زیږ کود	تلفون شمیره
_____	_____	_____	_____	_____

مړ شوی - د مړیني نېټه: _____ ایالت یا ځای کی چی تصفیه شوی وی _____

د املاکو بیا رغونه

(داد تر لاسه کړئ چې د املاکو د بیا رغونې بروشور یوه کاپي تر لاسه کړئ)

د میډیکاد خدماتو لپاره د غوښتونکي / ګټه اخیستونکي په توګه، زه پوهیږم چې د خلکو دوه ډلې شتون لري چې د املاکو بیا رغونې لخوا اغیزمن شوي:

- د هر عمر یو کس چې د نرسنګ په مرکز کې ناروغ و، د ذهني معلوماتو لپاره د منځګړیتوب پاملرنې مرکز، یا د مړینې په وخت کې بل طبي موسسه، او څوک چې د پاملرنې لګښت لپاره د خپل عاید ډیره برخه تادیه کولو ته اړتیا لري؛ یا
- هغه څوک چې عمر یې 55 کاله یا ډیر وي کله چې هغه / هغې طبي مرستې تر لاسه کړي چې پکې د نرسنګ تاسیساتو خدمتونه، د کور او ټولنې پر اساس خدمات، او د روغتون او نسخې درملو خدمات شامل دي چې اشخاصو ته د نرسنګ تاسیساتو کې چمتو شوي یا د کور ټولنې میشته خدمات تر لاسه کوي.

زه پوهېرم چې د دې خدماتو څخه د هر يو تر لاسه كولو سره، د روغتيا او بشري خدماتو څانگه كولى شي زما د ملكيت (ټول شخصي او حقيقي ملكيت چې زما په مرگ كې زما ملكيت وي) د هغه مقدار لپاره چې ميډيكاډ زما د خدماتو لپاره تاديه كړې وي ادعا وكړي.

د غوښتونكۍ يا د استازي لاسليك	تاريخ
-------------------------------	-------

ايميل :

SCDHHS-Central Mail
PO Box 100101
Columbia, SC 29202-3101

د نه تبعيض خبرتيا

د سويلي کارولينا د روغتيا او بشري خدماتو څانګه (SCDHHS) د تطبيق وړ فرالي مدني حقونو قوانينو سره مطابقت لري او د نژاد، رنگ، مليت، عمر، معلوليت، يا جنسيت پر بنسټ تبعيض نه کوي. SCDHHS د نژاد، رنگ، مليت، عمر، معيوبيت، يا جنسيت له امله خلک نه خارجوي يا له هغوی سره توپير نه کوي.

SCDHHS معلومات لرونکو خلکو ته وړیا مرستې او خدمتونه وړاندې کوي، لکه د ګونګيانو ژبې ژباړونکي او لیکلي معلومات په نورو شکلونو (لوی چاپ، بریل لیک (رندو لپاره، آډیو، د لاسرسي وړ بریښنايي فارمیټونه، او نور). موږ هغو خلکو ته د ژبې وړیا خدمتونه وړاندې کوي لومړنۍ ژبه یې انګلیسي نه ده، لکه لایقه ژباړونکي او په نورو ژبو لیکل شوي معلومات. که تاسو دې خدماتو ته اړتیا لرئ، د جینټ بیل، ADA او د مدني حقونو چارواکو سره د بریښنالیک له لارې اړیکه ونیسئ: PO Box 8206, Columbia, SC 29202-8206؛ د تلیفون له لارې: 1-888-842-0820 (TTY: 1-888-842-3620)؛ یا د بریښنالیک له لارې: civilrights@scdhhs.gov

که تاسو باور لرئ چې SCDHHS د دې خدماتو په وړاندې کولو کې پاتې راغلی یا د نژاد، رنگ، ملیت، عمر، معلولیت یا جنسیت پر بنسټ په بل ډول تبعیض شوی، تاسو کولی شئ د پورته چمتو شوي اړیکو معلوماتو په کارولو سره د مدني حقونو چارواکو ته شکایت وکړئ. تاسو کولی شئ شکایت په شخصي ډول یا د بریښنالیک له لارې ثبت کړئ. که تاسو د شکایت ثبتولو کې مرستې ته اړتیا لرئ، موږ ستاسو سره د مرستې لپاره شتون لرو.

تاسو کولی شئ د متحده ایالاتو د روغتیا او بشري خدماتو څانګې ته د مدني حقونو شکایت په بریښنایی ډول د مدني حقونو شکایت دفتر له لارې چې په <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> کې شتون لري ثبت کړئ. یا د بریښنالیک یا تلیفون له لارې: د متحده ایالاتو د روغتیا او بشري خدماتو څانګه، Independence Avenue, SW, 200 Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201 یا د تلیفون له لارې: 800-368-1019، 800-537-7697 (TDD). د شکایت فورمې په <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> کې شتون لري.

د ژبو خدمتونه

که چیرې ستاسو لومړې ژبه انگلیسي نه وي، د ژبې مرستې خدمت ستاسو لپاره شتون لري پرته له کوم لګښت. زنگ ووهئ 1-888-842-3620 (TTY: 1-888-549-0820)

si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).

إذا كانت لغتك الأساسية غير اللغة الانكليزية فإن خدمات المساعدات اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل على الرقم: 888-549-0280 (رقم هاتف الصم والبكم 1-888-842-3620)

Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).

Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-549-0820 (телетайп: 1-888-842-3620).

Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).

Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua língua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame 1-888-549-0820 (TTY : 1-888-842-3620)

如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)

Falam tawng thiam tu na si le tawng let nak asi mi 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620) ah tang ka pek tul lo in na ko thei.

थयद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह । 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842- 3620) पर कॉल कर ।

한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)번으로 전화해 주십시오.

Haka tawng thiam tu na si le tawng let asi mi 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620) ah tang ka pek tul lo in ko thei.

Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 888-549-0820 (ATS : 888-842-3620).

နမ့်ကတိ၊ ကညီ ကိုဦးအလီ၊ နမ့်နီ ကိုဦးအတိအတိမာစာလ၊ တလင်ဘူဉ်လင်စု၊ နီတမံဘဉ်သုနီလီ၊ ကိး
888-549-0820 (TTY: 888-842-3620)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ለማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በ18 ሊያገኙት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚኒተላው ቁጥር ይደውሉ 1-888-549-0820 (መስማት ለተሳናቸው፡ 1-888-842-3620)።

အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကားကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့် ငွေအတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါသည်။ ဖုန်းနံပါတ် 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။