

لقد تقدمت مؤخرًا بطلب لبرنامج Medicaid في ولاية كارولينا الجنوبية. يُرجى تعبئة الطلب ومن ثم إعادته لنتتمكن من النظر في طلبك. نحن بحاجة إلى المزيد من المعلومات لمعرفة إذا كنت مؤهلاً للحصول على واحد أو أكثر من البرامج التالية:

برامج توفير Medicaid التي تشمل التالي:

- مسن، كفيف، من ذوي الاحتياجات الخاصة
- برنامج QMB
- برنامج SLMB و
- برنامج IQ
- OSS
- برنامج WD
- خدمات السجناء

TEFRA (المعروف أيضًا باسم Katie Beckett)

أنت بحاجة لإبلاغنا عن دخل طفلك والمصادر لبرنامج TEFRA

جميع الحقوق والمسؤوليات المتفق عليها عند توقيع الطلب الأصلي لا تزال سارية المفعول. إذا كان لديك أسئلة حول هذه الحقوق والمسؤوليات أو هذا النموذج، يرجى الاتصال بالرقم المجاني 1-888-549-0820 للمساعدة.

1. من يتقدم بطلب للحصول على مساعدة؟

أ. الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)
ب. الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)
ج. الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)
د. الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)
هـ. الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)

2. معظم أشكال الدخل التي نحتاج لمعرفةها في طلبك. يرجى التحقق ما إذا كان أنت أو شخص ما في عائلتك لديه أي من أنواع الدخل التالية وأخبرنا عن هذا الدخل في الجدول أدناه.

<input type="checkbox"/> دعم الطفل	<input type="checkbox"/> مال من الأصدقاء والأقارب	<input type="checkbox"/> تعويض العمال/عاقبة طويلة الأمد أو قصيرة الأمد	<input type="checkbox"/> مساعدة المحاربين القدامى
أ. الشخص الذي يتلقى المال	مصدر/نوع الدخل	عدد المرات التي تلقيتها	المبلغ الذي استلمته
ب. الشخص الذي يتلقى المال	مصدر/نوع الدخل	عدد المرات التي تلقيتها	المبلغ الذي استلمته
ج. الشخص الذي يتلقى المال	مصدر/نوع الدخل	عدد المرات التي تلقيتها	المبلغ الذي استلمته
د. الشخص الذي يتلقى المال	مصدر/نوع الدخل	عدد المرات التي تلقيتها	المبلغ الذي استلمته
هـ. الشخص الذي يتلقى المال	مصدر/نوع الدخل	عدد المرات التي تلقيتها	المبلغ الذي استلمته

3. يرجى تحديد المربع المجاور لأي من الأشياء الموضحة بأنك أنت أو شخص في منزلك يمتلكها أو يشتريها. وأخبرنا عنها في الجدول. عندما تسلم هذا النموذج، يتوجب عليك إرسال إثبات لهذه الأصول أو الموارد.

- نقد جاهز (فوري) حساب جار حساب توفير أرض الدفن
- شهادة إيداع معاشات/ودائع الأسهم والسندات ملكية منزل
- ملكية أخرى التأمين على الحياة/الدفن عقود الدفن مركبات
- حسابات التقاعد بطاقة Direct Express السندات الإذنية
- أخرى:

مالكها	أخبرنا عن الأصول اذكر اسم البنك أو بيت الجنازة، وأي أرقام حسابات أو معلومات أخرى تستخدم لتحديد الأصول	القيمة الحالية أو الرصيد
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

4. هل أنت أو الشخص الذي تتقدم له بطلب في إحدى مرافق الرعاية السكنية حالياً؟
(يمكن تسمية مرافق الرعاية السكنية بيوت إيواء أو مراكز الرعاية الدائمة)

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، اذكر اسم المرفق أو المركز؟ _____ تاريخ الدخول: _____

الأسئلة من 5 إلى 7 مخصصة فقط للأشخاص المتواجدين حالياً في الإصلاحية، إذا كنت سجين، يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية:

5. اسم الإصلاحية: _____ تاريخ السجن: _____

a. اسم المستشفى التي تقدم الخدمات تاريخ القبول (شهر/يوم/سنة) تاريخ المغادرة (شهر/يوم/سنة)

عنوان المكان الذي كنت تسكن فيه قبل السجن

6. إذا كنت مسجوناً لمدة تزيد عن 30 يوماً، تخطي هذا السؤال وانتقل للسؤال #7.

أ. هل كنت تعمل أو تتلقى أرباح قبل أن يتم سجنك؟ نعم لا

ب. إذا كنت تعيش مع زوجك/زوجتك قبل السجن، هل كان موظفاً؟ نعم لا

7. أخبرنا عن ذلك قبل أن يتم سجنك. اذكر المبالغ الإجمالية (سيلزم التحقق من هذه المعلومات من قبل موظفي الإصلاحية).

1. نوع الدخل	الكمية المدفوعة	عدد مرات الدفع
2. نوع الدخل	الكمية المدفوعة	عدد مرات الدفع
3. نوع الدخل	الكمية المدفوعة	عدد مرات الدفع

يمكن لموظفي الإصلاحية أن الشهادة على الدخل أو الأرباح المستلمة من أو خلال المؤسسة. يشهد التوقيع التالي على الدخل الذي تم التحقق منه في سؤال 7.

موظف الإصلاحية: _____ التاريخ: _____

رقم الهاتف: _____