

- خطط تأمين صحي خاصة وبأسعار معقولة والتي تقدم تغطية شاملة لمساعدتك للبقاء بصحة جيدة.
- ائتمان ضريبي جديد يساعدك بتسديد أقساط التغطية الصحية على الفور.
- تأمين مجاني أو بتكلفة منخفضة مقدم من Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP).

استخدم هذا الطلب لمعرفة خيارات التغطية المؤهل لها



قد تكون مؤهل للحصول على برنامج مجاني أو برنامج بتكلفة منخفضة حتى وإذا بلغ مقدار ما تكسبه \$94,000 سنويًا (لعائلة مكونة من 4 أفراد)

تقدم بطلب إلكتروني أسرع عبر: SCDHHS.gov أو HealthCare.gov

تقدم بطلب إلكتروني أسرع



- أرقام الضمان الاجتماعي (أرقام الوثائق لأي مهاجر قانوني بحاجة إلى تأمين).
- معلومات صاحب العمل والدخل لكل فرد من أفراد عائلتك (مثل: كشوفات الرواتب، الكشف الضريبي W-2، بيانات الضرائب والأجور).
- أرقام بوليصة أي تأمين صحي حالي.
- معلومات حول أي تأمين صحي متعلق بالعمل متوفر لدى عائلتك.

ماذا تحتاج لتقدم طلب؟



نحن نسأل عن تفاصيل الدخل والمعلومات الأخرى لإبلاغك بنوع التغطية التي تتأهل لها وكيفية الحصول على أي مساعدة لتسديد ثمنها.

سنحتفظ بسرية وخصوصية جميع المعلومات التي قدمتها، وفقًا لما يقتضيه القانون. لعرض بيان قانون الخصوصية، يرجى زيارة

<https://www.SCDHHS.gov/internet/pdf/SCDHHSNoticeofPrivacyPractices080107.pdf>.

لماذا نطلب هذه المعلومات؟



أرسل طلبك الكامل والموقع إلى العناوين الموجودة في صفحة التوقيع.

إذا لم تتوفر لديك جميع المعلومات التي نطلبها، وقع الطلب ثم قدمه على أي حال. سنتواصل معك خلال أسبوع إلى أسبوعين. سنتلقى تعليمات متعلقة بالخطوات القادمة لإكمال طلب التغطية الصحية الخاص بك. إذا لم يصلك منا رد، يرجى زيارة SCDHHS.gov أو الاتصال على الرقم 1-888-549-0820. تعبئة هذا النموذج لا يعني أن عليك شراء التغطية الصحية.

ماذا يحدث بعد ذلك؟



هل تحتاج لمساعدة بطلبك؟ يرجى زيارة SCDHHS.gov أو اتصل بنا على الرقم 1-888-549-0820. للحصول على نسخة من هذا النموذج باللغة الإسبانية، يرجى الاتصال على الرقم 1-888-549-0820. إذا كنت بحاجة إلى لغة غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على الرقم 1-888-549-0820 وأخير موظف خدمة العملاء عن اللغة التي تريدها. سنقدم لك المساعدة مجانًا. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-888-3620-842.

نموذج DHHS 3400 (أغسطس، 2020)

- استخدم هذا الطلب للتقديم لأي شخص في عائلتك.
- تقدم حتى لو كان لديك أنت أو طفلك تغطية صحية. قد تكون مؤهل للحصول على تغطية مجانية أو تغطية منخفضة التكلفة.
- إذا كنت عازبًا، يمكنك استخدام نموذج قصير. يرجى زيارة HealthCare.gov.
- يمكن للعائلات التي تضم أفراد مهاجرين التقدم بطلب. يمكنك التقدم لطفلك حتى لو لم تكن مؤهل للحصول على تغطية. لن يؤثر التقديم على وضع الهجرة أو فرص حصولك على إقامة دائمة أو مواطنة.
- إذا كان هناك شخص يساعدك في تعبئة هذا الطلب، فقد تحتاج إلى إكمال نموذج الممثل المفوض (1282)، قم بتنزيله من هنا SCDHHS.gov.

من الذين يمكنهم الاستفادة من هذا الطلب؟



على من يشمل الطلب؟

أخبرنا عن جميع أفراد العائلة الذين يعيشون معك. إذا تقدمت للضرائب، نحن بحاجة لمعرفة كل شخص في الكشف الضريبي. (لا تحتاج التقدم للضرائب من أجل الحصول على تغطية صحية).

يشمل:

أنت
زوجك
أطفالك دون سن 21 الذين يعيشون معك.
شريكتك (بدون زواج) الذي يحتاج إلى تغطية صحية.
أي شخص موجود ضمن الكشف الضريبي، حتى لو لا يعيش معك.
أي شخص دون سن 21 عامًا تعتني به ويعيش معك.

لا يشمل:

شريكتك (دون زواج) الذي لا يحتاج إلى تغطية صحية.
والديك الذين يعيشون معك، لكن قدموا كشف ضريبي خاص (إذا كان عمرك 21 عام فما فوق).
أقاربك الآخرين البالغين الذين لديهم كشف ضريبي خاص بهم.

تعتمد قيمة المساعدة أو نوع البرنامج الذي تتأهل له على عدد أفراد عائلتك ودخلهم. تساعدنا هذه المعلومات على التأكد من حصول الجميع على أفضل تغطية صحية ممكنة.

أخبرنا عن نفسك وعن عائلتك



موقعنا: SCDHHS.gov

الهاتف: اتصل على مركز المساعدة على الرقم **1-888-549-0820** الحضور شخصيًا: قد يتواجد مستشارون في منطقتك ويمكنهم المساعدة.

قم بزيارة موقعنا أو الاتصال: **1-888-549-0820** لمزيد من المعلومات.

احصل على مساعدة بشأن هذا الطلب



تتطلب بعض برامج Medicaid التي تُغطي خدمات محددة معلومات إضافية لتحديد الأهلية. بإكمال هذا القسم، سنتمكن من طلب المعلومات ذات الصلة باحتياجاتك. إذا تقدم أي شخص بطلب للحصول على التغطية وتطبق عليه المعايير التالية، يرجى تحديد جميع المربعات التي تنطبق. حتى إذا كنت أنت أو أحد أفراد عائلتك لا تنطبق عليه أي من هذه المعايير، فربما أنك لا زلت مؤهل للحصول على Medicaid. إذا لا تنطبق، لا تحدد أي شيء؛ سنقيمك في كل أنواع برامج التغطية المتاحة.

- تحتاج أن تعيش في مرفق طبي أو دار التمريض أو تحتاج خدمات التمريض في المنزل.
- تتلقى علاج لأحد الأسباب التالية:
- سرطان الثدي- سرطان عنق الرحم- تضخم الأفتية الشاذ
- خلل التنسج العنقي (CIN 2/3)
- SSI ينتهي وبجاجة إلى إعادة تقديم
- لاجئ أجنبي مُنح حق اللجوء في الولايات المتحدة
- إعاقة افتراضية هذا الصندوق للاستخدام التجريبي
- تعاني من عجز ذهني أو جسدي
- 65 عام فما فوق
- يتلقى رعاية طبية
- تقدمت بطلب للحصول على إعفاء PCSC
- تقدمت بطلب للحصول على TEFRA

ابدأ بنفسك، ثم الأفراد البالغين والأطفال. إذا كان لديك أكثر من 4 أفراد في عائلتك، ستحتاج إلى إضافة نسخة من الصفحات وإرفاقها. لا داعي لتقديم حالة الهجرة أو رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لأفراد العائلة الذين لا يحتاجون لتغطية صحية. سنحتفظ بسرية وخصوصية المعلومات المقدمة وفقاً لما يقتضيه القانون الفيدرالي. سنستخدم المعلومات الشخصية فقط نتأكد ما إذا كنت مؤهلاً للتغطية الصحية. نحتاج شخص بالغ من العائلة ليكون الشخص المسؤول عن طلبك.

الشخص المسؤول الأساسي

1- الاسم الأول، الأوسط، الأخير ولاحقة الاسم

عنوان المنزل (اتركه فارغ إذا لما يكن لديك عنوان)	2-
رقم الشقة أو الجناح	3-
المدينة	4-
الولاية	5-
الرمز البريدي	6-
المقاطعة	7-
عنوان البريد (إذا كان مختلف عن عنوان المنزل)	8-
رقم الشقة أو الجناح	9-
المدينة	10-
الولاية	11-
الرمز البريدي	12-
المقاطعة	13-
رقم الهاتف	14-
رقم هاتف آخر	15-
هل ترغب في تلقي معلومات حول هذا الطلب عن طريق البريد الإلكتروني؟	16-
عنوان البريد الإلكتروني:	
ما هي لغتك المفضلة المنطوقة أو المكتوبة؟ (إن لم تكن الإنجليزية)	17-
هل يساعدك أحد في تعبئة هذا النموذج؟	
أكمل القسم التالي إذا كنت تملأ هذا النموذج بالنيابة عن مقدم الطلب.	
تاريخ تقديم الطلب	1-
الاسم الأول، الأوسط، الأخير	2-
اسم المنظمة (إن وجد)	3-
رقم الهوية (إن وجد)	4-

أكمل الخطوة الأولى عن نفسك، زوجك/شريكتك والأطفال الذين يعيشون معك و/أو أي شخص موجود في نفس كشف ضريبة الدخل الفيدرالي الخاص بك إذا قدمت واحد. راجع التعليمات لمزيد من المعلومات حول الأشخاص الذين يمكنك إضافتهم. إذا لم تقدم كشف ضريبي، تذكر أن تصنيف أفراد العائلة الذين يعيشون معك.

2- علاقته بك؟

1- الاسم الأول، الأوسط، الأخير ولاحقة الاسم

3- تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) 4- الجنس: ذكر 5- رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أ. إذا كنت لا تمتلك رقم، هل قدمت طلب للحصول على واحد؟
 أنثى نعم لا إذا كانت الإجابة لا، اذكر السبب في السؤال 15
نحن نحتاج ذلك إذا كنت ترغب في الحصول على تغطية صحية وتمتلك رقم ضمان اجتماعي. قد يكون تقديم رقم SSN الخاص بك مُساعدًا إذا كنت لا تحتاج إلى تغطية صحية حيث أنه يُسرّع عملية تقديم الطلب. نحن نستخدم رقم الضمان الاجتماعي SSN لفحص الدخل والمعلومات الأخرى لمعرفة من مؤهل للمساعدة في تكاليف التغطية الصحية. إذا أراد شخص مساعدة في الحصول على SSN، اتصل على الرقم 1-800-772-1213 أو تفضل بزيارة [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). يجب على مستخدم TTY الاتصال على الرقم: 1-888-842-3620

6. هل تخطط لتقديم كشف دخل ضريبي السنة القادمة؟

(لا زال بإمكانك التقديم للتأمين الصحي حتى لو لم تقدم كشف دخل ضريبي فيدرالي.)

نعم، إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إجابة الأسئلة أ - ج لا. إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى السؤال ج.

أ. هل ستقدم بالاشتراك مع الزوج؟ نعم لا إذا نعم، اذكر اسم الزوج

ب. هل ستطلب أي معالين في كشف ضريبة الدخل؟ نعم لا إذا نعم، اذكر المعالين:

ج. هل سيتم طلبك كشخص معال في الكشف الضريبي الخاص بشخص ما؟ نعم لا ما صلة القرابة لمقدم الكشف الضريبي؟

إذا نعم، اذكر اسم مقدم طلب الكشف الضريبي.

7. هل أنت حامل أو حدث الحمل مؤخرًا؟ نعم لا إذا نعم، أ. كم طفل تتوقع؟ ب. متى موعد الولادة؟

ج. إذا حدث الحمل مؤخرًا، ادخل تاريخ انتهاء الحمل:

د. هل تم تسجيلك في برنامج Medicaid في اليوم الأخير من الحمل؟ نعم لا

8. هل تحتاج تغطية صحية؟ (حتى لو كان لديك تأمين، قد يكون هناك برنامج بتغطية أفضل أو بتكاليف أقل.)

نعم. إذا كانت الإجابة نعم، أجب على جميع الأسئلة أدناه. لا. إذا كانت إجابتك لا، انتقل إلى أسئلة الدخل. اترك باقي الصفحة فارغًا.

9. هل تعاني من حالة عجز جسدي أو عقلي أو عاطفي تسبب لك قيود في ممارسة الأنشطة؟ نعم لا

10. هل أنت بحاجة للعيش في مرفق طبي أو دار التمريض أو بحاجة إلى خدمات التمريض في المنزل؟ نعم لا

11. هل تم تشخيصك وتلقي العلاج لأي مما يلي؟ نعم لا

• سرطان الثدي • سرطان عنق الرحم • تضخم الأتنية الشاذ • خلل التنسج العنقي (CIN 2/3)

12. هل تريد التقدم بطلب لبرنامج إعانات التنظيم الأسري؟ نعم لا

برنامج التخطيط الأسري هو برنامج بمزايا محدودة، يقدم خدمات التنظيم الأسري، الخدمات المتعلقة التنظيم الأسري وبعض الفحوصات الوقائية المحدودة. التخطيط الأسري لا يشمل تغطية Medicaid كاملة. (إذا تركت هذا السؤال فارغًا، لن يتم تقييمك للتنظيم الأسري.)

13. أ. هل أنت مواطن أمريكي؟ (ولدت في الولايات المتحدة، طفل لمواطن أمريكي، أجنبي سابق والآن يحمل الجنسية الأمريكية) نعم لا

ب. هل أنت مواطن من الأقاليم التابعة؟ (ولدت في إقليم أمريكي غير مدمج) نعم لا

14. إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا أو قوميًا، هل لديك حالة هجرة مؤهلة؟ نعم لا

إذا كانت إجابتك نعم، اذكر نوع وثيقتك ورقم البطاقة الشخصي أدناه

أ. نوع وثيقة الهجرة: ب. رقم البطاقة الشخصي:

ج. هل تعيش في الولايات المتحدة الأمريكية منذ 1996؟ نعم لا

د. هل أنت، أو زوجك أو والدك من المحاربين القدامى أو عضو في الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟ نعم لا

15. إذا لم تتقدم بطلب للحصول على رقم ضمان جماعي، اذكر السبب
 صدرت لأسباب غير متعلقة بالعمل فقط
 بدون SSN لأسباب دينية
 غير مؤهل لـ SSN
16. هل تريد مساعدة في دفع الفواتير الطبية منذ آخر 3 شهور؟
 مولود جديد، الأم تتلقى حاليًا Medicaid
 مولود جديد، الأم لا تتلقى Medicaid
17. هل كانت الإجابة نعم، هل عدد أفراد عائلتك خلال الثلاثة الماضية نفس العدد الحالي؟
 نعم
 لا
18. هل كان دخل أسرتك خلال الثلاثة شهور الماضية كما هو الآن؟
 نعم
 لا
19. إذا كانت الإجابة لا، اكتب الدخل الإجمالي الشهري لـ الشهر الأخير: \$ _____ منذ شهرين: \$ _____ منذ 3 شهور: \$ _____
 نعم
 لا
20. هل تعيش مع طفل واحد على الأقل دون سن 19، وهل أنت الشخص الأساسي الذي تعتني بهذا الطفل؟
 نعم
 لا
21. هل أنت طالب بدوام كامل؟
 نعم
 لا
22. هل كنت في دار رعاية في كارولينا الجنوبية في عمر 18 أو ما فوق؟
 نعم
 لا
23. هل تعيش حاليًا في دار رعاية؟
 نعم
 لا
24. هل تعيش حاليًا في منزل DJJ؟
 نعم
 لا

الآن أخبرنا عن أي مصدر دخل في الأسئلة التالية

22. إذا كنت من أصل إسباني/لاتيني، العرق (اختياري)

- مكسيكي
 أمريكي مكسيكي
 شيكانو
 بورتوريكو
 كوبي
 أخرى

23. العرق (اختياري - حدد جميع ما ينطبق)

- أبيض
 هاوايون أصليون
 فلبيني
 كوري
 أمريكي
 أفريقي/أسود
 صيني
 ياباني
 فيتنامي
 هندي آسيوي
 آسيوي آخر
 ساموا
 هندي أمريكي سكان ألاسكا الأصليين
 غوامي أو تشامورو
 غيرهم من سكان المحيط الهادئ
 أخرى

الوظيفة الحالية ومعلومات الدخل:

- موظف
 غير موظف
 موظف لحسابه الخاص
- إذا كنت حاليًا موظف، أخبرنا عن دخلك. ابدأ بالسؤال 24
 انتقل إلى سؤال 36
 انتقل إلى سؤال 35
- الوظيفة الحالية 1:

24. اسم صاحب العمل والعنوان

25. رقم هاتف صاحب العمل

26. الأجر/الإكراميات (قبل الضرائب)
 بالساعة
 أسبوعيًا
 كل أسبوعين
 مرتين شهريًا
 شهريًا
 سنويًا
27. عدد ساعات العمل كل أسبوع
 28. تاريخ البدء

الوظيفة الحالية 2: (إذا كان لديك المزيد من الوظائف وتريد المزيد من المساحة، ارفق ورقة أخرى)

29. اسم صاحب العمل والعنوان

30. رقم هاتف صاحب العمل

31. الأجر/الإكراميات (قبل الضرائب)
 بالساعة
 أسبوعيًا
 كل أسبوعين
 مرتين شهريًا
 شهريًا
 سنويًا
32. عدد ساعات العمل كل أسبوع
 32. تاريخ البدء

34. في العام الماضي، هل قمت: تغيير وظائف التوقف عن العمل البدء بالعمل ساعات أقل ليس مما سبق

35. إذا كنت موظف مستقل، اجب عن الأسئلة التالية:

أ. نوع العمل
 ب. كم صافي الدخل (الأرباح بعد دفع مصاريف العمل)، هل ستحصل على المال من هذا العمل المستقل الشهر الحالي؟
 \$ _____

36. **دخل آخر هذا الشهر:** حدد كل ما ينطبق، واذكر الكمية وعدد مرات الحصول عليها.
ملاحظة: لا داعي لإخبارنا عن دعم الطف، استحقاقات المحاربين القدامى أو دخل الضمان التكميلي (SSI).

لا يوجد

بطالة \$ _____ كم مرة؟ _____
 معاشات \$ _____ كم مرة؟ _____
 ضمان اجتماعي \$ _____ كم مرة؟ _____
 التقاعد \$ _____ كم مرة؟ _____
 النفقة المستلمة \$ _____ كم مرة؟ _____
 صافي الزراعة/الصيد _____ كم مرة؟ _____
 صافي الإيجار/الملكية _____ كم مرة؟ _____
 دخل آخر: _____
 نوع: _____ \$ _____ كم مرة؟ _____
 نوع: _____ \$ _____ كم مرة؟ _____

37. **تخفيضات:** حدد كل ما ينطبق، واذكر الكمية وعدد مرات الحصول عليها.

إذا كان الشخص الأول يدفع مقابل أشياء معينة والتي يمكن أن يتم خصمها من كشف الدخل الضريبي الفيدرالي، فإن إبلاغنا عنها قد يجعل تكلفة التغطية الصحية أقل.
ملاحظة: لا يجب ان تسجل التكلفة التي بالفعل ذكرتها في إجابتك على أسئلة صافي ربح العمل المستقل.

النفقة المدفوعة \$ _____ كم مرة؟ _____
 تخفيضات أخرى: _____ \$ _____ كم مرة؟ _____
 فائدة القروض الطلابية \$ _____ كم مرة؟ _____
 نوع: _____

38. **الدخل السنوي:** أكمل القسم فقط إذا كان دخل الشخص الأول يتغير من شهر لآخر.
إذا كنت لا تتوقع تغيرات في الدخل الشهري للشخص الأول، قم بإضافة شخص آخر في الصفحات التالية.

إجمالي دخل الشخص الأول هذا السنة \$ _____
 إجمالي دخل الشخص الأول السنة القادمة (إذا كنت تعتقد أنه سيختلف) \$ _____

شكراً! هذا كل ما نود معرفته عنك

أكمل الخطوة الأولى عن نفسك، زوجك/شريكتك والأطفال الذين يعيشون معك و/أو أي شخص موجود في نفس كشف ضريبة الدخل الفيدرالي الخاص بك إذا قدمت واحد. راجع التعليمات لمزيد من المعلومات حول الأشخاص الذين يمكنك إضافتهم. إذا لم تقدم كشف ضريبي، تذكر أن تضيف أفراد العائلة الذين يعيشون معك.

2- علاقته بك؟

1- الاسم الأول، الأوسط، الأخير واللقب

3- تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) 4- الجنس: ذكر أنثى

5- رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، نحتاج إلى ذلك إذا كان الشخص الأول يمتلك تغطية صحية ولديه SSN

أ. إذا كنت لا تمتلك رقم، هل قدمت طلب للحصول على واحد؟ نعم لا (إذا لا، اذكر السبب في سؤال 16)

6 هل يعيش الشخص الثاني في نفس العنوان مثلك؟ نعم لا

إذا لا، اكتب العنوان

7. هل يخطط الشخص 2 لتقديم كشف دخل ضريبي السنة القادمة؟

(لا زال بإمكانك التقديم للتأمين الصحي حتى لو لم تقدم كشف دخل ضريبي فيدرالي.)

نعم، إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إجابة الأسئلة أ - ج لا. إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى سؤال ج.

أ. هل سيتقدم الشخص 2 بالاشتراك مع الزوج؟ نعم لا إذا نعم، اذكر اسم الزوج

ب. هل سيطلب الشخص 2 أي معالين موجودين في كشف ضريبة الدخل؟ نعم لا

إذا نعم، اذكر المعالين:

ج. هل سيتم طلب الشخص 2 كشخص مُعال في الكشف الضريبي الخاص بشخص ما؟ نعم لا

إذا نعم، اذكر اسم مقدم طلب الكشف الضريبي. ما صلة قرابتك بمقدم الكشف الضريبي؟

8. هل أنت حامل أو حدث الحمل مؤخرًا؟ نعم لا إذا نعم، أ. كم طفل تتوقع؟ ب. متى موعد الولادة؟

ج. إذا حدث الحمل مؤخرًا، ادخل تاريخ انتهاء الحمل:

د. هل تم تسجيلك في برنامج Medicaid في اليوم الأخير من الحمل؟ نعم لا

9. هل الشخص 2 يحتاج إلى تغطية صحية؟ (حتى لو كان لديك تأمين، قد يكون هناك برنامج بتغطية أفضل أو بتكاليف أقل.)

نعم. إذا كانت الإجابة نعم، أجب على جميع الأسئلة أدناه. لا. إذا كانت إجابتك لا، انتقل إلى أسئلة الدخل. اترك باقي الصفحة فارغ.

10. هل تعاني من حالة عجز جسدي أو عقلي أو عاطفي تسبب لك قيود في ممارسة الأنشطة؟ نعم لا

11. هل أنت بحاجة للعيش في مرفق طبي أو دار التمريض أو بحاجة إلى خدمات التمريض في المنزل؟ نعم لا

12. هل تم تشخيصك وتلقي العلاج لأي مما يلي؟ نعم لا

• سرطان الثدي • سرطان عنق الرحم • تضخم الأوعية الشاذ • خلل التنسج العنقي (CIN 2/3)

13. هل يريد الشخص 2 التقدم بطلب لبرنامج فوائد التنظيم الأسري؟ نعم لا

برنامج التخطيط الأسري هو برنامج إعانات محدودة، يقدم خدمات التنظيم الأسري، الخدمات المتعلقة بالتنظيم الأسري وبعض الفحوصات الوقائية المحدودة. التخطيط الأسري لا يشمل تغطية Medicaid كاملة. (إذا تركت هذا السؤال فارغًا، لن يتم تقييمك للتنظيم الأسري.)

14. أ. هل الشخص 2 مواطن أمريكي؟ (ولد في الولايات المتحدة، طفل لمواطن أمريكي، أجنبي سابق والآن يحمل الجنسية الأمريكية) نعم لا

ب. هل الشخص 2 مواطن من الأقاليم التابعة؟ (ولدت في إقليم أمريكي غير مدمج) نعم لا

15. إذا لم يكن الشخص 2 مواطنًا أمريكيًا أو قوميًا، هل لديه وضع هجرة مؤهل؟ نعم لا

إذا كانت إجابتك نعم، اذكر نوع وثيقتك ورقم البطاقة الشخصي أدناه

ب. نوع وثيقة الهجرة: رقم البطاقة الشخصي:

نعم لا

ح. هل يعيش الشخص 2 في الولايات المتحدة الأمريكية منذ 1996؟

نعم لا

د. هل زوج أو والد الشخص 2 من المحاربين القدامى أو عضو في الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟

16. إذا لم تتقدم بطلب للحصول على رقم ضمان اجتماعي، اذكر السبب

غير مؤهل لـ SSN

بدون SSN لأسباب دينية

صدرت لأسباب غير متعلقة بالعمل فقط

مولود جديد، الأم لا تتلقى Medicaid

Medicaid حاليًا

لا نعم

17. هل الشخص 2 يريد مساعدة في دفع الفواتير الطبية منذ آخر 3 شهور؟

لا نعم

ت. إذا كانت الإجابة نعم، هل عدد أفراد عائلة الشخص خلال الثلاثة الماضية نفس العدد الحالي؟

لا نعم

ث. هل كان دخل أسرة الشخص خلال الثلاثة شهور الماضية كما هو الآن؟

إذا كانت الإجابة لا، اكتب الدخل الإجمالي الشهري لـ: الشهر الأخير: \$ _____ منذ شهرين: \$ _____ منذ 3 شهور: \$ _____

18. هل يعيش الشخص 2 مع طفل واحد على الأقل دون سن 19، وهل الشخص الأساسي الذي يعتني بهذا الطفل؟

لا نعم

19. هل الشخص 2 طالب بدوام كامل؟

لا نعم

20. هل كان الشخص 2 في دار رعاية في كارولينا الجنوبية في عمر 18 أو ما فوق؟

لا نعم

21. هل يعيش الشخص 2 حاليًا في دار رعاية؟

لا نعم

22. هل يعيش الشخص 2 حاليًا في منزل DJJ؟

الآن أخبرنا عن أي مصدر دخل للشخص 2 في الأسئلة التالية

24. العرق (اختياري - حدد جميع ما ينطبق)

23. إذا كنت من أصل إسباني/لاتيني، العرق (اختياري)

أبيض هاوايون أصليون فلبيني كوري أمريكي

مكسيكي أمريكي مكسيكي شيكانو بورتوريكو

أفريقي/أسود صيني ياباني فيتنامي هندي آسيوي

كوبي أخرى

آسيوي آخر ساموا هندي أمريكي سكان الإسكا الأصليين غوامي أو تشامورو

غيرهم من سكان المحيط الهادئ أخرى

الوظيفة الحالية ومعلومات الدخل:

موظف لحسابه الخاص

غير موظف

موظف

انتقل إلى سؤال 36

انتقل إلى سؤال 37

إذا كنت حاليًا موظف، أخبرنا عن دخلك. ابدأ بالسؤال 25

الوظيفة الحالية 1:

26. رقم هاتف صاحب العمل

25. اسم صاحب العمل والعنوان

27. الأجر/الإكراميات (قبل الضرائب) بالساعة أسبوعيًا كل أسبوعين مرتين شهريًا شهريًا سنويًا

28. عدد ساعات العمل كل أسبوع \$ _____ 29. تاريخ البدء

الوظيفة الحالية 2: (إذا كان لديك المزيد من الوظائف وتريد المزيد من المساحة، ارفق ورقة أخرى)

31. رقم هاتف صاحب العمل

30. اسم صاحب العمل والعنوان

32. الأجر/الإكراميات (قبل الضرائب) بالساعة أسبوعيًا كل أسبوعين مرتين شهريًا شهريًا سنويًا

33. عدد ساعات العمل كل أسبوع \$ _____ 34. تاريخ البدء

35. في العام الماضي، هل قمت: تغيير وظائف التوقف عن العمل البدء بالعمل ساعات أقل ليس مما سبق

36. إذا كنت موظف مستقل، اجب على الأسئلة التالية:

أ. نوع العمل ب. كم صافي الدخل (الأرباح بعد دفع مصاريف العمل)، هل ستحصل المال من هذا العمل المستقل الشهر الحالي؟

\$ _____



37. **دخل آخر هذا الشهر:** حدد كل ما ينطبق، واذكر الكمية وعدد مرات الحصول عليها.
ملاحظة: لا داعي لإخبارنا عن دعم الطفل، استحقاقات المحاربين القدامى أو دخل الضمان التكميلي (SSI).

لا يوجد

بطالة \$ _____ كم مرة؟ _____
 صلفي الزراعة/الصيد _____ كم مرة؟ _____
 معاشات \$ _____ كم مرة؟ _____
 صافي الإيجار/الملكية _____ كم مرة؟ _____
 ضمان اجتماعي \$ _____ كم مرة؟ _____
 دخل آخر: _____ كم مرة؟ _____
 التقاعد \$ _____ نوع: _____
 كم مرة؟ _____ \$ _____ نوع: _____
 النفقة المستلمة \$ _____ كم مرة؟ _____

38. **تخفيضات:** حدد كل ما ينطبق، واذكر الكمية وعدد مرات الحصول عليها.

إذا الشخص 2 يدفع مقابل أشياء معينة والتي يمكن أن يتم خصمها من كشف الدخل الضريبي الفيدرالي، فإن إبلاغنا عنها قد يجعل تكلفة التغطية الصحية أقل.
ملاحظة: لا يجب ان تسجل التكلفة التي بالفعل ذكرتها في إجابتك على أسئلة صافي ربح العمل المستقل.

النفقة المدفوعة \$ _____ كم مرة؟ _____
 تخفيضات أخرى: \$ _____ كم مرة؟ _____
 فائدة القروض الطلابية \$ _____ كم مرة؟ _____
 نوع: _____

39. **الدخل السنوي:** أكمل هذا القسم فقط إذا كان دخل الشخص 2 يتغير من شهر لآخر.
إذا كنت لا تتوقع تغييرات في الدخل الشهري للشخص 2، قم بإضافة شخص آخر في الصفحات التالية.

إجمالي دخل الشخص الأول هذا السنة \$ _____
 إجمالي دخل الشخص الأول السنة القادمة (إذا كنت تعتقد أنه سيكون مختلف) \$ _____

أكمل الخطوة الأولى عن نفسك، زوجك/شريكتك والأطفال الذين يعيشون معك و/أو أي شخص موجود في نفس كشف ضريبة الدخل الفيدرالي الخاص بك إذا قدمت واحد. راجع التعليمات لمزيد من المعلومات حول الأشخاص الذين يمكنك إضافتهم. إذا لم تقدم كشف ضريبي، تذكر أن تضيف أفراد العائلة الذين يعيشون معك.

2- علاقته بك؟

1- الاسم الأول، الأوسط، الأخير ولاحقة الاسم

3- تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) 4- الجنس: ذكر أنثى
5- رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، نحتاج إلى ذلك إذا كان الشخص الأول يمتلك تغطية صحية ولديه SSN

أ- إذا كنت لا تمتلك رقم، هل قدمت طلب للحصول على واحد؟ نعم لا (إذا لا، اذكر السبب في سؤال 16)
6 هل يعيش الشخص الثاني في نفس العنوان مثلك؟ نعم لا
إذا لا، اكتب العنوان _____

7. هل يخطط الشخص 3 لتقديم كشف دخل ضريبي السنة القادمة؟

(لا زال بإمكانك التقديم للتأمين الصحي حتى لو لم تقدم كشف دخل ضريبي فيدرالي.)

نعم، إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إجابة الأسئلة أ - ج لا. إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى سؤال ج.

أ. هل سيتقدم الشخص 3 بالاشتراك مع الزوج؟ نعم لا
ب. هل سيطلب الشخص 3 أي معالين موجودين في كشف ضريبة الدخل؟ نعم لا
إذا نعم، اذكر المعالين: _____

ج. هل سيتم طلب الشخص 3 كشخص مُعال في الكشف الضريبي الخاص بشخص ما؟ نعم لا

إذا نعم، اذكر اسم مقدم طلب الكشف الضريبي. _____ ما صلة قرابتك بمقدم الكشف الضريبي؟

8. هل أنت حامل أو حدث الحمل مؤخرًا؟ نعم لا إذا نعم، أ. كم طفل تتوقع؟ _____ ب. متى موعد الولادة؟ _____
ج. إذا حدث الحمل مؤخرًا، ادخل تاريخ انتهاء الحمل: _____

د. هل تم تسجيلك في برنامج Medicaid في اليوم الأخير من الحمل؟ نعم لا

9. هل الشخص 3 يحتاج إلى تغطية صحية؟ (حتى لو كان لديك تأمين، قد يكون هناك برنامج بتغطية أفضل أو بتكاليف أقل.)

نعم. إذا كانت الإجابة نعم، أجب على جميع الأسئلة أدناه. لا. إذا كانت إجابتك لا، انتقل إلى أسئلة الدخل. اترك باقي الصفحة فارغ.

10. هل تعاني من حالة عجز جسدي أو عقلي أو عاطفي تسبب لك قيود في ممارسة الأنشطة؟ نعم لا
11. هل أنت بحاجة للعيش في مرفق طبي أو دار التمريض أو بحاجة إلى خدمات التمريض في المنزل؟ نعم لا
12. هل تم تشخيصك وتلقي العلاج لأي مما يلي؟ نعم لا

• سرطان الثدي • سرطان عنق الرحم • تضخم الأوعية الشاذ • خلل التنسج العنقي (CIN 2/3)

13. هل يريد الشخص 3 التقدم بطلب لبرنامج فوائد التنظيم الأسري؟ نعم لا

برنامج التخطيط الأسري هو برنامج إعانات محدودة، يقدم خدمات التنظيم الأسري، الخدمات المتعلقة بالتنظيم الأسري وبعض الفحوصات الوقائية المحدودة. التخطيط الأسري لا يشمل تغطية Medicaid كاملة. (إذا تركت هذا السؤال فارغًا، لن يتم تقييمك للتنظيم الأسري.)

14. أ. هل الشخص 3 مواطن أمريكي؟ (ولد في الولايات المتحدة، طفل لمواطن أمريكي، أجنبي سابق والآن يحمل الجنسية الأمريكية) نعم لا

ب. هل الشخص 3 من الأقاليم التابعة؟ (ولدت في إقليم أمريكي غير مدمج) نعم لا

15. إذا لم يكن الشخص 3 مواطنًا أمريكيًا أو قوميًا، هل لديه وضع هجرة مؤهل؟ نعم لا
إذا كانت إجابتك نعم، اذكر نوع وثيقتك ورقم البطاقة الشخصي أدناه

أ. نوع وثيقة الهجرة: _____ ب. رقم البطاقة الشخصي: _____

ج. هل يعيش الشخص 3 في الولايات المتحدة الأمريكية منذ 1996؟ نعم لا

د. هل زوج أو والد الشخص 3 من المحاربين القدامى أو عضو في الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟ نعم لا

16. إذا لم تتقدم بطلب للحصول على رقم ضمان اجتماعي، اذكر السبب
 صدرت لأسباب غير متعلقة بالعمل فقط
 بدون SSN لأسباب دينية
 غير مؤهل لـ SSN
- مولود جديد، الأم تتلقى حاليًا Medicaid
 مولود جديد، الأم لا تتلقى Medicaid
17. هل الشخص 3 يريد مساعدة في دفع الفواتير الطبية منذ آخر 3 شهور؟
 أ. إذا كانت الإجابة نعم، هل عدد أفراد عائلة الشخص خلال الثلاثة الشهور الماضية نفس العدد الحالي؟
 نعم لا
 ب. هل كان دخل أسرة الشخص خلال الثلاثة شهور الماضية كما هو الآن؟
 نعم لا
 إذا كانت الإجابة لا، اكتب الدخل الإجمالي الشهري لـ: الشهر الأخير: \$ _____ منذ شهرين: \$ _____ منذ 3 شهور: \$ _____
18. هل يعيش الشخص 3 مع طفل واحد على الأقل دون سن 19، وهل الشخص 3 هو الشخص الأساسي الذي يعتني بهذا الطفل؟
 نعم لا
19. هل الشخص 3 طالب بدوام كامل؟
 نعم لا
20. هل كان الشخص 3 في دار رعاية في كارولينا الجنوبية في عمر 18 أو ما فوق؟
 نعم لا
21. هل يعيش الشخص 3 حاليًا في دار رعاية؟
 نعم لا
22. هل يعيش الشخص 3 حاليًا في منزل DJJ؟
 نعم لا

الآن أخبرنا عن أي مصدر دخل للشخص 3 في الأسئلة التالية

23. إذا كنت من أصل إسباني/لاتيني، العرق (اختياري)
 مكسيكي أمريكي مكسيكي شيكانو بورتوريكو
 كوبي أخرى
24. العرق (اختياري - حدد جميع ما ينطبق)
 أبيض هاوايون أصليون فلبيني كوري أمريكي
 أفريقي/أسود صيني ياباني فيتنامي هندي آسيوي
 آسيوي آخر ساموا هندي أمريكي سكان الإسكا الأصليين غوامي أو تشامورو
 غيرهم من سكان المحيط الهادئ أخرى

الوظيفة الحالية ومعلومات الدخل:

- موظف
 إذا كنت حاليًا موظف، أخبرنا عن دخلك. ابدأ بالسؤال 25
- غير موظف
 انتقل إلى سؤال 37
- موظف لحسابه الخاص
 انتقل إلى سؤال 36
- الوظيفة الحالية 1:

25. اسم صاحب العمل والعنوان

26. رقم هاتف صاحب العمل

27. الأجر/الإكراميات (قبل الضرائب)
 بالساعة أسبوعيًا كل أسبوعين مرتين شهريًا شهريًا سنويًا
 28. عدد ساعات العمل كل أسبوع \$ _____
 29. تاريخ البدء

الوظيفة الحالية 2: (إذا كان لديك المزيد من الوظائف وتريد المزيد من المساحة، ارفق ورقة أخرى)

30. اسم صاحب العمل والعنوان

31. رقم هاتف صاحب العمل

32. الأجر/الإكراميات (قبل الضرائب)
 بالساعة أسبوعيًا كل أسبوعين مرتين شهريًا شهريًا سنويًا
 33. عدد ساعات العمل كل أسبوع \$ _____
 34. تاريخ البدء

35. في العام الماضي، هل قمت:
 تغيير وظائف التوقف عن العمل البدء بالعمل ساعات أقل ليس مما سبق

36. إذا كنت موظف مستقل، اجب على الأسئلة التالية:

- أ. نوع العمل
 ب. كم صافي الدخل (الأرباح بعد دفع مصاريف العمل)، هل ستحصل المال من هذا العمل المستقل الشهر الحالي؟
 \$ _____

37. دخل آخر هذا الشهر: حدد كل ما ينطبق، واذكر الكمية وعدد مرات الحصول عليها.
ملاحظة: لا داعي لإخبارنا عن دعم الطفل، استحقاقات المحاربين القدامى أو دخل الضمان التكميلي (SSI).

لا يوجد

بطالة \$ _____ كم مرة؟ _____ صافي الزراعة/الصيد _____ كم مرة؟ _____
 معاشات \$ _____ كم مرة؟ _____ صافي الإيجار/الملكية _____ كم مرة؟ _____
 ضمان اجتماعي \$ _____ كم مرة؟ _____ دخل آخر: _____
 التقاعد \$ _____ كم مرة؟ _____ نوع: _____ \$ _____ كم مرة؟ _____
 النفقة المستلمة \$ _____ كم مرة؟ _____ نوع: _____ \$ _____ كم مرة؟ _____

38. تخفيضات: حدد كل ما ينطبق، واذكر الكمية وعدد مرات الحصول عليها.

إذا الشخص 3 يدفع مقابل أشياء معينة والتي يمكن أن يتم خصمها من كشف الدخل الضريبي الفيدرالي، فإن إبلاغنا عنها قد يجعل تكلفة التغطية الصحية أقل.
ملاحظة: لا يجب ان تسجل التكلفة التي بالفعل ذكرتها في إجابتك على أسئلة صافي ربح العمل المستقل.

النفقة المدفوعة \$ _____ كم مرة؟ _____ تخفيضات أخرى: _____ \$ _____ كم مرة؟ _____
 فائدة القروض الطلابية \$ _____ كم مرة؟ _____ نوع: _____

39. الدخل السنوي: أكمل هذا القسم فقط إذا كان دخل الشخص 3 يتغير من شهر لآخر.
إذا كنت لا تتوقع تغيرات في الدخل الشهري للشخص 3، قم بإضافة شخص آخر في الصفحات التالية.

إجمالي دخل الشخص الأول هذا السنة \$ _____
 إجمالي دخل الشخص الأول السنة القادمة (إذا كنت تعتقد أنه سيكون مختلف) \$ _____



أكمل الخطوة الأولى عن نفسك، زوجك/شريكتك والأطفال الذين يعيشون معك و/أو أي شخص موجود في نفس كشف ضريبة الدخل الفيدرالي الخاص بك إذا قدمت واحد. راجع التعليمات لمزيد من المعلومات حول الأشخاص الذين يمكنك إضافتهم. إذا لم تقدم كشف ضريبي، تذكر أن تضيف أفراد العائلة الذين يعيشون معك.

1- الاسم الأول، الأوسط، الأخير ولاحقة الاسم

2- علاقته بك؟

3- تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) 4- الجنس: ذكر أنثى

5- رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، نحتاج إلى ذلك إذا كان الشخص الأول يمتلك تغطية صحية ولديه SSN

أ- إذا كنت لا تمتلك رقم، هل قدمت طلب للحصول على واحد؟ نعم لا (إذا لا، اذكر السبب في سؤال 16)

6 هل يعيش الشخص الثاني في نفس العنوان مثلك؟ نعم لا
إذا لا، اكتب العنوان

7. هل يخطط الشخص 4 لتقديم كشف دخل ضريبي السنة القادمة؟

(لا زال بإمكانك التقديم للتأمين الصحي حتى لو لم تقدم كشف دخل ضريبي فيدرالي.)

نعم، إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إجابة الأسئلة أ - ج لا. إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى سؤال ج.

ت. هل سيتقدم الشخص 4 بالاشتراك مع الزوج؟ نعم لا إذا نعم، اذكر اسم الزوج

ث. هل سيطلب الشخص 4 أي معالين موجودين في كشف ضريبة الدخل؟ نعم لا
إذا نعم، اذكر المعالين:

ج. هل سيتم طلب الشخص 4 كشخص مُعال في الكشف الضريبي الخاص بشخص ما؟ نعم لا

إذا نعم، اذكر اسم مقدم طلب الكشف الضريبي. ما صلة قرابتك بمقدم الكشف الضريبي؟

8. هل أنت حامل أو حدث الحمل مؤخرًا؟ نعم لا إذا نعم، أ. كم طفل تتوقع؟ ب. متى موعد الولادة؟

ج. إذا حدث الحمل مؤخرًا، ادخل تاريخ انتهاء الحمل:

د. هل تم تسجيلك في برنامج Medicaid في اليوم الأخير من الحمل؟ نعم لا

9. هل الشخص 3 يحتاج إلى تغطية صحية؟ (حتى لو كان لديك تأمين، قد يكون هناك برنامج بتغطية أفضل أو بتكاليف أقل.)

نعم. إذا كانت الإجابة نعم، أجب على جميع الأسئلة أدناه. لا. إذا كانت إجابتك لا، انتقل إلى أسئلة الدخل. اترك باقي الصفحة فارغ.

10. هل تعاني من حالة عجز جسدي أو عقلي أو عاطفي تسبب لك قيود في ممارسة الأنشطة؟ نعم لا

11. هل أنت بحاجة للعيش في مرفق طبي أو دار التمريض أو بحاجة إلى خدمات التمريض في المنزل؟ نعم لا

12. هل تم تشخيصك وتلقي العلاج لأي مما يلي؟ نعم لا

• سرطان الثدي • سرطان عنق الرحم • تضخم الأفتية الشاذ • خلل التنسج العنقي (CIN 2/3)

13. هل يريد الشخص 4 التقدم بطلب لبرنامج فوائد التنظيم الأسري؟ نعم لا

برنامج التخطيط الأسري هو برنامج إعانات محدودة، يقدم خدمات التنظيم الأسري، الخدمات المتعلقة بالتنظيم الأسري وبعض الفحوصات الوقائية المحدودة. التخطيط الأسري لا يشمل تغطية Medicaid كاملة. (إذا تركت هذا السؤال فارغًا، لن يتم تقييمك للتنظيم الأسري.)

14. أ. هل الشخص 4 مواطن أمريكي؟ (ولد في الولايات المتحدة، طفل لمواطن أمريكي، أجنبي سابق والآن يحمل الجنسية الأمريكية) نعم لا

ب. هل الشخص 4 مواطن من الأقاليم التابعة؟ (ولدت في إقليم أمريكي غير مدمج) نعم لا

15. إذا لم يكن الشخص 4 مواطنًا أمريكيًا أو قوميًا، هل لديه وضع هجرة مؤهل؟ نعم لا

إذا كانت إجابتك نعم، اذكر نوع وثيقتك ورقم البطاقة الشخصي أدناه

ب. نوع وثيقة الهجرة: _____

ب. رقم البطاقة الشخصي: _____

ج. هل يعيش الشخص 4 في الولايات المتحدة الأمريكية منذ 1996؟ نعم لا

د. هل زوج أو والد الشخص 4 من المحاربين القدامى أو عضو في الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟ نعم لا

16. إذا لم تتقدم بطلب للحصول على رقم ضمان اجتماعي، اذكر السبب

- صدرت لأسباب غير متعلقة بالعمل فقط بدون SSN لأسباب دينية غير مؤهل لـ SSN
- مولود جديد، الأم تتلقى حاليًا Medicaid مولود جديد، الأم لا تتلقى Medicaid

17. هل الشخص 4 يريد مساعدة في دفع الفواتير الطبية منذ آخر 3 شهور؟
أ. إذا كانت الإجابة نعم، هل عدد أفراد عائلة الشخص خلال الثلاثة الشهور الماضية نفس العدد الحالي؟
ب. هل كان دخل أسرة الشخص 4 خلال الثلاثة شهور الماضية كما هو الآن؟
إذا كانت الإجابة لا، اكتب الدخل الإجمالي الشهري لـ الشهر الأخير: \$ _____ منذ شهرين: \$ _____ منذ 3 شهور: \$ _____
18. هل يعيش الشخص 4 مع طفل واحد على الأقل دون سن 19، وهل الشخص 4 هو الشخص الأساسي الذي يعتني بهذا الطفل؟
19. هل الشخص 4 طالب بدوام كامل؟
20. هل كان الشخص 4 في دار رعاية في كارولينا الجنوبية في عمر 18 أو ما فوق؟
21. هل يعيش الشخص 4 حاليًا في دار رعاية؟
22. هل يعيش الشخص 4 حاليًا في منزل DJJ؟

الآن أخبرنا عن أي مصدر دخل للشخص 4 في الأسئلة التالية

23. إذا كنت من أصل إسباني/لاتيني، العرق (اختياري)
 مكسيكي أمريكي مكسيكي شيكانو بورتوريكو كوبي أخرى
24. العرق (اختياري – حدد جميع ما ينطبق)
 أبيض هاواييون أصليون فلبيني كوري أمريكي أفريقي/أسود صيني ياباني فيتنامي هندي آسيوي آسيوي آخر ساموا هندي أمريكي سكان ألاسكا الأصليين غوامي أو تشامورو غيرهم من سكان المحيط الهادئ أخرى

الوظيفة الحالية ومعلومات الدخل:

- موظف غير موظف موظف لحسابه الخاص
- إذا كنت حاليًا موظف، أخبرنا عن دخلك. ابدأ بالسؤال 25 انتقل إلى سؤال 37 انتقل إلى سؤال 36

الوظيفة الحالية 1:

25. اسم صاحب العمل والعنوان

26. رقم هاتف صاحب العمل

27. الأجر/ الإكراميات (قبل الضرائب) بالساعة أسبوعيًا كل أسبوعين مرتين شهريًا شهريًا سنويًا

28. عدد ساعات العمل كل أسبوع \$ _____ 29. تاريخ البدء

الوظيفة الحالية 2: (إذا كان لديك المزيد من الوظائف وتريد المزيد من المساحة، ارفق ورقة أخرى)

30. اسم صاحب العمل والعنوان

31. رقم هاتف صاحب العمل

32. الأجر/ الإكراميات (قبل الضرائب) بالساعة أسبوعيًا كل أسبوعين مرتين شهريًا شهريًا سنويًا

33. عدد ساعات العمل كل أسبوع \$ _____ 34. تاريخ البدء

35. في العام الماضي، هل قمت: تغيير وظائف التوقف عن العمل البدء بالعمل ساعات أقل ليس مما سبق

36. إذا كنت موظف مستقل، اجب على الأسئلة التالية:

أ. نوع العمل ب. كم صافي الدخل (الأرباح بعد دفع مصاريف العمل)، هل ستحصل المال من هذا العمل المستقل الشهر الحالي؟

\$ _____

37. دخل آخر هذا الشهر: حدد كل ما ينطبق، واذكر الكمية وعدد مرات الحصول عليها.
ملاحظة: لا داعي لإخبارنا عن دعم الطفل، استحقاقات المحاربين القدامى أو دخل الضمان التكميلي (SSI).

لا يوجد

بطالة	\$ _____	كم مرة؟	_____	صافي الزراعة/الصيد	_____	كم مرة؟	_____
معاشات	\$ _____	كم مرة؟	_____	صافي الإيجار/الملكية	_____	كم مرة؟	_____
ضمان اجتماعي	\$ _____	كم مرة؟	_____	دخل آخر:			
التقاعد	\$ _____	كم مرة؟	_____	نوع: _____	\$ _____	كم مرة؟	_____
النفقة المستلمة	\$ _____	كم مرة؟	_____	نوع: _____	\$ _____	كم مرة؟	_____

38. تخفيضات: حدد كل ما ينطبق، واذكر الكمية وعدد مرات الحصول عليها.
إذا الشخص 4 يدفع مقابل أشياء معينة والتي يمكن أن يتم خصمها من كشف الدخل الضريبي الفيدرالي، فإن إبلاغنا عنها قد يجعل تكلفة التغطية الصحية أقل.
ملاحظة: لا يجب ان تسجل التكلفة التي بالفعل ذكرتها في إجابتك على أسئلة صافي ربح العمل المستقل.

<input type="checkbox"/> النفقة المدفوعة	\$ _____	كم مرة؟	_____	<input type="checkbox"/> تخفيضات أخرى:	\$ _____	كم مرة؟	_____
<input type="checkbox"/> فائدة القروض الطلابية	\$ _____	كم مرة؟	_____	نوع: _____			

39. الدخل السنوي: أكمل هذا القسم فقط إذا كان دخل الشخص 4 يتغير من شهر لآخر.
إذا كنت لا تتوقع تغييرات في الدخل الشهري للشخص 4، قم بإضافة شخص آخر في الصفحات التالية.

إجمالي دخل الشخص الأول هذا السنة	\$ _____
إجمالي دخل الشخص الأول السنة القادمة (إذا كنت تعتقد أنه سيكون مختلف)	\$ _____



1. هل أنت أو أي فرد من عائلتك هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟

إذا كانت إجابتك لا، انتقل إلى الخطوة 3

نعم، إذا كانت إجابتك نعم، اطب وأكمل نموذج SCDHHS Form 3400-Appendix B (فرد من العائلة هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين).

1. أجب على هذه الأسئلة لكل شخص يحتاج تغطية صحية.

هل أي شخص مسجل الآن في برامج التغطية الصحية التالية؟ يرجى تقديم نسخة من بطاقة التأمين إذا كانت متوفرة.

نعم، إذا كانت الإجابة نعم، افحص نوع التغطية واكتب اسم الشخص (الأشخاص) بجانب التغطية الصحية التي يمتلكها. لا

<input type="checkbox"/> تأمين صاحب العمل	<input type="checkbox"/> Medicaid
اسم التأمين الصحي	<input type="checkbox"/> CHIP
رقم البوليصا: تاريخ البدء:	<input type="checkbox"/> Medicare
هل هذه تغطية COBRA؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رقم المطالبة:
هل هذه خطة صحية للمتقاعدين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ بدء تغطية Medicare
<input type="checkbox"/> تأمين صحي آخر	<input type="checkbox"/> TRICARE
اسم التأمين الصحي	برامج الرعاية الصحية VA
رقم البوليصا: تاريخ البدء:	<input type="checkbox"/> Peace Corps
هل هذه خطة بمزايا لفترة محدودة (مثل: تأمين ضد حوادث المدرسة) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

هل قدم أي شخص مُدرج ضمن هذا الطلب تغطية صحية من وظيفة؟ اختر نعم حتى لو كانت التغطية الصحية من وظيفة شخص آخر، مثل "والد أو زوج."

نعم، إذا كانت الإجابة نعم، ستحتاج إلى إكمال وتضمين ملحق A. هل هذه خطة مساعدة موظفي الولاية؟ نعم لا

لا، إذا كانت إجابتك لا، انتقل إلى الخطوة 4.

اقرأ ووقع. يرجى قراءة الحقوق والمسؤوليات، إذا كنت لا تتفق مع البيان، فإن أهليتك للبرنامج قد تتأثر. التوقيع مطلوب لإكمال طلبك وتقديمه للوكالة.

- 1- أعلم أنه وبموجب القانون الفيدرالي، لا يُسمح بأي شكل من أشكال التمييز على أساس العرق، اللون، الأصل القومي، الجنس، السن أو الإعاقة. يمكنني تقديم شكوى بشأن التمييز بالاتصال على الرقم (888) 4238-808 أو مراسلة قسم الحقوق المدنية SCDHHS, P.O. Box 8206, Columbia, SC 29202-8206.
- 2- أعلم أنه سيطلب مني التعاون مع الوكالة التي تجمع الدعم الطبي. إذا اعتقدت أن هذا التعاون من أجل جمع المعلومات سيؤذي أطفالي، سأخبر الوكالة وربما لن أتعاون معهم.
- 3- أخصص وأعطي حقوقي لأي دفعات من طرف ثالث إلى SCDHHS بما في ذلك المبلغ الذي خصصته شركة Healthy Connections لرعايتي الطبية. وينطبق هذا التنازل على أي من أطفالي الذين قد يتعرضون للإصابة. من الممكن أن تشمل هذه المدفوعات دفعات من التأمين الصحي، التسويات القانونية، أو أي أطراف ثالثة أخرى.
- 4- أتفهم أنه يجب أن أتعاون بشكل كامل مع الولاية والعاملين الفيدراليين إذا تمت مراجعة حالتي. كما أفهم أنه كشرط للأهلية يجب أن أقدم بطلب واتخذ بعض الإجراءات للحصول على أي إعانات أخرى، بما في ذلك على سبيل الذكر لا الحصر المعاشات، المعاشات التقاعدية، والعجز وأي مستحقات أخرى.
- 5- بصفتي مُقدم للطلب/مستفيد من خدمات Medicaid، أتفهم أن هناك مجموعتين من الأشخاص تتأثر باستعادة الممتلكات:
 - شخص من أي فئة عمرية كان مريض في دار التمريض، مرفق الرعاية المتوسطة للمعاقين ذهنيًا، أو مؤسسة طبية أخرى وقت الوفاة، وكان مطالبًا بدفع معظم دخله/دخلها مقابل تكاليف الرعاية؛ أو
 - شخص كان يبلغ من العمر 55 عامًا أو ما فوق عندما تلقى/تلقت المساعدة الطبية المؤلفة من خدمات دار التمريض، الخدمات المنزلية والمجتمعية، خدمات المستشفى والوصفات الطبية المقدمة للأفراد في مرافق التمريض أو الذين يتلقون خدمات مجتمعية ومنزلية.
 أتفهم أنه عند تلقي أي من هذه الخدمات، ستقوم وزارة الصحة والخدمات الإنسانية برفع دعوى ضد ممتلكاتي (جميع الممتلكات الشخصية أو العقارية التي أمتلكها عند وفاتي) مقابل المبلغ الذي دفعته Medicaid من أجل خدمتي.

هل تحتاج لمساعدة بطلبك؟ يرجى زيارة SCDHHS.gov أو اتصل بنا على الرقم 1-888-549-0820. للحصول على نسخة من هذا النموذج باللغة الإسبانية، يرجى الاتصال على الرقم 1-888-549-0820. إذا كنت بحاجة إلى لغة غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على الرقم 1-888-549-0820 وأخبر موظف خدمة العملاء عن اللغة التي تريدها. سنقدم لك المساعدة مجانًا. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-888-842-3620.

نموذج DHHS 3400 (أغسطس، 2020)

6. أقر بأنه يجب عليا إبلاغ SCDHHS في حال تغير أي من المعلومات التي أدرجتها في الطلب وكانت مختلفة عما كتبته مسبقاً في غضون 10 أيام. أفهم أنه أي تغيير في المعلومات قد يؤثر على أهلية فرد أو أفراد من عائلتي.
7. سيتم استخدام المعلومات المقدمة في هذا الطلب للتفاعل مع SCDHHS مستقبلاً للتحقق من أهليتي للمساعدة في تغطية التكاليف الصحية، إذا اخترت التقديم. إذا كانت المعلومات التي قدمتها لا تتطابق مع البيانات الإلكترونية، قد يُطلب مني إرسال إثبات صحة المعلومات. أدرك أنه ما لم أطلب استيعادي تحديداً، سيتم حفظ المعلومات بسرية للتأكد من أن الخدمات المقدمة لي ولعائلتي كافية وضرورية..
8. إذا اعتقدت أن SCDHHS، الوكالة التي تُدير Healthy Connections، برنامج Medicaid التابع للولاية، اقترفت خطأ يمكنني استئناف قرارها. يُقصد بالاستئناف إبلاغ شخص من SCDHHS بأنني اعتقد أن هناك إجراء خاطئ، وأطالب بجلسة استماع عادلة. ويجب أن أقدم بطلب مكتوب إلى SCDHHS للمطالبة بجلسة استماع. أعلم أنني قد أمثل نفسي أو يمثلني شخص آخر غيري.
9. أدرك أن المعلومات الصحية الشخصية التي أقدمها أو التي تم جمعها لاحقاً من قبل SCDHHS مشمولة بقانون نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 (HIPAA) وسألتقى إشعار بممارسات الخصوصية بالإضافة إلى بطاقة (بطاقات) Healthy .Healthy Connections .Connections

هل أحد والدين أي طفل موجود في هذا الطلب يعيش بعيداً عن المنزل؟ نعم لا
 أوكد أن لا أحد تقدم بطلب للحصول على تأمين صحي يتواجد داخل السجن (محتجز أو مسجون). إذا لا، _____ مسجون.

تجديد التغطية في السنوات المقبلة

لتسهيل تحديد أهليتي للمساعدة في دفع تكاليف التغطية الصحية في السنوات القادمة، أوافق على السماح لبرامج Medicaid أو سوق التأمين الصحي لاستخدام بيانات الدخل، بما في ذلك معلومات من عائدات الضرائب. سيرسل لك Medicaid إخطار، يسمح لك بإجراء أي تغييرات، ويمكنني الانسحاب في أي وقت. نعم، جدد أهليتي تلقائياً لفترة:

5 سنوات (الحد الأقصى لعدد السنين المسموح بها)، لعدد أقل من السنوات:

4 سنوات 3 سنوات سنتين سنة لا تستخدم معلومات من العائدات الضريبية لتجديد أهليتي.

وقع هذا الطلب. يتوجب على الشخص الذي أكمل الخطوة الأولى توقيع هذا الطلب. إذا كنت ممثل مفوض، يمكنك التوقيع هنا طالما أنك قدمت المعلومات المطلوبة في نموذج DHHS 1282 – الممثل المفوض.

بالتوقيع على هذا الطلب أقر بأنني قرأت وأوافق على جميع الحقوق والمسؤوليات المنصوص عليها في هذه الصفحة. أوقع هذا الطلب وأنا أعلم عقوبة الحنث باليمين. ويعني هذا أنني قدمت إجابات صحيحة على جميع الأسئلة في هذا النموذج حسب معرفتي. أدرك أنه إذا كنت غير صادق، قد أتعرض لعقوبة بموجب القانون الفيدرالي.

التاريخ (شهر/يوم/سنة)

التوقيع

يرجى طباعة هذا النموذج، ثم التوقيع في السطر أعلاه قبل التسليم.

الخطوة الخامسة أرسل الطلب المكتمل بالبريد.

إذا كنت ترغب في التسجيل للتصويت، يمكنك إكمال استمارة تسجيل الناخبين من هنا scvotes.org

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

أرسل طلبك الموقع إلى البريد:

هل تحتاج لمساعدة بطلبك؟ يرجى زيارة scdhhs.gov أو اتصل بنا على الرقم 1-888-549-0820. للحصول على نسخة من هذا النموذج باللغة الإسبانية، يرجى الاتصال على الرقم 1-888-549-0820. إذا كنت بحاجة إلى لغة غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على الرقم 1-888-549-0820 وأخبر موظف خدمة العملاء عن اللغة التي تريدها. سنقدم لك المساعدة مجاناً. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-888-842-3620. نموذج DHHS 3400 (أغسطس، 2020)



التغطية الصحية من الوظائف

لا داعي للإجابة على هذه الأسئلة إلا إذا كان أحد أفراد عائلتك مؤهل للحصول على التغطية الصحية من الوظيفة. ارفق نسخة من هذه الصفحة لكل وظيفة تقدم تغطية.

أخبرنا عن الوظيفة التي تقدم تغطية.

خذ أداة تغطية صاحب العمل الموجودة في الصفحة التالية إلى صاحب العمل الذي يقدم تغطية للمساعدة في الإجابة على هذه الأسئلة. ما عليك سوى أن تُرفق هذه الصفحة عندما ترسل طلبك، ليس أداة تغطية صاحب العمل.

معلومات الموظف

2. رقم الضمان الاجتماعي للموظف

1. اسم الموظف (الاسم الأول، الأوسط، الأخير)

معلومات صاحب العمل

3. اسم صاحب العمل	4. رقم تعريف صاحب العمل
5. عنوان صاحب العمل	6. رقم هاتف صاحب العمل
7. المدينة	8. الولاية
9. الرمز البريدي	
1. مع من يمكننا التواصل بشأن التغطية الصحية للموظف في هذه الوظيفة؟	
11. رقم الهاتف (إذا كان مختلف عن الرقم أعلاه)	
12. عنوان البريد الإلكتروني	
()	

13. هل أنت مؤهل حاليًا للتغطية التي يقدمها صاحب العمل هذا؟ أم ستصبح مؤهلًا في غضون الأشهر الثلاثة القادمة؟

نعم، إذا كانت الإجابة نعم، تابع للأسفل لا، إذا كانت الإجابة لا، توقف هنا وانتقل إلى الخطوة 3 في الطلب.

13. أ. إذا كنت في فترة انتظار أو اختبار، متى يمكنك التسجيل في التغطية؟

(شهر /يوم /سنة)

اذكر اسم أي شخص مؤهل للحصول على التغطية من هذه الوظيفة.

الاسم: _____ الاسم: _____

أخبرنا عن الخطة الصحية المقدمة من قبل صاحب العمل هذا.

14. هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تلي معيار الحد الأدنى للقيمة؟ نعم لا

15. بالنسبة للخطة الأقل تكلفة التي تفي بمعيار الحد الأدنى للقيمة* مقدمة فقط للموظف (لا تشمل الخطط العائلية):

إذا كان صاحب العمل لديه برامج الصحة، اذكر قيمة القسط الذي سيدفعه الموظف في حال حصل على الحد الأقصى للخصم على أي من برامج الإقلاع عن التدخين، ولم يتلقى أي خصم آخر بناءً على برامج الصحة.

أ. كم يجب أن يدفع الموظف أقساط هذه الخطة؟ \$ _____

ب. كم مرة؟ أسبوعيًا كل أسبوعين مرتين شهريًا شهريًا سنويًا



16. ما التغييرات التي سيقوم بها صاحب العمل فيما يتعلق بالخطة السنوية الجديدة؟ (إذا كان معروفاً)

لن يقدم صاحب العمل تغطية صحية

سيبدأ صاحب العمل بتقديم تغطية صحية للموظفين أو سيغير قسط الخطة الأقل تكلفة المتاحة فقط للموظفين والتي تفي بمعيار الحد الأدنى للقيمة*.

(يجب أن يعكس القسط خصم برامج الصحة، راجع السؤال 15).

أ. كم يجب أن يدفع الموظف أقساط هذه الخطة؟ \$_____

ب. كم مرة؟ أسبوعياً كل أسبوعين مرتين شهرياً شهرياً سنوياً

تاريخ التغيير (شهر/يوم/سنة): _____

*تفي الخطة الصحية التي يرعاها صاحب العمل "بمعيار الحد الأدنى للقيمة" إذا كانت حصة الخطة من إجمالي تكاليف الإعانات التي تغطيها الخطة لا يقل عن 60% من هذه التكاليف.

[القسم 36(ii)(C)(2)(c) B من قانون الإيرادات الداخلية لعام 1986]



أداة تغطية صاحب العمل

صفحة 2 من 4

التغطية الصحية من الوظائف

استخدم هذه الأداة للإجابة على الأسئلة في الملحق A بشأن أي تغطية صحية من صاحب العمل أنت مؤهل للحصول عليها (حتى لو كانت من وظيفة شخص آخر، مثل أحد الوالدين أو الزوج). تتطابق المعلومات في المربعات المرقمة مع المربعات في ملحق A. على سبيل المثال، الإجابة على السؤال 14 في هذه الصفحة يجب أن يتطابق مع إجابة السؤال 14 في الملحق A. اكتب اسمك ورقم الضمان الاجتماعي في المربعات 1 و 2 واطلب من صاحب العمل تعبئة باقي النموذج. أكمل أداة واحدة لكل صاحب عمل يقدم تغطية صحية.

معلومات الموظف



يجب على الموظف أن يملأ هذا القسم.

2. رقم الضمان الاجتماعي للموظف

1. اسم الموظف (الاسم الأول، الأوسط، الأخير)

معلومات صاحب العمل



يجب على الموظف أن يملأ هذا القسم.

4. رقم تعريف صاحب العمل

3. اسم صاحب العمل

6. رقم هات صاحب العمل

5. عنوان صاحب العمل

9. الرمز البريدي

8. الولاية

7. المدينة

1. مع من يمكننا التواصل بشأن التغطية الصحية للموظف في هذه الوظيفة؟

12. عنوان البريد الإلكتروني

11. رقم الهاتف (إذا كان مختلف عن الرقم أعلاه)

()

13. هل أنت مؤهل حالياً للتغطية التي يقدمها صاحب العمل هذا؟ أم ستصبح مؤهلاً في غضون الأشهر الثلاثة القادمة؟

لا، إذا كانت الإجابة لا، توقف هنا وانتقل إلى الخطوة 3 في الطلب.

نعم، إذا كانت الإجابة نعم، تابع للأسفل

13. أ. إذا كنت في فترة انتظار أو اختبار، متى يمكنك التسجيل في التغطية؟

(شهر /يوم /سنة)

اذكر اسم أي شخص مؤهل للحصول على التغطية من هذه الوظيفة.

الاسم: الاسم: الاسم:

أخبرنا عن الخطة الصحية المقدمة من قبل صاحب العمل هذا.

14. هل يعد صاحب العمل خطة صحية تلي معيار الحد الأدنى للقيمة؟ نعم لا

15. بالنسبة للخطة الأقل تكلفة التي تفي بمعيار الحد الأدنى للقيمة* مقدمة فقط للموظف (لا تشمل الخطط العائلية):

إذا كان صاحب العمل لديه برامج الصحة، اذكر قيمة القسط الذي سيدفعه الموظف في حال حصل على الحد الأقصى للخصم على أي من برامج الإقلاع عن التدخين، ولم يتلقى أي خصم آخر بناءً على برامج الصحة.

أ. كم يجب أن يدفع الموظف أقساط هذه الخطة؟ \$ _____

ب. كم مرة؟ أسبوعياً كل أسبوعين مرتين شهرياً شهرياً سنوياً

هل تحتاج لمساعدة بطلبك؟ يرجى زيارة SCDHHS.gov أو اتصل بنا على الرقم 1-888-549-0820. للحصول على نسخة من هذا النموذج باللغة الإسبانية، يرجى الاتصال على الرقم 1-888-549-0820. إذا كنت بحاجة إلى لغة غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على الرقم 1-888-549-0820 وأخبر موظف خدمة العملاء عن اللغة التي تريدها. سنقدم لك المساعدة مجانًا. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-888-842-3620.
نموذج DHHS 3400 (يناير، 2014)

صفحة 3 من 4

16. ما التغييرات التي سيقوم بها صاحب العمل فيما يتعلق بالخطة السنوية الجديدة؟ (إذا كان معروفًا)

لن يقدم صاحب العمل تغطية صحية

سيبدأ صاحب العمل بتقديم تغطية صحية للموظفين أو سيغير قسط الخطة الأقل تكلفة المتاحة فقط للموظفين والتي تفي بمعيار الحد الأدنى للقيمة*.

(يجب أن يعكس القسط خصم برامج الصحة، راجع السؤال 15).

أ. كم يجب أن يدفع الموظف أقساط هذه الخطة؟ \$_____

ب. كم مرة؟ أسبوعيًا كل أسبوعين مرتين شهريًا شهريًا سنويًا

تاريخ التغيير (شهر/يوم/سنة): _____

*تفي الخطة الصحية التي يراها صاحب العمل "بمعيار الحد الأدنى للقيمة" إذا كانت حصة الخطة من إجمالي تكاليف الإعانات التي تغطيها الخطة لا يقل عن 60% من هذه التكاليف.

[القسم 36(ii)(C)(2)(B) من قانون الإيرادات الداخلية لعام 1986]

اسم مقدم طلب Medicaid / العضو	رقم الضمان الاجتماعي
تعيين ممثل مفوض:	
هل ترغب في السماح لشخصًا ما بتمثيلك في كافة الأمور المتعلقة بقضيتك؟ يمكنك منح شخص موثوق به أو منظمة ما الإذن للتحدث معنا فيما يخص طلبك، والإطلاع على معلوماتك، والتصرف بالنيابة عنك في الأمور المتعلقة بطلبك، ويشمل ذلك: الحصول على معلومات حول طلبك والتوقيع على طلبك بالنيابة عنك. يمكن لهذا الشخص أيضًا التصرف نيابة عنك في أمور أخرى، تشمل: المراجعات والاستئناف وعمليات الرعاية المدارة. يُطلق على هذا الشخص مسمى "ممثل مفوض". يستطيع عامل الأهلية التابع لبرامج Medicaid الإدلاء بأي معلومات تخص طلبك/مراجعتك وكذلك حالتك للممثل المفوض أو أي عضو منظمة مُشار لها في النموذج. يمكن لأكثر من شخص أو منظمة العمل كممثل مفوض لك. يمكنك تعيين، سحب، تغيير الممثل المفوض في أي وقت. إذا كنت بحاجة لتغيير الممثل المفوض، تواصل مع Healthy Connections. إذا كنت ممثلًا مفوضًا قانونيًا لصاحب هذا الطلب، لا داعي لإكمال هذا القسم.	
اسم الممثل المفوض (الاسم الأول، الأوسط، الأخير)	<input type="checkbox"/> جديد <input type="checkbox"/> تغيير <input type="checkbox"/> إضافي <input type="checkbox"/> حذف هذا الشخص أو المنظمة كممثل مفوض
عنوان الممثل المفوض (اتركه فارغ إذا لم تعرفه)	رقم الشقة أو الجناح
المدينة	الولاية
رقم هاتف الممثل المفوض	الرمز البريدي
البريد الإلكتروني للممثل المفوض	رقم هاتف آخر
اسم المؤسسة (إن وجد)	الوحدة* (إن وجد)
	رقم الهوية (إن وجد)
*من الأفضل تحديد وحدة معينة للمنظمات الكبيرة.	

أو

إذن بالإفصاح عن المعلومات			
هل هناك أي شخص ترغب ان تشاركه المعلومات الخاصة بطلبك؟ بإكمال هذا القسم، يمكنك منح الإذن للشخص التالي باستلام المعلومات الخاصة بطلبك/حالتك، لكنه لا يملك الحق بالتصرف نيابة عنك كممثل مفوض. كما أنك تعطي الإذن أيضًا لـ SCDHHS للإفصاح عن معلومات خاصة بهذا الطلب للشخص الإضافي أو المنظمة.			
اسم الشخص/المنظمة	الهاتف		
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الوحدة (إن وجد)	رقم الهوية (إن وجد)		
توقيع مقدم طلب/عضو Medicaid	التاريخ (شهر/يوم/سنة)		

إذا وقعت بعلامة "x"، يرجى إحضار شاهدين للتوقيع أدناه

شاهد: _____ شاهد: _____

 العضو عاجز وغير قادر على التوقيع. تحتفظ SCDHHS بحق التحقق من عدم قدرة العضو على التوقيع. قدم سبب:

أرسل النموذج الموقع إلى البريد: (888) 820-1204 Fax: (888) 820-1204, Columbia, SC 29202-3101 Central Mail, SCDHHS

هل تحتاج لمساعدة في طلبك؟ يرجى زيارة SCDHHS.gov أو اتصل بنا على الرقم 1-888-549-0820. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغة أخرى غير الإنجليزي اتصل على الرقم 1-888-549-0820 وبلغ موظف خدمة العملاء اللغة التي تحتاجها. سنقدم لك المساعدة مجانًا. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-888-3620-842.