

طلب الحصول على رعاية دار التمريض، الرعاية السكنية أو المنزلية

يستخدم هذا النموذج للتقدم بطلب إلى دار التمريض، خدمات الإعفاء، أو OSS في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بولاية كارولينا الجنوبية (SCDHHS). يُرجى الإجابة على كافة الأسئلة على أكمل وجه قدر الإمكان لأنها تنطبق عليك أو على الشخص الذي تتقدم له. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تعبئة هذا الطلب، يمكنك الاتصال على 1-888-549-0820 (TTY 1-888-842-3620)

☐ الإعاقة الافتراضية ☐ هذا الصندوق للاستخدام التجريبي فقط

☐ OSS

☐ خدمات الإعفاء

☐ أنا أتقدم لـ: ☐ دار التمريض

من؟ _____

يشترط القانون الفيدرالي على كل شخص يتقدم بطلب لبرنامج Medicaid بنفسه ضرورة إبلاغنا عن جنسيته أو وضع الهجرة الخاص به وتزويدنا برقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو التقدم بطلب للحصول عليه. يمكننا مساعدتك بالحصول على رقم الضمان الاجتماعي SSN، ولن يتم رفض أو تأخير الفوائد أثناء مراجعة طلبك. سيتم استخدام أرقام الضمان الاجتماعي لمساعدة وكالة الولاية في تحديد الأهلية. على الأشخاص غير المواطنين المتقدمين للحصول على جميع إعانات Medicaid تقديم وثائق دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية، مثل نموذج I-55 (البطاقة الخضراء) أو I-94. لا يُطلب من أي شخص غير مواطن يتقدم للحصول على خدمات الطوارئ فقط تقديم مستندات USCIS أو SSN.

قد يختار البعض من أفراد عائلة المتقدمين عدم التقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid. في هذه الحالة، لا ينبغي عليهم تقديم رقم الضمان الاجتماعي SSN أو حالة الهجرة والمواطنة ولكن مطلوب منهم تقديم معلومات حول دخلهم وممتلكاتهم. لن يتم تأخير أو رفض المساعدات للمتقدمين بسبب عدم رغبة أحد أفراد العائلة بتقديم طلب لنفسه. على الرغم من أن الشخص الذي لا يتقدم للحصول على برنامج Medicaid غير مطلوب منه تقديم رقم الضمان الاجتماعي SSN، لكن من المفيد لنا الحصول على هذا الرقم بهدف جمع المعلومات التي نحتاجها لاتخاذ قرار. نحن نستخدم SSN لمساعدتنا في التحقق من الهوية والأهلية ومنع الاحتيال. نتبادل المعلومات مع الوكالات الأخرى بحسب القوانين الفيدرالية وإدارة برامجنا

كيف أتقدم بطلب للحصول على المساعدات؟

- يجب تعبئة هذا الطلب باستخدام الحبر الأسود أو الأزرق أو طباعة إجاباتك. يمكنك التقديم من خلال الموقع www.SCDHHS.gov
- ارفق أوراق إضافية في حال كنت بحاجة للمزيد من المساحة للإجابة على الأسئلة.
- يمكنك إرسال طلبك بالبريد: SCDHHS PO Box 100101 Columbia, SC 29202-3031.
- لكي يبقى الطلب ساري المفعول، يجب أن يحتوي على اسمك ومعلومات الاتصال والتوقيع عليه.
- إذا لم يكن لدينا كل شيء نحتاجه، سنتلقى قائمة بما نحتاج منك إرساله لنا.
- إذا كان لدينا كل ما نحتاجه، سيتم اتخاذ القرار بشأن أهليتك لبرنامج Medicaid. سنتلقى رسالة خلال 45 يومًا من تاريخ استلامنا لطلبك لإبلاغك إذا كنت مؤهلًا. إذا كنت بحاجة إلى تحديد إعاقة، قد يستغرق الأمر مدة تصل إلى 90 يومًا.
- ابلغ فورًا عن أي تغيير في الدخل أو أي معلومات أخرى في طلبك في مكتب Medicaid القريب منك أو بالاتصال على مركز الاتصال على الرقم: 1-888-549-0820.
- قد نشارك هذه المعلومات مع وكالات الولاية والوكالة الفيدرالية عندما نجمع ما نحتاج لاتخاذ قرار.

1. أخبرنا من هو الشخص الذي يحتاج إلى مساعدة (مقدم الطلب) وكيف يمكننا التواصل.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)		الدولة (أين تعيش)		هل ترغب بالحصول على معلومات حول هذا الطلب عن طريق البريد الإلكتروني؟ نعم ☐ لا ☐ البريد الإلكتروني:
المدينة	الولاية	الرمز البريدي		
العنوان البريدي (إذا كانت مختلفة عن مكان سكنك)		الولاية	الرمز البريدي	ما هي لغتك المفضلة؟ المنطوقة المكتوبة
أرقام الهاتف: العمل:		الهاتف الخليوي:		
المنزل:				

2. أخبرنا عن الشخص أو الأشخاص الذين بحاجة إلى رعاية التمريض، عناية طويلة الأمد، أو الرعاية السكنية. يرجى تسجيل الأفراد الذين يعيلهم الشخص، مثل الزوج أو الأطفال.

هذه المعلومات اختيارية:-
 • أي شخص لم يتقدم بطلب للحصول على تغطية برنامج Medicaid
 • شخص غير مواطن ويتقدم فقط لخدمات الطوارئ

الاسم	العلاقة بمقدم الطلب (استخدم رموز العلاقات الموضحة أدناه)	الحالة الاجتماعية أعزب متزوج، مطلق، أرمل، منفصل	تاريخ الميلاد	الجنس	هل تقدم هذا الشخص لبرنامج Medicaid?	**انظر للأسفل هل تقدم هذا الشخص بطلب لتنظيم الأسرة؟	رقم الضمان الاجتماعي	العرق (انظر رموز العرق الموضحة أدناه)	هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟
1. مقدم الطلب				ذكر ☐ أنثى ☐	نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐			نعم ☐ لا ☐
2. الزوج				ذكر ☐ أنثى ☐	نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐			نعم ☐ لا ☐
3.				ذكر ☐ أنثى ☐	نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐			نعم ☐ لا ☐
4.				ذكر ☐ أنثى ☐	نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐			نعم ☐ لا ☐
5.				ذكر ☐ أنثى ☐	نعم ☐ لا ☐	نعم ☐ لا ☐			نعم ☐ لا ☐

*رموز العلاقات: SP زوج BF/GF حبيب/حبيبة NR غير مرتبط OTH أخرى CH طفل (طبيعي أو بالتبني) SC ابن الزوج أو الزوجة GC حفيد NE ابنة الأخ أو الأخت/ ابن الأخ أو الأخت

** رموز العرق: 01 أبيض/قوقازي 02 أسود/أمريكي من أصول أفريقية 03 متعدد الأعراق 04 القبائل الأمريكية المعترف فيها فيدراليًا (يقتضي التحقق) 05 أمريكي أصلي آخر 06 سكان ألاسكا الأصليين 07 آسيوي 08 أخرى/غير معروف 09 سكان هاواي الأصليين/سكان جزر المحيط الهادي 10 هسباني

** برنامج تنظيم الأسرة هو عبارة عن برنامج إعانات محدود، يقدم خدمات تنظيم الأسرة والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة وكذلك الفحوصات الوقائية المحدودة. برنامج تنظيم الأسرة غير مُغطى بالكامل من برامج Medicaid. إذا تركت هذا السؤال فارغًا، لن يتم تقييمك في برنامج تنظيم الأسرة.

3. يرجى إبلاغنا إذا كان أي شخص لديه وصاية، حضانة، أو وكالة قانونية على مقدم الطلب.
إذا كانت إجابتك نعم، يرجى تزويدنا بنسخة من الأوراق القانونية أو أوراق المحكمة واسم ورقم هاتف الشخص.

☐ وصاية الاسم ورقم الهاتف
☐ حضانة الاسم ورقم الهاتف
☐ وكالة قانونية الاسم ورقم الهاتف

4. هل أنت أو الشخص الذي تتقدم له بطلب بحاجة إلى خدمات الرعاية المنزلية، سواء في المنزل أو دار التمريض ☐ نعم ☐ لا
إذا نعم، من: ☐ دار التمريض ☐ الخدمات في المنزل

5. هل أنت أو الشخص الذي تقدم له طلب ترغب بالذهاب إلى مرافق الرعاية السكنية/بيوت الإيواء؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا نعم، من:

6. هل أنت أو الشخص الذي تقدم له الطلب حاليًا في المستشفى، دار التمريض، أو مرفق الرعاية السكنية؟ ☐ نعم ☐ لا، في المنزل
إذا نعم، من: تاريخ الدخول: أين:

7. هل أنت كفيف أو من ذوي الاحتياجات الخاصة أو تتقدم بطلب لشخص كفيف أو من ذوي الاحتياجات الخاصة؟ ☐ نعم ☐ لا

اسم الشخص الكفيف أو المعاق		هل هذا الشخص يتلقى أو تقدم بطلب للحصول على ضمان اجتماعي أو SSI؟
يتلقى الضمان الاجتماعي أو SSI	يتقدم بطلب للحصول على ضمان اجتماعي أو SSI	
يتلقى الضمان الاجتماعي أو SSI	يتقدم بطلب للحصول على ضمان اجتماعي أو SSI	

8. هل أنت أو الشخص الذي تتقدم له بطلب لتلقيتم الخدمات الطبية في الشهور الثلاثة الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا

الشخص الذي تلقى الخدمات الطبية	عدد الشهور التي تلقيت فيها الخدمة
يتوجب عليك تزويدنا بمعلومات حول الدخل والأصول كل شهر لتقييم ما إذا كان الشخص مؤهل لبرنامج Medicaid	

9. هل أنت أو الشخص الذي تتقدم له بطلب قدمت طلب تقاعد من الجيش أو تعاني من إعاقة بسبب الخدمة أو هل أنت الزوج أو معتمد على شخص تقاعد من الجيش أو لديه إعاقة متعلقة بالخدمة؟
إذا نعم، أخبرنا من؟ ☐ نعم ☐ لا

10. هل سبق لمقدم الطلب أو الزوج العمل في مكان يقدم استحقاقات التقاعد وقد يكون/تكون مؤهل لاستلام المال؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة نعم، من الذي كان يعمل وأين إلى متى؟

11. هل توقف أحد أفراد المنزل عن العمل خلال السنة الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة نعم، أخبرنا من كان يعمل؟ أين ومتى انتهت الوظيفة؟

12. أخبرنا عن دخل كل فرد في العائلة. قبل أن نتخذ قرار بشأن طلبك، يرجى تقديم إثبات دخل للشهور الأربعة الماضية.

☐ لا يوجد أي شخص في المنزل يتقاضى دخل. عند التحديد، اشرح كيف تدفع فواتيرك.

الدخل من الوظيفة	الدخل من الوظيفة																		
اسم الشخص العامل _____ اسم صاحب العمل _____ عنوان صاحب العمل _____ رقم هاتف صاحب العمل (مع رمز المنطقة) _____	اسم الشخص العامل _____ اسم صاحب العمل _____ عنوان صاحب العمل _____ رقم هاتف صاحب العمل (مع رمز المنطقة) _____																		
إجمالي المبلغ المكتسب في كل فترة دفع الأجر قبل الضرائب؟ \$ _____ كم مرة يُدفع لك؟ ☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين ☐ مرتين بالشهر ☐ شهريًا متى يتم الدفع؟ _____	إجمالي المبلغ المكتسب في كل فترة دفع الأجر قبل الضرائب؟ \$ _____ كم مرة يُدفع لك؟ ☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين ☐ مرتين بالشهر ☐ شهريًا متى يتم الدفع؟ _____																		
كم شخص يعمل لحسابه الخاص؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إرسال نسخ من جميع نماذج ضريبة الدخل الفيدرالية الشخصية والتجارية التي تم تقديمها مؤخرًا إلى دائرة الإيرادات الداخلية، بما في ذلك جداول المواعيد والأعمال. يرجى إبلاغنا من يعمل لحسابه الخاص واسم الشركة أو المشروع: _____																			
هل تتلقى أنت أو أي فرد من عائلتك أو تقدمت بطلب للحصول على دخل آخر؟ إذا كانت الإجابة نعم، حدد جميع المربعات التي تنطبق وأكمل الجدول أدناه.																			
<table border="0"> <tr> <td>☐ دعم الطفل</td> <td>☐ دخل ضمان إضافي SSI</td> <td>☐ استحقاقات الضمان الاجتماعي RSDI</td> </tr> <tr> <td>☐ إيرادات الإيجار</td> <td>☐ المعاشات التقاعدية/ استحقاقات التقاعد</td> <td>☐ استحقاقات العجز</td> </tr> <tr> <td>☐ النفقة</td> <td>☐ المال من الأصدقاء أو الأقارب</td> <td>☐ استحقاقات المحاربين القدامى</td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐ تقاعد الموظفين الفيدراليين (الخدمة المدنية FERS)</td> <td>☐ تعويض العمال</td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐ عقد الأرض أو الرهن العقاري أو أوراق أخرى مستحقة الدفع لأحد أفراد الأسرة (يرجى نسخة من العقد أو الرهن العقاري، مذكرة أو اتفاقية أخرى)</td> <td>☐ عقد الأرض أو الرهن العقاري أو أوراق أخرى مستحقة الدفع لأحد أفراد الأسرة (يرجى نسخة من العقد أو الرهن العقاري، مذكرة أو اتفاقية أخرى)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>☐ أخرى _____</td> </tr> </table>		☐ دعم الطفل	☐ دخل ضمان إضافي SSI	☐ استحقاقات الضمان الاجتماعي RSDI	☐ إيرادات الإيجار	☐ المعاشات التقاعدية/ استحقاقات التقاعد	☐ استحقاقات العجز	☐ النفقة	☐ المال من الأصدقاء أو الأقارب	☐ استحقاقات المحاربين القدامى		☐ تقاعد الموظفين الفيدراليين (الخدمة المدنية FERS)	☐ تعويض العمال		☐ عقد الأرض أو الرهن العقاري أو أوراق أخرى مستحقة الدفع لأحد أفراد الأسرة (يرجى نسخة من العقد أو الرهن العقاري، مذكرة أو اتفاقية أخرى)	☐ عقد الأرض أو الرهن العقاري أو أوراق أخرى مستحقة الدفع لأحد أفراد الأسرة (يرجى نسخة من العقد أو الرهن العقاري، مذكرة أو اتفاقية أخرى)			☐ أخرى _____
☐ دعم الطفل	☐ دخل ضمان إضافي SSI	☐ استحقاقات الضمان الاجتماعي RSDI																	
☐ إيرادات الإيجار	☐ المعاشات التقاعدية/ استحقاقات التقاعد	☐ استحقاقات العجز																	
☐ النفقة	☐ المال من الأصدقاء أو الأقارب	☐ استحقاقات المحاربين القدامى																	
	☐ تقاعد الموظفين الفيدراليين (الخدمة المدنية FERS)	☐ تعويض العمال																	
	☐ عقد الأرض أو الرهن العقاري أو أوراق أخرى مستحقة الدفع لأحد أفراد الأسرة (يرجى نسخة من العقد أو الرهن العقاري، مذكرة أو اتفاقية أخرى)	☐ عقد الأرض أو الرهن العقاري أو أوراق أخرى مستحقة الدفع لأحد أفراد الأسرة (يرجى نسخة من العقد أو الرهن العقاري، مذكرة أو اتفاقية أخرى)																	
		☐ أخرى _____																	
اسم الشخص الذي تلقى/يتوقع استلام المال	الدخل (المصدر/النوع)	كم مرة تلقّيته	المبلغ المستلم	التعليقات															

13. انظر إلى القائمة أدناه. ضع علامة في المربع حول أي شيء موجود في القائمة قد تمتلكه أنت أو زوجك أو أي شخص آخر في المنزل. أخبرنا في السطور أدناه عن أي شيء اخترته.
عندما نبدأ بالعمل على طلبك، قد نحتاج منك إرسال إثبات ملكيتك للأصول التي أخبرتنا عنها.

☐ حساب جار	☐ حساب توفير	☐ شهادة إيداع	☐ الحساب الاستثماري
☐ صندوق إيداع (اذكر قائمة بالمحتويات)	☐ سيارة، عربة نقل، شاحنة	☐ المعاش السنوي (إذا نعم، زودنا بنسخة)	☐ نقد حاضر
☐ الأسهم، سندات، صناديق الاستثمار المشترك	☐ دراجة نارية، قارب، عربة تخييم	☐ آلة زراعية أو معدات أعمال تجارية	☐ تأمين حياة
☐ خطة التقاعد 401 K، حساب التقاعد الفردي IRA أو حساب تقاعد آخر	☐ عقد الجنازة المسبق	☐ مساحة مخصصة للدفن	☐ أموال مخصصة للدفن
☐ بطاقة Direct Express - SSA، SSI وإعانات أخرى	☐ أخرى (يرجى التحديد)		

مالكها **أخبرنا عن الأصول** **القيمة الحالية أو الرصيد**

اذكر الموقع، مثل: اسم البنك، دار الجنازة
أو أي أرقام حساب أو أي معلومات أخرى لتحديد الأصول

14. هل تمتلك أنت أو زوجك أي عقار؟ إذا كانت إجابتك نعم على أي من الأسئلة التالية، يرجى تزويدنا بتفاصيل عن العقار في الصفحة التالية.

المنزل (بيت، مبنى، أرض، أرض تعيش عليها)	☐ نعم	☐ لا	منزل آخر أو بناية (ليس منزلك)	☐ نعم	☐ لا
أرض (غير مرتبطة بمنزلك)	☐ نعم	☐ لا	منزل لقضاء العطلات أو تشارك بالملكات	☐ نعم	☐ لا

ما عنوان/موقع العقار؟ صنف عقارات المنزل أولاً	ما عنوان/موقع العقار؟
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
اسم المالك؟	اسم المالك؟
_____	_____

هل هذا هو المنزل أو مكان السكن الأساسي الذي تعيش فيه حالياً أو تود العودة للعيش فيه في حال كنت تسكن في مكان آخر؟

☐ نعم ☐ لا

15. هل من أحد لديه تأمين صحي خاص أو برنامج Medicaid من ولاية أخرى (غير كارولينا الجنوبية) أو Medicare؟ ☐ نعم ☐ لا

حامل البوليصة	اذكر كل شخص يُغطيه التأمين	اسم شركة التأمين	رقم البوليصة أو رقم Medicare
يرجى إرفاق نسخة من الواجهة الأمامية والخلفية لبطاقات التأمين الصحي			

إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على خدمات رعاية التمريض، سواءً في دار التمريض أو المنزل،
يرجى الإجابة على الأسئلة من 16 وحتى 24

16. إذا كان مقدم الطلب متزوج ودخل دار التمريض، هل يرغب في منح (تخصيص) جزء من الدخل أو كله للزوج المتبقي في المنزل؟
..... ☐ نعم ☐ لا

17. إذا كان هناك أطفال معالين أو بالغين معالين، هل يرغب مقدم الطلب في منح أو (تخصيص) دخل للأطفال المعالين أو البالغين المعالين؟
..... ☐ نعم ☐ لا

18. هل سبق لمقدم الطلب أو الزوج العمل في مكان ما يُخصص مستحقات للمتقاعدين ومن المحتمل حصول أحدهم على هذا المال؟
..... ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، من كان يعمل، وأين، وكم المدة؟ _____

19. هل يمتلك أي شخص حساب بنك أو أي أصول أخرى، لمقدم الطلب أو الزوج؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة نعم، في أي بنك أو موقع، وبأي اسم (أسماء)؟ _____

20. هل قام مقدم الطلب أو الزوج بإغلاق أي حسابات بنكية في الخمس (5) سنوات الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة نعم، في أي بنك أو موقع، وبأي اسم (أسماء)؟

أ	ب
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
تاريخ الإغلاق	تاريخ الإغلاق
الرصيد النهائي	الرصيد النهائي

21. هل باع مُقدم الطلب أو الزوج أو قدم هدية أي مبالغ مالية أو عقارات، مركبة، قارب، أو أي مصادر أخرى لأي شخص خلال الخمس (5) سنوات الماضية؟

☐ لا

☐ نعم

الشيء المُباع أو المُهدى	لمن بعتّه أو أهديته	تاريخ البيع أو الهدية	المبلغ المُستلم

22. أين كان يعيش مقدم الطلب خلال الخمس (5) سنوات الماضية؟

المدينة	الدولة	الولاية	من	إلى

23. إذا سبق لمقدم الطلب وأن تزوج، زودنا بتفاصيل عن زوجك (أزواجك). (اذكر الأحداث أولاً)

الاسم المعيشية:	
☐ في مرفق طبي	☐ منفصل – متى وكم المدة؟
☐ متزوجين ويعيش معاً	☐ تاريخ الطلاق/الولاية/المقاطعة التي أجريت فيها الطلاق
☐ متزوجين ويعيش كلاً منا في مكان منفصل (غير منفصلين)	رقم الهاتف: _____
العنوان الحالي: _____	
☐ متوفي	تاريخ الوفاة: _____
الولاية أو المقاطعة التي تم فيها إثبات الملكيات _____	
الاسم:	
☐ مطلق	تاريخ الطلاق: _____
☐ متوفي	تاريخ الوفاة: _____
الولاية أو المقاطعة التي تم فيها إثبات الملكيات _____	
الاسم:	
☐ مطلق	تاريخ الطلاق: _____
☐ متوفي	تاريخ الوفاة: _____
الولاية أو المقاطعة التي تم فيها إثبات الملكيات _____	

24. هل تلقى مقدم الطلب ميراث خلال الخمس سنوات الأخيرة؟

☐ لا

☐ نعم

إذا كانت الإجابة نعم، ممن؟

تاريخ الوفاة: _____ الولاية أو المقاطعة التي تم فيها إثبات الملكية _____

ميراث إضافي؟

إذا كانت الإجابة نعم، ممن؟

تاريخ الوفاة: _____ الولاية أو المقاطعة التي تم فيها إثبات الملكية _____

يرجى قراءة الحقوق والمسؤوليات

ووقع الطلب في الصفحة 9

الحقوق والمسؤوليات

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 سبطلب 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- أفهم 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، أفهم 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/تلقّت 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.أفهم 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.
- 6- أقر بأنه يجب عليا إبلاغ SCDHHS في حال تغير أي من المعلومات التي أدرجتها في الطلب وكانت مختلفة عما كتبتة مسبقًا 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 استبعاد تحديدًا، سيتم حفظ المعلومات بسرية للتأكد من أن الخدمات المقدمة لي ولعائلتي كافية وضرورية.

الحقوق والمسؤوليات

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 لاحقًا من قبل SCDHHS مشمولة بقانون نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 (HIPAA) وسألتقي إشعار بممارسات الخصوصية بالإضافة إلى بطاقة (بطاقات) Healthy Connections.

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

توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: _____

إذا وقع مقدم الطلب بعلامة "x"، يجب أن يشمل التوقيع على شاهدين

إذا كنت ممثلًا مفوضًا، يمكنك التوقيع على الطلب أعلاه طالما أنك قدمت المعلومات في FM 1282 (مرفق)

الشاهد 1: _____ التاريخ: _____

الشاهد 2: _____ التاريخ: _____

هل ترغب بتسمية شخص كممثل مفوض لحالتك؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا سميت شخص كممثل مفوض، هناك نموذج ينبغي عليك التوقيع عليه لتعطينا الإذن بالتحدث مع هذا الشخص حول حالتك. سنكون قادرين أيضًا على إرسال جميع الرسائل والإشعارات لهذا الشخص. يرجى التحديد إذا كان هذا الشخص لديه ☐ توكيل رسمي ☐ حماية ☐ وصاية عليك وأرفق نسخة إن أمكن.

يرجى إبلاغنا عن الشخص الذي تود أن يكون ممثلك المفوض:

الاسم: _____ العلاقة: _____

يرجى التوقيع إذا كنت ملأت هذا الطلب لشخص ما:

التوقيع: _____ التاريخ: _____

لقد ساعدت مقدم الطلب في إكمال هذا النموذج أو أنا أقدم بطلب لشخص غير قادر بالتصرف نيابة عن نفسه/نفسها
أدرك أن أي شخص يحاول مساعدة فرد آخر للحصول على الفوائد بطريقة غير مشروعة يُعرض نفسه لعقوبات جنائية. أشهد أن المعلومات في هذا النموذج:
☐ تم تقديمها من قبل مقدم الطلب/المستفيد ☐ ما أعرفه شخصيًا عنه/عنها

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)	☐ جديد ☐ تغيير ☐ إضافي ☐ 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	رقم هاتف آخر
البريد الإلكتروني للممثل المفوض	
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 أن 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 PO Box 100101, 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 الإنجليزى 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.