تقاضانامه
برای کمک هزینه حق بیمه مدیکر

رجاء أن تقرأ ما يلي قبل تكملة الطلب. عليك أن تجيب على كافة الأسئلة قبل أن نعرف إن كنا قادرين على مساعدتك. إذا احتجت للمساعدة في تكملة أي جزء من هذا النموذج، اتصل بمكتب Medicaid المحلي.

مقدم الطلب		
نام خانوادگی	نام	حرف اول نام میانه
آدرس جایی که زندگی می کنید:	شهر	ایالت کد پستی
آدرس پستی(اگر با محل سکونت تفاوت دارد)	شهر	ایالت کد پستی
شماره تلفن ها: خانه: سلفون: دیگری:	خدمات ترجمه: آیا در رابطه با صحبت کردن، خواندن یا نوشتن انگلیسی مشکلی دارید آری □ نه □ اگر به مترجم نیاز دارید ما یک مترجم خواهیم آورد. به ما بگویید زبانی که به آن صحبت می کنید چیست.	
وضعیت تاهل: مجرد □ متاهل □ بیوه □ طلاق گرفته □		

الممثل/الراعي		
نام خانوادگی	نام	حرف اول نام میانه
آدرس جایی که زندگی می کنید:	شهر	ایالت کد پستی
آدرس پستی(اگر با محل سکونت تفاوت دارد)	شهر	ایالت کد پستی
نسبت با متقاضی:	شماره تلفن (ها) خانه: سلفون: دیگری:	

اعضای خانوار

نام همه اعضای خانوار را ذکر کنید. اسامی قانونی آنها را بنویسید(آنچه که در کارت مدیکر یا گواهی تولد نوشته شده).

نام (نام خانوادگی، نام، نام میانه)	نسبت او با شما	تاریخ تولد	آیا برای مزایا تقاضا می دهد؟	شماره سوسیال سکیوریتی	جنسیت مرد یا زن
	خود		آری □ نه □		
	همسر		آری □ نه □		
	دیگری (مشخص کنید)		آری □ نه □		

معلومات تأمین Medicare			
پوشش مدیکر	شخص ذینفع	دریافت می کند؟	شماره مدیکر
قسمت A مدیکر	خود	آری □ نه □ نمی دانم □	
	همسر	آری □ نه □ نمی دانم □	
	دیگری:	آری □ نه □ نمی دانم □	
قسمت B مدیکر	خود	آری □ نه □ نمی دانم □	
	همسر	آری □ نه □ نمی دانم □	
	دیگری:	آری □ نه □ نمی دانم □	
قسمت C مدیکر	خود	آری □ نه □ نمی دانم □	
	همسر	آری □ نه □ نمی دانم □	
	دیگری:	آری □ نه □ نمی دانم □	
قسمت D مدیکر	خود	آری □ نه □ نمی دانم □	
	همسر	آری □ نه □ نمی دانم □	
	دیگری:	آری □ نه □ نمی دانم □	

معلومات تأمین أخری			
نوع بیمه	نام شرکت بیمه	شخص ذینفع	شماره ادعا/ بیمه نامه

درآمد

لیست درآمد هر شخصی که در این تقاضانامه ذکر کرده اید و دارای درآمد است را بنویسید. مبلغ درآمد قبل از کسر کردنی ها (از قبیل مالیات ها یا بیمه) را بنویسید. درآمد شامل اما نه محدود به موارد زیر است:

- مزایای سوسیال سکیوریتی
- درآمد اضافی تامین اجتماعی (SSI)
- مزایای کارکنان راه آهن
- مزایای کهنه سربازان
- کمک های عمومی
- بیمه بیکاری
- مزایای صندوق غرامت کارگران
- مقرری ها / بازنشستگی
- دریافت نفقه
- دستمزدها
- درآمد کار آزاد
- کمیسیون ها
- سود سهام و بهره
- درآمد ناشی از اجاره

نام	کارفرما یا منبع درآمد	مبلغ قبل از کسورات	چند وقت یکبار دریافت می شود

دارایی ها

لیست دارایی های هر شخصی که در این تقاضانامه ذکر کرده اید و صاحب دارایی است را بنویسید. مبلغ دارایی ، نام کسی که صاحب دارایی است و این موضوع که آیا دارایی انفرادی یا اشتراکی است را بنویسید. دارایی ها شامل اما نه محدود به موارد زیر است:

- پول نقد
- حساب جاری
- حساب پس انداز
- حساب های بازار پول
- موچوال فاندها
- پس اندازهای اوراق قرضه
- سهام
- گواهی های واریز (CD)
- حساب های بازنشستگی شخصی (IRA ها)

مستغلات (به جز محل اصلی زندگی)

نوع دارایی	نام صاحب (ها)	نوع تملک	ارزش فعلی
		انفرادی □ مشترک □	$
		انفرادی □ مشترک □	$
		انفرادی □ مشترک □	$
		انفرادی □ مشترک □	$
		انفرادی □ مشترک □	$
		انفرادی □ مشترک □	$
		انفرادی □ مشترک □	$
		انفرادی □ مشترک □	$

آیا شما یا همسرتان دارای وسیله نقلیه (اتومبیل، کامیون، قایق، خانه موتوری، موتور سیکلت، کمپر، و / یا تریلر) هستید؟ اگر جواب آری است لطفا لیست آن را در زیر بنویسید:

نام صاحب (ها)	نوع تملک	نوع وسیله نقلیه	سال	مارک/مدل	ارزش	مبلغ بدهی مربوطه
	انفرادی □ مشترک □				$	$
	انفرادی □ مشترک □				$	$
	انفرادی □ مشترک □				$	$
	انفرادی □ مشترک □				$	$

آیا شما یا همسرتان دارای یک بیمه نامه عمر کامل همراه با یک ارزش نقدی هستید؟ اگر جواب آری است در زیر ذکر کنید.

صاحب بیمه نامه	نام شرکت بیمه/ شماره بیمه نامه	شخص (اشخاص) تحت پوشش	ارزش اسمی	ارزش نقدی
			$	$
			$	$

قبل از امضا بدقت بخوانید

من متوجه هستم که:

- هر تغییر در موقعیت خود را باید بلافاصله و به طور کتبی یا از طریق تلفن به اداره مدیکید گزارش دهم. تاخیر در گزارش می تواند به مزایای نادرست منجر شود.
- موقعیت من مشروط به تایید از طرف اداره مدیکید یا سایر سازمانهای ایالتی یا فدرال است.
- اگر برای کمک واجد شرایط هستم در این زمینه باید مدرک ارائه دهم. اداره مدیکید ممکن است در رابطه با تهیه مدرک یا تماس به من کمک کند یا با سایر اشخاص یا سازمان ها برای این کار تماس بگیرد.

با تقاضا برای مزایای مراقبت های بهداشتی و دریافت آن، من هر گونه حق خود در رابطه با هر گونه حمایت پزشکی و هر گونه پرداخت های طرف ثالث برای مراقبت های پزشکی را به ایالت واگذار می نمایم.

التصریحات والتوقیعات

من اطلاعات ارائه شده در این تقاضانامه را خوانده ام و می فهمم. من تحت مجازات قسم دروغ اظهار می دارم که اطلاعاتی در این تقاضانامه عرضه کرده ام تا آنجا که علم و اطلاع دارم واقعی، درست، و کامل است.

امضای متقاضی		تاریخ
امضای همسر (اگر صدق می کند)		تاریخ
امضای کسی که به متقاضی کمک می کند	سازمان	التاریخ