

## طلب الحصول

## على مساعدة في قسط Medicare

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		
اسم العائلة	الاسم الأول	الاسم الوسط
عنوان مكان السكن	المدينة	الولاية
عنوان استلام البريد (إذا اختلف)	المدينة	الولاية
أرقام الهواتف:	خدمات الترجمة الشفهية:	
المنزل:	هل تواجه صعوبة في قراءة أو كتابة اللغة الإنجليزية؟	
الخلوي:	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	
غير ذلك:	إذا احتجت لمترجم، سوف نوفر لك هذه الخدمة، أعلمنا عن اللغة التي تتحدث بها.	
الوضع العائلي	متزوج/متزوجة <input type="checkbox"/>	
غير متزوج/متزوجة <input type="checkbox"/>	مطلق/مطلقة <input type="checkbox"/>	
أرمل/أرملة <input type="checkbox"/>		
الممثل/الراعي		
اسم العائلة	الاسم الأول	الاسم الوسط
عنوان مكان السكن	المدينة	الولاية
عنوان استلام البريد (إذا اختلف)	المدينة	الولاية
العلاقة بصاحب الطلب:	أرقام الهواتف:	منزل:
غير ذلك:	خلوي:	
أعضاء الأسرة		
يرجى سرد أسماء كافة أعضاء الأسرة. اذكر أسمائهم القانونية (كما تظهر على بطاقة Medicare أو شهادة الولادة).		
الاسم (عائلة، أول، وسط)	العلاقة بك	تاريخ الولادة
	نفسك	هل تتقدم بطلب للحصول على منافع؟
	زوجتك/زوجك	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
	غير ذلك (يرجى التحديد)	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
الجنس	رقم الضمان الاجتماعي	ذكر أو أنثى



## Medicare Savings Programs (MSP) Model Application -- ARABIC

### الأصول والممتلكات

كل شخص لديه ممتلكات وتم شمله في هذا الطلب يجب أن تدون ممتلكاته أدناه. أذكر نوع الممتلكات ومن يمتلكها وفيما إذا كانت الممتلكات فردية أو مشتركة. تشمل الممتلكات أو الأصول، دون حصر:

- النقد
- حسابات المصرفية الجارية
- صناديق استثمارات مشتركة
- حسابات الادخار
- سندات ادخار
- حسابات أسواق العملة
- أسهم
- عقارات (باستثناء مكان السكن الرئيسي)
- شهادات إيداع
- حسابات تقاعد خاصة

نوع الممتلكات	اسم المالك/المالكين	نوع الملكية	القيمة الحالية
		<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> مشترك	\$
		<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> مشترك	\$
		<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> مشترك	\$
		<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> مشترك	\$
		<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> مشترك	\$
		<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> مشترك	\$
		<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> مشترك	\$
		<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> مشترك	\$

هل تملك أنت أو زوجتك عربة (سيارة، شاحنة، مركب، مسكن مقطور، دراجة نارية، فان تستعمل للتخييم، و/أو عربة مقطورة)؟

اسم المالك/المالكين	نوع الملكية	نوع العربة	السنة	الموديل	القيمة	الدين المستحق الدفع
	<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> مشترك				\$	\$
	<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> مشترك				\$	\$
	<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> مشترك				\$	\$
	<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> مشترك				\$	\$

هل تملك أنت أو زوجتك بوليصة تأمين على الحياة لها قيمة نقدية؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكرها أدناه:

صاحب بوليصة التأمين	اسم شركة التأمين/رقم البوليصة	الشخص/الأشخاص المشمولين في التغطية	القيمة الاسمية	القيمة النقدية
			\$	\$
			\$	\$

## Medicare Savings Programs (MSP) Model Application -- ARABIC

### يرجى القراءة بتركيز قبل التوقيع

إني على إدراك بأنه:

- علي أن أبلغ فوراً مكتب Medicaid كتابة أو عن طريق الهاتف عن أي تغيير في وضعي. التأخر في إبلاغ المكتب قد يؤدي إلى حصولي على مساعدات غير صحيحة.
- يخضع وضعي للتدقيق من قبل مكتب Medicaid أو وكالات الولاية أو الحكومة الفدرالية.
- علي أن أقدم إثباتاً بأنني مؤهل للحصول على المساعدة. قد يساعدني مكتب Medicaid في الحصول على إثبات أو الاتصال بأشخاص أو وكالات أخرى لمساعدتي.
- بموجب طلبي وحصولي على المساعدة أكون قد منحت الولاية كافة الحقوق للاطلاع على أي مساعدات طبية وأي دفعات أستلمها من طرف ثالث لأجل الرعاية الصحية.

### التصريحات والتوقعات

لقد قرأت وفهمت المعلومات الواردة في هذا الطلب. أصرح، تحت عقوبة الحلف كذباً، بأن المعلومات التي ذكرتها في هذا الطلب هي مطابقة وصحيحة وكاملة حسب أفضل معرفتي.

التاريخ	توقيع صاحب الطلب	
التاريخ	توقيع الزوجة (إذا طبق)	
التاريخ	المنظمة	توقيع الشخص الذي يساعد صاحب الطلب