



طلب تأمين صحي

وجهتك لتأمين صحي ميسور التكلفة، بما في ذلك Medi-Cal

انظر بالداخل

1	أمور تود معرفتها
19-2	تقديم الطلب
28-20	المرفقات A-F
33-29	الأسئلة الشائعة



يمكنك الحصول على هذا الطلب بلغات أخرى

1-800-300-0213	Español
1-800-300-1533	繁體字
1-800-652-9528	Tiếng Việt
1-800-738-9116	한국어
1-800-983-8816	Tagalog
1-800-778-7695	Русский
1-800-996-1009	Հայերեն
1-800-921-8879	فارسی
1-800-906-8528	ភាសាខ្មែរ
1-800-771-2156	Hmoob
1-800-826-6317	العربية

اتصل على الرقم 1-800-826-6317 للحصول على هذا الطلب بتنسيقات أخرى، مثل الحروف الكبيرة.

“Covered California” (تغطية كاليفورنيا) هو المكان الذي يستطيع أن يحصل منه الأفراد والعائلات على تأمين صحي ميسور التكلفة. فما هو إلا طلب واحد حتى تعرف إذا كنت مؤهلاً للحصول على تأمين صحي مجاني أو منخفض التكلفة، بما في ذلك “Medi-Cal”.

أنشأت ولاية كاليفورنيا برنامج “Covered California” (تغطية كاليفورنيا) من أجل أن تساعدك أنت وأسرتك على الحصول تأمين صحي.

إن التأمين الصحي هو ما يمكنه أن يمنحك راحة البال ويمكنك من المحافظة على صحتك. وعندما يكون لديك تأمين فأنت تعلم أنك تستطيع وكذلك أسرتك الحصول على الرعاية متى كنت بحاجة إليها.

استخدم هذا الطلب لترى الاختيارات التأمينية التي أنت مؤهل للحصول عليها:

- تأمين مجاني أو منخفض التكلفة من “Medi-Cal”
- تأمين منخفض التكلفة للحوامل من خلال برنامج “Access for Infants and Mothers”
- خطط تأمين صحي ميسورة التكلفة للقطاع الخاص
- المساعدة في دفع تأمينك الصحي

← يمكنك أن تكون مؤهلاً للمشاركة في برنامج مجاني أو منخفض التكلفة حتى لو كان دخلك يصل إلى 94000 دولار في السنة لأسرة مكونة من 4 أفراد.

← يمكن استخدام هذا الطلب للتقدم بطلب لأي فرد من أفراد أسرتك، حتى إذا كان لديهم تأمين الآن فعلياً.

تقدم بطلب أسرع من خلال “Covered California”
بموقع الويب: “CoveredCA.com”

أو اتصل على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500)
يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 6 مساءً.



ماذا تحتاج معرفته عندما تتقدم بالطلب

- أرقام الضمان الاجتماعي لمقدمي الطلبات من المواطنين الأمريكيين، أو معلومات وثائق المهاجرين الحاصلين على وضع مُرضٍ المحتاجين للتأمين. وإثبات المواطنة أو وضع الهجرة مطلوب فقط من مقدمي الطلب.
- المعلومات المتعلقة بصاحب العمل والدخل الخاصة بكل فرد من أفراد الأسرة.
- معلومات الضرائب الفيدرالية الخاصة بك. وعلى سبيل المثال، الشخص الذي يتقدم بالإقرار الضريبي على أنه رب الأسرة وأفراد الأسرة المعالين المذكورين بإقرارك الضريبي.
- المعلومات المتعلقة بالتأمين الصحي الذي تحصل عليه أنت وأفراد أسرتك عن طريق الوظيفة.
- ➔ نحن نسأل عن الدخل والمعلومات الأخرى للتأكد من حصولك أنت وأسرتك على أكثر المزايا الممكنة.
- ➔ نحن نحافظ على معلوماتك سرية ومؤمنة، حسبما يقتضيه القانون. سوف نستخدم معلوماتك فقط لمعرفة إذا كنت مؤهلاً للحصول على تأمين صحي.
- ➔ يمكن للعائلات التي تشمل على مهاجرين التقدم بطلبات. ويمكنك التقدم بطلب لطفلك حتى لو كنت غير مؤهل للحصول على تغطية. وتقديم طلب لطفلك المؤهل لن يؤثر على وضع الهجرة الخاصة بك أو فرص أن تصبح مقيماً أو مواطناً دائماً.
- ➔ إذا كنت لا تقدم إقراراً ضريبياً فلا يزال بإمكانك التأهل للحصول على تأمين مجاني أو منخفض التكلفة من خلال "Medi-Cal".
- ➔ إذا كنت أمريكياً هندیاً أو من سكان الأسكا الأصليين ومعترف بك على المستوى الفيدرالي وكنتم تحصل على خدمات من "Indian Health Service" (الخدمات الصحية الهندية) أو البرامج الصحية القبلية أو البرامج الصحية الهندية الحضرية فلا يزال بإمكانك التأهل للحصول على تأمين صحي من خلال "Covered California".

تقدم بطلبك أسرع على الإنترنت

تقدم بطلبك على الإنترنت مباشرة بموقع ويب: CoveredCA.com. سلامة وأمان وسرعة - وتحصل على النتائج أسرع!

عندما تنتهي

أرسل طلبك المستكمل والموقع إلى:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

- ➔ إذا لم يكن لديك جميع المعلومات التي نطلبها منك فوق على طلبك وأرسله على أية حال. فيمكننا الاتصال بك لمساعدتك على استكمال طلبك.
- ➔ لا ترسل مبلغ الاشتراك في خطة التأمين الصحي الخاص بك مع هذا الطلب. سوف يرسل المسؤولون عن خطتك فاتورة بالمبلغ الذي عليك دفعه.

احصل على المساعدة بشأن هذا الطلب

نحن هنا لمساعدتك! يمكنك الحصول على المساعدة بدون مقابل.

- على الإنترنت: CoveredCA.com
- بالهاتف: اتصل على مركز خدمة العملاء على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). المكالمات مجانية. ويمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 6 مساءً.
- شخصياً: لدينا اختصاصيو شؤون اشتراك معتمدون ومدربون وكذلك وكلاء تأمين معتمدون يمكنهم تقديم العون لك. وللحصول على قائمة باختصاصيي الاشتراك المعتمدين ووكلاء التأمين المعتمدين القريبين من مكان إقامتك أو عملك، أو للحصول على قائمة بمكاتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعات القريبة منك، يمكنك زيارة موقعنا CoveredCA.com أو الاتصال على الرقم 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). هذه المساعدة مجانية!
- إذا كان لديك إعاقة أو احتياجات خاصة أخرى يمكننا مساعدتك على استكمال هذا الطلب بدون تكلفة عليك. وتستطيع الذهاب إلى مكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة المحلي بمنطقتك شخصياً أو الاتصال على مركز خدمة العملاء الخاص بنا على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).



ابدأ الطلب هنا (استخدم قلمًا بحبر أزرق أو أسود فقط)

أخبرنا عن الشخص البالغ الذي سوف يكون مسؤول الاتصال الرئيسي لنا بشأن هذا الطلب

الخطوة 1:

الاسم الأول

الاسم الأوسط

الاسم الأخير (العائلة)

اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)

عنوان المنزل

شقة رقم

المدينة (عنوان المنزل)

الولاية

الرمز البريدي

المقاطعة

ضع علامة هنا إذا لم يكن لديك عنوان منزل. ويجب أن تعطينا عنوانًا بريديًا أدناه.

ضع علامة هنا إذا كان عنوانك البريدي هو نفس عنوان منزلك.
إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا عنوانك البريدي فيما يلي:

العنوان البريدي أو صندوق البريد (إذا كان مختلفًا عن عنوان المنزل)

شقة رقم

المدينة (عنوان البريد)

الولاية

الرمز البريدي

المقاطعة

أفضل رقم هاتف للوصول إليك المنزل المحمول العمل
الرقم: () - ()

رقم هاتف آخر المنزل المحمول العمل
الرقم: () - ()

ما اللغة التي ينبغي أن نكتب بها إليك؟

ما اللغة التي ترغب في أن نتحدث بها إليك؟

كيف ترغب في الحصول على المعلومات بشأن هذا الطلب؟

الهاتف البريد البريد الإلكتروني عنوان البريد الإلكتروني: _____

هل تتقدم بطلب عن طفل عمره أقل من عام؟

الأطفال الذين يقل عمرهم عن عام واحد مؤهلون للشمول ببرنامج "Medi-Cal" إذا كانت أمهاتهم مشموله بهذا البرنامج أو برنامج "Access for Infants and Mothers" في وقت الولادة. ولست بحاجة إلى استكمال طلب لإشمال طفل في برنامج "Medi-Cal" وُلد وكانت أمه مشموله بهذا البرنامج أو برنامج "Access for Infants and Mothers" في وقت الولادة. اتصل على مكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة التي تتبعها عندما يولد طفلك للتأكد من أن طفلك مشمول بالبرنامج. أو استكمل المعلومات التالية.

اختياري: إذا تم تزويدنا بالمعلومات التالية يمكن أن يكون الطفل مؤهلاً تلقائيًا للشمول ببرنامج "Medi-Cal". ولست بحاجة إلى استكمال الخطوة الثانية من هذا الطلب عن الطفل.

هل تتقدم بطلب عن طفل عمره أقل من عام؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، هل كانت أم الطفل مشتركة ببرنامج "Medi-Cal" أو برنامج "Access for Infants and Mothers" وقت ولادته؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، هل سُدِّج أم الطفل بهذا الطلب؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فالأم هي الشخص رقم _____ بهذا الطلب.

إذا كانت الإجابة لا، ما اسم الأم الأول واسمها الأخير (العائلة)؟ _____

الرجاء ذكر رقم الأم ببرنامج "Medi-Cal"، أو برنامج "Access for Infants and Mothers"، أو رقم الضمان الاجتماعي الخاص بها _____

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com

هل تحتاج المساعدة؟

تساعدنا معرفتنا لدخلك وحجم أسرتك على التقرير بشأن البرامج التي أنت مؤهل للاشتراك بها. فبهذه المعلومات نضمن حصول الجميع على أفضل تغطية ممكنة.

يجب أن تذكر هؤلاء الأشخاص بهذا الطلب:

- الزوج أو الزوجة
- الأطفال المقيمين معك
- جميع الآباء والأمهات الذين يعيشون مع الطفل
- أي شخص مُدرج بإقرارك الضريبي الفيدرالي، إذا كنت تتقدم بإقرار. ولست بحاجة لأن تقدم إقراراً ضريبياً لتقديم طلب للحصول على تأمين صحي.
- ★ إذا كنت تُدرج على أنك مُعال بالإقرار الضريبي لشخص آخر يجب أن تذكر جميع أفراد الأسرة المقدمة للإقرار الضريبي التي أدرجتك بإقرارها وأي أفراد أسرة يقيمون معك.
- ★ أي شخص آخر يقيم معك - على سبيل المثال، الصديق (أو الصديقة) الشخصي أو زملاء الغرفة - عليه أن يتقدم بطلب الخاص به إذا كان يرغب في الحصول على تأمين صحي.

أكمل الخطوة 2 لكل فرد من أفراد أسرتك. ابدأ بنفسك!

- للتقدم بطلب لأكثر من أربعة أشخاص بهذا الطلب، انسخ الصفحات 6-8 لكل شخص إضافي.
- نحن نحافظ على سرية جميع معلوماتك، حسبما يقتضيه القانون. وسوف نستخدم معلوماتك الشخصية فقط لمعرفة إذا كنت مؤهلاً للحصول على تأمين صحي. ولست بحاجة إلى تزويدنا بوضع الهجرة أو رقم الضمان الاجتماعي لأفراد أسرتك الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على تأمين صحي.

الشخص رقم 1 أخبرنا عن نفسك.

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير (العائلة)	اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)	علاقته بك الشخص نفسه
هل أنت: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	هل أنت: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> لم تتزوج قط <input type="checkbox"/> شريك حياة مسجل	<input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل	<input type="checkbox"/> مطلق	
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	هل أنت حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، فما عدد الأجنة التي أنت حامل بها؟ _____	ما التاريخ المتوقع للولادة؟ _____		

طلب تأمين صحي حتى إن كان لديك تأمين الآن يمكنك أن تحصل على تغطية أفضل أو تكلفة أقل.

هل نتقدم بطلب تأمين صحي لنفسك؟

- نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية وأكمل الصفحتين 4 و5.
- لا إذا كنت لا تتقدم بالطلب لنفسك ولكن لشخص تعوله تأكد أن تملأ الصفحة 5.
- لا إذا كنت لا تتقدم بالطلب لنفسك أو لشخص تعوله انتقل إلى الصفحة 6.

إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، فما السبب؟ <input type="checkbox"/> رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الخاص بالتبني <input type="checkbox"/> رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الفردي <input type="checkbox"/> الإعفاء الديني <input type="checkbox"/> أنا غير مؤهل للحصول على رقم ضمان اجتماعي	رقم الضمان
---	------------

★ يجب أن تزودنا برقم ضمان اجتماعي إذا كنت ترغب في طلب تأمين صحي. فنحن نستخدم هذا الرقم لفحص المعلومات المتعلقة بالدخل والمعلومات الأخرى. وحتى إذا لم تكن نتقدم بطلب يساعدنا رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك على مراجعة طلبك بطريقة أسرع. فتأكد من تزويدنا بهذا الرقم إذا لم تكن نتقدم بطلب لنفسك ولكنك تقدم إقراراً ضريبياً وتتقدم بطلب لنا نيابة عن أحد أفراد أسرتك المُدرجين في إقرارك الضريبي.

إذا لم يكن لدى شخص يتقدم بطلب لنا رقم ضمان اجتماعي ويرغب في مساعدة للحصول على هذا الرقم يمكنه الاتصال على: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بُعد: 1-888-889-4500) أو زيارة موقع ويب: CoveredCA.com.

الشخص رقم 1 يُتبع بالصفحة التالية

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بُعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، والست من 8 صباحاً حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



الخطوة 2:

الشخص رقم 1 (تابع)

معلومات ضريبة الدخل الفيدرالية إذا كنت لا تقدم إقراراً ضريبياً فلا يزال بإمكانك التأهل للحصول على تأمين مجاني أو منخفض التكلفة من خلال "Medi-Cal". وسوف نحافظ على سرية معلوماتك. كما سنستخدم معلوماتك فقط لتقرير ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على تأمين صحي.

هل أنت المقدم الرئيسي للإقرار الضريبي (اسمك كان الأول على الإقرار)؟ نعم لا
شخص واحد فقط بهذا الطلب يمكنه أن يكون المقدم الرئيسي للإقرار الضريبي.

هل ستقدم إقراراً ضريبياً عن سنة الإعانة نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، كيف ستقدم الإقرار؟
 رب أسرة أعزب
 متزوج مع تقديم إقرار مشترك متزوج مع تقديم إقرار مستقل

هل يضعك أحد على إقراره الضريبي على أنك مُعال؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟
 الشخص رقم _____ بهذا الطلب.
 هذا الشخص هو والد غير حاضن
 هذا الشخص هو والد غير حاضن وغير مُدرج بهذا الطلب

هل لديك تأمين صحي آخر أو هل يُدَم لك تأمين من خلال الوظيفة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، املأ "المرفق B" بالصفحتين 22 و23.

هل لديك إعاقة بدنية أو عقلية أو نفسية أو إعاقة نمو؟ نعم لا
انظر السؤال 27 بالأسئلة الشائعة للاطلاع على المزيد من المعلومات حول المقصود بالإعاقة.
هل تحتاج إلى مساعدة في الحصول على رعاية طويلة الأمد أو الخدمات المنزلية أو المجتمعية؟ نعم لا

هل أنت مواطن أمريكي أو تحمل الجنسية الأمريكية؟ نعم لا
إذا لم تكن مواطناً أمريكياً أو كنت لا تحمل الجنسية الأمريكية أجب على الأسئلة التالية:
هل لديك وضع هجرة مناسب؟ نعم لمعرفة إذا كان لديك وضع هجرة مُرضٍ، انتقل إلى "المرفق E" بالصفحة 27 للاطلاع على القائمة.
ثم اكتب معلومات الوثيقة هنا. وفي معظم الحالات يكون رقم الهوية بالوثيقة الخاصة بك هو رقم تسجيل الأجنبي.

نوع الوثيقة: _____ رقم الهوية: _____
بلد الإصدار: _____ تاريخ الانتهاء: _____
الاسم كما هو مدون بالوثيقة: _____

هل أقيمت بالولايات المتحدة منذ 1996؟ نعم لا
هل أنت أو زوجتك أو طفلك المُعال غير المتزوج محارب مُسرح بتقدير قودة حسنة من القوات المسلحة الأمريكية أو أحد الأفراد الذين لا يزالون بالخدمة بها؟ نعم لا

هل تحصل على إعانات من برنامج "Medicare"؟ نعم لا
هل لديك نفقات طبية في الأشهر الثلاثة الماضية تحتاج إلى مساعدة في دفعها؟ نعم لا

هل تعيش مع أي طفل أو أطفال يبلغ عمرهم أقل من 19 عاماً؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، هل تتولى رعاية هذا الطفل أو هؤلاء الأطفال؟ نعم لا

هل تبلغ من العمر 18 إلى 20 عاماً وطالب متفرغ؟ نعم لا
هل تبلغ من العمر 18 إلى 26 عاماً؟ نعم لا
هل تبلغ من العمر 18 أو أقل؟ نعم لا
كم عدد الوالدين المقيمين معك؟ _____
هل تقيم مؤقتاً خارج الولاية؟ نعم لا

إذا كنت ترغب في اختيار خطة تأمين صحي الآن ضع علامة هنا واملأ "المرفق D" بالصفحة 25.

أخبرنا عن أصولك العرقية هذه المعلومات سرية ولن تُستخدم إلا لضمان حصول الجميع على نفس الرعاية الصحية. كما لن تُستخدم لتقرير نوع التأمين الصحي الذي أنت مؤهل للحصول عليه.

ما أصولك العرقية؟ (اختياري؛ حدد كل ما ينطبق)
 أبيض هندي آسيوي ياباني غوامي أو تشامورو
 أسود أو أمريكي كمبودي كوري ساموي
 أفريقي صيني لاسي أخرى
 أمريكي هندي أو من سكان ألaska فلبيني فينتامي _____
 الأصليين همونغ (مياو) هوايي أصلي

هل أنت من أصول أسبانية لاتينية، أو لاتينية، أو أسبانية؟ (اختياري) نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، حدد إجابة:
 مكسيكي، أمريكي مكسيكي، أمريكي المولد من أصول مكسيكية
 سلفادوري غواتيمالي
 كوبي بورتوريكي
 أصول أسبانية لاتينية، أو لاتينية، أو أسبانية أخرى: _____

ضع علامة هنا إذا كنت أمريكي هندي أو من سكان ألaska الأصليين، واملأ "المرفق A" بالصفحتين 20 و21.

الشخص رقم 1 يُتبع بالصفحة التالية

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



الخطوة 2:

الشخص رقم 1 (تابع)

أخبرنا عن وظيفتك الحالية وكيف تحصل على المال أرفق صفحة إضافية إذا كنت تحتاج مساحة أكبر.

هل تعمل الآن؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم دخل آخر بهذه الصفحة.

أين تعمل الآن؟ إذا كان لديك وظائف أكثر أرفق ورقة أخرى.

<p>الوظيفة 1: كيف تحصل على أجرك؟</p> <p><input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> كل 3 أشهر</p> <p><input type="checkbox"/> يوميًا: كم يوماً في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)</p>	<p>اسم صاحب العمل (اختياري)</p> <p>ما الأجر الذي تحصل عليه (قبل خصم الضريبة)؟ \$ _____</p>
---	--

<p>الوظيفة 2: كيف تحصل على أجرك؟</p> <p><input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> كل 3 أشهر</p> <p><input type="checkbox"/> يوميًا: كم يوماً في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)</p>	<p>اسم صاحب العمل (اختياري)</p> <p>ما الأجر الذي تحصل عليه (قبل خصم الضريبة)؟ \$ _____</p>
---	--

هل تعمل لحساب نفسك؟

الوظيفة 1: هل تعمل لحساب نفسك؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم دخل آخر بهذه الصفحة.

<p>نوع العمل</p> <p>ما صافي الدخل الذي ستحصل عليه من العمل لحساب نفسك هذا الشهر؟ \$ _____ يُقدّم بصافي الدخل الأرباح بعد دفع المصروفات. ويتضمن "المرفق E" بالصفحة 27 قائمة بالبنود التي يمكن احتسابها كمصروفات.</p>	<p>اسم صاحب العمل (اختياري)</p> <p>ما الأجر الذي تحصل عليه (قبل خصم الضريبة)؟ \$ _____</p>
---	--

الوظيفة 2: هل تعمل لحساب نفسك؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم دخل آخر بهذه الصفحة.

<p>نوع العمل</p> <p>ما صافي الدخل الذي ستحصل عليه من العمل لحساب نفسك هذا الشهر؟ \$ _____ يُقدّم بصافي الدخل الأرباح بعد دفع المصروفات. ويتضمن "المرفق E" بالصفحة 27 قائمة بالبنود التي يمكن احتسابها كمصروفات.</p>	<p>اسم صاحب العمل (اختياري)</p> <p>ما الأجر الذي تحصل عليه (قبل خصم الضريبة)؟ \$ _____</p>
---	--

هل لديك دخل آخر الدخل الآخر هو المال الذي تحصل عليه من مصدر آخر خلاف وظيفتك. لا تُدرج مدفوعات إعانة الأطفال، أو مدفوعات المحاربين القدامى، أو دخل الضمان الإضافي. انتقل إلى "المرفق E" بالصفحة 27 للاطلاع على أمثلة للدخل الآخر.

هل لديك دخل آخر؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم تغيير الدخل بهذه الصفحة.

من أين تحصل على هذا الدخل؟	كيف تحصل على هذا الدخل؟ (حدد إجابة واحدة)	كم المبلغ؟
<p><input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> كل 3 أشهر</p> <p><input type="checkbox"/> يوميًا: كم يوماً في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)</p>	<p><input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> كل 3 أشهر</p> <p><input type="checkbox"/> يوميًا: كم يوماً في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)</p>	<p>\$ _____</p>
<p><input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> كل 3 أشهر</p> <p><input type="checkbox"/> يوميًا: كم يوماً في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)</p>	<p><input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> كل 3 أشهر</p> <p><input type="checkbox"/> يوميًا: كم يوماً في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)</p>	<p>\$ _____</p>

هل يتغير دخلك من شهر لآخر؟ إذا كان يتغير أجب الأسئلة التالية.

ما إجمالي الدخل الذي تتوقع الحصول عليه هذا العام؟ (اختياري) \$ _____
إذا كنت تتوقع تغيير دخلك العام القادم فما إجمالي الدخل الجديد؟ (اختياري) \$ _____

هل لديك خصومات؟ إذا كنت تدفع مقابل بنود معينة يمكن خصمها من الإقرار الضريبي الفيدرالي فإخبارنا بها يمكن أن يخفض تكلفة التأمين الصحي. ولكن لا تُدرج مصروفات عملك لحساب نفسك. ويتضمن "المرفق E" بالصفحة 27 قائمة بأنواع أخرى من الخصومات.

هل لديك خصومات؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى الصفحة التالية.

نوع الخصم	كيف تحصل على هذا الخصم أو تدفعه؟ (حدد إجابة واحدة)	كم المبلغ؟
<p><input type="checkbox"/> نفقة زوجية</p> <p><input type="checkbox"/> فائدة على قرض دراسي</p> <p><input type="checkbox"/> أخرى</p>	<p><input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> كل 3 أشهر</p> <p><input type="checkbox"/> يوميًا: كم يوماً في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)</p>	<p>\$ _____</p>
<p><input type="checkbox"/> نفقة زوجة سابقة مدفوعة</p> <p><input type="checkbox"/> فائدة على قرض طلابي</p> <p><input type="checkbox"/> أخرى</p>	<p><input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> كل 3 أشهر</p> <p><input type="checkbox"/> يوميًا: كم يوماً في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)</p>	<p>\$ _____</p>

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، والست من 8 صباحاً حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



الخطوة 2:

الشخص رقم 2 أخبرنا عن الشخص التالي الذي يقيم في منزلك. إذا كان لديك أكثر من أربعة أشخاص بهذا الطلب، انسخ الصفحات 6-8 لكل شخص إضافي.

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير (العائلة)	اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)	علاقته بك
-------------	--------------	------------------------	---	-----------

ضع علامة هنا إذا كان العنوان المنزلي لهذا الشخص هو نفس عنوان منزل مسؤول الاتصال الرئيسي. إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا العنوان المنزلي لهذا الشخص فيما يلي:

عنوان المنزل	شقة رقم
المدينة (عنوان المنزل)	الولاية
	الرمز البريدي
	المقاطعة

ضع علامة هنا إذا لم يكن لهذا الشخص عنوان منزل. ويجب أن تعطينا عنواناً بريدياً أناه.

ضع علامة هنا إذا كان العنوان البريدي لهذا الشخص هو نفس العنوان البريدي لمسؤول الاتصال الرئيسي. إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا العنوان البريدي لهذا الشخص فيما يلي:

العنوان البريدي أو صندوق البريد (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)	شقة رقم
المدينة (عنوان البريد)	الولاية
	الرمز البريدي
	المقاطعة

أفضل رقم هاتف للوصول إلى هذا الشخص المنزل المحمول العمل الرقم: () - ()

رقم هاتف آخر المنزل المحمول العمل الرقم: () - ()

عنوان البريد الإلكتروني:

ما اللغة التي ينبغي أن نكتب بها إلى هذا الشخص؟	ما اللغة التي يرغب هذا الشخص في أن نتحدث بها إليه (أو إليها)؟
--	---

هل هذا الشخص: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	هل هذا الشخص: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> لم تتزوج قط <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> شريك حياة مسجل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>
--	--

تاريخ الميلاد (شهر/يوم / سنة) هل هذا الشخص حامل؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فما عدد الأجنة التي هي حامل بها؟ ما التاريخ المتوقع للولادة؟

طلب تأمين صحي حتى إن كان لدى هذا الشخص تأمين الآن يمكنك أن تحصل على تغطية أفضل أو تكلفة أقل.

هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تأمين صحي؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، فمعلومات رقم الضمان الاجتماعي بند اختياري.

إذا لم يكن لدى هذا الشخص رقم ضمان اجتماعي، فما السبب؟	رقم الضمان الاجتماعي ★
<input type="checkbox"/> رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الخاص بالتبني	
<input type="checkbox"/> رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الفردي	
<input type="checkbox"/> الإعفاء الديني <input type="checkbox"/> غير مؤهل للحصول على رقم ضمان اجتماعي	

معلومات ضريبة الدخل الفيدرالية إذا كان هذا الشخص لا يقدم إقراراً ضريبياً فلا يزال بإمكانه (أو إمكانها) التأهل للحصول على تأمين مجاني أو منخفض التكلفة من خلال "Medi-Cal". وسوف نحافظ على سرية المعلومات ونستخدمها فقط لتقرير ما إذا كان هذا الشخص مؤهلاً للحصول على تأمين صحي.

هل هذا الشخص هو المقدم الرئيسي للإقرار الضريبي (اسمه كان الأول على الإقرار)؟ نعم لا شخص واحد فقط بهذا الطلب يمكنه أن يكون المقدم الرئيسي للإقرار الضريبي.

هل سيقدم هذا الشخص إقراراً ضريبياً عن سنة الإعانة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، كيف سيقدم الإقرار؟ <input type="checkbox"/> رب أسرة <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مُعال <input type="checkbox"/> متزوج مع تقديم إقرار مشترك <input type="checkbox"/> متزوج مع تقديم إقرار مستقل	هل يضع أحد هذا الشخص على إقراره الضريبي على أنه مُعال؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟ <input type="checkbox"/> الشخص رقم _____ بهذا الطلب. <input type="checkbox"/> هذا الشخص هو والد غير حاضن <input type="checkbox"/> هذا الشخص هو والد غير حاضن وغير مُدرج بهذا الطلب
---	--

الشخص رقم 2 يُتبع بالصفحة التالية



اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). المكالمات مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 6 مساءً. أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟

الخطوة 2:

الشخص رقم 2 (تابع)

هل لدى هذا الشخص تأمين صحي آخر أو هل يُقدم له تأمين من خلال الوظيفة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، املأ "المرفق B" بالصفحتين 22 و 23.

هل لدى هذا الشخص إعاقة بدنية أو عقلية أو نفسية أو إعاقة نمو؟ نعم لا
انظر السؤال 27 بالأسئلة الشائعة للاطلاع على المزيد من المعلومات حول المقصود بالإعاقة.

هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو يحمل الجنسية الأمريكية؟ نعم لا

إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو كان لا يحمل الجنسية الأمريكية أجب على الأسئلة التالية:

هل لدى هذا الشخص وضع هجرة مُرضٍ؟ نعم لمعرفة إذا كان لدى هذا الشخص وضع هجرة مُرضٍ، انتقل إلى "المرفق E" بالصفحة 27 للاطلاع على قائمتها. ثم اكتب معلومات الوثيقة هنا. وفي معظم الحالات يكون رقم الهوية بالوثيقة هو رقم تسجيل الأجنبي.

نوع الوثيقة: _____ رقم الهوية: _____

بلد الإصدار: _____ تاريخ الانتهاء: _____

الاسم كما هو مدرود بالوثيقة: _____

هل أقام هذا الشخص بالولايات المتحدة منذ 1996؟ نعم لا

هل هذا الشخص أو زوجته أو طفله المُعال غير المتزوج محارب مُسرح بتقدير قدوة حسنة من القوات المسلحة الأمريكية أو أحد الأفراد الذين لا يزالون بالخدمة بها؟ نعم لا

هل يحصل هذا الشخص على إعانات من برنامج "Medicare"؟ نعم لا

هل لدى هذا الشخص نفقات طبية في الأشهر الثلاثة الماضية يحتاج إلى مساعدة في دفعها؟ نعم لا

هل يعيش هذا الشخص مع أي طفل أو أطفال يبلغ عمرهم أقل من 19 عاماً؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، هل يتولى رعاية هذا الطفل أو هؤلاء الأطفال؟ نعم لا

هل يبلغ هذا الشخص من العمر 18 إلى 20 عاماً وطالب متفرغ؟ نعم لا

هل يبلغ هذا الشخص من العمر 18 إلى 26 عاماً؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، هل كان هذا الشخص مشمولاً برعاية أسرة بديلة في أية ولاية في عيد ميلاده (أو ميلادها) الثامن عشر؟ نعم لا

هل يبلغ هذا الشخص من العمر 18 أو أقل؟ نعم لا كم عدد الوالدين المقيمين مع هذا الشخص؟ _____

هل يقيم هذا الشخص مؤقتاً خارج الولاية؟ نعم لا

أخبرنا عن أصول هذا الشخص العرقية هذه المعلومات سرية ولن تُستخدم إلا لضمان حصول الجميع على نفس الرعاية الصحية. كما لن تُستخدم لتقرير نوع التأمين الصحي الذي أنت مؤهل للحصول عليه.

ما أصول هذا الشخص العرقية؟ (اختياري؛ حدد كل ما ينطبق)

أبيض هندي آسيوي ياباني

أسود أو أمريكي كمبودي كوري

أفريقي صيني لاوسي

أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا فلبيني فيتنامي

الأصليين همونغ (مياو) هوايي أصلي

هل أنت من أصول إسبانية لاتينية، أو لاتينية، أو إسبانية؟

(اختياري) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، حدد إجابة:

مكسيكي، أمريكي مكسيكي، أمريكي المولد من أصول مكسيكية

سلفادوري غواتيمالي

كوبي بورتوريكي

أصول إسبانية لاتينية، أو

لاتينية، أو إسبانية أخرى: _____

غوامي أو شامورو

ساموي

أخرى _____

★ ضع علامة هنا إذا كنت أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين، واملأ "المرفق A" بالصفحتين 20 و 21.

الشخص رقم 2 يُتبع بالصفحة التالية

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، والست من 8 صباحاً حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



الخطوة 2:

الشخص رقم 2 (تابع)

أخبرنا عن وظيفة هذا الشخص الحالية وكيف يحصل على المال أرفق صفحة إضافية إذا كنت تحتاج مساحة أكبر.

هل هذا الشخص يعمل الآن؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم دخل آخر بهذه الصفحة.

أين يعمل هذا الشخص الآن؟ إذا كان لديه وظائف أكثر أرفق ورقة أخرى.

الوظيفة 1:	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
كيف يحصل هذا الشخص على أجره؟	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
اسم صاحب العمل (اختياري)	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)
ما الأجر الذي يحصل عليه هذا الشخص (قبل خصم الضريبة)؟ \$		

الوظيفة 2:	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
كيف يحصل هذا الشخص على أجره؟	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
اسم صاحب العمل (اختياري)	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)
ما الأجر الذي يحصل عليه هذا الشخص (قبل خصم الضريبة)؟ \$		

هل هذا الشخص يعمل لحساب نفسه؟

الوظيفة 1: هل هذا الشخص يعمل لحساب نفسه؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم دخل آخر بهذه الصفحة.

نوع العمل	ما صافي الدخل الذي سيحصل عليه هذا الشخص من العمل لحساب نفسه هذا الشهر؟ \$
	يُقدّم بصافي الدخل الأرباح بعد دفع المصروفات. ويتضمن "المرفق E" بالصفحة 27 قائمة بالبنود التي يمكن احتسابها.

الوظيفة 2: هل هذا الشخص يعمل لحساب نفسه؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم دخل آخر بهذه الصفحة.

نوع العمل	ما صافي الدخل الذي سيحصل عليه هذا الشخص من العمل لحساب نفسه هذا الشهر؟ \$
	يُقدّم بصافي الدخل الأرباح بعد دفع المصروفات. ويتضمن "المرفق E" بالصفحة 27 قائمة بالبنود التي يمكن احتسابها.

هل لدى هذا الشخص دخل آخر الدخل الآخر هو المال الذي تحصل عليه من مصدر آخر خلاف وظيفتك. انتقل إلى "المرفق E" بالصفحة 27 للاطلاع على أمثلة للدخل الآخر. لا تُدرج مدفوعات إعانة الأطفال، أو مدفوعات المحاربين القدامى، أو دخل الضمان الإضافي.

هل لدى هذا الشخص دخل آخر؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم تغيير الدخل بهذه الصفحة.

من أين تحصل على هذا الدخل؟	كيف يحصل هذا الشخص على هذا الدخل؟ (حدد إجابة واحدة)	كم المبلغ؟
	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟	\$
	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> كل 3 شهور
	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)
	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟	\$
	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> كل 3 شهور
	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)

هل يتغير دخل هذا الشخص من شهر لآخر؟ إذا كان يتغير أجب الأسئلة التالية.

ما إجمالي الدخل الذي يتوقع هذا الشخص أن يحصل عليه هذا العام؟ (اختياري) \$ إذا كنت تتوقع تغيير دخل هذا الشخص العام القادم فما إجمالي الدخل الجديد؟ (اختياري) \$

هل لدى هذا الشخص خصومات؟ إذا كان يدفع مقابل بنود معينة يمكن خصمها من الإقرار الضريبي الفيدرالي فإخبارنا بها يمكن أن يخفض تكلفة التأمين الصحي. ولكن لا تُدرج مصروفات عمله لحساب نفسه. ولكن لا تُدرج مصروفات عمالك لحساب نفسك. ويتضمن "المرفق E" بالصفحة 27 قائمة بأنواع أخرى من الخصومات.

هل لدى هذا الشخص خصومات؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى الصفحة التالية.

نوع الخصم	كيف يحصل هذا الشخص على هذا الخصم أو يدفعه؟ (حدد إجابة واحدة)	كم المبلغ؟
<input type="checkbox"/> نفقة زوجة سابقة مدفوعة	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟	\$
<input type="checkbox"/> فائدة على قرض طلابي	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> كل 3 شهور
<input type="checkbox"/> أخرى	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)
<input type="checkbox"/> نفقة زوجة سابقة مدفوعة	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟ <input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟	\$
<input type="checkbox"/> فائدة على قرض طلابي	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> كل 3 شهور
<input type="checkbox"/> أخرى	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



الخطوة 2:

الشخص رقم 3 أخبرنا عن الشخص التالي الذي يقيم في منزلك.

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير (العائلة)	اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)	علاقته بك
-------------	--------------	------------------------	---	-----------

ضع علامة هنا إذا كان العنوان المنزلي لهذا الشخص هو نفس عنوان منزل مسؤول الاتصال الرئيسي.
إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا العنوان المنزلي لهذا الشخص فيما يلي:

عنوان المنزل	شقة رقم
المدينة (عنوان المنزل)	الولاية
	الرمز البريدي
	المقاطعة

ضع علامة هنا إذا لم يكن لهذا الشخص عنوان منزل. ويجب أن تعطينا عنواناً بريدياً أناه.

ضع علامة هنا إذا كان العنوان البريدي لهذا الشخص هو نفس العنوان البريدي لمسؤول الاتصال الرئيسي.
إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا العنوان البريدي لهذا الشخص فيما يلي:

العنوان البريدي أو صندوق البريد (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)	شقة رقم
المدينة (عنوان البريد)	الولاية
	الرمز البريدي
	المقاطعة

أفضل رقم هاتف للوصول إلى هذا الشخص المنزل المحمول العمل
الرقم: _____ - _____ ()

رقم هاتف آخر المنزل المحمول العمل
الرقم: _____ - _____ ()

عنوان البريد الإلكتروني:

ما اللغة التي ينتمي إليها هذا الشخص؟	ما اللغة التي ترغب هذا الشخص في أن نتحدث بها إليه (أو إليها)؟
--------------------------------------	---

هل هذا الشخص: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	هل هذا الشخص: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> لم تتزوج قط <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> شريك حياة مسجل <input type="checkbox"/>
--	--

تاريخ الميلاد (شهر/يوم / سنة)	هل هذا الشخص حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فما عدد الأجنة التي هي حامل بها؟ ما التاريخ المتوقع للولادة؟ _____
-------------------------------	--

طلب تأمين صحي حتى إن كان لدى هذا الشخص تأمين الآن يمكنك أن تحصل على تغطية أفضل أو تكلفة أقل.

هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تأمين صحي؟ نعم **إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية.** لا **إذا كانت الإجابة لا، فمعلومات رقم الضمان الاجتماعي بند اختياري.**

إذا لم يكن لدى هذا الشخص رقم ضمان اجتماعي، فما السبب؟ <input type="checkbox"/> رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الخاص بالتبني <input type="checkbox"/> رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الفردي <input type="checkbox"/> الإعفاء الديني <input type="checkbox"/> غير مؤهل للحصول على رقم ضمان اجتماعي	★ رقم الضمان الاجتماعي _____ - _____ - _____
---	---

معلومات ضريبة الدخل الفيدرالية إذا كان هذا الشخص لا يقدم إقراراً ضريبياً فلا يزال بإمكانه (أو إيمانها) التأهل للحصول على تأمين مجاني أو منخفض التكلفة من خلال "Medi-Cal". وسوف نحافظ على سرية المعلومات ونستخدمها فقط لتقرير ما إذا كان هذا الشخص مؤهلاً للحصول على تأمين صحي.

هل هذا الشخص هو المقدم الرئيسي للإقرار الضريبي (اسمه كان الأول على الإقرار)؟ نعم لا
شخص واحد فقط بهذا الطلب يمكنه أن يكون المقدم الرئيسي للإقرار الضريبي.

هل سيقدم هذا الشخص إقراراً ضريبياً عن سنة الإعانة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، كيف سيقدم الإقرار؟ <input type="checkbox"/> رب أسرة <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مُعال <input type="checkbox"/> متزوج مع تقديم إقرار مشترك <input type="checkbox"/> متزوج مع تقديم إقرار مستقل	هل يضع أحد هذا الشخص على إقراره الضريبي على أنه مُعال؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟ <input type="checkbox"/> الشخص رقم _____ بهذا الطلب. <input type="checkbox"/> هذا الشخص هو والد غير حاضن <input type="checkbox"/> هذا الشخص هو والد غير حاضن وغير مُدرج بهذا الطلب
---	--

الشخص رقم 3 يُتبع بالصفحة التالية

اتصل على "Covered California" على الرقم: **1-800-826-6317** (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، والست من 8 صباحاً حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: **CoveredCA.com**.

هل تحتاج المساعدة؟



هل لدى هذا الشخص تأمين صحي آخر أو هل يُقدم له تأمين من خلال الوظيفة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، املأ "المرفق B" بالصفحتين 22 و23.

هل يحتاج هذا الشخص إلى مساعدة في الحصول على رعاية طويلة الأمد أو الخدمات المنزلية أو المجتمعية؟ نعم لا

هل لدى هذا الشخص إعاقة بدنية أو عقلية أو نفسية أو إعاقة نمو؟ نعم لا
انظر السؤال 27 بالأسئلة الشائعة للاطلاع على المزيد من المعلومات حول المقصود بالإعاقة.

هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو يحمل الجنسية الأمريكية؟ نعم لا

إذا لم يكن هذا الشخص مواطنًا أمريكيًا أو كان لا يحمل الجنسية الأمريكية أجب على الأسئلة التالية:

هل لدى هذا الشخص وضع هجرة مُرضٍ؟ نعم لمعرفة إذا كان لدى هذا الشخص وضع هجرة مُرضٍ، انتقل إلى "المرفق E" بالصفحة 27 للاطلاع على قائمة. ثم اكتب معلومات الوثيقة هنا. وفي معظم الحالات يكون رقم الهوية بالوثيقة هو رقم تسجيل الأجنبي.

نوع الوثيقة: _____ رقم الهوية: _____

بلد الإصدار: _____ تاريخ الانتهاء: _____

الاسم كما هو مدرود بالوثيقة: _____

هل أقام هذا الشخص بالولايات المتحدة منذ 1996؟ نعم لا

هل هذا الشخص أو زوجته أو طفله المُعال غير المتزوج محارب مُسرح بتقدير قوة حسنة من القوات المسلحة الأمريكية أو أحد الأفراد الذين لا يزالون بالخدمة بها؟ نعم لا

هل يحصل هذا الشخص على إعانات من برنامج "Medicare"؟ نعم لا

هل لدى هذا الشخص نفقات طبية في الأشهر الثلاثة الماضية يحتاج إلى مساعدة في دفعها؟ نعم لا

هل يعيش هذا الشخص مع أي طفل أو أطفال يبلغ عمرهم أقل من 19 عامًا؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، هل يتولى رعاية هذا الطفل أو هؤلاء الأطفال؟ نعم لا

هل يبلغ هذا الشخص من العمر 18 إلى 20 عامًا وطالب متفرغ؟ نعم لا

هل يبلغ هذا الشخص من العمر 18 إلى 26 عامًا؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، هل كان هذا الشخص مشمولاً برعاية أسرة بديلة في أية ولاية في عيد ميلاده (أو ميلادها) الثامن عشر؟ نعم لا

هل يبلغ هذا الشخص من العمر 18 أو أقل؟ نعم لا كم عدد الوالدين المقيمين مع هذا الشخص؟ _____

هل يقيم هذا الشخص مؤقتًا خارج الولاية؟ نعم لا

أخبرنا عن أصول هذا الشخص العرقية هذه المعلومات سرية ولن تُستخدم إلا لضمان حصول الجميع على نفس الرعاية الصحية. كما لن تُستخدم لتقرير نوع التأمين الصحي الذي أنت مؤهل للحصول عليه.

ما أصول هذا الشخص العرقية؟ (اختياري؛ حدد كل ما ينطبق)

هل أنت من أصول إسبانية لاتينية، أو لاتينية، أو إسبانية؟

(اختياري) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، حدد إجابة:

مكسيكي، أمريكي مكسيكي، أمريكي المولد من أصول مكسيكية

سلفادوري غواتيمالي

كوبي بورتوريكي

أصول إسبانية لاتينية، أو

لاتينية، أو إسبانية أخرى: _____

غوامي أو شامورو

ساموي

أخرى _____

ياباني

كوري

لاوسي

فينتامي

هوايي أصلي

هندي آسيوي

كمبودي

صيني

فلبيني

همونغ (مياو)

أبيض

أسود أو أمريكي

أفريقي

أمريكي هندي أو من

سكان ألاسكا

الأصليين

★ ضع علامة هنا إذا كنت أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين، واملأ "المرفق A" بالصفحتين 20 و21.

الشخص رقم 3 يُتبع بالصفحة التالية

الخطوة 2:

الشخص رقم 3 (تابع)

أخبرنا عن وظيفة هذا الشخص الحالية وكيف يحصل على المال أرفق صفحة إضافية إذا كنت تحتاج مساحة أكبر.

هل هذا الشخص يعمل الآن؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم دخل آخر بهذه الصفحة.

أين يعمل هذا الشخص الآن؟ إذا كان لديه وظائف أكثر أرفق ورقة أخرى.

الوظيفة 1:	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
كيف يحصل هذا الشخص على أجره؟	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
اسم صاحب العمل (اختياري)	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)
ما الأجر الذي يحصل عليه هذا الشخص (قبل خصم الضريبة)؟ \$		

الوظيفة 2:	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
كيف يحصل هذا الشخص على أجره؟	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
اسم صاحب العمل (اختياري)	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)
ما الأجر الذي يحصل عليه هذا الشخص (قبل خصم الضريبة)؟ \$		

هل هذا الشخص يعمل لحساب نفسه؟

الوظيفة 1: هل هذا الشخص يعمل لحساب نفسه؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم دخل آخر بهذه الصفحة.

نوع العمل	ما صافي الدخل الذي سيحصل عليه هذا الشخص من العمل لحساب نفسه هذا الشهر؟ \$
	يُقصَد بصافي الدخل الأرباح بعد دفع المصروفات. ويتضمن "المرفق E" بالصفحة 27 قائمة بالبند التي يمكن احتسابها.
الوظيفة 2:	هل هذا الشخص يعمل لحساب نفسه؟ <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم دخل آخر بهذه الصفحة.
نوع العمل	ما صافي الدخل الذي سيحصل عليه هذا الشخص من العمل لحساب نفسه هذا الشهر؟ \$
	يُقصَد بصافي الدخل الأرباح بعد دفع المصروفات. ويتضمن "المرفق E" بالصفحة 27 قائمة بالبند التي يمكن احتسابها.

هل لدى هذا الشخص دخل آخر الدخل الآخر هو المال الذي تحصل عليه من مصدر آخر خلاف وظيفتك. انتقل إلى "المرفق E" بالصفحة 27 للاطلاع على أمثلة للدخل الآخر. لا تُدرج مدفوعات إعانة الأطفال، أو مدفوعات المحاربين القدامى، أو دخل الضمان الإضافي.

هل لدى هذا الشخص دخل آخر؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم تغيير الدخل بهذه الصفحة.

من أين تحصل على هذا الدخل؟	كيف يحصل هذا الشخص على هذا الدخل؟ (حدد إجابة واحدة)	كم المبلغ؟
	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)
	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)

هل يتغير دخل هذا الشخص من شهر لآخر؟ إذا كان يتغير أجب الأسئلة التالية.

ما إجمالي الدخل الذي يتوقع هذا الشخص أن يحصل عليه هذا العام؟ \$ (اختياري)	إذا كنت تتوقع تغيير دخل هذا الشخص العام القادم فما إجمالي الدخل الجديد؟ \$ (اختياري)
---	--

هل لدى هذا الشخص خصومات؟ إذا كان يدفع مقابل بنود معينة يمكن خصمها من الإقرار الضريبي الفيدرالي فإخبارنا بها يمكن أن يخفف تكلفة التأمين الصحي. ولكن لا تُدرج مصروفات عمله لحساب نفسه. ولكن لا تُدرج مصروفات عمك لحساب نفسك. ويتضمن "المرفق E" بالصفحة 27 قائمة بأنواع أخرى من الخصومات.

هل لدى هذا الشخص خصومات؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى الصفحة التالية.

نوع الخصم	كيف يحصل هذا الشخص على هذا الخصم أو يدفعه؟ (حدد إجابة واحدة)	كم المبلغ؟
<input type="checkbox"/> نفقة زوجة سابقة مدفوعة	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
<input type="checkbox"/> فائدة على قرض طلابي	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
<input type="checkbox"/> أخرى	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)
<input type="checkbox"/> نفقة زوجة سابقة مدفوعة	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
<input type="checkbox"/> فائدة على قرض طلابي	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
<input type="checkbox"/> أخرى	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



الخطوة 2:

الشخص رقم 4 أخبرنا عن الشخص التالي الذي يقيم في منزلك.

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير (العائلة)	اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)	علاقته بك
-------------	--------------	------------------------	---	-----------

ضع علامة هنا إذا كان العنوان المنزلي لهذا الشخص هو نفس عنوان منزل مسؤول الاتصال الرئيسي.
إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا العنوان المنزلي لهذا الشخص فيما يلي:

عنوان المنزل	شقة رقم
المدينة (عنوان المنزل)	الولاية
الرمز البريدي	المقاطعة

ضع علامة هنا إذا لم يكن لهذا الشخص عنوان منزل. ويجب أن تعطينا عنواناً بريدياً أدناه.

ضع علامة هنا إذا كان العنوان البريدي لهذا الشخص هو نفس العنوان البريدي لمسؤول الاتصال الرئيسي.
إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا العنوان البريدي لهذا الشخص فيما يلي:

العنوان البريدي أو صندوق البريد (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)	شقة رقم
المدينة (عنوان البريد)	الولاية
الرمز البريدي	المقاطعة

أفضل رقم هاتف للوصول إلى هذا الشخص المنزل المحمول العمل
الرقم: _____ - _____ ()

رقم هاتف آخر المنزل المحمول العمل
الرقم: _____ - _____ ()

عنوان البريد الإلكتروني:

ما اللغة التي ينبغي أن نكتب بها إلى هذا الشخص؟	ما اللغة التي يرغب هذا الشخص في أن نتحدث بها إليه (أو إليها)؟
--	---

هل هذا الشخص: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	هل هذا الشخص: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> لم تتزوج قط <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل
--	---

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	هل هذا الشخص حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فما عدد الأجنة التي هي حامل بها؟ ما التاريخ المتوقع للولادة؟
-----------------------------	---

طلب تأمين صحي حتى إن كان لدى هذا الشخص تأمين الآن يمكنك أن تحصل على تغطية أفضل أو تكلفة أقل.

هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تأمين صحي؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، فمعلومات رقم الضمان الاجتماعي بند اختياري.

إذا لم يكن لدى هذا الشخص رقم ضمان اجتماعي، فما السبب؟ <input type="checkbox"/> رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الخاص بالتبني <input type="checkbox"/> رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الفردي <input type="checkbox"/> الإعفاء الديني <input type="checkbox"/> غير مؤهل للحصول على رقم ضمان اجتماعي	رقم الضمان الاجتماعي _____ - _____ - _____
---	---

معلومات ضريبة الدخل الفيدرالية إذا كان هذا الشخص لا يقدم إقراراً ضريبياً فلا يزال بإمكانه (أو إمكاناتها) التأهل للحصول على تأمين مجاني أو منخفض التكلفة من خلال "Medi-Cal". وسوف نحافظ على سرية المعلومات ونستخدمها فقط لتقرير ما إذا كان هذا الشخص مؤهلاً للحصول على تأمين صحي.

هل هذا الشخص هو المقدم الرئيسي للإقرار الضريبي (اسمه كان الأول على الإقرار)؟ نعم لا
شخص واحد فقط بهذا الطلب يمكنه أن يكون المقدم الرئيسي للإقرار الضريبي.

هل سيقدم هذا الشخص إقراراً ضريبياً عن سنة الإعانة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، كيف سيقدم الإقرار؟ <input type="checkbox"/> رب أسرة <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مُعال <input type="checkbox"/> متزوج مع تقديم إقرار مشترك <input type="checkbox"/> متزوج مع تقديم إقرار مستقل	هل يضع أحد هذا الشخص على إقراره الضريبي على أنه مُعال؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟ <input type="checkbox"/> الشخص رقم _____ بهذا الطلب. <input type="checkbox"/> هذا الشخص هو والد غير حاضن <input type="checkbox"/> هذا الشخص هو والد غير حاضن وغير مُدرج بهذا الطلب
---	--

الشخص رقم 4 يُتبع بالصفحة التالية

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟

الخطوة 2:

الشخص رقم 4 (تابع)

هل لدى هذا الشخص تأمين صحي آخر أو هل يُقدم له تأمين من خلال الوظيفة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، املأ "المرفق B" بالصفحتين 22 و 23.

هل لدى هذا الشخص إعاقة بدنية أو عقلية أو نفسية أو إعاقة نمو؟ نعم لا
انظر السؤال 27 بالأسئلة الشائعة للاطلاع على المزيد من المعلومات حول المقصود بالإعاقة.

هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو يحمل الجنسية الأمريكية؟ نعم لا
إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو كان لا يحمل الجنسية الأمريكية أجب على الأسئلة التالية:

هل لدى هذا الشخص وضع هجرة مُرضٍ؟ نعم لمعرفة إذا كان لدى هذا الشخص وضع هجرة مُرضٍ، انتقل إلى "المرفق E" بالصفحة 27 للاطلاع على قائمته. ثم اكتب معلومات الوثيقة هنا. وفي معظم الحالات يكون رقم الهوية بالوثيقة هو رقم تسجيل الأجنبي.

نوع الوثيقة: _____ رقم الهوية: _____
بلد الإصدار: _____ تاريخ الانتهاء: _____
الاسم كما هو مدرود بالوثيقة: _____

هل أقام هذا الشخص بالولايات المتحدة منذ 1996؟ نعم لا

هل هذا الشخص أو زوجته أو طفله المُعال غير المتزوج محارب مُسرح بتقدير قدوة حسنة من القوات المسلحة الأمريكية أو أحد الأفراد الذين لا يزالون بالخدمة بها؟ نعم لا

هل يحصل هذا الشخص على إعانات من برنامج "Medicare"؟ نعم لا
هل لدى هذا الشخص نفقات طبية في الأشهر الثلاثة الماضية يحتاج إلى مساعدة في دفعها؟ نعم لا

هل يعيش هذا الشخص مع أي طفل أو أطفال يبلغ عمرهم أقل من 19 عاماً؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، هل يتولى رعاية هذا الطفل أو هؤلاء الأطفال؟ نعم لا

هل يبلغ هذا الشخص من العمر 18 إلى 20 عاماً وطالب متفرغ؟ نعم لا

هل يبلغ هذا الشخص من العمر 18 إلى 26 عاماً؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، هل كان هذا الشخص مشمولاً برعاية أسرة بديلة في أية ولاية في عيد ميلاده (أو ميلادها) الثامن عشر؟ نعم لا

هل يبلغ هذا الشخص من العمر 18 أو أقل؟ نعم لا كم عدد الوالدين المقيمين مع هذا الشخص؟ _____

هل يقيم هذا الشخص مؤقتاً خارج الولاية؟ نعم لا

أخبرنا عن أصول هذا الشخص العرقية هذه المعلومات سرية ولن تُستخدم إلا لضمان حصول الجميع على نفس الرعاية الصحية. كما لن تُستخدم لتقرير نوع التأمين الصحي الذي أنت مؤهل للحصول عليه.

ما أصول هذا الشخص العرقية؟ (اختياري؛ حدد كل ما ينطبق)

<input type="checkbox"/> أبيض	<input type="checkbox"/> هندي آسيوي	<input type="checkbox"/> ياباني	<input type="checkbox"/> غوامي أو شامورو
<input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي أفريقي	<input type="checkbox"/> كمبودي	<input type="checkbox"/> كوري	<input type="checkbox"/> ساموي
<input type="checkbox"/> أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين	<input type="checkbox"/> صيني	<input type="checkbox"/> لاوسي	<input type="checkbox"/> أخرى _____
	<input type="checkbox"/> فلبيني	<input type="checkbox"/> فيتنامي	
	<input type="checkbox"/> همونغ (مياو)	<input type="checkbox"/> هوايي أصلي	

هل أنت من أصول إسبانية لاتينية، أو لاتينية، أو إسبانية؟ (اختياري) نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، حدد إجابة:
 مكسيكي، أمريكي مكسيكي، أمريكي المولد من أصول مكسيكية
 سلفادوري غواتيمالي
 كوبي بورتوريكي
 أصول إسبانية لاتينية، أو لاتينية، أو إسبانية أخرى: _____

★ ضع علامة هنا إذا كنت أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين، واملأ "المرفق A" بالصفحتين 20 و 21.

الشخص رقم 4 يُتبع بالصفحة التالية

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، والست من 8 صباحاً حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



الخطوة 2:

الشخص رقم 4 (تابع)

أخبرنا عن وظيفة هذا الشخص الحالية وكيف يحصل على المال أرفق صفحة إضافية إذا كنت تحتاج مساحة أكبر.

هل هذا الشخص يعمل الآن؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم دخل آخر بهذه الصفحة.

أين يعمل هذا الشخص الآن؟ إذا كان لديه وظائف أكثر أرفق ورقة أخرى.

الوظيفة 1:	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
كيف يحصل هذا الشخص على أجره؟	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
اسم صاحب العمل (اختياري)	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)
ما الأجر الذي يحصل عليه هذا الشخص (قبل خصم الضريبة)؟ \$		

الوظيفة 2:	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
كيف يحصل هذا الشخص على أجره؟	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
اسم صاحب العمل (اختياري)	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)
ما الأجر الذي يحصل عليه هذا الشخص (قبل خصم الضريبة)؟ \$		

هل هذا الشخص يعمل لحساب نفسه؟

الوظيفة 1: هل هذا الشخص يعمل لحساب نفسه؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم دخل آخر بهذه الصفحة.

نوع العمل	ما صافي الدخل الذي سيحصل عليه هذا الشخص من العمل لحساب نفسه هذا الشهر؟ \$
	يُقدّم بصافي الدخل الأرباح بعد دفع المصروفات. ويتضمن "المرفق E" بالصفحة 27 قائمة بالبنود التي يمكن احتسابها.

الوظيفة 2: هل هذا الشخص يعمل لحساب نفسه؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم دخل آخر بهذه الصفحة.

نوع العمل	ما صافي الدخل الذي سيحصل عليه هذا الشخص من العمل لحساب نفسه هذا الشهر؟ \$
	يُقدّم بصافي الدخل الأرباح بعد دفع المصروفات. ويتضمن "المرفق E" بالصفحة 27 قائمة بالبنود التي يمكن احتسابها.

هل لدى هذا الشخص دخل آخر الدخل الآخر هو المال الذي تحصل عليه من مصدر آخر خلاف وظيفتك. انتقل إلى "المرفق E" بالصفحة 27 للاطلاع على أمثلة للدخل الآخر. لا تُدرج مدفوعات إعانة الأطفال، أو مدفوعات المحاربين القدامى، أو دخل الضمان الإضافي.

هل لدى هذا الشخص دخل آخر؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى قسم تغيير الدخل بهذه الصفحة.

من أين تحصل على هذا الدخل؟	كيف يحصل هذا الشخص على هذا الدخل؟ (حدد إجابة واحدة)	كم المبلغ؟
	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)
	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)

هل يتغير دخل هذا الشخص من شهر لآخر؟ إذا كان يتغير أجب الأسئلة التالية.

ما إجمالي الدخل الذي يتوقع هذا الشخص أن يحصل عليه هذا العام؟ (اختياري) \$

إذا كنت تتوقع تغيير دخل هذا الشخص العام القادم فما إجمالي الدخل الجديد؟ (اختياري) \$

هل لدى هذا الشخص خصومات؟ إذا كان يدفع مقابل بنود معينة يمكن خصمها من الإقرار الضريبي الفيدرالي فإخبارنا بها يمكن أن يخفض تكلفة التأمين الصحي. ولكن لا تُدرج مصروفات عمله لحساب نفسه. ولكن لا تُدرج مصروفات عمالك لحساب نفسك. ويتضمن "المرفق E" بالصفحة 27 قائمة بأنواع أخرى من الخصومات.

هل لدى هذا الشخص خصومات؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى الصفحة التالية.

نوع الخصم	كيف يحصل هذا الشخص على هذا الخصم أو يدفعه؟ (حدد إجابة واحدة)	كم المبلغ؟
<input type="checkbox"/> نفقة زوجة سابقة مدفوعة	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
<input type="checkbox"/> فائدة على قرض طلابي	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
<input type="checkbox"/> أخرى	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)
<input type="checkbox"/> نفقة زوجة سابقة مدفوعة	<input type="checkbox"/> بالساعة: كم ساعة في الأسبوع؟	<input type="checkbox"/> يوميًا: كم يومًا في الأسبوع؟
<input type="checkbox"/> فائدة على قرض طلابي	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور
<input type="checkbox"/> أخرى	<input type="checkbox"/> كل 6 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا	<input type="checkbox"/> مدفوعات لمرة واحدة (انظر السؤال 33 بالأسئلة الشائعة بالصفحة 33)

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



★ يمكنك اختيار شخص ليكون "ممثل معتمد" ينوب عنك. والممثل المعتمد هو الشخص الذي تسمح له بأن يرى طلبك ويتحدث معنا بشأنه الآن وفي المستقبل.

اسم الممثل المعتمد

العنوان

شقة رقم

المدينة

المقاطعة

الرمز البريدي

الولاية

إن توقيعك على هذا القسم يسمح لهذا الشخص بالتوقيع على طلبك والحصول على معلومات رسمية بشأن هذا الطلب والتصرف نيابة عنك لدى هذه الوكالة في جميع الأمور في المستقبل.

توقيعك

التاريخ

بيان الخصوصية

وللحصول على المزيد من المعلومات أو للاطلاع على سجلات
Covered California الرجاء التواصل مع مسؤول شؤون الخصوصية
على العنوان:

Covered California

Attn: Privacy Officer

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

هاتف: 1-800-826-6317

رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500

بالنسبة لإدارة "Department of HealthCare Services"، يُرجى التواصل
مع وحدة حماية المعلومات على العنوان:

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA

95899-7413

هاتف: 1-866-866-0602

رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-877-735-2929

قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية التالية تمنحنا الحق في جمع المعلومات المطلوبة بالطلب
والاحتفاظ بها:

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031

(a)100503 و (k)100502 §5

DHCS: رفاهية ومؤسسات كاليفورنيا. مدونة قوانين § 14011 والمادة 3، الفصلين 5 و 7،

الجزأين 2 و 3، تقسيم 9

يجب أن نعطيك "بيان الخصوصية" هذا بموجب قانون "CA Civil Code §1 798.17".

يمكنك الاطلاع على سياسة الخصوصية الخاصة ببرنامج "Covered California" على موقع ويب:

CoveredCA.com. كما يمكنك الاطلاع على إشعار ممارسات الخصوصية الخاصة بإدارة

"Department of HealthCare Services" على موقع ويب: dhcs.ca.gov.

يتم تقديم هذا الطلب للحصول على تأمين صحي من خلال برنامج
"Covered California" أو للحصول على إعانات من "Department of HealthCare Services"
(إدارة خدمات الرعاية الصحية). والمعلومات الشخصية
والطبية التي تدونها على هذا الطلب هي معلومات خاصة وسرية. ويحتاج برنامج
"Covered California" أو "Department of HealthCare Services" هذه
المعلومات للتعرف عليك وعلى الآخرين المُدرجين بهذا الطلب ومن أجل إدارة برامجنا.

ونحن سوف نشارك معلوماتك وكالات الولايات والوكالات الفيدرالية والمحلية الأخرى
والمقاولين وخطط الرعاية الصحية والبرامج فقط لإلحاقك بخطة أو برنامج أو لإدارة البرامج،
وسوف نشاركها وكالات الولايات والوكالات الفيدرالية الأخرى حسبما يكون مطلوباً بمقتضى
القوانين.

■ يجب أن تجيب على جميع الأسئلة الواردة بهذا الطلب إلا إذا كان مشار إليها بكلمة
"اختياري". وإذا لم يتضمن طلبك أمرًا مطلوبًا لدينا سوف نتواصل معك لاستكمالته.
← إذا لم تزودنا بالمعلومات المطلوبة لن يكون بوسعنا اتخاذ قرار بشأن طلبك.
وقد يتعين عليك تقديم طلب جديد أو قد لا نستطيع الحصول على تأمين صحي من
خلال "Covered California"، أو قد يُرفض الطلب الذي تقدمه للحصول على
إعانات.

■ يحق لك في معظم الحالات الاطلاع على المعلومات الشخصية المتعلقة بك التي
تتضمنها السجلات الفيدرالية وسجلات الولايات. ويمكنك الاطلاع عليها بتنسيقات
أخرى (مثل الحروف الكبيرة) إذا كنت بحاجة إلى ذلك.



الشخص رقم 3 يُتبع بالصفحة التالية

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والست من 8 صباحًا حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



- المعلومات التي تضمنتها هذا الطلب هي معلومات حقيقية على حد علمي بها. وأدرك أنني قد أتعرض للجزاء إذا لم أذكر معلومات حقيقية.
- إنني أدرك أن المعلومات التي أقدمها سوف تُستخدم فقط لمعرفة إذا كان أفراد أسرتي الذين يتقدمون بطلب هم مؤهلون للحصول على تأمين صحي.
- إنني أفهم أن "Covered California" وبرنامج "Medi-Cal" سوف يحافظان على سرية معلوماتي، حسبما يكون مطلوباً بموجب القانون. وللحصول على المزيد من المعلومات أو للوصول إلى المعلومات الشخصية الموجودة بالسجلات التي يحتفظ بها "Covered California" و"Medi-Cal" يمكنني التواصل مع مسؤول شؤون الخصوصية على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
- إنني أفهم أنه حتى أكون مؤهلاً للشمول ببرنامج "Medi-Cal" يجب أن أقدم بطلب للحصول على دخل آخر أو إعانات أكون أنا أو أي فرد من أفراد أسرتي مخولاً بالحصول عليها، ما لم يكن لديه (أو لديها) سبب وجيه يمنعه من ذلك. والأتمتة على مثل هذا الدخل أو الإعانات المعاش التقاعدي، والإعانات الحكومية، ودخل التقاعد، وإعانات المحاربين القدماء، والإعانات والدخول السنوية، وإعانات العجز، وإعانات الضمان الاجتماعي (ويُسمى كذلك تأمين الشيخوخة والوفاة والعجز)، وإعانات البطالة. ولكن لا يتضمن هذا الدخل أو الإعانات إعانات المساعدة العامة، مثل "CalWORKS" أو "CalFresh". وإذا كان لدى سؤال يتعلق بمصدر دخل ممكن أستطيع الاتصال على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500) لطلب المساعدة.
- أدرك أنني يجب أن أبلغ "Covered California" أو مكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة بمنطقتي بشأن التغييرات التي تطرأ على أي بند أدونه بهذا الطلب. ولإبلاغ عن التغييرات يمكنني الاتصال على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500) أو زيارة موقع ويب: CoveredCA.com. أو يمكنني الاتصال على مكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة بمنطقتي.
- إنني أدرك أنه لا يجب أن يمارس برنامج "Covered California" تمييزاً ضدي أو ضد أي شخص يرد بهذا الطلب بسبب الأصل العرقي، أو اللون، أو الجنسية الأصلية، أو الدين، أو العمر، أو نوع الجنس، أو الميول الجنسية، أو الحالة الاجتماعية، أو حالة المحاربين القدماء، أو الإعاقة. وإذا كنت أعتقد أن "Covered California" قد مارس تمييزاً ضدي، بما في ذلك الإخفاق في إتاحة ترتيبات ومواعيد معقولة كما توجبه قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية، يمكنني تقديم شكوى عن طريق زيارة موقع ويب: www.hhs.gov/ocr/office/file أو <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>. وإذا كنت أعتقد أن "Covered California" قد مارس تمييزاً ضدي أو ضد أي شخص آخر يرد ذكره بهذا الطلب فيما يتعلق بتحديد أهلية الشمول ببرنامج "Medi-Cal" يمكنني كذلك تقديم شكوى إلى "Office of Civil Rights" (مكتب الحقوق المدنية) التابع لإدارة "Department of Health Care Services" بالاتصال على الرقم: 1-916-440-7370 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-916-440-7399).

- إنني أفهم أن أي تغييرات تطرأ على معلوماتي أو معلومات أي فرد من أفراد أسرة مقدم الطلب يمكن أن تؤثر على أهلية أفراد الأسرة الآخرين.
- إنني أؤكد - فيما عدا ما يكون لأغراض التقدم بطلب للشمول ببرنامج "Medi-Cal" - أنه لا يوجد أي شخص يتقدم للحصول على تأمين صحي بهذا الطلب محتجراً أو محبوساً بعد صدور حكم نهائي في حجز أو سجن أو مؤسسة عقابية مماثلة أو منشأة تأهيل وإصلاح.
- أفهم أنه يجب إبلاغ "Covered California" عن التغييرات التي تطرأ على دخلي لأن ذلك يمكن أن يؤثر على مبلغ المساعدة في دفع الأقساط (أو التخفيضات الضريبية) التي قد أكون مؤهلاً للحصول عليها. فضلاً عن ذلك، إنني أدرك أيضاً أنه إذا حصلت على مبالغ مساعدة في دفع الأقساط (أو تخفيضات ضريبية) أكثر من المستحق أثناء سنة الإعانة فيجب أن أعيد هذه المبالغ الزائدة إلى خدمة الإيرادات الداخلية (الضرائب) عندما أقدم إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية عن سنة الإعانة.
- إنني أُمِنح موافقتي إلى "Covered California" لمراجعة السجلات الحاسوبية بالوكالات الأخرى للتحقق من المواطنة ووضع الهجرة المُرضي والمعلومات الضريبية والمعلومات الأخرى المتعلقة بالأهلية لترى إن كنت والأشخاص الآخرين المُدرجين بهذا الطلب مؤهلين للحصول على تأمين صحي.

إذا كان شخص مُدرج بهذا الطلب مؤهلاً للشمول ببرنامج "Medi-Cal":

- إنني أعلم أنه إذا دفع برنامج "Medi-Cal" مصاريف طبية فإن أي مال مرتبط بهذه المصاريف أحصل عليه أنا أو أي شخص مُدرج بهذا الطلب من تأمين صحي آخر أو نتيجة تسويات قانونية سوف يُسلم إلى "Medi-Cal" عوضاً عن المصاريف المذكورة حتى تُدفع بالكامل.

لوالدين يكون طفلهما أو أطفالهما مؤهلين للشمول ببرنامج "Medi-Cal":

- إنني أدرك أنه سوف يُطلب مني مساعدة الوكالة التي تعمل على تحصيل نفقة الرعاية الطبية من أي والد مُدرج بهذا الطلب لا يعيش مع الطفل ولا يُرسل النفقة للطفل. وإذا ترسخ لدي الاعتقاد بأن هذه المساعدة سوف تؤدي إلى إلحاق ضرر بي أو بأطفالي يمكنني إبلاغ برنامج "Medi-Cal" بذلك ولن يلزمني أن أقدم المساعدة.

حَقِّقْ فِي تَقْدِيمِ اسْتِنَافٍ:

تجديد التأمين

- أوافق على السماح لبرنامج "Covered California" باستخدام المصادر الحاسوبية، مثل خدمة الإيرادات الداخلية (الضرائب)، للتحقق من دخلي، وذلك ليكون من الأسر الاستمرار في الحصول على تأمين صحي. وإذا أظهرت تلك المصادر أنني لا أزال مؤهلاً يمكن تجديد التغطية التأمينية الخاصة بي لفترة 12 شهراً أخرى ولن أضطر إلى ملاء نموذج تجديد أو إرسال أوراق أخرى.
- أدرك أنه إذا اخترت ألا أسمح لبرنامج "Covered California" باستخدام المصادر الحاسوبية يجب أن أستكمل طلب تجديد كل 12 شهراً من أجل أن يستمر تأميني الصحي.
- أوافق على السماح لبرنامج "Covered California" أو برنامج "Medi-Cal" بالتحقق من معلوماتي لفترة:
- 5 سنوات 4 سنوات 3 سنوات 2 سنتين 1 سنة واحدة
- أو
- لا أرغب في أن يتحقق برنامج "Covered California" من إقراراتي الضريبية عند التجديد.

- إنني أفهم أنه إذا ارتكبت برنامج "Covered California" أو برنامج "Medi-Cal" خطأ فإني أستطيع الطعن على قراره. ويُقصد بالطعن أن تبلغ موظفًا ببرنامج "Covered California" أو "Medi-Cal" أنك تعتقد أنهم مخطؤون في قرارهم وتطلب إعادة نظر عادلة في الإجراء المتخذ.
- أعلم أنه يمكنني معرفة كيف أقدم طلباً بالاتصال على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
- أعلم أنه يجب أن أقدم الطعن بالاتصال خلال 90 يوماً من القرار.
- أعلم أنه يمكنني تمثيل نفسي أو أنيب عني شخصاً آخر يمثلني في الطعن الخاص بي، مثل ممثل معتمد أو صديق أو قريب أو محام.
- أعلم أنه إذا كنت بحاجة للمساعدة فيمكن لأحد موظفي برنامج "Covered California" أو برنامج "Medi-Cal" أو مكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة شرح حالتي لي.

الإقرار والتوقيع مطلوب.

أقر مُدرِّكاً لعقوبة شهادة الزور بأن المعلومات التي أدلي بها أدناه هي معلومات حقيقية وصحيحة.

- إنني فهمت جميع الأسئلة الواردة بهذا الطلب وأجبت عنها إجابات حقيقية وصحيحة بقدر ما لدي من علم ومعرفة. وحيثما لم أعرف الإجابة بذلت كل محاولة معقولة لتأكيد الإجابة مع شخص آخر يعرف.
- أدرك أنني إذا لم أذكر معلومات حقيقية بهذا الطلب قد أتعرض لعقوبة شهادة زور مدنية أو جنائية قد تصل إلى السجن لمدة أربع سنوات. (الرجاء مراجعة "California Penal Code Section 126")
- إنني أدرك أن المعلومات التي أقدمها سوف تُستخدم لتقرير ما إذا كان الأشخاص الذين يتقدمون بالطلب مؤهلين للحصول على تأمين صحي. وسوف يحافظ برنامج "Covered California" على سرية المعلومات، كما تقتضيه القوانين الفيدرالية وقوانين ولاية كاليفورنيا.
- أوافق على إبلاغ "Covered California" بالاتصال على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500) أو زيارة موقع ويب: CoveredCA.com إذا طرأت أية تغييرات على هذا الطلب فيما يتصل بأي شخص يتقدم للحصول على تأمين صحي.
- إذا كنت أختار خطة رعاية صحية عن طريق ملاء "المرفق D" وإرساله، وإذا قرر برنامج "Covered California" أنني مؤهل للاشتراك بالخطة التي اخترتها في "المرفق D":
- أدرك أنه بتوقيعي هنا فإنني أبرم عقداً مع الجهة المُصدرة للخطة.
- عمري 18 عاماً على الأقل أو أنا قاصر متحرر (قانوناً) وأتمتع بالقدرة العقلية التي تؤهلني لتوقيع عقد.

توقيع مقدم الطلب أو الممثل المعتمد

التاريخ

الخطوة 3 يُتبع بالصفحة التالية

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). المكالمات مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، وال السبت من 8 صباحاً حتى 6 مساءً. أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



الخطوة 3:

الرجاء قراءة هذا الطلب وتوقيعه (تابع)

أكمل هذا القسم إذا كنت شخصًا معتمدًا لدى "Covered California" وتساعد أحد الأشخاص في ملأ هذا الطلب.

أقر باعتباري اختصاصي شؤون اشتراك معتمد، أو وكيل تأمين معتمد، أو اختصاصي اشتراك في الخطط معتمد أنني ساعدت مقدم الطلب على استكمال هذا الطلب وأن هذه الخدمة كانت مجانية. كما أقر بأنني قدمت إجابات حقيقية وصحيحة على جميع الأسئلة الواردة بهذا الطلب بقدر ما لدي من علم ومعرفة. وشرحت لمقدم الطلب بلغة سهلة الفهم خطر تقديمه لمعلومات غير دقيقة، وقد فهم ما شرحت له.

رقم اختصاصي شؤون الاشتراك المعتمد	<input type="checkbox"/> مستشار اشتراك معتمد الاسم:
رقم جهة الاشتراك المعتمدة	جهة الاشتراك المعتمدة الاسم:
رقم الترخيص	<input type="checkbox"/> وكيل التأمين المعتمد الاسم:
رقم الاعتماد	<input type="checkbox"/> اختصاصي اشتراك في الخطط المعتمد الاسم: الخطة: _____
التاريخ	توقيع الشخص المعتمد

لن تعوض الولاية جهة الاشتراك المعتمدة من برنامج "Covered California" ما لم يملأ اختصاصي شؤون الاشتراك المعتمد هذا القسم بالكامل وبطريقة صحيحة عند تقديم الطلب..

الخطوة 4:

المعلومات البريدية وقائمة التحقق

أرسل طلبك الموقع إلى:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

هل تذكرت أن:

- تخبرنا عن جميع أفراد أسرتك وأسرتك المعيشية، حتى لو لم يكن لديهم تأمين؟ انظر صفحة 3 للاطلاع على قائمة بالأشخاص الذين يتم إدراجهم بالطلب.
- تسأل صاحب عملك عن أي تأمين مرتبط بالوظيفة قد تكون مؤهلاً للحصول عليه؟
- توقع هذا الطلب في الصفحة 17؟ إذا قمت باختيار ممثل معتمد، فوقع أيضًا بالصفحة 15.

بعض الأسئلة الإضافية (اختياري)

1. هل تود الاشتراك في جميع برامج "Medi-Cal" نعم لا
هناك برامج "Medi-Cal" أخرى مخصصة للأشخاص الذين بلغوا من العمر 65 أو أكبر ونزوي الإعاقة والأشخاص الذين لديهم احتياجات صحية خاصة.
إذا حددت الخيار "نعم"، فإننا سنتواصل معك لنحصل على معلومات حول ما لديك من ممتلكات وأصول.

2. هل طرأت على حياتك تغييرات حديثة جعلتك ترغب في تقديم طلب اشتراك في التأمين الصحي؟
إذا كانت الإجابة نعم، حدد كل ما ينطبق.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> انتقلت إلى كاليفورنيا | <input type="checkbox"/> لم تعد مسجونا |
| <input type="checkbox"/> حصلت على مواطنة أو وجود قانوني | <input type="checkbox"/> أصبحت مؤهلاً في الفترة الأخيرة للحصول على مساعدة في دفع الأقساط |
| <input type="checkbox"/> فقدان التأمين الصحي | <input type="checkbox"/> تقدم طلبًا للاشتراك في "Medi-Cal" |
| <input type="checkbox"/> أصبحت تعول شخصًا آخر (بالميلاد، أو الزواج، أو التبني) | <input type="checkbox"/> أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين |
| <input type="checkbox"/> أخرى | |

متى طرأ هذا التغيير في حياتك؟ (شهر/يوم / سنة)

الخطوة 4 يُتبع بالصفحة التالية

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



كيف علمت عن "Covered California"

حدد كل ما ينطبق.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> إعلان بالإنترنت | <input type="checkbox"/> إعلان بالإذاعة | <input type="checkbox"/> إعلان بالتلفزيون | <input type="checkbox"/> برنامج توعية وتثقيف |
| <input type="checkbox"/> برنامج أخبار أو خبر | <input type="checkbox"/> البحث في الإنترنت | <input type="checkbox"/> رسالة بريدية | <input type="checkbox"/> إعلان بمجلة أو جريدة |
| <input type="checkbox"/> منظمة مجتمعية أو فعالية اجتماعية | <input type="checkbox"/> تطبيق موبايل | <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني | <input type="checkbox"/> مواقع التواصل الاجتماعي (مثل: فيسبوك، وتويتر، وغيرها) |
| <input type="checkbox"/> نشرة | <input type="checkbox"/> صديق أو أحد أفراد العائلة | <input type="checkbox"/> لافتة في متجر بيع بالتجزئة | <input type="checkbox"/> لوحة إعلانات |
| <input type="checkbox"/> صاحب عمل | <input type="checkbox"/> معتمد | <input type="checkbox"/> اختصاصي شؤون اشترك | <input type="checkbox"/> وكيل تأمين معتمد |
| <input type="checkbox"/> مكتب حكومي | <input type="checkbox"/> مقدم خدمات أو مستشفى | <input type="checkbox"/> صيدلية | <input type="checkbox"/> موقع ويب CoveredCA.com |
| <input type="checkbox"/> أخرى | <input type="checkbox"/> حديث من شخص ما | | |

هل تحتاج إلى المزيد من المعلومات عن البرامج الأخرى؟

ابتداءً من 1 يناير من عام 2014، هل ترغب أنت وأسرته المعيشية في مشاركة المعلومات التي قمت للتو بتزويدنا بها في إحالة إلى وكالة "Health and Human Services Agency" المحلية بمنطقتك لغرض البرامج الأخرى؟ ويمكن للعائلات التي تشمل على مهاجرين التقدم بطلب. ويمكنك التقدم بطلب لطفلك حتى لو كنت غير مؤهل للحصول على تغطية. وتقديم طلب لطفلك المؤهل لن يؤثر على وضعك الهجرة الخاصة بك أو فرص أن تصبح مقيماً أو مواطناً دائماً.

للتقدم بطلب من أجل المساعدات الغذائية والنقدية قبل 1 يناير 2014 قم بزيارة موقع benefitscal.org. أو للتقدم بالطلب شخصياً قم بالاتصال على: 1-877-847-3663 كي تحصل على قائمة بالأماكن القريبة من سكنك أو مكان عملك.

للحصول على إعانات بعد 1 يناير 2014، قم بتحديد أي البرامج التي تريد أن تحوّل إليها:

CalFresh هو برنامج يساعد الناس في دفع ثمن الغذاء. تُجدد الإعانات شهرياً ببطاقة مدين يمكن استخدامها في شراء معظم المواد الغذائية من أسواق ومتاجر عديدة. ويعرف هذا البرنامج أيضاً باسم " (SNAP) Supplemental Nutrition Assistance Program". قم بزيارة موقع ويب: www.calfresh.ca.gov للحصول على المزيد من المعلومات.

CalWORKs هو برنامج يقدم مساعدة نقدية وخدمة دعم للعائلات منخفضة الدخل التي لديها أطفال كي يساعدها في دفع نفقات السكن والغذاء وغيرها من النفقات الضرورية.

يمكنك الحصول على المزيد من المعلومات حول هذه البرامج من خلال الإنترنت:

Family Planning, Access, Care, Treatment (Family PACT)

هو برنامج يوفر خدمات تنظيم الأسرة مجاناً من أجل الرجال والنساء منخفضي الدخل، بما في ذلك المراهقين
familypact.org

In-Home Supportive Services Program (IHSS)

برنامج يساعد في دفع ثمن الخدمات التي تقدم لك حتى يمكنك البقاء آمناً في منزلك
www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/pg1296.htm

Women, Infants, and Children (WIC)

هو برنامج غذائي مخصص للنساء الحوامل والأمهات الجدد والأطفال تحت عمر الخمس سنوات
www.wicworks.ca.gov

Access for Infants and Mothers (AIM)

هو برنامج يساعد النساء الحوامل في الحصول على رعاية صحية
aim.ca.gov

Child Health and Disability Prevention (CHDP)

هو برنامج وقائي يقدم تقييمات صحية دورية وخدمات لأطفال العائلات ذات الدخل المنخفض
www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment (EPSDT)

هو أحد برامج "Medi-Cal" المعني بتغطية الأطفال والشباب تحت عمر 21 عاماً - وهو يسمح بإجراء فحوصات طبية منتظمة لتحديد الاحتياجات الخاصة بالرعاية الصحية يليه تشخيص وعلاج عند الضرورة
www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx



★ أكمل هذا إذا كنت أو أحد أفراد الأسرة أمريكيًا هندیًا أو من سكان الأسكا الأصليين.

يمكن للأمريكيين الهنود وسكان الأسكا الأصليين الحصول على خدمات من "Indian Health Services" أو برامج الصحة القبلية أو برامج الصحة الهندية الحضرية. وكذلك فإن الأمريكيين الهنود وسكان الأسكا الأصليين المعترف بهم على المستوى الفيدرالي قد لا يضطرون إلى دفع التكاليف من مالهم الشخصي (كالمشاركة في المدفوعات) وقد يحصلون على فترات اشتراك خاصة. تأكد من أنك أكملت هذا النموذج وأرفقه مع طلبك ومع ما يثبت أنك أصول تنتمي إلى الأمريكيين الهنود أو سكان الأسكا الأصليين. ويمكنك إرسال وثيقة من قبيلة هندية معترف بها على المستوى الفيدرالي توضح أنك عضو في هذه القبيلة أو تنتسب إليها. ويمكنك استخدام بطاقة اشتراك قبيلة أو "Certificate of Degree of Indian Blood" (شهادة درجة الدم الهندي) من "Bureau of Indian Affairs" (مكتب الشؤون الهندية). وإن كنت تعتقد أنك مؤهل للاشتراك في برنامج "Medi-Cal" لا تحتاج إلى إرسال إثبات. الرجاء مراجعة "المرفق F" لتعرف هل يمكنك التأهل للاشتراك في "Medi-Cal".

إذا كنت تحتاج أن نخبرنا عن أكثر من أربعة أشخاص أمريكيين هنود أو من سكان الأسكا الأصليين، انسخ هذه الصفحة، وتأكد من إرسالها مع طلبك.

الشخص 1: الاسم الأول الاسم الأوسط الاسم الأخير (العائلة) اللقب الملحق (مقل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)

هل هذا الشخص عضو في قبيلة أمريكية هندية أو قبيلة أصلية بالأسكا معترف بها على المستوى الفيدرالي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر اسم القبيلة: _____ وكذلك الولاية التي تتبعها القبيلة: _____

هل سبق لهذا الشخص أن حصل على خدمة من "Indian Health Service" أو برنامج للصحة القبلية أو برنامج للصحة الهندية الحضرية أو من خلال تحويل من أحد هذه البرامج؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة لا، هل هذا الشخص مؤهل للحصول على خدمات من "Indian Health Service" أو برنامج للصحة القبلية أو برنامج للصحة الهندية الحضرية أو من خلال تحويل من أحد هذه البرامج؟ نعم لا

هل يحصل هذا الشخص على دخل من أي من المصادر التالية؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، اذكر المبلغ ومدى تكراره فيما يلي.

لا إذا كانت الإجابة لا، أكمل الطلب.

المدفوعات التي تحصل عليها القبيلة من الموارد الطبيعية أو حقوق الاستخدام أو الإجراءات أو حقوق الانتفاع

المبلغ \$ _____ أسبوعيًا كل أسبوعين شهريًا أخرى

المدفوعات التي يتم تحصيلها من إجراءات أو حقوق الانتفاع لاستخدام الأراضي الهندية الموقوفة للموارد الطبيعية أو الزراعة أو تربية المواشي أو صيد الأسماك

المبلغ \$ _____ أسبوعيًا كل أسبوعين شهريًا أخرى

المال الذي يأتي من خلال بيع أشياء لها قيمة ثقافية

المبلغ \$ _____ أسبوعيًا كل أسبوعين شهريًا أخرى

الشخص 2: الاسم الأول الاسم الأوسط الاسم الأخير (العائلة) اللقب الملحق (مقل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)

هل هذا الشخص عضو في قبيلة أمريكية هندية أو قبيلة أصلية بالأسكا معترف بها على المستوى الفيدرالي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر اسم القبيلة: _____ وكذلك الولاية التي تتبعها القبيلة: _____

هل سبق لهذا الشخص أن حصل على خدمة من "Indian Health Service" أو برنامج للصحة القبلية أو برنامج للصحة الهندية الحضرية أو من خلال تحويل من أحد هذه البرامج؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة لا، هل هذا الشخص مؤهل للحصول على خدمات من "Indian Health Service" أو برنامج للصحة القبلية أو برنامج للصحة الهندية الحضرية أو من خلال تحويل من أحد هذه البرامج؟ نعم لا

هل يحصل هذا الشخص على دخل من أي من المصادر التالية؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، اذكر المبلغ ومدى تكراره فيما يلي.

لا إذا كانت الإجابة لا، أكمل الطلب.

المدفوعات التي تحصل عليها القبيلة من الموارد الطبيعية أو حقوق الاستخدام أو الإجراءات أو حقوق الانتفاع

المبلغ \$ _____ أسبوعيًا كل أسبوعين شهريًا أخرى

المدفوعات التي يتم تحصيلها من إجراءات أو حقوق الانتفاع لاستخدام الأراضي الهندية الموقوفة للموارد الطبيعية أو الزراعة أو تربية المواشي أو صيد الأسماك

المبلغ \$ _____ أسبوعيًا كل أسبوعين شهريًا أخرى

المال الذي يأتي من خلال بيع أشياء لها قيمة ثقافية

المبلغ \$ _____ أسبوعيًا كل أسبوعين شهريًا أخرى

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



المرفق "A":

من أجل الأمريكيين الهنود أو سكان ألاسكا الأصليين (تابع)

الشخص 3: الاسم الأول

الاسم الأوسط

الاسم الأخير (العائلة)

اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)

هل هذا الشخص عضو في قبيلة أمريكية هندية أو قبيلة أصلية بألاسكا معترف بها على المستوى الفيدرالي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر اسم القبيلة: _____ وكذلك الولاية التي تتبعها القبيلة: _____

هل سبق لهذا الشخص أن حصل على خدمة من "Indian Health Service" أو برنامج للصحة القبلية أو برنامج للصحة الهندية الحضرية أو من خلال تحويل من أحد هذه البرامج؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة لا، هل هذا الشخص مؤهل للحصول على خدمات من "Indian Health Service" أو برنامج للصحة القبلية أو برنامج للصحة الهندية الحضرية أو من خلال تحويل من أحد هذه البرامج؟ نعم لا

هل يحصل هذا الشخص على دخل من أي من المصادر التالية؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، اذكر المبلغ ومدى تكراره فيما يلي.

لا إذا كانت الإجابة لا، أكمل الطلب.

المدفوعات التي تحصل عليها القبيلة من الموارد الطبيعية أو حقوق الاستخدام أو الإجراءات أو حقوق الانتفاع

المبلغ \$ _____ أسبوعيًا كل أسبوعين شهريًا أخرى

المدفوعات التي يتم تحصيلها من إجراءات أو حقوق الانتفاع لاستخدام الأراضي الهندية الموقوفة للموارد الطبيعية أو الزراعة أو تربية المواشي أو صيد الأسماك

المبلغ \$ _____ أسبوعيًا كل أسبوعين شهريًا أخرى

المال الذي يأتي من خلال بيع أشياء لها قيمة ثقافية

المبلغ \$ _____ أسبوعيًا كل أسبوعين شهريًا أخرى

الشخص 4: الاسم الأول

الاسم الأوسط

الاسم الأخير (العائلة)

اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)

هل هذا الشخص عضو في قبيلة أمريكية هندية أو قبيلة أصلية بألاسكا معترف بها على المستوى الفيدرالي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر اسم القبيلة: _____ وكذلك الولاية التي تتبعها القبيلة: _____

هل سبق لهذا الشخص أن حصل على خدمة من "Indian Health Service" أو برنامج للصحة القبلية أو برنامج للصحة الهندية الحضرية أو من خلال تحويل من أحد هذه البرامج؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة لا، هل هذا الشخص مؤهل للحصول على خدمات من "Indian Health Service" أو برنامج للصحة القبلية أو برنامج للصحة الهندية الحضرية أو من خلال تحويل من أحد هذه البرامج؟ نعم لا

هل يحصل هذا الشخص على دخل من أي من المصادر التالية؟ نعم إذا كانت الإجابة نعم، اذكر المبلغ ومدى تكراره فيما يلي.

لا إذا كانت الإجابة لا، أكمل الطلب.

المدفوعات التي تحصل عليها القبيلة من الموارد الطبيعية أو حقوق الاستخدام أو الإجراءات أو حقوق الانتفاع

المبلغ \$ _____ أسبوعيًا كل أسبوعين شهريًا أخرى

المدفوعات التي يتم تحصيلها من إجراءات أو حقوق الانتفاع لاستخدام الأراضي الهندية الموقوفة للموارد الطبيعية أو الزراعة أو تربية المواشي أو صيد الأسماك

المبلغ \$ _____ أسبوعيًا كل أسبوعين شهريًا أخرى

المال الذي يأتي من خلال بيع أشياء لها قيمة ثقافية

المبلغ \$ _____ أسبوعيًا كل أسبوعين شهريًا أخرى

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com

هل تحتاج المساعدة؟



★ إذا كنت تحتاج أن نخبرنا عن أكثر من أربعة أشخاص لديهم تأمين صحي آخر **انسخ هذه الصفحة**، وتأكد من إرسالها مع طلبك.

أخبرنا عن تأمينك الصحي الحالي

أجب على الأسئلة التالية لكل شخص يحتاج إلى مساعدة في دفع اشتراك التأمين الصحي.

ونحتاج إلى معرفة إذا كان من يتقدم بطلب للحصول على تأمين صحي مشمولاً بتغطية تأمينية في الوقت الحاضر. ولست مضطراً أن نخبرنا عن التغطية التأمينية (الصحية) التي لا تُعتبر تغطية أساسية دنياً. والأمثلة على أنواع الخطط التي ليس عليك إخبارنا بها هي: "Indian Health Service"، أو برامج الصحة القبلية، أو البرامج الصحية الهندية الحضرية، أو خطط التوفير المرنة، أو حسابات الادخار الصحية، أو التأمين المتاح في بلد آخر.

نحتاج فعلياً إلى معرفة إذا كان لدى أي شخص أي من أنواع التأمين الصحي التالية الآن: "COBRA"، أو تأمين تحت رعاية صاحب العمل، أو "Peace Corps"، أو خطة الرعاية الصحية للمتقاعدين، أو "TRICARE/CHAMPUS"، أو برنامج الرعاية الصحية للمحاربين القدامى، أو تأمين صحي آخر. هل هناك شخص لديه أي من هذه التأمينات؟

نعم **إذا كانت الإجابة نعم**، املا هذه الصفحة. وإذا كنت تحتاج مساحة أكبر أرفق ورقة أخرى.

لا **إذا كانت الإجابة لا**، انتقل إلى الصفحة 23.

ملاحظة: إذا كان لديك تأمين صحي خاص اشتريته بنفسك ضع علامة في خانة "تأمين صحي آخر" تحت "ما نوع التأمين؟" في الجدول التالي.

الاسم الأول، الأوسط، الأخير (العائلة)، اللقب الملحق (مثل: الابن، الأب، الثالث، الرابع)	ما نوع التأمين؟ (حدد خياراً واحداً)
الشخص 1: هل عُرض على هذا الشخص تأمين صحي ميسور التكلفة بتغطية كاملة لشهر يناير 2014؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> تأمين تحت رعاية صاحب العمل <input type="checkbox"/> Peace Corps <input type="checkbox"/> تأمين صحي آخر <input type="checkbox"/> برنامج الرعاية الصحية للمحاربين القدامى <input type="checkbox"/> خطة الرعاية الصحية للمتقاعدين <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS
الشخص 2: هل عُرض على هذا الشخص تأمين صحي ميسور التكلفة بتغطية كاملة لشهر يناير 2014؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> تأمين تحت رعاية صاحب العمل <input type="checkbox"/> Peace Corps <input type="checkbox"/> تأمين صحي آخر <input type="checkbox"/> برنامج الرعاية الصحية للمحاربين القدامى <input type="checkbox"/> خطة الرعاية الصحية للمتقاعدين <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS
الشخص 3: هل عُرض على هذا الشخص تأمين صحي ميسور التكلفة بتغطية كاملة لشهر يناير 2014؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> تأمين تحت رعاية صاحب العمل <input type="checkbox"/> Peace Corps <input type="checkbox"/> تأمين صحي آخر <input type="checkbox"/> برنامج الرعاية الصحية للمحاربين القدامى <input type="checkbox"/> خطة الرعاية الصحية للمتقاعدين <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS
الشخص 4: هل عُرض على هذا الشخص تأمين صحي ميسور التكلفة بتغطية كاملة لشهر يناير 2014؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> تأمين تحت رعاية صاحب العمل <input type="checkbox"/> Peace Corps <input type="checkbox"/> تأمين صحي آخر <input type="checkbox"/> برنامج الرعاية الصحية للمحاربين القدامى <input type="checkbox"/> خطة الرعاية الصحية للمتقاعدين <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS

المرفق B يُتبع في الصفحة التالية



التأمين الصحي من صاحب العمل أجب على الأسئلة التالية لكل شخص يحتاج إلى مساعدة في دفع اشتراك التأمين الصحي.

★ نحتاج إلى أن نعرف بشأن أي تأمين صحي يمكن أن تحصل عليه من خلال وظيفة شخص آخر. ويمكنك استخدام "المرفق C" نموذج تأمين صاحب العمل "المبين الصفحة 24 لمساعدتك في استكمال هذا القسم. وأجب على الأسئلة التالية أو استخدم "المرفق C" فقط إذا كان أحد أفراد الأسرة المعيشية مؤهلاً للحصول على تأمين صحي من خلال وظيفة شخص آخر.

هل يُقدم لأي شخص مُدرج بهذا الطلب تأمين صحي من صاحب العمل؟

يمكن أن تكون وظيفة شخص آخر، كالوالد أو الزوجة. ويمكن أن تشمل أيضًا "COBRA"، أو "TRICARE"، أو خطط صاحب عمل فيدرالي أو تابع للدولة أو من القطاع الخاص، أو خطط "Peace Corps". وربما يكون لديك تأمين صحي إضافي ليس عليك أن نخبرنا به. وفيما يلي أمثلة على التغطية التأمينية (الصحية) الإضافية (التي لا تُعتبر تغطية أساسية دُنيا) ليس عليك أن نخبرنا بها: خطط التوفير المرنة، أو حسابات الادخار الصحية، أو التأمين الخاص بالمعوقين، أو التأمين المتاح في بلد آخر.

نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية. وإذا كنت تحتاج مساحة أكبر أرفق ورقة أخرى.

لا إذا كانت الإجابة لا، ارجع إلى الطلب للمتابعة.

الاسم الأول، الأوسط الأخير (العائلة)، اللقب الملحق (مثل: الابن، الأب، الثالث، الرابع)	اسم صاحب العمل (اختياري)	هذا الشخص:	كم يدفع هذا الشخص في الأقساط الشهرية؟	هل تفي خطة الرعاية الصحية هذه بمتطلبات قاعدة القيمة الدنيا؟
الشخص 1:		<input type="checkbox"/> مشترك الآن <input type="checkbox"/> يخطط للاشتراك تاريخ البدء: _____ <input type="checkbox"/> غير مشترك	\$	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم
الشخص 2:		<input type="checkbox"/> مشترك الآن <input type="checkbox"/> يخطط للاشتراك تاريخ البدء: _____ <input type="checkbox"/> غير مشترك	\$	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم
الشخص 3:		<input type="checkbox"/> مشترك الآن <input type="checkbox"/> يخطط للاشتراك تاريخ البدء: _____ <input type="checkbox"/> غير مشترك	\$	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم
الشخص 4:		<input type="checkbox"/> مشترك الآن <input type="checkbox"/> يخطط للاشتراك تاريخ البدء: _____ <input type="checkbox"/> غير مشترك	\$	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم

ما التغيير الذي سيدخله صاحب العمل من أجل سنة الخطة الجديدة (إن كان معلومًا)؟

صاحب العمل لن يُقدم تغطية صحية.

سوف يبدأ صاحب العمل في تقديم تغطية صحية للموظفين أو يغيّر القسط بخطة التكلفة الأقل المتاحة

فقط للموظف الذي يفي بمتطلبات قاعدة القيمة الدنيا.* (يجب أن يعكس القسط الخصم فيما يتعلق

ببرامج الصحة (العافية).)

كم سيدفع الموظف في أقساط تلك الخطة؟ \$ _____

ما مدى التكرار؟

أسبوعيًا كل أسبوعين مرتين في الشهر

شهريًا كل 3 شهور سنويًا

تاريخ التغيير _____

*قاعدة القيمة الدنيا هي أن تدفع الخطة 60 في المائة على الأقل من إجمالي تكلفة مزايا الخطة التي يحصل عليها الموظف.
(القسم (ii)(C)(2)(c)36B من قانون الإيرادات الداخلية لعام 1986)





COVERED CALIFORNIA

هذا النموذج ضروري فقط للأشخاص المؤهلين للحصول على تأمين صحي من خلال وظيفة. وهو ليس ضروريًا لبعض برامج التأمين الصحي التي تُقدم من خلال "Covered California"، بما في ذلك "Medi-Cal". وإذا لم تكن متأكدًا هل تستخدم هذا النموذج أو لا تستخدمه اسأل "Covered California" بالاتصال على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). وإذا كنت تعتقد أنك مؤهل للاشتراك في برنامج "Medi-Cal" فليست بحاجة إلى أن تملأ هذا النموذج. ولمعرفة إن كنت مؤهلاً للاشتراك في "Medi-Cal" أو للحصول على مساعدة في دفع الأقساط الرجاء مراجعة "المرفق F" بالصفحة 28. إذا كانت أكثر من وظيفة تقدم تغطية صحية استخدم نموذج مستقل لكل صاحب عمل.

معلومات الموظف يتعين عليك أن تملأ هذا القسم.

★ اكتب اسمك ورقم الضمان الاجتماعي (اختياري). ثم انسخ هذه الصفحة أو خذ الطلب إلى صاحب عملك واطلب منه أن يملأ بقية الصفحة. وإذا قمت بنسخ هذه الصفحة تأكد من أن ترسلها مع طلبك.

الموظف: الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير (العائلة)	اللقب الملحق	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)
_____	_____	_____	_____	_____ - _____ - _____

معلومات صاحب العمل اطلب من صاحب عملك هذه المعلومات.

★ ملاحظة لصاحب العمل: نحتاج من أجل استكمال طلب "Covered California" إلى معرفة التأمين الصحي الذي يمكن أن يحصل عليه موظفك أو من يعولهم من خلال عمله بشركتك. الرجاء استكمال المعلومات التالية، حتى لو لم تكن شركتك تقدم تأمينًا صحيًا.

اسم صاحب العمل	رقم تعريف صاحب العمل	
_____	_____ - _____	
عنوان صاحب العمل	رقم هاتف صاحب العمل	
_____	_____	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
_____	_____	_____

يَمَن يمكننا الاتصال بشأن التغطية الصحية للموظفين في هذه الوظيفة؟

رقم الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني
_____	_____

نحن لا نقدم تأمينًا صحيًا. هذا الموظف غير مؤهل للحصول على تغطية في خطتنا.

هذا الموظف مؤهل للحصول على تغطية في خطتنا بدءًا من تاريخ _____ (تاريخ البدء:).

ما اسم خطة الرعاية الصحية الشخصية الأقل تكلفة التي يمكن أن يشترك بها هذا الموظف في هذه الوظيفة؟ يُنظر فقط في الخطة التي تفي بمتطلبات قاعدة القيمة الدنيا* المحددة بموجب القانون الفيدرالي "Federal Patient Protection and Affordable Care Act of 2010". وإذا لم تكن متأكدًا فاسأل الجهة المُصدرة لتأمينك الصحي.	كم سيدفع الموظف في أقساط الخطة الأقل تكلفة؟ \$ _____
الاسم: _____	ما مدى التكرار؟
<input type="checkbox"/> لا توجد خطط تفي بمتطلبات قاعدة القيمة الدنيا.*	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر
	<input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا
	<input type="checkbox"/> أخرى _____

ما التغيير الذي ستدخله من أجل سنة الخطة الجديدة (إن كان معلومًا)؟	كم سيدفع الموظف في أقساط تلك الخطة؟ \$ _____
<input type="checkbox"/> لن نُقدم تغطية صحية.	ما مدى التكرار؟
<input type="checkbox"/> سوف نبدأ في تقديم تغطية صحية للموظفين أو نغيّر القسط بخطة التكلفة الأقل المتاحة فقط للموظف الذي يفي بمتطلبات قاعدة القيمة الدنيا.* (يجب أن يعكس القسط الخصم فيما يتعلق ببرامج الصحة (العافية)).	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر
	<input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> كل 3 شهور <input type="checkbox"/> سنويًا
	تاريخ التغيير _____

*قاعدة القيمة الدنيا هي أن تدفع الخطة 60 في المائة على الأقل من إجمالي تكلفة مزايا الخطة التي يحصل عليها الموظف. (القسم (ii)(C)(2)(C)(36B) من قانون الإيرادات الداخلية لعام 1986)

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). المكالمات مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 6 مساءً. أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



★ إذا كنت تحتاج أن نخبرنا عن أكثر من أربعة أشخاص يرغبون في اختيار خطة صحة أسنان أطفال أو خطة تأمين صحي انسح هذه الصفحة والصفحة التالية، وتأكد من إرسالهما مع طلبك.

إذا كنت تعتقد أنك مؤهل للحصول على مساعدة في دفع الأقساط اكتب اسم أو المستوى المعدني لخطة صحة أسنان الأطفال أو خطط التأمين الصحي التي ترغبها أدناه. ولمعرفة المزيد عن الخطة الخاصة التي يقدمها برنامج "Covered California" يُرجى زيارة موقع ويب: CoveredCA.com أو الاتصال على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

إذا كنت تعتقد أنك مؤهل للاشتراك في برنامج "Medi-Cal" اكتب اسم خطة التأمين الصحي التي ترغبها أدناه. ولمعرفة المزيد عن خطط "Medi-Cal" المتاحة في مقاطعتك، أو لتغيير الخطة بعد اشتراكك بها يُرجى الاتصال على "Health Care Options" (خيارات الرعاية الصحية) على الرقم: 1-800-430-4263 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-800-430-7077) أو زيارة موقع ويب: healthcareoptions.dhcs.ca.gov.

ولمعرفة إن كنت مؤهلاً للاشتراك في "Medi-Cal" أو للحصول على مساعدة في دفع الأقساط الرجاء مراجعة "المرفق F".

اختر خطتك لصحة أسنان الأطفال ببرنامج "Covered California" للأطفال من عمر 18 عامًا أو أقل فقط

Plan type	مستوى التغطية	اسم خطة صحة أسنان الأطفال	الاسم الأول، الأوسط، الأخير (العائلة)، اللقب الملحق (مثل: الابن، الأب، الثالث، الرابع)
DPPO <input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/>	عالي <input type="checkbox"/> منخفض <input type="checkbox"/>		الطفل 1:
DPPO <input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/>	عالي <input type="checkbox"/> منخفض <input type="checkbox"/>		الطفل 2:
DPPO <input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/>	عالي <input type="checkbox"/> منخفض <input type="checkbox"/>		الطفل 3:
DPPO <input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/>	عالي <input type="checkbox"/> منخفض <input type="checkbox"/>		الطفل 4:

DEPO - منظمة تقديم خدمات صحة أسنان حصرية؛ DHMO - منظمة معنية بالمحافظة على صحة الأسنان؛ DPPO - منظمة تقديم خدمات صحة أسنان مفضلة

اختر خطتك للتأمين الصحي

خطتك "Covered California" فقط		خطتك "Medi-Cal" و "Covered California"	
نوع الخطة	الرقم المعدني	المستوى المعدني	اسم خطة الرعاية الصحية
HMO <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/>		Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> خطة التغطية الدنيا <input type="checkbox"/>	الاسم الأول، الأوسط، الأخير (العائلة)، اللقب الملحق (مثل: الابن، الأب، الثالث، الرابع)
HMO <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/>		Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> خطة التغطية الدنيا <input type="checkbox"/>	الشخص رقم 1:
HMO <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/>		Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> خطة التغطية الدنيا <input type="checkbox"/>	الشخص رقم 2:
HMO <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/>		Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> خطة التغطية الدنيا <input type="checkbox"/>	الشخص رقم 3:
HMO <input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/>		Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> خطة التغطية الدنيا <input type="checkbox"/>	الشخص رقم 4:

EPO - منظمة تقديم خدمات حصرية؛ HMO - منظمة معنية بالمحافظة على الصحة؛ HSA - حساب ادخار للرعاية الصحية (هذا النوع من الخطط يسمح للأعضاء بفتح حساب ادخار للرعاية الصحية والمساهمة فيه)؛ PPO - منظمة تقديم خدمات مفضلة

من أجل استكمال قسم الخطط، يجب على جميع الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا فأكثر الذين يختارون خطة تأمين صحي الموافقة والتوقيع على اتفاقية التحكيم الواردة بالصفحة التالية.

المرفق D يتبع بالصفحة التالية

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). المكالمات مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والست من 8 صباحًا حتى 6 مساءً. أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



اتفاقية تحكيم ملزم

◀ لكل شخص يختار خطة ببرنامج "Covered California":

أدرك أنه لكل خطة رعاية صحية مشاركة قواعدها الخاصة بشأن حل المنازعات أو المطالبات، بما في ذلك ولكن لا يقتصر على أية مطالبة أرفعها أو يرفعها الأشخاص المُعالون المشمولون بالخطة التابعون لي أو ورتتي أو ممثلي المعتمدون ضد خطة الرعاية الصحية أو أي مقدمي خدمات صحية متعاقدين أو الإداريين أو الأطراف المرتبطة الأخرى بشأن العضوية في خطة الرعاية الصحية، أو تغطية الخدمات أو البنود أو تسليمها، أو سوء الممارسة الطبية أو ممارسة المستشفيات (المطالبة التي يُدعى فيها بأن الخدمات الطبية كانت غير ضرورية أو غير معتمدة أو تم تقديمها بطرق غير سليمة أو بإهمال أو بمستوى متدنٍ في الكفاءة)، أو مسؤولية مالك العقار.

أدرك إذا اخترت خطة رعاية صحية تتطلب تحكيمًا ملزمًا لحل المنازعات فإبني أقبل وأوافق على استخدام التحكيم الملزم لحل المنازعات أو المطالبات (عدا قضايا محكمة المطالبات الصغيرة والمطالبات التي لا يمكن أن تخضع للتحكيم الملزم بموجب القانون الحاكم) وأتنازل عن حقي في اللجوء إلى محاكمة بهينة محلفين ولا يمكن أن أطلب التقرير بشأن المنازعة في المحكمة، عدا ما ينص عليه القانون المطبق من مراجعة قضائية لإجراءات التحكيم. وإنني أفهم أن نص التحكيم الكامل لكل خطة رعاية صحية مشاركة إذا كان لديها ذلك هو وثيقة تغطية خطة الرعاية الصحية، والتي هي متاحة على الإنترنت بموقع ويب: CoveredCA.com لكي أرجع إليها أو أستطيع الاتصال ببرنامج "Covered California" على الرقم 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500) للحصول على المزيد من المعلومات.

◀ لكل شخص يختار خطة "Kaiser" ببرنامج "Medi-Cal":

إشعار بشأن التحكيم الملزم: قرأت وصف الخطة؛ وأفهم أن "Kaiser" يتطلب استخدام تحكيم محايد ملزم لحل منازعات معينة. ويشمل ذلك المنازعات بشأن ما إذا تم تقديم العلاج الطبي الصحيح (يطلق عليها سوء الممارسة) والمنازعات الأخرى المتعلقة بالمزايا أو تقديم الخدمات، بما في ذلك ما إذا كانت أية خدمات طبية تم تقديمها غير ضرورية أو غير معتمدة أو تم تقديمها بطرق غير سليمة أو بإهمال أو بمستوى متدنٍ في الكفاءة. وإذا اخترت "Kaiser" لتكون خطتي للرعاية الصحية ببرنامج "Medi-Cal" فإني أتنازل عن حقي الدستوري في الحصول على محاكمة بهينة محلفين أو بالمحكمة لتلك المنازعات المعينة. كما أنني أوافق على استخدام تحكيم محايد ملزم لحل تلك المنازعات المعينة. ولكني لا أتنازل عن حقي في الحصول على جلسة استماع على مستوى الولاية لأي موضوع يخضع لإجراءات جلسات الاستماع على مستوى الولاية.

◀ توقيعات المشاركين في جميع الخطط

التاريخ	توقيع الشخص رقم 1 أو الطرف المسؤول أو الممثل المعتمد للشخص رقم 1، إذا كان يبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل.
التاريخ	توقيع الشخص رقم 2 أو الطرف المسؤول أو الممثل المعتمد للشخص رقم 2، إذا كان يبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل.
التاريخ	توقيع الشخص رقم 3 أو الطرف المسؤول أو الممثل المعتمد للشخص رقم 3، إذا كان يبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل.
التاريخ	توقيع الشخص رقم 4 أو الطرف المسؤول أو الممثل المعتمد للشخص رقم 4، إذا كان يبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل.



وضع الهجرة

استخدم هذه القائمة للإجابة على أسئلة القسم "طلب تأمين صحي" إذا كنت تتمتع بأي من أوضاع الهجرة التالية يمكن أن تكون مؤهلاً للحصول على تأمين صحي:

- مقيم دائم قانوني (أو حامل بطاقة خضراء)
 - مقيم مؤقت قانوني
 - حاصل على حق اللجوء
 - لاجيء
 - متسلل كوبي / هايتي
 - مسموح بدخوله الولايات المتحدة الأمريكية
 - متسلل مشروط ممنوح قبل 1980
 - زوج(ة) أو طفل(ة) أو والدة(ة) معنفة(ة)
 - ضحية إبتجار بالبشر مع زوجته أو طفله أو شقيقه أو والده [ذكوراً أو إناثاً]
 - شخص لديه وضع غير مهاجر (يشمل تأشيرات العمل، وتأشيرات الدراسة، ومواطني ميكرونيزيا، وجزر مارشال، وبالاو)
 - وضع حماية مؤقتة أو مقدم طلب للحصول على وضع حماية مؤقتة
 - ترحيل جبيري مؤجل
 - وضع إجراء مؤجل ملاحظة: إذا كنت ممن لديهم وضع إجراء مؤجل حالياً بموجب "الإجراء المؤجل للقدوم في الطفولة" لوزارة الأمن الداخلي، فلا تُعتبر ممن لهم وجود قانوني بالبلاد.
 - ممنوح وقف الترحيل أو وقف الإبعاد، بموجب قوانين الهجرة أو اتفاقية مناهضة التعذيب
 - متقدم بطلب لوقف الترحيل أو وقف الإبعاد، بموجب قوانين الهجرة أو اتفاقية مناهضة التعذيب
 - متقدم بطلب للحصول على وضع حدث مهاجر خاص
 - متقدم بطلب تعديل وضع مقيم دائم قانوني، مع التماس معتمد للحصول على تأشيرة
 - متقدم بطلب للحصول على اللجوء
 - متقدم بطلب للتسجيل وتحمل "Employment Authorization Document" (وثيقة تصريح بالعمل (تصريح العمل))
 - أمر بالإشراف (مع تصريح عمل)
 - متقدم بطلب لإلغاء الإبعاد أو لتعليق الترحيل (مع تصريح عمل)
- إذا لم يكن وضع الهجرة الخاص بك مُدرجاً بالقائمة عاليه قد لا تزال مؤهلاً للحصول على تأمين صحي، وينبغي لذلك أن تتقدم بطلب.

العمل الحر

استخدم هذه القائمة للإجابة على أسئلة القسم "هل تعمل لحساب نفسك؟" يمكنك خصم هذه البنود من إجمالي دخلك للتوصل إلى صافي الدخل من العمل لحساب نفسك (العمل الحر). الرجاء مراجعة "Instructions for Schedule C" بموقع ويب: irs.gov للحصول على المزيد من المعلومات.

- مصاريف السيارة والشاحنة (الانتقالات يوم العمل، وليس الذهاب والعودة من وإلى مكان العمل)
- الإهلاك
- أجر الموظف والمزايا الإضافية
- التأمين على الممتلكات و ضد المسؤولية أو على توقف الأعمال
- الفائدة (على سبيل المثال: الفائدة على الرهن العقاري المدفوعة للبنوك)
- الخدمات القانونية والمهنية
- الإجراءات قصيرة وطويلة المدة للعقارات والمرافق التجارية
- العمولات والضرائب والترخيص والرسوم والأتعاب
- الدعاية والإعلان
- العمل بعقود
- الإصلاحات والصيانة
- انتقالات ووجبات معينة لغرض العمل

أمثلة على الدخل الآخر

استخدم هذه القائمة للإجابة على أسئلة القسم "هل لديك دخل آخر؟"

- إعانات البطالة
- إعانات الضمان الاجتماعي
- دخل التقاعد أو المعاش التقاعدي
- دخل من الإيجار أو حق الانتفاع
- نفقة زوجة سابقة مُحصلَة
- الدخل من الاستثمار
- الأرباح الرأسمالية
- الدخل من الزراعة أو صيد الأسماك
- الديون المشطوبة
- قرارات المحكمة
- الأجر من المشاركة بهيئة محلفين
- متنوعات

الخصومات

استخدم هذه القائمة للإجابة على أسئلة القسم "هل لديك خصومات؟"

- مصرفات معينة للعمل الحر (العمل لحساب النفس)
- خصم الفائدة على قرض طلابي
- مصرفات الدراسة والرسوم والأتعاب
- مصرفات المُعلم
- اشترك حساب التقاعد الفردي
- مصرفات الانتقال
- الغرامة الموقعة على السحب المبكر للمدخرات
- الخصم من حساب الادخار للرعاية الصحية
- نفقة زوجة سابقة مدفوعة
- الخصم الموقع على أنشطة الإنتاج المحلي
- مصرفات عمل معينة لجنود الاحتياط والفنانين المؤبدن وموظفي الحكومة الذين يقاضون رواتبهم من الرسوم المفروضة



◀ ضع تقديرات نوع التأمين الصحي الذي قد تكون مؤهلاً للحصول عليه في 2014.

عدد أفراد أسرتك	إذا كان دخل أسرتك المعيشية السنوي أقل من:	إذا كان يتراوح دخل أسرتك المعيشية السنوي بين:
1	*\$15,860	\$45,960 - \$15,860
2	\$21,400	\$62,040 - \$21,400
3	\$26,950	\$78,120 - \$26,950
4	\$32,500	\$94,200 - \$32,500
5	\$38,050	\$110,280 - \$38,050

↓
قد تكون مؤهلاً للحصول على تأمين مع مساعدة مالية من "Covered California".

↓
قد تكون مؤهلاً للاشتراك في "Medi-Cal".

*مبالغ دخل الأسرة المعيشية هذه هي مبالغ تقريبية فقط وتم الاستناد فيها إلى بيانات الدخل لعام 2013.

إذا كنت تحصل بالفعل على تأمين ميسور التكلفة من صاحب العمل أو من برنامج تابع للحكومة مثل "Medicare" أو "Medicaid" فأنت لست مؤهلاً للاشتراك في برامج "Covered California" للتأمين الصحي.

★ إذا كان لديك أطفال أو كنت حاملاً فيإمكانك الحصول على دخل أعلى وتكون مؤهلاً كذلك للحصول على تأمين مجاني أو منخفض التكلفة من خلال "Medi-Cal" أو "Access for Infants and Mothers". وإذا كنت حاملاً فإنك وطفلك المنتظر (أو أطفالك) تُعاملون كأشخاص مستقلين فيم يتعلق بالتأهل للاشتراك في "Medi-Cal" وكفرد واحد بالنسبة للمساعدة المالية المقدمة من خلال "Covered California".



الحصول على مساعدة من خلال

“Covered California”

1. “Covered California” ما هذا؟

“Covered California” هو السوق الجديدة التي تتيح للأفراد والعائلات الحصول على تأمين صحي مجاني أو منخفض التكلفة من خلال “Medi-Cal”، أو الحصول على مساعدة في دفع تكلفة التأمين الصحي الخاص المتاح من خلال “Covered California”.

غابتنا هي تبسيط حصول سكان كاليفورنيا على تأمين صحي ميسور التكلفة. و “Covered California” هو نتاج للشراكة بين “California Health Benefit Exchange” و “California Department of Health Care Services”.

2. “Medi-Cal” ما هذا؟

“Medi-Cal” هو نسخة ولاية كاليفورنيا من البرنامج الفيدرالي “Medicaid”. وهو تأمين صحي مجاني أو منخفض التكلفة من أجل ساكني كاليفورنيا المؤهلين للحصول عليه.

3. ما “Access for Infants and Mothers” (AIM)؟

“AIM” هو برنامج تأمين صحي منخفض التكلفة مخصص للنساء الحوامل اللاتي ليس لهن تأمين صحي ودخلهن مرتفع بما لا يتناسب مع برنامج “Medi-Cal” المجاني. وبرنامج “AIM” متاح أيضًا للنساء اللاتي لهن خطط تأمين صحي خاص مع خصم مخصص فقط للأمهات أو مبلغ مشاركة في المدفوعات أعلى من 500 دولار أمريكي.

4. كيف يمكن أن يساعدني “Covered California”؟

يمكن لبرنامج “Covered California” أن يساعدك في اختيار برنامج تأمين خاص يلبي احتياجاتك الصحية ويتوافق مع ميزانيتك. ونحن نقدم بعض أفضل برامج الصحة المشهورة على مستوى الولاية، وبعض البرامج الإقليمية والمحلية أيضًا. ويمكننا شرح كلاً من التكاليف والمنافع الخاصة ببرامج التأمين الصحي بوضوح، حتى تستطيع أن تقارن بين الخيارات المختلفة المتاحة لك. وستعرف ما الذي ستحصل عليه بالضبط وكما ستدفع مقابلته قبل أن تختار خطتك.

5. هل يمكنني الحصول على تأمين صحي حتى إذا كان دخلي مرتفعاً؟

نعم، وبإمكان أي شخص من سكان كاليفورنيا مؤهل أن يحصل على تأمين صحي خاص من خلال “Covered California” مهماً يكن دخله. وتساعدنا معرفة ذلك في إيجاد التأمين الصحي الأكثر يُسرًا من حيث التكلفة لعائلتك.

6. ما هو التأمين الصحي المقدم من خلال “Covered California”

سيكون لديك مجموعة كبيرة ومتنوعة من البرامج الصحية تختار من بينها. ولا يمكن لشركات التأمين الصحي أن ترفض تغطيتك بسبب أنك مرضت من قبل أو أنك لم تستطع الحصول على تغطية.

يقدم “Covered California” أربع مجموعات من خطط التأمين الصحي الخاصة: خطط بلاتينية وذهبية وفضية وبرونزية بالإضافة إلى خطة تغطية دنيا.

تقدم كل مجموعة مستوى مختلفًا من التغطية، بداية من المستوى المرتفع حتى المنخفض. وعادة ما سيكون لخطط التأمين الصحي التي تغطي المزيد من نفقاتك الطبية قسط أعلى ولكنها ستسمح لك بدفع مبلغ أقل عند تلقيك رعاية طبية.

وتطلب الخطط البلاتينية (Platinum) بالقسط الأعلى، لكنها تدفع حوالي 90 بالمائة من النفقات الخاصة برعايتك الصحية. وتدفع الخطط الذهبية (Gold) حوالي 80 بالمائة من تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك بينما تدفع الخطط الفضية (Silver) 70 بالمائة تقريبًا. ويُدفع بالخطط البرونزية (Bronze) القسط الأكثر انخفاضًا لكنها تدفع حوالي 60 بالمائة من النفقات الصحية المغطاة. ولمعرفة المزيد حول حزم المنافع الكاملة المتاحة، برجاء زيارة موقع ويب: CoveredCA.com ومراجعة وثائق الخطة مثل “Evidence of Coverage” (دليل التغطية) الخاص بالخطة أو وثيقة التأمين بالخطة. أو الاتصال بنا على الرقم 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

إذا كنت مؤهلاً للاشتراك في برنامج “Medi-Cal” فإن التغطية والتكاليف ستختلف وقد تكون مجانية لك.

7. هل يمكنني الحصول على تأمين صحي من خلال “Covered California”؟

بإمكان أي شخص من أهل كاليفورنيا الحصول على تأمين صحي من خلال “Covered California” إذا كان مقيمًا بالولاية واستوفى المتطلبات الأخرى. وقد يتأهل المتقدمون بالطلبات للحصول على خطة صحية مجانية أو منخفضة التكلفة أو الحصول على مساعدة مالية تخفف من تكاليف الأقساط والمدفوعات المشتركة. ويستند المبلغ الخاص بالمساعدة المالية إلى عدد أفراد الأسرة المعيشية ودخل العائلة. ويتأهل المتقدمون إذا كان دخلهم يتوافق مع حدود الدخل.

8. كم تبلغ التكلفة؟

تعتمد التكلفة على أي برامج التأمين الصحي والمساعدة المالية التي تكون مؤهلاً للحصول عليها وكذلك على الخطة التي قمت باختيارها. ويمكنك استخدام حاسبة التكلفة على موقع CoveredCA.com لتعرف التكلفة وهل أنت مؤهل للحصول على مساعدة في دفع تكاليف التأمين.



13. هل أنا بحاجة إلى تأمين صحي الآن أما وقد بدأت الإصلاحات في قطاع الصحة؟

مع بداية شهر يناير من عام 2014 سيصبح أغلب الناس - بما في ذلك الأطفال- مطالبين إما أن يكون لهم تأمين صحي أو دفع غرامة ضريبية. وقد تشمل التغطية على تأمين من خلال وظيفتك أو قد تكون تغطية تشتريها من مالك الخاص أو ببرنامج "Medicare" أو "Medi-Cal".

لكن هناك بعض الأشخاص معفون من الحصول على تأمين صحي. ويشمل هؤلاء الأشخاص ولكن بما لا يقتصر على أعضاء طوائف أو فرق دينية معترف بها على المستوى الفيدرالي تتعارض معتقداتهم الدينية مع قبول منافع خطة تأمين صحي، والمسجونين، والأشخاص الذين ينتمون إلى قبيلة أمريكية هندية أو قبيلة أصلية من أسكا معترف بهما على المستوى الفيدرالي، وكذلك الأشخاص المضطرون لدفع أكثر من 8 بالمائة من دخلهم من أجل التأمين الصحي، وذلك بعد وضع الاشتراكات التي يدفعها صاحب العمل أو المساعدة في دفع الأقساط في الحساب.

وفي عام 2014 ستصبح الغرامة 1 بالمائة من ذلك السنوي أو 95 دولارًا، أيهما أعلى. وستزيد الغرامة كل عام. وبحلول عام 2016 ستصل الغرامة إلى 2.5 بالمائة من ذلك الثنائي أو 695 دولارًا، أيهما أعلى. وبعد عام 2016 ستزيد الغرامة الضريبية كل عام استنادًا إلى تعديل تكاليف المعيشة.

ولمعرفة المزيد من المعلومات عن الغرامات يرجى زيارة موقع CoveredCA.com أو الاتصال على مكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة المحلي الموجود بمنطقتك أو على "Covered California".

14. ليس لدي جميع المعلومات التي أحتاج إليها للإجابة على الأسئلة الواردة في الطلب. ماذا علي أن أفعل؟

إذا لم يكن لديك جميع المعلومات التي نطلبها منك فوقع على طلبك وأرسله على أية حال. وسنقوم بالاتصال عليك لإخبارك بما عليك فعله بعد تلقينا طلبك بحوالي 10 إلى 15 يومًا تقويميًا. وإذا لم نتواصل معك برجاء الاتصال بنا على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

15. ماذا سيحدث بعد أن أتقدم بالطلب؟

سنرسل إليك خطابًا بعد حوالي 45 يومًا لنخبرك أي برنامج أنت وأفراد أسرتك مؤهلون للاشتراك به. وإذا لم نتواصل معك برجاء الاتصال بنا على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

الحصول على مساعدة من "Covered California" (تابع)

9. هل يجب أن أرفق مبلغ أول قسط مع هذا الطلب؟

لا، لا ترسل مبلغ أول قسط مع هذا الطلب. فسوف يرسل المسؤولون عن خطتك فاتورة بالمبلغ الذي عليك دفعه.

10. كيف أتقدم بطلب؟

يمكنك التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي من "Covered California" بالطرق التالية:

- على الإنترنت: يرجى زيارة CoveredCA.com. ونحن نوفر لك معلومات حول كل خطة من خطط التأمين الصحي بأسلوب واضح وبسيط.
- بالهاتف: اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). ويمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 6 مساءً. والمكالمة مجانًا!

- بالفاكس: أرسل طلبك بالفاكس على الرقم 1-888-329-3700.

- بالبريد: أرسل طلب "Covered California" إلى العنوان:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

- شخصيًا: لدينا اختصاصيو شؤون اشتراك معتمدون ومدربون وكذلك وكلاء تأمين معتمدون يمكنهم تقديم العون لك. أو يمكنك زيارة مكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة الموجود بمنطقتك. هذه المساعدة مجانية! وللاطلاع على قائمة بالأماكن القريبة من محل سكنك أو مكان عملك يرجى زيارة موقع ويب: CoveredCA.com أو الاتصال على: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

11. أنا مشترك حاليًا في برنامج "Medi-Cal" فهل يمكنني الحصول على تأمين صحي من خلال "Covered California"؟

إذا كان دخلك يطرأ عليه تغييرات خلال العام أو عند تجديدك السنوي يمكن أن تكون مؤهلاً للحصول على تأمين صحي آخر ومساعدة في دفع الأقساط من خلال "Covered California".

12. ماذا لو كان لدي تأمين صحي بالفعل؟

إذا كان لديك تأمين صحي ميسور التكلفة مقدم من صاحب عملك فإنك لست بحاجة إلى أن تفعل أي شيء. ولكن على أية حال مازال بإمكانك التقدم لمعرفة إذا ما كنت أنت أو أحد أفراد أسرتك مؤهلاً للحصول على تأمين صحي مجاني أو منخفض التكلفة.

وإذا قمت بتقديم طلب فتأكد من أن تكمل "المرفق B" وترسله مع طلبك.



الحصول على مساعدة من

“Covered California” (تابع)

16. هل يمكنني الحصول على مساعدة بشأن الطلب الخاص بي أو في اختيار خطة؟

نعم! هذه المساعدة مجانية! يوجد اختصاصيو شؤون مشترك معتمدون وكلاء تأمين معتمدون بالمجتمعات المحلية في جميع أرجاء الولاية ليمدوك بمعلومات حول خيارات التأمين الصحي الجديدة ويساعدوك في التقدم بالطلب. أو يمكنك كذلك تلقي مساعدة عن طريق زيارة مكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة الموجود بمنطقتك. ويمكنك الحصول على المساعدة بالعديد من اللغات.

احصل على مساعدة بشأن الطلب الخاص بك أو في اختيار خطة:

■ **على الإنترنت:** يرجى زيارة CoveredCA.com. ونحن نوفر لك معلومات حول كل خطة من خطط التأمين الصحي بأسلوب واضح وبسيط.

■ **بالهاتف:** اتصل على “Covered California” على الرقم: **1-800-826-6317** (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). ويمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 6 مساءً. والمكالمة مجاناً!

■ **شخصياً:** لدينا اختصاصيو شؤون مشترك معتمدون ومدربون وكذلك وكلاء تأمين معتمدون يمكنهم تقديم العون لك. أو يمكنك زيارة مكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة الموجود بمنطقتك. هذه المساعدة مجانية! وللاطلاع على قائمة بالأماكن القريبة من محل سكنك أو مكان عملك يرجى زيارة موقع ويب: CoveredCA.com أو الاتصال على: **1-800-826-6317** (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

17. كيف يمكنني اختيار خطة تأمين صحي؟

إذا كنت مؤهلاً للحصول على خطط تأمين صحي خاص من خلال “Covered California” يمكنك زيارة موقع ويب: CoveredCA.com لتبحث وتقارن بسهولة خطط التأمين الصحي.

وتتوافر أيضاً نشرات خطط التأمين الصحي الخاص في “Covered California” وسيقدم “Covered California” خيارات لخطط التأمين الصحي الخاص وخطط برنامج “Medi-Cal”. ويمكنك اختيار مستوى التغطية الأكثر تلبية لاحتياجاتك الصحية وتوافقاً مع ميزانيتك.

■ بإمكانك أن تختار دفع تكلفة أعلى شهرياً (تُسمى قسطاً) كي تدفع أقل من مالك الخاص عندما تحتاج إلى رعاية طبية.

■ أو أن تختار دفع تكلفة أقل شهرياً في مقابل دفع مبلغ أكبر من مالك الخاص عندما تحتاج إلى رعاية.

إذا كنت مؤهلاً للاشتراك في برنامج “Medi-Cal” فإن التغطية والتكاليف ستختلف وقد تكون مجانية لك. ولمعرفة المزيد عن خطط “Medi-Cal” المتاحة في مقاطعتك، يُرجى الاتصال على “Health Care Options” (خيارات الرعاية الصحية) على الرقم: **1-800-430-4263** (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-800-430-7077). أو زيارة موقع www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

المساعدة المالية

18. لا أربح الكثير من المال. ما البرامج المتاحة لمساعدتي في الحصول على تأمين صحي؟

بحلول 1 يناير 2014 فإن الأشخاص الذين هم بحاجة إلى تأمين صحي قد يكون بإمكانهم الحصول على مساعدة من خلال إحدى الطرق التالية:

A. مساعدة من خلال أقساط شهرية. المساعدة في دفع الأقساط متاحة لتساعدك في الحصول على تأمين صحي ميسور التكلفة. والأشخاص المؤهلون للحصول على مساعدة في دفع الأقساط بإمكانهم تلقي هذه المساعدة مقدماً (قبل تقديم الإقرارات الضريبية) لجعل القسط الشهري أقل. أو يمكنهم الحصول على المساعدة في نهاية السنة ودفع ضرائب أقل.

يعتمد مبلغ المساعدة الخاص بالأقساط الشهرية على عدد أفراد الأسرة ودخل العائلة.

B. Medi-Cal: هو نسخة ولاية كاليفورنيا من برنامج “Medicaid” وتُدفع تكلفته من الضرائب الفيدرالية وضرائب الولاية. وهو تأمين صحي من أجل ساكني كاليفورنيا الذين يستوفون متطلبات معينة.

إذا كان دخلك في الحدود المقررة في برنامج “Medi-Cal” بالنسبة لعدد أفراد أسرته ستحصل على تغطية من “Medi-Cal” دون مقابل.

19. إذا طرأت تغييرات على دخلي فهل ستتغير المساعدة في دفع الأقساط مباشرة؟

لا، مساعدتك في دفع الأقساط لن تتغير مباشرة. وسنزودك بأي معلومات جديدة ترد إلينا. وسنخبرك كذلك حال تغير المبلغ الخاص بمساعدتك في دفع الأقساط.

20. إذا طرأت تغييرات على دخلي فكيف سيؤثر هذا علي عند تقديمي للإقرار الضريبي؟

من المهم إبلاغ “Covered California” بالتغييرات التي تطرأ على دخلك التي تؤثر على مبلغ المساعدة في دفع الأقساط (أو التخفيضات الضريبية) التي تحصل عليها. وإذا انخفض دخلك فقد تكون مؤهلاً لتلقي مبلغ أكبر من المساعدة في دفع الأقساط وتقلل أكثر من مبلغ النفقات الذي تدفعه من مالك الخاص. أما إذا زاد دخلك فإنك ربما تكون حينها تحصل على مبالغ أكثر من المستحق في المساعدة في دفع الأقساط، وقد تُطالب بإعادة بعض منها عند تقديمك للإقرار الضريبي عن سنة الإعانة.



المساعدة المالية (تابع)

21. ماذا لو لم أقدم إقراراً ضريبياً عن السنة الماضية؟

إذا لم تقدم إقراراً ضريبياً عن السنة الفائتة فلا يزال بإمكانك التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي وتلقي مساعدة في دفع الأقساط. وتساعدنا معرفة ذلك في إيجاد التأمين الصحي الأكثر يسراً من حيث التكلفة لك ولعائلتك.

إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة في دفع الأقساط فإنك ملزم بتقديم إقراراً ضريبياً عن سنة الإعانة.

22. ماذا لو طرأت تغييرات على دخلي بعد أن تقدمت بالطلب؟

إذا تغير ذلك فإن هذا قد يغير نوع التأمين الصحي المؤهل له.

إذا كان لديك تأمين صحي خاص من خلال "Covered California" فاتصل للإبلاغ بأي تغيير طرأ على دخلك قد يؤثر على أهليتك خلال 30 يوماً.

إذا كنت مشتركاً في برنامج "Medi-Cal" وتغير دخلك فاتصل بمكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة الموجود بمنطقتك خلال 10 أيام. أسئلة أخرى

أسئلة أخرى

23. هل يجب أن يكون كل شخص في الطلب مواطناً أمريكياً أو يحمل الجنسية الأمريكية؟

لا. قد تتأهل للحصول على تأمين صحي من خلال "Medi-Cal" حتى لو لم تكن مواطناً أمريكياً أو تحمل الجنسية الأمريكية.

24. هل أتأهل أنا وأسرتي للاشتراك بنفس البرنامج؟

قد تتأهل للاشتراك في برنامج يختلف عما تتأهل له أسرتك وذلك يرجع إلى عدد أفراد أسرتك ودخل الأسرة. وعلى سبيل المثال، فقد تتأهل للحصول على تأمين صحي خاص ميسور التكلفة من خلال "Covered California". ولكن، قد يتأهل طفلك للاشتراك ببرنامج "Medi-Cal" دون مقابل. وسنخبرك بنوع التأمين الصحي الذي تكون مؤهلاً للحصول عليه وأفراد أسرتك الآخرون.

25. يُطلب الكثير من المعلومات الشخصية بهذا الطلب. هل سيقوم برنامج "Covered California" بمشاركة معلوماتي الشخصية والمالية؟

لا، فالمعلومات التي زودتنا بها سرية ومؤمنة بمقتضى القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. وسوف نستخدم معلوماتك فقط لمعرفة إذا كنت مؤهلاً للحصول على تأمين صحي.

26. هل سيكون بإمكانني استخدام خطة التأمين الصحي الجديدة من "Covered California" في الحال؟

إذا تقدمت بالطلب ما بين شهري أكتوبر وديسمبر 2013 فإن خطط التأمين الصحي ستشروع في تقديم الخدمات ميكزاً في 1 يناير 2014. وإذا تقدمت بالطلب بعد 1 يناير 2014 قد يمكن لخطة التأمين الصحي الخاصة بك تقديم الخدمات في الشهر الذي يلي تقديمك الطلب.

27. ما المقصود بكلمة "إعاقة"؟

ربما لديك إعاقة وتكون مؤهلاً للشمول ببرنامج "Medi-Cal" إذا:

- كنت أصمًا أو لديك فقدان خطير في السمع.
- كنت أعمى أو لديك فقدان خطير في البصر، حتى وأنت تضع النظارة.
- كان لديك إعاقة فكرية أو معرفية وتعاني صعوبة في التذكر أو التركيز أو اتخاذ القرارات.
- كان لديك حالة تمنعك من المشي أو صعوبة في المشي أو صعود الدرج.
- كان لديك صعوبة في الاستحمام أو ارتداء الملابس أو القيام بأنشطة يومية مماثلة.
- كان لديك حالة بدنية أو عقلية أو عاطفية (نفسية) ولديك صعوبة في القيام بأنشطتك (مثل التسوق أو الذهاب لعيادة الطبيب) بدون مساعدة.
- كنت لا تتلقى خدمات مساعدة خاصة بمنزلك أو تعيش في أي نوع من دور الرعاية (المسنين) أو دور رعاية المعوقين.

28. لدي حالة صحية سابقة أو إعاقة. هل أستطيع الحصول على تأمين صحي من خلال برنامج "Covered California"؟

نعم يمكن الحصول على تأمين صحي بغض النظر عن أية حالات صحية حالية أو سابقة أو إعاقة.

بدءاً من 2014، لا يمكن لمعظم خطط التأمين الصحي رفض إشمالك بالتأمين الصحي أو تغريمك أكثر بسبب أن لديك حالة صحية سابقة أو إعاقة.

29. اكتشفت للتو أنني حامل. هل أستطيع تقديم طلب للحصول على تأمين صحي ليضمنني بالتغطية خلال فترة الحمل؟

نعم. تأكدي من الإجابة بنعم على السؤال "هل أنت حامل؟" الوارد بالطلب أو أن تخبري الشخص الذي يساعدك على ملأ طلبك. وتستطيعين طلب الحصول على تأمين صحي يمكنه أن يشملك بالتغطية لتحصلي على الرعاية خلال فترة الحمل وأثناء المخاض والولادة وبعد الولادة. ولم تعد خطط التأمين الصحي يمكنها بعد منعك من الحصول على تأمين صحي إذا كنت حاملاً.

أسئلة أخرى (تابع)

30. رُزقت بمولود جديد. فماذا أفعل فيما يتعلق بالتأمين الصحي؟

إذا لم تكوني مشمولة في برنامج "Medi-Cal" أو برنامج "Access for Infants and Mothers" (AIM) في وقت الولادة فعليك أن تملأي هذا الطلب من أجل مولودك الجديد.

ولكن إذا كنت مشمولة في أي من البرنامجين وقت الولادة فلا حاجة أن تملأي هذا الطلب.

■ يلزم إدراج معلومات الأم التي بالصفحة 2 من هذا الطلب.

■ إذا كنت مشمولة في برنامج "Medi-Cal" فعليك الاتصال بمكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة المحلي بمنطقتك للتأكد من إشمال الطفل منذ الولادة، أو املاي نموذج إحالة مولود. ويمكنك طباعة هذا النموذج من موقع ويب: www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/mc330.pdf

■ إذا كنت مشمولة في برنامج "Access for Infants and Mothers" عليك الاتصال بالرقم 1-800-433-2611، أو زيارة موقع ويب: aim.ca.gov لتسجيل مولودك.

31. هل سأكون مؤهلاً للحصول على تأمين صحي إذا لم أكن مواطناً أو ليس لدي وضع هجرة مرضى؟

يمكن لأي شخص يعيش في كاليفورنيا التقدم للحصول على تأمين صحي بهذا الطلب؛ والأشخاص الذين يتقدمون بهذا الطلب هم فقط من يجب أن يزودونا برقم الضمان الاجتماعي أو المعلومات بشأن وضع الهجرة.

ولكن يمكن أن تكون مؤهلاً لبرامج تأمين صحي معينة بغض النظر عن وضع الهجرة وحتى إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي.

نحن نحافظ على سرية معلوماتك ولا نتقاسم المعلومات مع الوكالات الحكومية الأخرى إلا لمعرفة البرامج التي أنت مؤهل للاشتراك بها.

32. هل كنت مشمولاً برعاية أسرة بديلة في عيد ميلادك الثامن عشر؟

إذا كنت لدى أسرة بديلة ومشمولاً ببرامج "Medicaid" في أية ولاية عندما بلغت سن الثامنة عشر، وعمرك الآن بين 18 و26 عاماً، يمكن أن تكون مؤهلاً للاشتراك في برنامج "Medi-Cal". وبعد أن نتحقق من أنك مقيم بولاية كاليفورنيا سوف نلحقك ببرامج "Medi-Cal" مجاناً. ثم نعد بعداً إلى التحقق من أنك كنت في رعاية أسرة بديلة ومشمولاً في "Medicaid" من قبل.

33. ماذا يُعتبر مدفوعات لمرءة واحدة؟

مدفوعات المرءة الواحدة مسموح بها فقط لمكاسب المقامرة، والجوائز، وشطب الديون، والراتب أو الأجر الذي يدفعه صاحب عمل لزوج (أو زوج) شخص متوفى كان يعمل لديه، ومزايا الضمان الاجتماعي ومزايا التقاعد من السكك الحديدية بأثر رجعي، ومكاسب اليانصيب، والهدايا، وإعانات تأمين البطالة بأثر رجعي.

34. ما المقصود بعبارة "يعمل لحساب نفسه"؟

الأشخاص الذين يعملون لحساب أنفسهم (أصحاب العمل الحر) يكسبون عيشهم مباشرة من عملهم التجاري الخاص أو الخدمات التي يقدمونها. فهم لا يكسبون المال من شركة تدفع لهم رواتب.

35. أين أستطيع الحصول على معلومات كيف أصبح مسجلاً

للإدلاء بصوتي؟

إذا لم تكن مسجلاً للإدلاء بصوتك الانتخابي حيث تعيش الآن وترغب في تقديم طلب بذلك الآن الرجاء زيارة موقع ويب: registertovote.ca.gov، أو اتصل على الرقم: 1-800-345-VOTE (8683)

36. أنا أمريكي هندي أو من سكان الأسكا الأصليين. كيف يمكن أن

يساعدني برنامج "Covered California"؟

إذا كنت أمريكيًا هنديًا أو من سكان الأسكا الأصليين ومعترف بك على المستوى الفيدرالي، أو كنت مؤهلاً للحصول على خدمات من "Indian Health Service" (الخدمات الصحية الهندية) أو البرامج الصحية القبلية أو البرامج الصحية الهندية الحضرية، فقد يمكنك التأهل للحصول على تأمين صحي مجاني أو منخفض التكلفة من برنامج "Medi-Cal". أو قد تكون مؤهلاً للاشتراك في برامج توفير التكلفة الأخرى مثل المساعدة في دفع الأقساط أو عدم المشاركة في المدفوعات. كما قد يكون لديك أيضًا أوقات اشتراك شهرية خاصة.

■ استكمل بيانات "المرفق A" وأرسله مع ما يثبت أنك أمريكي هندي أو من سكان الأسكا الأصليين. ويمكنك استخدام بطاقة اشتراك قبلية أو "Certificate of Degree of Indian Blood" (شهادة درجة الدم الهندي) من "Bureau of Indian Affairs" (مكتب الشؤون الهندية).

■ إذا كنت مؤهلاً للاشتراك في برنامج "Medi-Cal" لا تحتاج إلى إرسال ما يثبت أنك أمريكي هندي أو من سكان الأسكا الأصليين. ولمعرفة إن كنت مؤهلاً للاشتراك في "Medi-Cal" الرجاء مراجعة "المرفق F".

37. ماذا لو أنني لا أوافق على قرار يتخذ برنامج

"Covered California"؟

يمكنك تقديم طعن. وللطعن على قرار لا توافق عليه اتصل ببرامج "Covered California" بإحدى الطرق التالية:

■ على الإنترنت: زيارة موقع ويب: CoveredCA.com.

■ بالهاتف: اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). ويمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 6 مساءً. وهذه المكالمات مجانية.

■ بالفاكس: أرسل الطعن بالفاكس إلى الرقم: 1-888-329-3700.

■ بالبريد: أرسل الطعن إلى العنوان:

Covered California - Appeals
P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

■ شخصيًا: لدينا اختصاصيو شؤون اشتراك معتمدون مدبرون وكذلك وكلاء تأمين معتمدون يمكنهم تقديم العون لك. أو يمكنك زيارة مكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة بمنطقتك. هذه المساعدة مجانية!

وللحصول على قائمة باختصاصيي الاشتراك المعتمدين ووكلاء التأمين المعتمدين القريبين من مكان إقامتك أو عمك، أو للحصول على قائمة بمكاتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعات القريبة منك، يمكنك زيارة موقعنا: CoveredCA.com أو الاتصال على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).



المساعدة الإضافية التي ربما تكون متاحة.

CalFresh



هل تحتاج إلى المساعدة لشراء طعام لك ولأسرتك؟ ربما كان بمقدور "CalFresh" تقديم المساعدة!

ربما كان بمقدور "CalFresh" تقديم المساعدة! في كاليفورنيا، يُعرف برنامج "Supplemental Nutrition Assistance Program" الفيدرالي باسم "CalFresh". وبرنامج "CalFresh" يساعدك في الدفع مقابل الحصول على فاكهة مغذية وخضروات والمواد الغذائية الصحية الأخرى.

ولمعرفة إذا كنت مؤهلاً للشمول في برنامج "CalFresh" الرجاء الاتصال على الرقم 1-877-847-3663 أو زيارة موقع ويب: www.calfresh.ca.gov أو التقدم بطلب على الإنترنت مباشرة بموقع ويب: benefitscal.org.

Welltopia من DHCS



قم بزيارة "Welltopia" التابعة لإدارة "Department of Health Care Services" (DHCS)، على موقعي التواصل الاجتماعي فيسبوك وتويتر! وهناك سوف تجد النصائح التي ترشدك إلى التخفيف من حدة التوتر والإجهاد، وتناول أغذية أكثر صحة، والتمتع بالنشاط البدني، والكف عن التدخين، والمزيد.

Welltopia من DHCS يشتمل على:

- تطبيقات مجانية وممتعة عن الصحة
- فيديوهات رائعة
- روابط إلى:
- وصفات غذائية لذيذة وسهلة
- مواقع أسواق المزارعين
- CalFresh
- أماكن وأنشطة ممتعة لك ولأسرتك
- تعليم والحاق بالوظائف وخدمات أخرى تجعل حياتك أكثر يسراً

انقر فوق "Like" (أعجبنى) لـ Welltopia by DHCS على الفيسبوك!
قم بزيارة: facebook.com/DHCSWelltopia



تابعنا! @WelltopiaDHCS



Earned Income Tax Credit (EITC)

"EITC" هو ميزة للأشخاص العاملين الذين يحصلون على دخل منخفض إلى متوسط. وهذا التخفيض الضريبي يقلل من مبلغ الضريبة التي عليك دفعها ويمكن كذلك أن يؤدي إلى استرداد المال.

www.eitc.ca.gov

Child Tax Credit

هذا التخفيض الضريبي الذي يمكن أن يساوي حتى ألف دولار لكل طفل وفقاً لدخلك.

www.childtaxcredit.ca.gov

اتصل على "Covered California" على الرقم: **1-800-826-6317** (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 6 مساءً.
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



الحصول على المساعدة بلغات أخرى

يمكنك الحصول على المساعدة بشأن هذا الطلب بلغات أخرى. اتصل على: 1-800-826-6317.

Podemos ayudarte en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言
獲得此申請的幫助。

請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về đơn đăng ký này bằng tiếng Việt. Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어 지원을 받으실 수 있습니다. 전화: 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong para sa aplikasyong ito sa Tagalog. Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь в оформлении этой заявки на русском языке. Звоните по телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով օգնություն ստանալ այս դիմումի ձեր լրացնելու հարցում: Ջանգահարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا به زبان های دیگر کمک دریافت کنید. با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على مساعدة خاصة بهذا التطبيق باللغة العربية. اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC



تابعنا! CoveredCA@



انقر فوق "Like" (أعجبني) لـ Covered California على الفيسبوك!

قم بزيارة: Facebook.com/CoveredCA

