

## طلب تغطية الرعاية الصحية (ومعرفة ما إذا كان يمكنك الحصول على مساعدة في تغطية التكاليف)

يمكنك استخدام هذا الطلب لمعرفة تغطية الرعاية الصحية التي يمكنك التأهل للحصول عليها:

- يتاح برنامج تغطية الرعاية الصحية المجانية أو منخفضة التكلفة من خلال برنامج التأمين الصحي واشنطن أبل هيلث (برنامج ميدكيد-المعونة الطبية)، بما في ذلك برنامج أبل هيلث للتأمين الصحي للأطفال بنظام الأقساط، والذي يُعرف أيضاً باسم برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP).
- وهو عبارة عن نظام خصم ضريبي يمكن أن يساعدك في دفع أقساط الرعاية الصحية التي تتعلق بخطة صحية مؤهلة.
- ويغطي الخصم كامل التكلفة الخاصة بخطة صحية مؤهلة وخطة طب الأسنان المؤهلة.

### تقدم بطلبك بشكل أسرع عبر الإنترنت

- تقدم بطلبك بشكل أسرع عبر الإنترنت على العنوان التالي: [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)

وتتضمن المعلومات التي يتوجب عليك تقديمها عند الطلب لنفسك والآخرين ما يلي:

- أرقام الضمان الاجتماعي
- تواريخ الميلاد لكل فرد من أفراد أسرتك
- جواز سفر أجنبي أو رقم تسجيل الأجنبي غير المواطنين، أو أرقام أخرى للهجرة لأي مهاجر يتقدم بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية
- معلومات الدخل الخاصة بجميع البالغين والقصر الذين لديهم دخل كافٍ لمطالبتهم وذلك عن طريق تقديم إقرار ضريبي
- معلومات التأمين الصحي المتاحة لك أو لعائلتك

### لماذا نطلب الكثير من المعلومات؟

إننا نحتاج إلى المعلومات التالية لتحديد مدى تأهلك لتغطية الرعاية الصحية. لذلك سنحافظ على سرية وخصوصية المعلومات على النحو المطلوب بمقتضى القانون.

### أرسل طلبك المكتمل والموقع إلى:

Washington Healthplanfinder  
PO Box 946  
Olympia, Washington, 98507  
أو عبر الفاكس 1-855-867-4467

إذا لم تكن لديك جميع المعلومات التي نطلبها منك، فيمكنك بدء طلبك عن طريق كتابة اسمك وتاريخ ميلادك وعنوانك وتوقيعك وإرساله عبر البريد إلى العنوان المذكور أعلاه.

### احصل على المساعدة في طلبك:

- عبر الإنترنت: [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)
- الهاتف: اتصل بمركز دعم العملاء على (855-923-4633) WAFINDER - 1-855 أو 1-855-627-9604 (أو عبر رسالة نصية)
- بالحضور الشخصي: للحصول على مساعدة في طلبك، ابحث عن متصفح أو وسيط عبر رابط دعم العملاء على [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)
- اللغة أو ذوي الاحتياجات الخاصة: للحصول على مساعدة مجانية بلغتك التي تعرفها (بما في ذلك مترجم فوري أو ترجمة النشرات المطبوعة) أو مكان إقامة لذوي الاحتياجات الخاصة، اتصل بـ الرقم (855-923-4633) 1-855-WAFINDER أو 1-855-627-9604 (رسالة نصية)

## التعريفات

**الخصومات الضريبية للتأمين الصحي بنظام الأقساط:** يمكن استخدام الخصومات الضريبية لخفض قيمة قسطك الشهري. **Washington Healthplanfinder** : هو عبارة عن سوق عبر الإنترنت للأفراد والعائلات والشركات الصغيرة في واشنطن لمقارنة التغطية الصحية والتسجيل فيها والوصول إلى الخصومات الضريبية، وتقليل تقاسم التكاليف، والبرامج العامة مثل برنامج التأمين الصحي واشنطن أبل هيلث.

**القسط:** هو المبلغ المطلوب منك سداده كل شهر لبرنامج خطة تغطية الرعاية الصحية التي تشملك، إن وجد. يجب عليك دفع قسط التأمين الخاص بك للإبقاء على برنامج خطة الرعاية الصحية التي تشملك، حتى لو كنت لا تتلقى أي من خدمات الرعاية الصحية. **الخطة الصحية المؤهلة:** هي التغطية الصحية الخاصة من خلال Washington Healthplanfinder.

**الحد الأدنى من التغطية الأساسية:** هذا النوع من التأمين بتغطية النفقات الطبية التي يحتاجها الفرد لتلبية متطلبات المسؤولية الفردية بموجب قانون الرعاية الصحية الأمريكي (ACA). ويشمل ذلك وثائق التأمين الصحي الفردي والعائلي، والتغطية الصحية القائمة على العمل، والرعاية الطبية الخاصة ببرامج ميدكير للمعونة الصحية، والمساعدات الطبية التابعة لبرنامج ميدكيد، وبرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP)، وبرنامج الرعاية الصحية "تريكير" وغيرها من برامج التأمين الخاصة التي تغطي تكاليف الرعاية الصحية الأساسية العشرة. **الرعاية الصحية الأساسية:** هي عبارة عن مجموعة من 10 خدمات رعاية صحية والتي يجب أن تغطي جميع خطط الرعاية الصحية مثل زيارات الطبيب والإقامة في المستشفى والأدوية الموصوفة. وتكون بعض المزايا مجانية، وبعضها قد يتم تغطيته عبر المشاركة في الدفع والتأمين المشترك.

**واشنطن أبل هيلث:** هو عبارة عن برامج التأمين الصحي العام لسكان واشنطن المؤهلين للحصول على التأمين. أبل هيلث هو الاسم المستخدم في واشنطن لبرنامج الرعاية الصحية ميدكيد وبرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) وبرنامج الرعاية الصحية الأخرى التي تمولها ولاية واشنطن.

## أما الأشخاص الذين يعملون لحسابهم الخاص

يمكنك طرح النفقات المسموح بها أدناه من إجمالي دخلك للحصول على مبلغ لاصافي دخلك من العمل الحر. لمزيد من المعلومات، راجع "تعليمات الجدول ج أو الجدول و" عبر الموقع الإلكتروني [www.irs.gov](http://www.irs.gov). بعض الأمثلة على النفقات المسموح بها هي:

- مصاريف السيارات والشاحنات
- العمولات والرسوم والتعاقد مع العمال
- الاستنفاد
- الإهلاك
- برامج استحقاقات الموظفين والمعاشات التقاعدية وخطط تقاسم الأرباح
- التأمين (باستثناء التأمين الصحي) وفوائد الرهن العقاري
- الخدمات القانونية والمهنية
- مصاريف المكتب والإيجار والتأجير
- التأمين على الممتلكات أو المسؤولية أو انقطاع الأعمال
- اللوازم والإصلاحات والصيانة
- السفر والوجبات والترفيه
- المرافق والضرائب والتراخيص
- الأجور (مخصوما منها خصومات العمالة)

## حقوق ومسؤوليات تغطية الرعاية الصحية

### حقوقك (الواجبة علينا) التي تتعلق بجميع برامج تغطية الرعاية الصحية

**نساعدك على قراءة وملء جميع الاستمارات المطلوبة.** للحصول على المساعدة، يمكنك التواصل مع Washington Healthplanfinder أو إذا كنت شخصًا مسنًا أو مكفوفًا أو من ذوي الاحتياجات الخاصة أو بحاجة إلى خدمات ودعم طويل الأجل (LTSS)، كما يمكنك الاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS).

نحن **نوفر لك خدمات الترجمة أو نستدعي مترجم فوري لمساعدتك** دون أن تتكبد أي تكلفة ودون تأخير عند تواصلك مع Washington Healthplanfinder أو هيئة الرعاية الصحية أو إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية DSHS.

نحن **نحافظ على خصوصية وسرية معلوماتك الشخصية** ولكننا قد نشارك بعض المعلومات مع الوكالات الحكومية والوكالات الفيدرالية الأخرى لغرض تسجيلك في برنامج الرعاية الصحية ومدى توهلك للاستفادة منه.

**نحن نمحك الفرصة للاستئناف**، إذا كنت لا توافق على قرار اتخذته Washington Healthplanfinder أو إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية DSHS والذان لهم تأثير هام في قرار أهليتك للحصول على التغطية الصحية أو خدمات ودعم طويل الأجل LTSS أو خطة صحية أو خصومات ضريبية لأقساط التأمين الصحي أو تخفيضات مشاركة التكاليف. من خلال طلبك الاستئناف، سيتم مراجعة مشكلتك. يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول طلب استئناف قرار Washington Healthplanfinder من خلال زيارة صفحة الاستئناف الخاصة بـ Washington Healthplanfinder على <http://www.wahbexchange.org/appeals/> أو الاتصال بمركز دعم عملاء Washington Healthplanfinder على الرقم 1-855-923-4633. للحصول على معلومات حول الاستئنافات المتعلقة ببرامج إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية DSHS، يمكنك الاتصال بمركز خدمة عملاء إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية DSHS على الرقم 1-877-501-2233 أو زيارة مكتب الخدمات المنزلية والمجتمعية HCS. إذا كان الاستئناف يخص قرار تغطية التأمين الصحي الخاص بواشنطن أبل هيلث، والذي لم يتم حله أو البت فيه من خلال مراجعة الحالة، فسيتم تحديد موعد جلسة استماع إدارية.

**نحن نعاملك بإنصاف. ويُعد التمييز مخالفة لأحكام القانون.** تمثل هيئة الرعاية الصحية وتبادل المنافع الصحية بواشنطن لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها والتي لا تميز بين الأشخاص على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. لا تستبعد هيئة الرعاية الصحية وتبادل المنافع الصحية بواشنطن الأشخاص بشكل مختلف بسبب عرقهم أو لونهم أو أصلهم القومي أو عمرهم أو إعاقته أو جنسهم. تمثل هيئة الرعاية الصحية وتبادل المنافع الصحية بواشنطن أيضًا لقوانين الولاية المعمول بها ولا تميز بين الأشخاص على أساس العقيدة أو الجنس أو التعبير أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية أو الدين أو حالة المحاربين القدامى أو العسكريين الذين تم تسريحهم بشرف أو استخدام كلاب الإرشاد المدربة أو حيوان خدمة من قبل شخص من ذوي الاحتياجات الخاصة.

- تقدم الهيئة مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة لتمكينهم من التواصل معنا بكفاءة، مثل:
  - توفر مترجمين مؤهلين للتحدث بلغة الإشارة
  - توفر معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (طباعة بحروف كبيرة، صوتية، أشكال إلكترونية يسهل الوصول إليها، أشكال أخرى)
  - توفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون اللغة الإنجليزية كلغة أساسية، مثل:
    - توفير مترجمين فوريين مؤهلين
    - توفير معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بالرقم 1-855-923-4633.

إذا كنت تعتقد أن هيئة الرعاية الصحية وتبادل المنافع الصحية بواشنطن قد فشلت في تقديم هذه الخدمات أو أنك تعرضت للتمييز بطريقة أخرى، فيمكنك تقديم شكوى إلى:

**Health Care Authority Division of Legal Services**  
•  
ATTN: Compliance Officer  
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)  
PO Box 42704  
Olympia, WA 98501-2704  
1-855-682-0787  
فاكس: 1-360-507-9234  
[compliance@hca.wa.gov](mailto:compliance@hca.wa.gov)

**Washington Health Benefit Exchange  
Legal Department**  
•  
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal  
Opportunity Coordinator  
PO Box 1757  
Olympia, WA 98507-1757  
1-855-859-2512  
فاكس: 1-360-841-7653  
[appeals@wahbexchange.org](mailto:appeals@wahbexchange.org)

يمكنك تقديم الشكوى أو التظلم شخصيًا أو عبر البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم شكوى، فإن الإدارة القانونية لتبادل المنافع الصحية في واشنطن/قسم الخدمات القانونية التابع لهيئة الرعاية الصحية متاح لمساعدتك.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى الحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية إلكترونيًا على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو عبر البريد الإلكتروني أو الهاتف على:

**U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

الهاتف 1-800-368-1019 أو 800-537-7697 (الاتصال السلبي واللاسلكي للصم).

تتوفر استمارات الشكاوى عبر [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

## مسؤولياتك (الواجبة عليك) التي تتعلق بجميع برامج تغطية الرعاية الصحية

**تقديم رقم الضمان الاجتماعي والكشف عن حالة الهجرة.** فيما عدا بعض الاستثناءات، يجب عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو رقم وثيقة الهجرة لنفسك أو لأي شخص آخر في أسرتك يرغب في التقدم بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية. نستخدم هذه المعلومات لتحديد أهليتك للحصول على التأمين من خلال تأكيد هويتك وجنسياتك وحالة الهجرة وتاريخ الميلاد وما إذا كنت تتمتع بتغطية صحية أخرى.

نحن لا نتشارك هذه المعلومات مع أي وكالة هجرة.

من الممكن التقدم بطلب للحصول على تغطية صحية لبعض أفراد أسرتك، ولكن ليس للآخرين. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي أو رقم وثيقة الهجرة لجميع أفراد الأسرة، فلا يزال بإمكان الآخرين التقدم بطلب للحصول على التغطية الصحية والحصول عليها. على سبيل المثال، يمكنك التقدم بطلب التغطية لطفلك حتى لو لم تكن مؤهلاً للتغطية. لن يؤثر التقديم على وضع الهجرة الخاص بك أو فرص أن تصبح مقيمًا دائمًا أو مواطنًا دائمًا.

هناك أيضًا بعض برامج التغطية الخاصة بواشنطن أبيل هيلث للأشخاص الذين لا يستطيعون إثبات وجودهم في البلاد بشكل قانوني. ولكن إذا اخترت عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي أو رقم وثيقة هجرة لشخص ما في أسرتك، فسنحتاج إلى المتابعة معك للحصول على معلومات حول دخل مقدم الطلب.

**وإذا طلبت الوكالة ذلك،** يطلب منك تقديم أي معلومات أو دليل لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للتغطية.

## أشياء يجب أن تعرفها عن جميع برامج الرعاية الصحية:

**هناك بعض قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية** التي تحكم تشغيل برنامج التغطية Washington Healthplanfinder وأنظمة التطبيقات التي تديرها الولاية وحقوقك ومسؤولياتك كشخص يستخدمها فضلًا عن التغطية التي تحصل عليها عند استخدامها. عند استخدامك هذه الأنظمة، فهذا يعني موافقتك على الامتثال للقوانين التي تنطبق على الشخص الذي يستخدم هذه الأنظمة والتغطية الصحية التي يحصلون عليها نتيجة لذلك الاستخدام.

**يتطلب القانون الوطني لتسجيل الناخبين لعام 1973 (NVRA)** من جميع الولايات تقديم المساعدة في تسجيل الناخبين من خلال مكاتب المساعدة العامة.

لن يؤثر التقدم بطلب للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت على الخدمات أو المزايا التي ستقدمها هذه الوكالة. يمكنك التسجيل للتصويت على [www.vote.wa.gov](http://www.vote.wa.gov) أو طلب نماذج تسجيل الناخبين عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-448-4881.

تمنع قيود **قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)** هيئة الرعاية الصحية (HCA) وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية من مناقشة المعلومات الصحية الخاصة بك أو أي فرد من أفراد أسرتك مع أي شخص، بما في ذلك الممثل المفوض، ما لم يكن لدى هذا الشخص توكيل رسمي أو تكون قد وقعت على نموذج موافقة بالكشف عن هذه المعلومات. وهذا يشمل الكشف عن معلومات تتعلق بالصحة العقلية والمرض النفسي، وفيروس نقص المناعة البشرية، والإيدز، ونتائج اختبار الأمراض المنقولة جنسياً، أو خدمات العلاج التي تعتمد على المواد الكيميائية.

للحصول على مزيد من المعلومات حول سياسة خصوصية Washington Healthplanfinder،

يرجى زيارة [https://www.wahealthplanfinder.org/\\_content/PrivacyPolicy.html](https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html)

**يمنع قانون الرعاية الصحية الأمريكي** برنامج التغطية الصحية Washington Healthplanfinder وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية DSHS من الكشف عن معلومات التعريف الشخصية (PII) الخاصة بك أو أي فرد من أفراد أسرتك لأي شخص غير مصرح له باستلامها دون موافقتك.

تخضع المعلومات التي تقدمها إلى **Washington Healthplanfinder** وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية **DSHS** للتصديق من قبل المسؤولين الفيدراليين ومسؤولي الولاية وذلك لغرض الإقرار بأهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية. يمكن أن يشمل التصديق جهات اتصال المتابعة من موظفي الوكالة.

**إذا بدأت في إكمال طلب للحصول على التأمين الصحي من خلال برنامج Washington Healthplanfinder ولم تكمل العملية لأي سبب من الأسباب، فسيتم تخزين معلوماتك في Washington Healthplanfinder والتي يمكن الوصول إليها بواسطة لمدى 90 يومًا. إذا لم تكمل الطلب بعد فترة 90 يومًا، فسيتم حذف معلوماتك من نظام Washington Healthplanfinder.**

**إن أنظمة Washington Healthplanfinder وهيئة الرعاية الصحية HCA وإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية DSHS ليست مسؤولة عن إدارة خطة التأمين الصحي الخاصة بك. يمكن أن توفر لك شركة التأمين الصحي الخاصة بك مزيدًا من المعلومات حول مزاياك واستحقاقاتك.**

**إذا كانت لديك أسئلة حول شروط خطة التأمين الصحي الخاصة بك، بما في ذلك المزايا التي تستحقها، والنفقات التي يتوجب عليك دفعها وفقًا لخطتك، وحول تقديم شكوى أو استئناف بشأن رفض المزايا والاستحقاقات، يجب عليك الاتصال بشركة التأمين الصحي الخاصة بك. إذا كنت مؤهلاً للحصول على مزايا قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد COBRA بعد إنهاء أي تغطية تأمين صحي تم شراؤها من خلال Washington Healthplanfinder، فإن إدارة قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد COBRA ستزودك بإشعارات قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد COBRA المطلوبة وتكون فترات الانتخابات هي مسؤولية صاحب العمل الخاص بك.**

لا تلغي أي تغطية تأمينية حالية أو تلغي أي مزايا خاصة بقانون تسوية الميزانية الشامل الموحد (COBRA) كوبرا حتى تتلقى خطاب موافقة وبوليصة تأمين، والمعروفة أيضًا باسم عقد أو شهادة التأمين من شركة التأمين التي اخترتها. تأكد من فهمك لشروط السياسة وموافقتك عليها، مع إيلاءك اهتمام خاص لتاريخ السريان، وفترات الانتظار، ومبلغ القسط، والمزايا، والقيود، والاستثناءات، والأشخاص المدرجين.

**يمكنك التقدم بطلب للحصول على خدمات إنفاذ الدعم من خلال قسم دعم الطفل (DCS). للحصول على طلب للحصول على هذه الخدمات، انتقل إلى الموقع الإلكتروني [www.childsupportonline.wa.gov](http://www.childsupportonline.wa.gov) أو اتصل بمكتب قسم دعم الطفل المحلي.**

**حقوقك (الواجبة علينا) لبرنامج التغطية الصحية واشنطن أبل هيلث فقط أن نشرح لك حقوقك ومسؤولياتك إذا طلبت ذلك.**

**أن نسمح لك بتقديم طلب جزئي** يتضمن على الأقل اسمك وعنوانك وتوقيعك أو توقيع الممثل المفوض لمقدم الطلب. يكون اليوم الذي نحصل فيه على طلب جزئي هو تاريخ طلبك الفعلي، والذي يعود بأثره عندما تصبح تغطيتك سارية المفعول. نحن لن نتخذ قرارًا نهائيًا بشأن تغطيتك الصحية إلا بعد إتمام الطلب.

**نحن نسمح لك بتقديم طلب أو طلب جزئي** باستخدام أي طريقة مدرجة بموجب قانون واشنطن الإداري 182-503-0005.

**نحن نفحص طلبك على الفور وفي** موعد لا يتجاوز الجداول الزمنية الموضحة في قانون واشنطن الإداري 182-503-0060.

**نحن نمنحك 10 أيام تقويمية** لتزودنا بالمعلومات التي نحتاجها لتحديد أهليتك لاستحقاق التغطية الصحية. إذا طلبت المزيد من الوقت، فسنمنحك المزيد من الوقت. إذا لم تزودنا بالمعلومات التي نريدها أو طلبت منحك المزيد من الوقت، فقد نرفض منحك تغطية الرعاية الصحية أو نغلقها أو نغيرها.

**نحن نمد لك يد العون لك** إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على أي معلومات أو إثبات طلبناه منك لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على التغطية. إذا طلبنا منك وثيقة مكلفة ماديًا عليك، سنطلبها وندفع تكلفتها.

**سنخاطرك في معظم الحالات، قبل 10 أيام** على الأقل من إيقاف تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك.

**سنمنحك قرارًا خطيًا،** في معظم الحالات، في غضون 45 يومًا. قد تستغرق تغطية الرعاية الصحية لبعض حالات الإعاقة ما يصل إلى 60 يومًا. نحن نمنحك قرارًا مكتوبًا بشأن حالات الحمل التي تتوجب رعاية صحية في غضون 15 يومًا.

**نحن نسمح برفض التحدث** إلى محقق إذا راجعنا مشكلتك. لا تسمح للمحقق بدخول منزلك. يمكنك أن تطلب من المحقق العودة في وقت آخر. لن يؤثر هذا الطلب على أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية.

**نواصل إدراجك في برنامج تغطية التأمين الصحي الخاص بواشنطن أبل هيلث** بينما نقرر ما إذا كنت مؤهلاً لبرنامج آخر وفقًا لـ قانون واشنطن الإداري 182-504-0125.

نحن نمنحك فرص متكافئة في الحصول على الخدمات كما هو موضح في قانون واشنطن الإداري 182-503-0120 إذا كنت مؤهلاً للتغطية.

### مسؤولياتك (الواجبة عليك) لبرنامج التغطية الصحية واشنطن أبل هيلث فقط

أن تبلغ بالتغييرات المطلوبة عبر قانون واشنطن الإداري 182-504-0105 وقانون واشنطن الإداري 182-504-0110 في غضون 30 يومًا من التغيير.

أن تقرأ خطاب قبولك في برنامج التغطية لمعرفة التغييرات التي يجب عليك الإبلاغ عنها.

أن تكمل التجديدات عند الطلب.

أن تمنح مقدمي الخدمات الطبية المعلومات اللازمة بإرسال الفواتير الخاصة بخدمات الرعاية الصحية.

أن تتقدم بطلب حصولك على الرعاية الطبية لبرنامج ميدكير إذا كان يحق لك ذلك.

أن تتعاون مع موظفي ضمان الجودة عندما يطلب منك ذلك.

أن تتقدم بطلب للحصول على وبذل جهد معقول للحصول على الدخل المحتمل من مصادر أخرى عندما تطلب أو تتلقى تغطية الرعاية الصحية من واشنطن أبل هيلث.

أشياء يجب أن تعرفها عن تغطية الرعاية الصحية من واشنطن أبل هيلث فقط.

عندما تطلب تلقي تغطية التأمين الصحي من واشنطن أبل هيلث وتحصل عليها، فإنك تمنح ولاية واشنطن جميع الحقوق في أي دعم طبي تتلقاه وأي مدفوعات يتكبدها طرف ثالث بشأن الرعاية الصحية.

قد تشارك الوكالة تاريخ تطعيم طفلك مع نظام تتبع ملفات تطعيم الأطفال.

قد يتم تقديم المعلومات التي قدمتها إلى إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية DSHS لتحديد الأهلية والمزايا الشهرية الخاصة ببرامج مثل تغطية الرعاية الصحية والمساعدة المالية والمساعدة الغذائية وإعانات رعاية الطفل.

**طبقًا لأحكام القانون، قد تسترد ولاية واشنطن التكاليف التي دفعتها لأنواع معينة من الخدمات الطبية من أموالك من خلال استرداد الأموال (قانون واشنطن المُنقح 41.05A.090، قانون واشنطن المُنقح 43.20B.080، والفصل 182-527 من قانون واشنطن الإداري).** لا يمكن استرداد الأموال إلا بعد وفاتك، ووفاة زوجك أو زوجتك الباقية على قيد الحياة، وأطفالك الباقين على قيد الحياة الذين يبلغون من العمر 21 عامًا أو أكثر. كما أنه لا يتم استرداد الأموال إذا كان الطفل على قيد الحياة أعمى/من ذوي الاحتياجات الخاصة أثناء وفاتك. وتشمل التكاليف القابلة للاسترداد ما يلي:

- بعض خدمات ودعم واشنطن أبل هيلث على المدى الطويل، إذا كان عمرك 55 عامًا أو أكثر في الوقت الذي تلقيت فيه الخدمات؛
- بعض الخدمات الممولة من الدولة فقط، بغض النظر عن عمرك في الوقت الذي تلقيت فيه الخدمات.

يمكنك إيجاد قائمة الخدمات الخاضعة لاسترداد التكاليف بموجب قانون واشنطن الإداري 182-527-2742. يمكنك إيجاد قائمة بالأموال المستبعدة من الاسترداد بموجب قانون واشنطن الإداري 182-527-2746.

يجوز للدولة أيضًا تقديم رهن ما قبل الوفاة على الممتلكات العقارية الخاصة بك، في أي عمر، إذا أصبحت مودعًا بشكل دائم (قانون واشنطن الإداري 182-527-2734). يجوز للدولة استرداد الأموال من بيع الممتلكات، أو العقارات الخاصة بك، ما لم:

- يعيش زوجك في العقار؛
- يعيش شقيقك في العقار، ويكون شريك في الملكية، والذي يستوفي شروطًا معينة.
- يعيش طفلك في العقار، ويكون أعمى/من ذوي الاحتياجات الخاصة؛ أو
- يعيش طفلك في العقار ويقل عمره عن 21 عامًا.

يمكنك إيجاد قائمة الخدمات الخاضعة لاسترداد التكاليف بموجب رهن ما قبل الوفاة في قانون واشنطن الإداري 182-527-2734.

قد تكون مقيّدًا بمقدم رعاية صحية واحد وصيدلية ومستشفى أو كلٍ منهم إذا كنت تبحث عن خدمات رعاية صحية غير ضرورية من مقدمي الخدمات.

### أشياء يجب أن تعرفها عن الخطط الصحية المؤهلة فقط

نحن نتحقق من معلوماتك: نحن نتحقق من المعلومات الواردة في طلبك باستخدام قاعدة البيانات الفيدرالية. إذا كانت المعلومات التي وضعتها في طلبك لا تتطابق مع قاعدة البيانات الفيدرالية، فلديك 95 يومًا لتقديم هذه المستندات. قد يؤدي عدم الاستجابة لطلبنا (طلباتنا) إلى إنهاء تغطيتك أو إعفائك ضريبيًا. تقع على عاتقك مسؤولية الرد على طلبنا، والاتصال بنا عندما تكون لديك أسئلة، ويكون الرد قبل الموعد النهائي.

رقم الضمان الاجتماعي (SSN): يجب أن تعطينا رقم (أرقام) الضمان الاجتماعي لكل فرد في أسرتك لديه رقم ضمان اجتماعي. إذا لم يكن لدى شخص ما رقم ضمان اجتماعي، فقد يكون مخولًا للحصول على تغطية التأمين الصحي.

**الإبلاغ عن التغييرات في الدخل على الفور:** الدخل الذي تضعه في طلبك هو تقدير للمبلغ الذي تعتقد أنك ستجنيه هذا العام. عندما يتغير دخلك، يجب عليك تحديث تقدير دخلك. قد يؤدي التغيير في دخلك إلى تغيير أهليتك للحصول على خصومات ضريبية وسيؤدي ذلك إلى تغيير الخصومات وتخفيضات مشاركة التكاليف. كن دقيقًا قدر الإمكان عند تقدير قيمة دخلك وقم بالإبلاغ بسرعة عن جميع التغييرات المهمة.

**مطلوب تسوية الإعفاءات الضريبية:** يجب عليك الإبلاغ عن الإعفاءات الضريبية التي تتلقاها إلى دائرة الإيرادات الداخلية. يمكنك القيام بذلك عن طريق تقديم الإقرار الضريبي السنوي لمصلحة ضرائب دائرة الإيرادات الداخلية بما في ذلك نماذج مصلحة دائرة الإيرادات الداخلية. سيؤدي عدم الإبلاغ عن الإعفاءات الضريبية إلى دائرة الإيرادات الداخلية إلى منعك من تلقي الإعفاءات الضريبية في المستقبل. لمزيد من المعلومات، اقرأ التعليمات المقدمة مع نماذج دائرة الإيرادات الداخلية 1095 و 8962.

**يمكن أن تتغير تكاليف التأمين الصحي الموضحة:** يمكن أن تتغير التكاليف بناءً على ممارسات الاكتتاب الخاصة بشركة التأمين الصحي واختيارك لأي خيارات متاحة.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነድ ጽሑፍ ተተርጎሞ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူပေးဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទេស 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਬਾਜ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਾਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚነትን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዲሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).



## طلب تغطية الرعاية الصحية الجزء 1

### اسم مقدم الطلب الأساسي ومعلومات الاتصال

1

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير واللقب
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	رقم الضمان الاجتماعي	الجنس المحدد عند الولادة ذكر أنثى
توقيع مقدم الطلب أو الممثل المفوض		
هل لديك عنوان منزل؟ نعم الرقم		
إذا كانت الإجابة لا، في أي مقاطعة ترغب في الحصول على خدمات الرعاية الصحية؟ <b>ما زلت بحاجة إلى تقديم عنوان بريدي.</b>		
عنوان المكان الذي تعيش فيه	الكمية	الولاية
الرمز البريدي		
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً)	الكمية	الولاية
الرمز البريدي		
رقم الهاتف الرئيسي	رقم الهاتف الثانوي	عنوان البريد الإلكتروني

قد يحتاج Washington Healthplanfinder إلى الاتصال بك بشأن حالة طلبك وطلب معلومات إضافية أو كلاهما. كيف تفضل أن يتم الاتصال بك؟ هاتف رقم: البريد الإلكتروني مراسلات الخدمة البريدية للولايات المتحدة

\* لا تشارك هيئة الرعاية الصحية HCA هذه المعلومات مع أي وكالة هجرة لأغراض إنفاذ قوانين الهجرة. اترك هذا المكان فارغاً إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي.

### معلومات اللغة

2

هل ترغب أنت أو أي شخص أن تتقدم بطلب للحصول على مترجم فوري والحصول على مستندات بلغة أخرى غير الإنجليزية؟  
لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي اللغة أو التنسيق البديل الذي تحتاجه؟ اذكر كل ما ينطبق:

هل تحتاج أنت أو أي شخص أن تتقدم بطلب للحصول على مستند بتنسيق بديل؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فما التنسيق البديل الذي يجب أن نرسله إليك؟ طباعة إنجليزية بتنسيق أكبر طريقة برايل



18001

### معلومات الحمل

3

هل هناك سيدة حامل في المنزل؟ لا نعم

### معلومات الممثل المفوض

4

1. الممثل المفوض (AREP) هو أي شخص بالغ على دراية كافية بظروف الأسرة والمفوض من قبل الأسرة للتصرف نيابة عن الأسرة لأغراض الأهلية. ويختلف هذا الأمر عن الشراكة مع المستكشف أو الوسيط.
2. إذا كان مقدم الطلب غير قادر على تعيين ممثل مفوض، لأسباب طبية، يجوز للفرد أن يعين نفسه كممثل مفوض من خلال إكمال نموذج تعيين الممثل المفوض (إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية 14-532) عبر الموقع الإلكتروني [dshs.wa.gov/authorized-rep-form](https://dshs.wa.gov/authorized-rep-form).

3. عند تعيينك ممثل مفوض، فإنك تمنح الإذن لممثلك المفوض للقيام بما يلي:
  - التوقيع على الطلب نيابة عنك؛
  - تلقي إشعارات تتعلق بطلبك وحسابك؛ و
  - التصرف نيابة عنك في جميع المسائل المتعلقة بالتطبيق والحساب.

- أ. هل تجري تعيين ممثل مفوض؟ لا نعم
- ب. هل تريد أن يتلقى ممثلك المفوض أيضًا إشعارات تتعلق بطلبك وحسابك؟ لا نعم

رقم التليفون:

اسم/منظمة الممثل المفوض

عنوان البريد الإلكتروني

العنوان البريدي للممثل المفوض

### معلومات عن عائلتك

5

يجب عليك تضمين هؤلاء الأفراد في طلبك: زوجتك، وأطفالك الذين يعيشون معك، وجميع الآباء الذين يعيشون في المنزل مع أطفالهم، وأي شخص تتوقع أن تطالب بشمله في إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية، إذا كان لديك إقرار. **استخدم الصفحات من 9 إلى 16 لمشاركة معلومات عن عائلتك.**

إذا كنت تتوقع أن يتم مطالبتك بضرورية تعتمد على الإقرار الضريبي لشخص ما، فيجب عليك تضمين جميع أفراد الأسرة المشمولون في الإقرار الضريبي بالسداد وأي من أفراد الأسرة الذين يعيشون معك. ليس من الضروري أن تقدم طلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية.

### مقدم الطلب الأساسي (الذاتي)

6

تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)

اسم العائلة

الاسم الأوسط

الاسم الأول

هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية؟ لا نعم

### بنفسه

العلاقة الشخصية بك:

(بالنسبة للأفراد الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على التغطية، فإن تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو حالة الجنسية يكون اختياري)

حالة المواطن أو غير المواطن: (اختر واحدة)

مواطن أمريكي أو قومي أمريكي غير المواطنين الموجودين بشكل قانوني في الولايات المتحدة أخرى

رقم الضمان الاجتماعي (SSN):

إذا كنت غير مواطن وموجود بشكل قانوني، فأدخل المعلومات التالية:

رقم وثيقة الهجرة:	"رقم تسجيل غير المواطنين"	رقم الإيصال أو رقم آخر:
رقم جواز السفر الأجنبي:	بلد الإصدار	
تاريخ الدخول: (الشهر / اليوم / السنة)	تاريخ انتهاء صلاحية المستند (الشهر / اليوم / السنة)	

### حالة الإيداع الضريبي المتوقعة للسنة الحالية (اختر واحدة)

ضرائب الإيداع الفردي	الضريبة التي يعتمد عليها شخص ما في الطلب
رب الأسرة	الضريبة تعتمد على شخص غير مشمول في الطلب
الأرملة(الأرمل) المؤهلة التي لديها طفل معال	الشخص الذي لم يقدم ضرائب ولم يكن معتمداً على الضرائب
ضرائب الزواج المقدمة بشكل منفصل	
ضرائب الزواج المقدمة بشكل مشترك:	
اسم مقدم الإقرار الضريبي الأساسي:	

هل كان لديك نفس حالة الإيداع الضريبي في العام الماضي مثل السنة الحالية المذكورة أعلاه؟ لا نعم

### (لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية لبرنامج أبل هيلث)

إذا كانت الإجابة لا، فقم بإدراج حالة الإيداع الضريبي للعام الماضي:

إذا قدمت هذا الطلب بين 11/01 و 12/31 من هذه السنة التقويمية، فهل تتوقع أن تقدم نفس الحالة الضريبية في العام المقبل مثل هذا العام؟ لا نعم

### العرق (اختياري - حدد كل ما ينطبق)

هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليين	فلبيني	لاويوني	فيتنامي
آسيوي هندي	غوامي	آسيوي من جزر المحيط الهادئ	أبيض
أمريكي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	هواياني	عرق آخر	
كمبودي	ياباني	سامواني	
صيني	كوري	تايلندي	
هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني			
كوبي	مكسيكي / أمريكي مكسيكي / من شيكانو	غير إسباني/إسباني	
عرق إسباني آخر/إسباني	بورتوريكي		

**لماذا نجمع هذه المعلومات؟** - نحن نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين العدالة الصحية وتوفير فرصة حصول جميع الأفراد على الرعاية الصحية. لن تمنع المعلومات التي تقدمها قدرتك على التسجيل في خطة صحية.

هل أنت هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟ لا نعم

الاسم الأول \_\_\_\_\_ الاسم الأوسط \_\_\_\_\_ اسم العائلة \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة) \_\_\_\_\_  
هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية؟ لا نعم الجنس المحدد عند الولادة ذكر أنثى

العلاقة بك (على سبيل المثال، الزوج، الشريك المنزلي، الشريك)

**(بالنسبة للأفراد الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على التغطية، فإن تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو حالة الجنسية يكون اختياري)**

حالة المواطن أو غير المواطن: (اختر واحدة)

مواطن أمريكي أو قومي أمريكي غير المواطنين الموجودين بشكل قانوني في الولايات المتحدة أخرى

**رقم الضمان الاجتماعي (SSN):**

إذا كنت غير مواطن وموجود بشكل قانوني، فأدخل المعلومات التالية:

نوع وثيقة الهجرة: رقم تسجيل غير المواطنين: رقم الإيصال أو رقم آخر:

رقم جواز السفر الأجنبي: بلد الإصدار:

تاريخ الدخول: (الشهر / اليوم / السنة) تاريخ انتهاء صلاحية المستند (الشهر / اليوم / السنة)

**حالة الإيداع الضريبي المتوقعة للسنة الحالية (اختر واحدة)**

ضرائب الإيداع الفردي الضريبة التي يعتمد عليها شخص ما في الطلب

رب الأسرة الضريبة تعتمد على شخص غير مشمول في الطلب

الأرملة (الأرمل) المؤهلة التي لديها طفل معال الشخص الذي لم يقدم ضرائب ولم يكن معتمداً على الضرائب

ضرائب الزواج المقدمة بشكل منفصل

ضرائب الزواج المقدمة بشكل مشترك:

اسم مقدم الإقرار الضريبي الأساسي:

هل كان لديك نفس حالة الإيداع الضريبي في العام الماضي مثل السنة الحالية المذكورة أعلاه؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة لا، فقم بإدراج حالة الإيداع الضريبي للعام الماضي: **(لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على أهليتك للحصول على**

**تغطية الرعاية الصحية لبرنامج أبل هيلث)**

إذا قدمت هذا الطلب بين 11/01 و 12/31 من هذه السنة التقويمية، فهل تتوقع أن تقدم نفس الحالة الضريبية في العام المقبل مثل هذا

العام؟ لا نعم

## العرق (اختياري - حدد كل ما ينطبق)

هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليين	فلبيني	لاويوني	فيتنامي
آسيوي هندي	غوامي	آسيوي من جزر المحيط الهادئ	أبيض
أمريكي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	هواياني	عرق آخر	
كمبودي	ياباني	سامواي	
صيني	كوري	تايلندي	

هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني

كوبي	مكسيكي / أمريكي مكسيكي / من شيكانو	غير إسباني/إسباني
عرق إسباني آخر/إسباني	بورتوريكي	

**لماذا نجمع هذه المعلومات؟** - نحن نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين العدالة الصحية وتوفير فرصة حصول جميع الأفراد على الرعاية الصحية. لن تمنع المعلومات التي تقدمها قدرتك على التسجيل في خطة صحية.

هل أنت هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟ لا نعم

8

## أدرج الأطفال / المعالين ضريبياً/أفراد الأسرة المعيشية الآخرين رقم 1

الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)
هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية؟	لا	نعم	الجنس المحدد عند الولادة
ذكر	أنثى		

صلة القرابة معك (على سبيل المثال: ابن/ة، حفيد/ة، ابنه الأخ أو الأخت، ابن الأخ أو الأخت، شقيق/ة)

**(بالنسبة للأفراد الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على التغطية، فإن تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو حالة الجنسية يكون اختياري)**

حالة المواطن أو غير المواطن: (اختر واحدة)

مواطن أمريكي أو قومي أمريكي غير المواطنين الموجودين بشكل قانوني في الولايات المتحدة أخرى

## رقم الضمان الاجتماعي (SSN):

إذا كنت غير مواطن وموجود بشكل قانوني، فأدخل المعلومات التالية:

نوع وثيقة الهجرة:	رقم تسجيل غير المواطنين	رقم الإيصال أو رقم آخر:
-------------------	-------------------------	-------------------------

رقم جواز السفر الأجنبي:	بلد الإصدار
-------------------------	-------------

تاريخ الدخول: (الشهر / اليوم / السنة)	تاريخ انتهاء صلاحية المستند (الشهر / اليوم / السنة)
---------------------------------------	-----------------------------------------------------

## حالة الإيداع الضريبي المتوقعة للسنة الحالية (اختر واحدة)

ضرائب الإيداع الفردي  
الضريبة التي يعتمد عليها شخص ما في الطلب  
رب الأسرة  
الضريبة تعتمد على شخص غير مشمول في الطلب  
الأرملة (الأرمل) المؤهلة التي لديها طفل معال  
الشخص الذي لم يقدم ضرائب ولم يكن معتمدًا على الضرائب  
ضرائب الزواج المقدمة بشكل منفصل  
ضرائب الزواج المقدمة بشكل مشترك:  
اسم مقدم الإقرار الضريبي الأساسي:

هل كان لديك نفس حالة الإيداع الضريبي في العام الماضي مثل السنة الحالية المذكورة أعلاه؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة لا، فقم بإدراج حالة الإيداع الضريبي للعام الماضي: **(لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية لبرنامج أبل هيلث)**

إذا قدمت هذا الطلب بين 11/01 و 12/31 من هذه السنة التقويمية، فهل تتوقع أن تقدم نفس الحالة الضريبية في العام المقبل مثل هذا العام؟ لا نعم

العرق (اختياري - حدد كل ما ينطبق)

هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليين	فلبيني	لاويوني	فيتنامي
آسيوي هندي	غوامي	آسيوي من جزر المحيط الهادئ	أبيض
أمريكي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	هواياني	عرق آخر	
كمبودي	ياباني	سامواني	
صيني	كوري	تايلندي	

هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني

كوبي  
مكسيكي / أمريكي مكسيكي / من شيكانو  
عرق إسباني آخر/إسباني  
بورتوريكي  
غير إسباني/إسباني

**لماذا نجمع هذه المعلومات؟** - نحن نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين العدالة الصحية وتوفير فرصة حصول جميع الأفراد على الرعاية الصحية. لن تمنع المعلومات التي تقدمها قدرتك على التسجيل في خطة صحية.

هل أنت هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟ لا نعم

## أدرج الأطفال / المعالين ضريبياً/أفراد الأسرة المعيشية الآخرين رقم 2

8

الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية؟	لا	نعم	الجنس المحدد عند الولادة	ذكر	أنثى

صلة القرابة معك (على سبيل المثال: ابن/ة، حفيد/ة، ابنه الأخ أو الأخت، ابن الأخ أو الأخت، شقيق/ة)

**(بالنسبة للأفراد الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على التغطية، فإن تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو حالة الجنسية يكون اختياري)**

حالة المواطن أو غير المواطن: (اختر واحدة)

مواطن أمريكي أو قومي أمريكي غير المواطنين الموجودين بشكل قانوني في الولايات المتحدة أخرى

**رقم الضمان الاجتماعي (SSN):**

إذا كنت غير مواطن وموجود بشكل قانوني، فأدخل المعلومات التالية:

رقم وثيقة الهجرة:	رقم تسجيل غير المواطنين	رقم الإيصال أو رقم آخر:
رقم جواز السفر الأجنبي:	بلد الإصدار	

تاريخ الدخول: (الشهر / اليوم / السنة)

تاريخ انتهاء صلاحية المستند (الشهر / اليوم / السنة)

**حالة الإيداع الضريبي المتوقعة للسنة الحالية (اختر واحدة)**

ضرائب الإيداع الفردي	الضريبة التي يعتمد عليها شخص ما في الطلب
رب الأسرة	الضريبة تعتمد على شخص غير مشمول في الطلب
الأرملة (الأرمل) المؤهلة التي لديها طفل معال	الشخص الذي لم يقدم ضرائب ولم يكن معتمداً على الضرائب
ضرائب الزواج المقدمة بشكل منفصل	
ضرائب الزواج المقدمة بشكل مشترك:	
اسم مقدم الإقرار الضريبي الأساسي:	

هل كان لديك نفس حالة الإيداع الضريبي في العام الماضي مثل السنة الحالية المذكورة أعلاه؟ لا نعم

**(لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على**

**أهليتك للحصول على**

**تغطية الرعاية الصحية لبرنامج**

**أبل هيلث)**

إذا قدمت هذا الطلب بين 11/01 و 12/31 من هذه السنة التقويمية، فهل تتوقع أن تقدم نفس الحالة الضريبية في العام المقبل مثل هذا العام؟ لا نعم

**العرق (اختياري - حدد كل ما ينطبق)**

هندي أمريكي أو أحد سكان الأسكا الأصليين	فلبيني	لاويوني	فيتنامي
آسيوي هندي	غوامي	آسيوي من جزر المحيط الهادئ	أبيض
أمريكي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	هواياني	عرق آخر	
كمبودي	ياباني	سامواني	
صيني	كوري	تايلندي	

هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني

كوبي / مكسيكي / أمريكي مكسيكي / من شيكانو / غير إسباني/إسباني  
عرق إسباني آخر/إسباني بورتوريكي

**لماذا نجمع هذه المعلومات؟** - نحن نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين العدالة الصحية وتوفير فرصة حصول جميع الأفراد على الرعاية الصحية. لن تمنع المعلومات التي تقدمها قدرتك على التسجيل في خطة صحية.

هل أنت هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟ لا نعم

### أدرج الأطفال / المعالين ضريبياً/أفراد الأسرة المعيشية الآخرين رقم 3

8

الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)
هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية؟	لا	نعم	الجنس المحدد عند الولادة ذكر أنثى

صلة القرابة معك (على سبيل المثال: ابن/ة، حفيد/ة، ابنة الأخ أو الأخت، ابن الأخ أو الأخت، شقيق/ة)

**(بالنسبة للأفراد الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على التغطية، فإن تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو حالة الجنسية يكون اختياري)**

حالة المواطن أو غير المواطن: (اختر واحدة)

مواطن أمريكي أو قومي أمريكي غير المواطنين الموجودين بشكل قانوني في الولايات المتحدة أخرى

### رقم الضمان الاجتماعي (SSN):

إذا كنت غير مواطن وموجود بشكل قانوني، فأدخل المعلومات التالية:

نوع وثيقة الهجرة:	رقم تسجيل غير المواطنين	رقم الإيصال أو رقم آخر:
-------------------	-------------------------	-------------------------

رقم جواز السفر الأجنبي:	بلد الإصدار
-------------------------	-------------

تاريخ الدخول: (الشهر / اليوم / السنة)	تاريخ انتهاء صلاحية المستند (الشهر / اليوم / السنة)
---------------------------------------	-----------------------------------------------------

### حالة الإيداع الضريبي المتوقعة للسنة الحالية (اختر واحدة)

ضرائب الإيداع الفردي	الضريبة التي يعتمد عليها شخص ما في الطلب
رب الأسرة	الضريبة تعتمد على شخص غير مشمول في الطلب
الأرملة (الأرمل) المؤهلة التي لديها طفل معال	الشخص الذي لم يقدم ضرائب ولم يكن معتمداً على الضرائب
ضرائب الزواج المقدمة بشكل منفصل	
ضرائب الزواج المقدمة بشكل مشترك:	
اسم مقدم الإقرار الضريبي الأساسي:	

هل كان لديك نفس حالة الإيداع الضريبي في العام الماضي مثل السنة الحالية المذكورة أعلاه؟ لا نعم



إذا كانت الإجابة لا، فقم بإدراج حالة الإيداع الضريبي للعام الماضي: (لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على أهليتك للحصول على

### تغطية الرعاية الصحية لبرنامج

أبل هيلث)

إذا قدمت هذا الطلب بين 11/01 و 12/31 من هذه السنة التقويمية، فهل تتوقع أن تقدم نفس الحالة الضريبية في العام المقبل مثل هذا العام؟ لا نعم

### العرق (اختياري - حدد كل ما ينطبق)

هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليين	فلبيني	لاويوني	فيتنامي
آسيوي هندي	غوامي	آسيوي من جزر المحيط الهادئ	أبيض
أمريكي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	هواياني	عرق آخر	
كمبودي	ياباني	سامواني	
صيني	كوري	تايلندي	

هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني

كوبي	مكسيكي / أمريكي مكسيكي / من شيكانو	غير إسباني/إسباني
عرق إسباني آخر/إسباني	بورتوريكي	

**لماذا نجمع هذه المعلومات؟** - نحن نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين العدالة الصحية وتوفير فرصة حصول جميع الأفراد على الرعاية الصحية. لن تمنع المعلومات التي تقدمها قدرتك على التسجيل في خطة صحية.

هل أنت هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟ لا نعم

**لتضمين المزيد من أفراد الأسرة المعيشية، أرفق ورقة بالمعلومات المطلوبة لكل فرد.**

## معلومات عن أسرتك المعيشية

9

### المعلومات الخاصة بالأمريكيين من أصل هندي وسكان ألاسكا الأصليين

قد يكون الأمريكيون من أصل هندي وسكان ألاسكا الأصليين مؤهلين للحصول على خيارات حماية خاصة من برنامج أبل هيلث واستحقاقات خاصة من خلال Washington Healthplanfinder. أكمل الجدول أدناه لكل عضو تتقدم بطلب له من أصل أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين.

اسم القبيلة

اسم الشخص

عضو في قبيلة أو جماعة معترف بها فيدراليًا أو مستوطنة بويبلو أو رانشيريا؛

مساهم في مؤسسة إقليمية أو قروية لسكان ألاسكا الأصليين لا نعم

اسم القبيلة

اسم الشخص

عضو في قبيلة أو جماعة معترف بها فيدراليًا أو مستوطنة بويبلو أو رانشيريا؛

مساهم في مؤسسة إقليمية أو قروية لسكان ألاسكا الأصليين لا نعم

اسم الشخص

اسم القبيلة

عضو في قبيلة أو جماعة معترف بها فيدراليًا أو مستوطنة بوبيلو أو رانشيريا؛

مساهم في مؤسسة إقليمية أو قروية لسكان ألاسكا الأصليين لا نعم

اسم الشخص

اسم القبيلة

عضو في قبيلة أو جماعة معترف بها فيدراليًا أو مستوطنة بوبيلو أو رانشيريا؛

مساهم في مؤسسة إقليمية أو قروية لسكان ألاسكا الأصليين لا نعم

### الإقامة

المقيم في واشنطن هو الشخص الذي يقيم حاليًا في واشنطن أو ينوي الإقامة في واشنطن، بما في ذلك الأفراد الذين ليس لديهم عنوان ثابت؛ أو شخص دخل الولاية بالتزام وظيفي أو يبحث عن وظيفة.

هل كل شخص يتقدم للحصول على تغطية الرعاية الصحية مقيم في ولاية واشنطن؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة لا، فأدرج أي شخص غير مقيم:

### تعاطي التبغ

هل استخدم أي فرد من أفراد الأسرة المعيشية الواردين في هذا الطلب منتجات التبغ بشكل منتظم خلال الأشهر الستة الماضية لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، أدخل اسمه:

(لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية لبرنامج أبل هيلث)

### المعال ضريبيًا من البالغين ذوي الإعاقات

المعال ضريبيًا من البالغين ذوي الإعاقات هو فرد غير قادر على العمل بسبب إعاقة ويعول على أحد أفراد الأسرة المعيشية للحصول على الدعم.

هل لديك طفل بالغ يعاني من إعاقة يبلغ من العمر 26 عامًا أو أكبر؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، أدخل اسمه:

(لا تؤثر إجابتك على هذا السؤال على أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية لبرنامج أبل هيلث)

## المعلومات الخاصة بالحجز والسجن

1. هل أنت أو أي شخص تتقدم بطلب له محتجز أو في السجن؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، أدخل اسمه:

2. هل البت في التهم معلق؟ لا نعم

3. هل تاريخ إطلاق السراح في غضون 30 يومًا؟ لا نعم

## تسجيل الناخبين

**إذا لم تكن مسجلاً للانتخاب في المكان الذي تعيش فيه الآن، فهل ترغب في التقدم بطلب**

**للتسجيل للانتخاب؟** لا نعم

إذا حددت نعم، فسيتم تزويدك باستمارة تسجيل الناخب.

التقدم بطلب للتسجيل أو رفض التسجيل للانتخاب لن يؤثر على مقدار المساعدة التي ستقدم إليك أو على أهليتك.

إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة في ملء طلب تسجيل الناخبين، يمكنك الحصول على المساعدة على الخط الساخن المجاني لتسجيل الناخبين في واشنطن، على الرقم 1-800-448-4881. يعود قرار طلب المساعدة أو قبولها إليك. يمكنك ملء طلب على انفراد.

إذا كنت تعتقد أن شخصًا ما قد تدخل في حقك في التسجيل للانتخاب أو رفض التسجيل للانتخاب، أو حقك في الحصول على خصوصية في تقرير ما إذا كنت تريد التسجيل، يمكنك تقديم شكوى إلى Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504 أو التواصل عبر البريد الإلكتروني [elections@sos.wa.gov](mailto:elections@sos.wa.gov) أو الاتصال على الرقم 1-800-448-4881.

## توقيع المتقدمين بطلب للخطة الصحية المؤهلة

**التوقف: قد تكون مؤهلاً للحصول على تغطية مجانية أو منخفضة التكلفة. إذا كنت لا ترغب في أن يتم النظر في ذلك وترغب في التسجيل في خطة صحية مؤهلة (QHP)، فسجل أدناه وأرسل طلبك. ستدفع التكلفة الكاملة للتغطية الصحية الخاصة بك ولن تحتاج إلى إكمال الجزء 2 من الطلب.**

لقد قرأت حقوقي ومسؤولياتي أو سُرحت لي.

بالتوقيع على هذا الطلب، فإنك توافق على أن يشارك Washington Healthplanfinder معلوماتك مع الهيئات الحكومية والفيدرالية الأخرى.

التاريخ

التوقيع

**المتابعة: للتقدم بطلب للحصول على برنامج واشنطن أبل هيلث (برنامج ميديكيد-المعونة الطبية) أو إعفاءات ضريبية لخفض قسط التأمين الخاص بك، يجب عليك إكمال الجزء 2 من هذا الطلب.**

## الجزء 2:

### معلومات التأمين الصحي

1

هل لديك أنت أو أي شخص تتقدم بطلب له تغطية تأمين صحي بخلاف برنامج واشنطن أبل هيلث (برنامج ميديكيد-المعونة الطبية أو CHIP)؟

( تشمل الأمثلة التأمين الخاص أو تأمين صاحب العمل، والتأمين الصحي الفردي، والتأمين ذا الاستحقاقات المحدودة، وبرنامج

Medicare، وتأمين المحاربين القدامى، وPeace Corps، وبرنامج Tri-Care، وتأمين آخر) لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فقدم المعلومات الواردة في الجدول أدناه. إذا كان هناك أكثر من شخص لديه تأمين آخر، فاستخدم ورقًا إضافيًا.

اسم شركة التأمين أو صاحب العمل:

رقم البوليصه:

رقم المجموعة:

اسم حامل البوليصه/ الموظف:

تاريخ ميلاد حامل البوليصه:

أدرج جميع أفراد الأسرة المعيشية المشمولين بتغطية هذه الخطة:

أدرج جميع أفراد الأسرة المعيشية المشمولين بتغطية هذه الخطة:

أدرج جميع أفراد الأسرة المعيشية المشمولين بتغطية هذه الخطة:

أدرج جميع أفراد الأسرة المعيشية المشمولين بتغطية هذه الخطة:

أدرج جميع أفراد الأسرة المعيشية المشمولين بتغطية هذه الخطة:

أدرج جميع أفراد الأسرة المعيشية المشمولين بتغطية هذه الخطة:

### التأمين الصحي للأطفال

2

تخطي هذا السؤال وانتقل إلى القسم التالي (معلومات الفواتير الطبية غير المدفوعة) إذا كنت لا تتقدم بطلب للحصول على تغطية لطفلك.

هل تشمل تغطية تأمينك الصحي أطفالك؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فأدخل اسم الطفل:

هل أسقطت تغطية تأمينك الصحي عن أطفالك، الذين تقل أعمارهم عن 19 عامًا، خلال الأشهر الأربعة الماضية لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فمتى انتهت التغطية؟

### معلومات الفواتير الطبية غير المدفوعة

3

هل تحتاج أنت أو أي شخص تتقدم بطلب له إلى مساعدة في سداد الفواتير الطبية غير المدفوعة مقابل الخدمات المتلقاة في أي من الأشهر الثلاثة التي تسبق الشهر الحالي مباشرة؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فأدخل اسم الفرد::

قد تكون أنت أو أحد أفراد أسرتك مؤهلين للحصول على تغطية محدودة لحالات الطوارئ حتى إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على تغطية أخرى بسبب حالة الهجرة الخاصة بك.

ضع علامة على جميع المربعات التي تنطبق على أي شخص تتقدم بطلب له من غير المواطنين وأدخل اسمه في المساحة المتوفرة:

تلقى علاجًا لحالة طبية طارئة هذا الشهر أو خلال الأشهر الثلاثة الماضية:

من هو الشخص: \_\_\_\_\_

يحتاج إلى الغسيل الكلوي أو علاج للسرطان: من هو الشخص: \_\_\_\_\_

يحتاج إلى دواء مضاد للرفض نتيجة لزراعة أحد عضو له: من هو الشخص: \_\_\_\_\_

يحتاج إلى دار رعاية أو مساعدة على المعيشة أو رعاية منزلية: من هو الشخص: \_\_\_\_\_

## معلومات الحمل

## 5

هل أنت أو أي فرد في أسرتك المعيشية حامل؟ لا نعم  
(استخدم السطر الثاني إذا انتهى حمل أكثر من فرد واحد.) إذا كانت الإجابة نعم،

أدخل الاسم: \_\_\_\_\_ موعد الولادة: \_\_\_\_\_ العدد المتوقع: \_\_\_\_\_

أدخل الاسم: \_\_\_\_\_ موعد الولادة: \_\_\_\_\_ العدد المتوقع: \_\_\_\_\_

هل حملت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك المعيشية الواردين في هذا الطلب خلال الاثني عشر شهرًا الماضية؟ لا نعم

(استخدم السطر الثاني إذا انتهى حمل أكثر من فرد واحد.) إذا كانت الإجابة نعم،

أدخل الاسم: \_\_\_\_\_ تاريخ انتهاء الحمل: \_\_\_\_\_

أدخل الاسم: \_\_\_\_\_ تاريخ انتهاء الحمل: \_\_\_\_\_

يساعدنا هذا القسم في تحديد مقدار الدخل الإجمالي المُسَوَّى المعدل (MAGI) لأسرتك المعيشية. يجب استخدام الدخل الإجمالي المُسَوَّى المعدل لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً لمعظم برامج تغطية الرعاية الصحية. يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لكل فرد من أفراد الأسرة المعيشية الذي تتقدم بطلب له بأكبر قدر ممكن من الدقة. أدخل معلومات عن نوع الدخل المذكور فقط.

ستحتاج إلى إدخال معلومات الدخل الشهري الإجمالي الحالي لك ولزوجك وأي قاصر ومعال ضريبياً بغض النظر عن العمر، ما لم يكن القاصر أو المعال ضريبياً مطالباً بتقديم إقرارات ضريبية. لمزيد من المعلومات حول كيفية الإبلاغ عن الدخل، تفضل بزيارة

[wahbexchange.org/how-to-report-income](http://wahbexchange.org/how-to-report-income)

**ملاحظة:** لا يتعين على الهنود الأمريكيين/سكان ألاسكا الأصليين (AI/AN) الإبلاغ عن أي دخل للهنود الأمريكيين/سكان ألاسكا الأصليين تستثنيه دائرة الإيرادات الداخلية من الدخل الإجمالي الخاضع للضريبة لأحد الهنود الأمريكيين/سكان ألاسكا الأصليين. بالإضافة إلى ذلك، لا يتعين عليهم الإبلاغ عن أنواع معينة من الدخل لبرنامج واشنطن أبل هيلث (برنامج ميديكيد-المعونة الطبية) كما هو موضح في الفصول 182-509-0340 من قانون واشنطن الإداري.

**الدخل من الوظيفة:** هل تشغل أنت أو أي شخص تقوم بالتقديم نيابةً عنه أي وظيفة في الوقت الحالي؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج اسم الموظف واسم صاحب العمل والمبلغ الشهري الإجمالي **الحالي** للموظف المستلم في شكل أجور أو رواتب أو كدخل بالإكرامية. لا تُدخل دخل العمل الحر في هذا القسم. يمكنك اختيار توفير متوسط دخلك إذا كانت هناك إشارة لتغيير واضح في المستقبل. قم بتقدير المبلغ الشهري عن طريق حساب متوسط الدخل على مدى فترة زمنية تمثيلية كما هو موضح في الفصول 182-509-0310 من قانون واشنطن الإداري.

اسم الموظف \_\_\_\_\_  
اسم صاحب العمل \_\_\_\_\_

عنوان صاحب العمل \_\_\_\_\_  
الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
المدينة \_\_\_\_\_  
الحالة \_\_\_\_\_

دولار: \_\_\_\_\_  
الإجمالي (قبل خصم الضرائب) من الدخل الشهري (الأجور، المرتبات، الإكراميات، شركات، شركة ضمن الفئة إس)

هل عرض صاحب العمل على هذا الشخص تأمينًا صحيًا؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج جميع أفراد الأسرة الذين لديهم تأمين

دولار: \_\_\_\_\_  
كم هو أقل قسط شهري يقدمه صاحب العمل للتغطية التأمينية للموظف فقط؟

دولار: \_\_\_\_\_  
كم هو أقل قسط شهري يقدمه صاحب العمل للتغطية التأمينية لأسرتك\*؟

اسم الموظف \_\_\_\_\_  
اسم صاحب العمل \_\_\_\_\_

عنوان صاحب العمل \_\_\_\_\_  
الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
المدينة \_\_\_\_\_  
الحالة \_\_\_\_\_

دولار: \_\_\_\_\_  
الإجمالي (قبل خصم الضرائب) من الدخل الشهري (الأجور، المرتبات، الإكراميات، شركات، شركة ضمن الفئة إس)

هل عرض صاحب العمل على هذا الشخص تأمينًا صحيًا؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج جميع أفراد الأسرة الذين لديهم تأمين

دولار:

كم هو أقل قسط شهري يقدمه صاحب العمل للتغطية التأمينية للموظف فقط؟

دولار:

كم هو أقل قسط شهري يقدمه صاحب العمل للتغطية التأمينية للموظف فقط؟

اسم صاحب العمل

اسم الموظف

الرمز البريدي

الحالة

المدينة

عنوان صاحب العمل

دولار:

الإجمالي (قبل خصم الضرائب) من الدخل الشهري (الأجور، المرتبات، الإكراميات، شركات، شركة ضمن الفئة إس)

هل عرض صاحب العمل على هذا الشخص تأمينًا صحيًا؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج جميع أفراد الأسرة الذين لديهم تأمين

دولار:

كم هو أقل قسط شهري يقدمه صاحب العمل للتغطية التأمينية للموظف فقط؟

دولار:

كم هو أقل قسط شهري يقدمه صاحب العمل للتغطية التأمينية لأسرتك\*؟

**\*اذكر هذا حتى إذا كنت لا تخطط لقبول تأمين صاحب العمل للآخرين في منزلك. لا تؤثر إجابتك على هذه الأسئلة على أهليتك لبرنامج أبل هيلث.**

**دخل العمل الحر:** هل تقوم أنت أو أي شخص تقوم بالتقديم نيابةً عنه بأي عمل حر في الوقت الحالي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج صافي الدخل الشهري التقديري الحالي (الأرباح بمجرد دفع مصاريف العمل) من العمل الحر. يرجى الاطلاع على الصفحة الثانية لمراجعة مصاريف العمل المسموح بها. يمكنك اختيار توفير متوسط دخلك إذا كانت هناك إشارة لتغيير واضح في المستقبل. قم بتقدير المبلغ الشهري عن طريق حساب متوسط الدخل على مدى فترة زمنية تمثيلية كما هو موضح في الفصول 182-509-0370 من قانون واشنطن الإداري.

صافي الدخل الشهري (لا تدخل دخل الشركة أو الشركة ضمن الفئة إس هنا)

اسم الشركة (إن وجدت)

اسم الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص

صافي الدخل الشهري (لا تدخل دخل الشركة أو الشركة ضمن الفئة إس هنا)

اسم الشركة (إن وجدت)

اسم الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص

صافي الدخل الشهري (لا تدخل دخل الشركة أو الشركة ضمن الفئة إس هنا)

اسم الشركة (إن وجدت)

اسم الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص

**دخل الضمان الاجتماعي:** هل تحصل أنت أو أي شخص تقوم بالتقديم نيابةً عنه على دخل ضمان اجتماعي؟ لا نعم  
إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل الدخل الذي تحصل عليه من إدارة الضمان الاجتماعي مقابل استحقاقات التقاعد أو الإعاقة أو الناجين. لا تبلغ عن دخل الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI).

اسم الشخص الذي يتلقى الضمان الاجتماعي (وليس الضمان الاجتماعي التكميلي)	الدخل الشهري الإجمالي
اسم الشخص الذي يتلقى الضمان الاجتماعي (وليس الضمان الاجتماعي التكميلي)	الدخل الشهري الإجمالي
اسم الشخص الذي يتلقى الضمان الاجتماعي (وليس الضمان الاجتماعي التكميلي)	الدخل الشهري الإجمالي

**إيراد الإيجار:** هل تحصل أنت أو أي شخص تقوم بالتقديم نيابةً عنه على إيراد إيجار؟ لا نعم  
إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل الدخل الشهري المستلم من تأجير العقارات أو الممتلكات الشخصية. أدخل صافي الدخل، بعد المصاريف التجارية المسموح بها.

اسم الشخص الذي يحصل على إيراد إيجار	اسم العقار (إن وجد)	صافي الدخل الشهري
اسم الشخص الذي يحصل على إيراد إيجار	اسم العقار (إن وجد)	صافي الدخل الشهري
اسم الشخص الذي يحصل على إيراد إيجار	اسم العقار (إن وجد)	صافي الدخل الشهري

ستحتاج إلى إدخال معلومات الدخل الشهري الإجمالي الحالي لك ولزوجك وأي قاصر ومعال ضريبياً بغض النظر عن العمر، ما لم يكن القاصر أو المعال ضريبياً مطالباً بتقديم إقرارات ضريبية. لمزيد من المعلومات حول كيفية الإبلاغ عن الدخل، تفضل بزيارة

**wahbexchange.org/how-to-report-income**

**ملاحظة:** لا يتعين على الهنود الأمريكيين/سكان ألاسكا الأصليين (AI/AN) الإبلاغ عن أي دخل للهنود الأمريكيين/سكان ألاسكا الأصليين تستثنيه دائرة الإيرادات الداخلية من الدخل الإجمالي الخاضع للضريبة لأحد الهنود الأمريكيين/سكان ألاسكا الأصليين. بالإضافة إلى ذلك، لا يتعين عليهم الإبلاغ عن أنواع معينة من الدخل لبرنامج واشنطن أبل هيلث (برنامج ميدكيد-المعونة الطبية) كما هو موضح في الفصول 182-509-0340 من قانون واشنطن الإداري.

**الدخل من الوظيفة:** هل تشغل أنت أو أي شخص تقوم بالتقديم نيابةً عنه أي وظيفة في الوقت الحالي؟ لا نعم  
إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج اسم الموظف واسم صاحب العمل والمبلغ الشهري الإجمالي **الحالي** للموظف المستلم في شكل أجور أو رواتب أو كدخل بالإكرامية. لا تُدخل دخل العمل الحر في هذا القسم. يمكنك اختيار توفير متوسط دخلك إذا كانت هناك إشارة لتغيير واضح في المستقبل. قم بتقدير المبلغ الشهري عن طريق حساب متوسط الدخل على مدى فترة زمنية تمثيلية كما هو موضح في الفصول 182-509-0310 من قانون واشنطن الإداري.

اسم الموظف	اسم صاحب العمل
عنوان صاحب العمل	المدينة
الرمز البريدي	الحالة

الإجمالي (قبل خصم الضرائب) من الدخل الشهري (الأجور، المرتبات، الإكراميات، شركات، شركة ضمن الفئة إس)



اسم الموظف	اسم صاحب العمل
عنوان صاحب العمل	المدينة
	الحالة
	الرمز البريدي

الإجمالي (قبل خصم الضرائب) من الدخل الشهري (الأجور، المرتبات، الإكراميات، شركات، شركة ضمن الفئة إس)

اسم الموظف	اسم صاحب العمل
عنوان صاحب العمل	المدينة
	الحالة
	الرمز البريدي

الإجمالي (قبل خصم الضرائب) من الدخل الشهري (الأجور، المرتبات، الإكراميات، شركات، شركة ضمن الفئة إس)

**دخل العمل الحر:** هل تقوم أنت أو أي شخص تقوم بالتقديم نيابةً عنه بأي عمل حر في الوقت الحالي؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدرج صافي الدخل الشهري التقديري الحالي (الأرباح بمجرد دفع مصاريف العمل) من العمل الحر. يرجى الاطلاع على الصفحة الثانية لمراجعة مصاريف العمل المسموح بها. يمكنك اختيار توفير متوسط دخلك إذا كانت هناك إشارة لتغيير واضح في المستقبل. قم بتقدير المبلغ الشهري عن طريق حساب متوسط الدخل على مدى فترة زمنية تمثيلية كما هو موضح في الفصول 182-509-0370 من قانون واشنطن الإداري.

اسم الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص	اسم الشركة (إن وجدت)	صافي الدخل الشهري (لا تدخل دخل الشركة أو الشركة ضمن الفئة إس هنا)
اسم الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص	اسم الشركة (إن وجدت)	صافي الدخل الشهري (لا تدخل دخل الشركة أو الشركة ضمن الفئة إس هنا)
اسم الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص	اسم الشركة (إن وجدت)	صافي الدخل الشهري (لا تدخل دخل الشركة أو الشركة ضمن الفئة إس هنا)

**دخل الضمان الاجتماعي:** هل تحصل أنت أو أي شخص تقوم بالتقديم نيابةً عنه على دخل ضمان اجتماعي؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل الدخل الذي تحصل عليه من إدارة الضمان الاجتماعي مقابل استحقاقات التقاعد أو الإعاقة أو الناجين. لا تبلغ عن دخل الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI).

اسم الشخص الذي يتلقى الضمان الاجتماعي (وليس الضمان الاجتماعي التكميلي)	الدخل الشهري الإجمالي
اسم الشخص الذي يتلقى الضمان الاجتماعي (وليس الضمان الاجتماعي التكميلي)	الدخل الشهري الإجمالي
اسم الشخص الذي يتلقى الضمان الاجتماعي (وليس الضمان الاجتماعي التكميلي)	الدخل الشهري الإجمالي

**إيراد الإيجار:** هل تحصل أنت أو أي شخص تقوم بالتقديم نيابةً عنه على إيراد إيجار؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل الدخل الشهري المستلم من تأجير العقارات أو الممتلكات الشخصية. أدخل صافي الدخل، بعد المصاريف التجارية المسموح بها.

صافي الدخل الشهري

اسم العقار (إن وجد)

اسم الشخص الذي يحصل على إيراد إيجار

صافي الدخل الشهري

اسم العقار (إن وجد)

اسم الشخص الذي يحصل على إيراد إيجار

صافي الدخل الشهري

اسم العقار (إن وجد)

اسم الشخص الذي يحصل على إيراد إيجار

## مصدر دخل آخر

7

لا تُدرج مدفوعات إعالة الطفل أو مدفوعات المحاربين القدامى غير الحاصلين على معاشات. تحقق من كل ما ينطبق وأخبرنا من يحصل عليه، والمبلغ الذي يحصلون عليه، وكم مرة يحصلون عليه.

_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	النفقة/دعم الزوجية
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	المعاش السنوي أو المعاش
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	مكاسب رأس المال
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	حصص الأرباح أو الأوراق المالية أو الأسهم
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	الدخل من الزراعة
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	الدخل الأجنبي
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	الدخل من اتفاق استثماري
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	إيرادات الفوائد
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	دخل حسابات التقاعد الفردي من هو الشخص: _____
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	مصادر الدخل الخاضع للضريبة الأخرى
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	
_____	دولار: _____	من هو الشخص: _____	استحقاقات التقاعد في السكك الحديدية

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

إيرادات حقوق الامتياز

الدخل القبلي  
الخاضع للضريبة

إعانات البطالة

هل سيستوفي الأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 19 عامًا أو المعالون ضريبيًا في هذا الطلب متطلبات الحد الأدنى لتقديم الإقرار الضريبي الفيدرالي هذا العام؟

لا نعم

الاسم

لا نعم

الاسم

لا نعم

الاسم

## الاقتطاعات

8

يمكن أن تقلل هذه النفقات من مقدار دخلك الذي نحسبه لبعض أنواع تغطية الرعاية الصحية، تمامًا كما تستخدمها دائرة الإيرادات الداخلية لتقليل مبلغ الضرائب المستحق عليك. إذا اخترت عدم الإجابة، فقد تظل مؤهلاً للحصول على تغطية رعاية صحية مجانية أو منخفضة التكلفة.

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

دفع النفقة/دعم الزوجية

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

بعض النفقات التجارية القابلة  
للمطالبة بها

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

نفقات المعلم

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

مساهمات حساب  
الإدخار الصحي

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

تكاليف الانتقال لتحرك  
عسكري رسمي

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

من هو الشخص: \_\_\_\_\_ دولار: \_\_\_\_\_ كم مرة: \_\_\_\_\_

غرامة على السحب  
المبكر للمدخرات

_____	من هو الشخص:	_____	دولار:	_____	كم مرة:	_____	مساهمات حساب التقاعد قبل الضريبة
_____	من هو الشخص:	_____	دولار:	_____	كم مرة:	_____	تأمين صحي للعمل الحر
_____	من هو الشخص:	_____	دولار:	_____	كم مرة:	_____	خطة تقاعد للعمل الحر
_____	من هو الشخص:	_____	دولار:	_____	كم مرة:	_____	ضريبة العمل الحر
_____	من هو الشخص:	_____	دولار:	_____	كم مرة:	_____	فائدة قرض الطالب
_____	من هو الشخص:	_____	دولار:	_____	كم مرة:	_____	

## معلومات تكميلية

9

### هل يحتاج أي من الأعضاء المتقدمين للحصول على تغطية تأمينية إلى أي من هذه الخدمات؟

أ. خدمات الرعاية طويلة الأجل لأنك تعيش حاليًا أو تتوقع الانتقال إلى مؤسسة طبية، مثل دار لرعاية المسنين. لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل اسم الشخص: \_\_\_\_\_

نوع المنشأة: \_\_\_\_\_

ب. مقدم خدمات رعاية منزلية؟ لا نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل اسم الشخص: \_\_\_\_\_

ج. خدمات رعاية المساعدة على المعيشة؟ لا نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل اسم الشخص: \_\_\_\_\_

د. الخدمات من خلال إدارة الإعاقات في النمو؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل اسم الشخص: \_\_\_\_\_

هـ. خدمات رعاية المسنين؟ لا نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل اسم الشخص: \_\_\_\_\_

و. تغطية الرعاية الصحية لأنهم غير قادرين على العمل بسبب حالة صحية أو إعاقة؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فأدخل اسم الشخص: \_\_\_\_\_

قد يُطلب منك إكمال نموذج هيئة الرعاية الصحية رقم 18-005 (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf) إذا كان أي مما يلي ينطبق:

- كنت تبلغ من العمر 65 عامًا أو أكثر أو مشترك في برنامج Medicare.
- أجب بنعم على أي أسئلة من أ إلى و أعلاه.
- تقدمت بطلب للالتحاق ببرنامج المحتاجين طبيًا (MN) أو برنامج أبل هيلث للعمال من ذوي الإعاقات (HWD).

## اقرأ بعناية قبل التوقيع

10

الإفصاح عن المعلومات للوكالات الحكومية الفيدرالية الأخرى:

أحول Washington Healthplanfinder بالتحقق إلكترونيًا من معلومات الإقرار الضريبي الخاصة بي أثناء عملية التجديد السنوية لمدة تصل إلى 5 سنوات. وأدرك أنني قادر على تغيير موافقتي في أي وقت. بتحديد هذا المربع، أسمح بتطبيق الإعفاءات الضريبية على التجديد السنوي الخاص بي دون اتخاذ أي إجراء إضافي.

لا نعم  
لقد قرأت أو شُرح لي حقوقي ومسؤولياتي وتلقيت نسخة من حقوق ومسؤوليات العميل.

## الإقرار والتوقيع

11

**للتقدم بطلب للحصول على تغطية مجانية أو منخفضة التكلفة من برنامج واشنطن أبل هيلث (برنامج ميدكيد-المعونة الطبية) أو إعفاءات ضريبية لخفض قسط التأمين الخاص بك، فإن توقيعك مطلوب أدناه.**

لقد قرأت وفهمت المعلومات الواردة في هذا الطلب. أقر، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، بأن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة ودقيقة وكاملة على حد علمي.

التاريخ

التوقيع