

تقاضا برای پوشش مراقبت بهداشتی (و اطلاع از امکان دریافت کمک در هزینهها)

از این تقاضانامه استفاده کنید تا دریابید که واجد شرایط دریافت کدام پوشش مراقبت بهداشتی هستید:

- پوشش مراقبت بهداشتی رایگان یا کمهزینه از Washington Apple Health (Medicaid)، از جمله Apple Health for Kids همراه با حق بیمه که با نام برنامه بیمه سلامت کودکان (CHIP) نیز شناخته میشود
- یک اعتبار مالیاتی که میتواند در پرداخت حق بیمه مراقبت بهداشتی مربوط به یک طرح سلامت واجد شرایط به شما کمک کند
- طرح سلامت واجد شرایط و طرح دندانپزشکی واجد شرایط خصوصی با هزینه کامل

تقاضای سریعتر به طور آنلاین

- در wahealthplanfinder.org سریعتر درخواست بدهید

اطلاعات مورد نیاز جهت تقاضا برای خودتان و دیگران:

- شمارههای تامین اجتماعی
- تاریخ تولد هر یک از اعضای خانوار شما
- گذرنامه خارجی، شماره "A"، یا سایر شمارههای مهاجرت برای هر یک از مهاجران متقاضی پوشش مراقبت بهداشتی
- اطلاعات مربوط به درآمد تمام افراد بزرگسال و تمام افراد زیر سن قانونی با درآمد کافی که موظف به ارائه اظهارنامه مالیاتی هستند
- اطلاعات درباره بیمه سلامت در دسترس شما یا خانواده شما

چرا ما اینقدر اطلاعات میخواهیم؟

ما برای تعیین اینکه شما واجد شرایط دریافت کدام پوشش مراقبت بهداشتی هستید، به اطلاعات زیر نیاز داریم. ما اطلاعاتی را که ارائه میدهید، طبق قانون محرمانه نگه میداریم.

تقاضانامه تکمیل شده و امضا شده خود را به نشانی زیر ارسال کنید:

Washington Healthplanfinder
PO Box 946

Olympia, Washington, 98507

یا به شماره 1-855-867-4467 فکس نمایید

اگر تمام اطلاعات درخواستی ما را در اختیار ندارید، میتوانید با تکمیل نام، تاریخ تولد، نشانی، و امضای خود و ارسال آن به نشانی فوق، تقاضای خود را ارائه دهید.

دریافت کمک در تهیه این تقاضانامه:

- آنلاین: wahealthplanfinder.org
- تلفن: با مرکز پشتیبانی از مشتریان به شماره (855-923-4633) 1-855-WAFINDER یا 1-855-627-9604 (TTY) تماس بگیرید
- حضوری: برای دریافت کمک در تهیه تقاضانامه، از طریق لینک پشتیبانی از مشتریان در wahealthplanfinder.org یک راهنما یا واسطه را جستجو کنید.
- زبان یا معلولیت: برای دریافت کمک رایگان به زبان خود (از جمله مترجم شفاهی یا ترجمه مطالب چاپی) یا امکانات معلولین، با شماره (855-923-4633) 1-855-WAFINDER یا 1-855-627-9604 (TTY) تماس بگیرید

تعاریف

اعتبارهای مالیاتی حق بیمه سلامت: از اعتبارهای مالیاتی میتوان برای کاهش حق بیمه ماهانه شما استفاده کرد. **Washington Healthplanfinder:** یک بازار آنلاین برای افراد، خانوادهها، و کسب و کارهای کوچک در واشنگتن جهت مقایسه و ثبتنام در پوشش و دسترسی به اعتبارهای مالیاتی، کاهش هزینه مشترک، و برنامههای عمومی از قبیل Washington Apple Health. **حق بیمه:** مبلغی که هر ماه برای طرح سلامت خود، در صورت وجود، پرداخت میکنید. به منظور حفظ پوشش، باید حق بیمه خود را پرداخت کنید، حتی اگر هیچگونه خدمات مراقبت بهداشتی دریافت نکرده باشید.

طرح سلامت واجد شرایط: پوشش سلامت خصوصی از طریق Washington Healthplanfinder. **حداقل پوشش ضروری:** نوعی پوشش است که یک شخص برای برخورداری از شرایط مسئولیت فردی طبق قانون مراقبت مقرونبصرفه به آن نیاز دارد. این عبارتست از بیمهنامههای سلامت فردی و خانوادگی، پوشش مبتنی بر شغل، Medicare، Medicaid، برنامه بیمه سلامت کودکان (CHIP)، TRICARE، و سایر پوششهایی که 10 مزایای سلامت ضروری را پوشش میدهند. **مزایای سلامت ضروری:** مجموعهای از 10 خدمات مراقبت بهداشتی که تمام طرحها باید آنها را پوشش دهند، مانند ویزیت پزشک، بستری شدن در بیمارستان، و داروهای تجویزی. برخی مزایا رایگان هستند، و برخی دیگر ممکن است دارای پرداخت مشترک و بیمه مشترک باشند. **Washington Apple Health:** برنامههای بیمه سلامت عمومی برای ساکنان واجد شرایط واشنگتن. در واشنگتن به جای Medicaid، برنامه بیمه سلامت کودکان (CHIP)، و سایر برنامههای مراقبت بهداشتی که ایالت واشنگتن بودجه آنها را تامین میکند، از نام Washington Apple Health استفاده میشود.

برای افراد خود-اشتغال

شما میتوانید هزینههای مجاز زیر را از درآمد ناخالص خود کم کنید تا به یک مبلغ برای درآمد خالص خود-اشتغالی خود برسید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به "دستورالعملهای برنامه C یا برنامه F" در www.irs.gov مراجعه کنید.

چند نمونه از هزینههای مجاز عبارتند از:

- هزینه خودرو و کامیون
- کمیسیون، حقالزحمه، و کار قراردادی
- فرسایش
- استهکاک
- برنامههای مزایای کارمندان، بازنشستگی، و طرحهای تقسیم سود
- بیمه (به غیر از سلامت) و بهره وام مسکن
- خدمات حقوقی و حرفهای
- هزینههای دفتر، کرایه، و اجاره
- بیمه اموال، مسئولیت، یا وقفه در تجارت
- تدارکات، تعمیرات، و نگهداری
- سفر، وعده غذایی، و سرگرمی
- خدمات شهری (آب و برق)، مالیات، و مجوزها
- دستمزد (اعتبار شغلی کمتر)

حقوق و مسئولیتهای پوشش مراقبت بهداشتی

حقوق شما (باید های ما) در خصوص تمام برنامه های پوشش مراقبت بهداشتی

به شما در مطالعه و تکمیل تمام فرمهای درخواستی کمک میکنیم. برای دریافت کمک میتوانید با Washington Healthplanfinder تماس بگیرید یا اگر فرد سالمند، نابینا یا دارای معلولیت هستید یا به خدمات و پشتیبانیهای بلند-مدت (LTSS) نیاز دارید، میتوانید با اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی (DSHS) تماس بگیرید.

هنگام ارتباط با Washington Healthplanfinder، مسئول مراقبت بهداشتی یا DSHS، به طور رایگان و بدون تاخیر خدمات مترجم شفاهی یا مترجم را به شما ارائه میدهم.

اطلاعات شخصی شما را محرمانه نگه میداریم اما ممکن است برخی از اطلاعات را به منظور تعیین واجد شرایط بودن و ثبت نام در اختیار سایر سازمانهای ایالتی و فدرال قرار دهیم.

به شما فرصت درخواست تجدیدنظر میدهم تا در صورت مخالفت شما با تصمیم Washington Healthplanfinder یا DSHS که روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت پوشش سلامت، LTSS، یک طرح سلامت، اعتبارهای مالیاتی حق بیمه سلامت، یا کاهش هزینه مشترک تاثیر میگذارد، درخواست تجدیدنظر کنید. با درخواست تجدیدنظر، پرونده شما بازبینی خواهد شد. شما میتوانید با مراجعه به "صفحه درخواست تجدیدنظر Washington Healthplanfinder" به نشانی <http://www.wahbexchange.org/appeals/> یا تماس با "مرکز پشتیبانی از مشتریان Washington Healthplanfinder" به شماره 1-855-923-4633، اطلاعات بیشتری را درباره روند تجدیدنظر Washington Healthplanfinder کسب کنید. برای کسب اطلاعات درباره درخواست تجدیدنظر در برنامه های DSHS، میتوانید با "مرکز تماس خدمات مشتریان DSHS" به شماره 1-877-501-2233 تماس بگیرید یا به "دفتر خدمات خانگی و اجتماعی" محلی خود مراجعه کنید. اگر درخواست تجدیدنظر به تصمیم درباره پوشش Washington Apple Health مربوط باشد، که بعد از بازبینی پرونده حل نشده باقی مانده است، یک "اداری" برای شما در نظر گرفته خواهد شد.

با شما عادلانه رفتار میکنیم. تبعیض خلاف قانون است. مرکز تبادل مزایای بهداشتی/مرجع مراقبت بهداشتی واشنگتن (Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority) قوانین حقوق مدنی فدرال حاکم را رعایت میکند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، معلولیت، یا جنسیت بین افراد تبعیض قائل نمیشود. مرکز تبادل مزایای بهداشتی/مرجع مراقبت بهداشتی واشنگتن افراد را به خاطر نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، معلولیت، یا جنسیت آنها محروم نمیکند یا رفتار متفاوتی با آنها ندارد.

به علاوه مرکز تبادل مزایای بهداشتی/مرجع مراقبت بهداشتی واشنگتن قوانین ایالتی حاکم را رعایت میکند و بر اساس عقیده، جنسیت، بیان یا هویت جنسی، گرایش جنسی، وضعیت ناهل، مذهب، کهنسرباز دارای برکه ترخیص افتخارآمیز یا وضعیت خدمت، یا استفاده از راهنمای سگ آموزش دیده یا حیوان خدماتی توسط فرد دارای معلولیت، بین افراد تبعیض قائل نمیشود.

مرکز تبادل مزایای بهداشتی/مرجع مراقبت بهداشتی واشنگتن:

- به افراد دارای معلولیت کمکها و خدمات رایگان ارائه میدهد تا آنها بتوانند به خوبی با ما در ارتباط باشند، از قبیل:
 - مترجم شفاهی زبان اشاره دارای صلاحیت
 - اطلاعات کتبی در سایر فرمتها (چاپ درشت، فایل صوتی، فرمتهای الکترونیکی قابل دسترسی، سایر فرمتها)
- به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست، خدمات زبان رایگان ارائه میدهد، از قبیل:
 - مترجمان شفاهی دارای صلاحیت
 - اطلاعات کتبی به زبانهای دیگر

در صورت نیاز به این خدمات، با شماره 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

اگر معتقد هستید که مرکز تبادل مزایای بهداشتی/مرجع مراقبت بهداشتی واشنگتن در ارائه این خدمات کوتاهی کرده است یا به روشی دیگر تبعیض قائل شده است، میتوانید نزد اداره زیر شکایت کنید:

Health Care Authority Division of Legal Services

• ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
فکس: 1-360-507-9234
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
فکس: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org

شما میتوانید به طور حضوری یا از طریق پست، فکس، یا ایمیل شکایت کنید. در صورت نیاز به کمک در طرح شکایت، اداره حقوقی مرکز تبادل مزایای بهداشتی واشنگتن/بخش خدمات حقوقی مرجع مراقبت بهداشتی آماده کمک به شما است.

همچنین می‌توانید شکایت حقوق مدنی را به طور الکترونیکی در <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> یا از طریق پست یا تلفن به نشانی زیر، نزد اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا، دفتر حقوق مدنی، مطرح کنید:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

(TDD) 800-537-7697, 1-800-368-1019

فرم شکایت در www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html موجود است.

مسئولیت‌های شما (بایدهای شما) در خصوص تمام برنامه‌های پوشش مراقبت بهداشتی

افشای SSN و وضعیت مهاجرت. به استثنای برخی موارد، شما باید شماره تامین اجتماعی (SSN) یا شماره سند مهاجرت خود یا هر یک از افراد خانواده‌تان را که می‌خواهد برای پوشش مراقبت بهداشتی تقاضا بدهد، ارائه دهید. برای تقاضای اعتبارهای مالیاتی حق بیمه سلامت، به SSN نیاز است. ما با تایید هویت، تابعیت، وضعیت مهاجرت، تاریخ تولد شما، و بررسی موجود بودن سایر پوشش‌های مراقبت بهداشتی، از این اطلاعات برای تعیین واجد شرایط بودن شما استفاده می‌کنیم. ما این اطلاعات را در اختیار هیچ‌یک از سازمان‌های مهاجرتی قرار نمی‌دهیم.

این امکان وجود دارد که برای برخی از اعضای خانواده خود درخواست پوشش بدهید، اما این امکان برای برخی دیگر وجود ندارد. اگر برای تمام اعضای خانواده خود SSN یا شماره سند مهاجرت نداشته باشید، سایر افراد همچنان می‌توانند برای پوشش تقاضا بدهند و آن را دریافت کنند. برای مثال، حتی اگر واجد شرایط دریافت پوشش نباشید می‌توانید برای فرزند خود تقاضا بدهید. تقاضای روی وضعیت مهاجرت شما یا احتمال دریافت اقامت دائم یا شهروندی تأثیر نمی‌گذارد.

برای افرادی که نمی‌توانند ثابت کنند که به طور قانونی در کشور هستند نیز تعدادی برنامه Washington Apple Health وجود دارد. اما اگر نمی‌خواهید SSN یا شماره سند مهاجرت را برای فردی در خانواده خود ارائه دهید، ما باید برای دریافت اطلاعات درباره درآمد فرد غیر-متقاضی با شما صحبت کنیم.

در صورت درخواست سازمان، اطلاعات یا مدارک مورد نیاز برای تصمیم‌گیری درباره واجد شرایط بودن شما را ارائه دهید.

مواردی که باید درباره تمام برنامه‌های پوشش مراقبت بهداشتی بدانید

قوانین ایالتی و فدرال خاصی وجود دارند که بر عملکرد Washington Healthplanfinder و سیستم‌های تقاضای تحت مدیریت ایالتی، حقوق و مسئولیت‌های شما به عنوان فردی که از آنها استفاده می‌کند و پوششی که به واسطه استفاده از آنها دریافت می‌کنید، حاکم هستند. با استفاده از این سیستم‌ها، شما در واقع موافقت خود را با رعایت این قوانین حاکم بر فردی که از آنها استفاده می‌کند و پوششی که در نتیجه آن دریافت می‌کنید، اعلام می‌کنید.

طبق قانون ملی ثبتنام رایدهندگان مصوب 1973 تمام ایالت‌ها موظف هستند از طریق دفاتر کمک عمومی خود در زمینه ثبتنام رایدهندگان کمک ارائه دهند.

تقاضا برای ثبتنام یا امتناع از ثبتنام برای راپیدادن روی خدمات یا مزایایی که از این سازمان دریافت می‌کنید، تأثیر نخواهد گذاشت. شما می‌توانید در www.vote.wa.gov برای رای دادن ثبتنام کنید یا از طریق تماس با 1-800-448-4881 فرم ثبتنام رایدهندگان را سفارش دهید.

محدودیت‌های قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه سلامت (HIPAA) مانع از آن می‌شود که مرجع مراقبت بهداشتی (HCA) و DSHS با شخص دیگری، از جمله یک نماینده مجاز، درباره اطلاعات بهداشتی شما یا هر یک از اعضای خانواده شما گفتگو کند، مگر اینکه آن شخص وکالتنامه داشته باشد یا شما با امضای یک رضایتنامه اجازه داده باشید که این اطلاعات افشا شوند. این شامل افشای اطلاعات مربوط به سلامت روان، نتیجه آزمایش، ایدز، STD، یا درمان و خدمات وابستگی شیمیایی می‌شود.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره سیاست حفظ حریم خصوصی Washington Healthplanfinder، به

https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html مراجعه کنید

قانون مراقبت مقرون‌بهره مانع از آن می‌شود که DSHS و Washington Healthplanfinder اطلاعات شخصی قابل شناسایی (PII) شما یا هر یک از اعضای خانواده‌تان را، بدون اجازه شما، در اختیار فردی قرار دهد که مجاز به دریافت آن نیست.

اطلاعاتی که به Washington Healthplanfinder و DSHS ارائه می‌دهید منوط بر تایید مقامات فدرال و ایالتی با هدف تعیین واجد شرایط بودن شما برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی است. روند تایید می‌تواند شامل تماس‌های پیگیری از سوی کارکنان سازمان باشد.

اگر تقاضای بیمه سلامت را از طریق Washington Healthplanfinder شروع کنید و به هر دلیلی این روند را تکمیل نکنید، اطلاعات شما به مدت 90 روز در Washington Healthplanfinder ذخیره خواهد شد و در دسترس شما خواهد بود. اگر در این دوره 90-روزه تقاضای خود را تکمیل نکنید، اطلاعات شما از سیستم Washington Healthplanfinder حذف خواهد شد.

DSHS و HCA, Washington Healthplanfinder در قبال اجرای طرح بیمه سلامت شما مسئولیتی ندارند. شرکت بیمه سلامت شما می‌تواند اطلاعات بیشتری را درباره مزایای شما به شما ارائه دهد.

اگر درباره شرایط طرح بیمه سلامت خود، از جمله مزایایی که واجد شرایط آنها هستید، هزینه‌های پرداخت از جیب تحت طرح خود، درخواست مزایا یا درخواست تجدیدنظر در رد مزایا، پرسشی دارید باید با شرکت بیمه سلامت خود تماس بگیرید. اگر بعد از پایان هر یک از پوشش‌های بیمه سلامت خریداری شده از طریق Washington Healthplanfinder واجد شرایط دریافت COBRA باشید، مسئولیت مدیریت COBRA و ارائه اطلاعیه‌های COBRA مورد نیاز و دوره‌های گزینش بر عهده کارفرمای شما خواهد بود.

تا زمانی که نامه تاییدیه و بیمه‌نامه، که تحت عنوان قرارداد یا گواهی بیمه نیز شناخته می‌شود، را از شرکت بیمه منتخب خود دریافت نکرده‌اید، اقدام به لغو هیچ‌یک از پوشش‌های بیمه فعلی یا رد مزایای COBRA نکنید. مطمئن شوید که از شرایط بیمه‌نامه اطلاع دارید و با آن موافق هستید، به تاریخ اجرا، مدت انتظار، مبلغ حق بیمه، مزایا، محدودیتها، موارد استثناء، و الحاقیه‌ها با دقت توجه کنید.

می‌توانید از طریق بخش پشتیبانی از کودکان (DCS) برای دریافت خدمات اجرای پشتیبانی تقاضا بدهید. جهت دریافت تقاضانامه این خدمات، به www.childsupportonline.wa.gov بروید یا با دفتر DCS محلی خود تماس بگیرید.

حقوق شما (بایدهای ما) فقط در خصوص Washington Apple Health

در صورت درخواست، حقوق و مسئولیت‌ها را به شما توضیح می‌دهیم.

به شما امکان می‌دهیم یک تقاضانامه ناقص ناقصه حداقل شامل، نام، نشانی، و امضای شما یا امضای نماینده مجاز متقاضی می‌شود را ارائه دهید. روزی که ما تقاضانامه ناقص را دریافت می‌کنیم، روز تقاضای شما است که می‌تواند روی تاریخ اجرای پوشش شما تاثیر بگذارد. تا زمانی که شما تقاضانامه را تکمیل نکنید، ما درباره پوشش شما تصمیم نهایی را اخذ نخواهیم کرد.

به شما امکان می‌دهیم با استفاده از هر یک از شیوه‌های مندرج طبق WAC 182-503-0005 یک تقاضانامه یا تقاضانامه ناقص ارائه دهید.

به تقاضای شما فوراً و حداکثر تا زمانبندی مشروح در WAC 182-503-0060 رسیدگی می‌کنیم.

به شما 10 روز فرصت می‌دهیم اطلاعاتی را که جهت تعیین واجد شرایط بودن به آنها نیاز داریم، ارائه دهید. اگر زمان بیشتری بخواهید، به شما فرصت بیشتری خواهیم داد. اگر اطلاعات را به ما ارائه ندهید یا زمان بیشتری نخواهید، ممکن است ما پوشش مراقبت بهداشتی شما را رد کنیم، قطع کنیم، یا تغییر دهیم.

اگر در دریافت اطلاعات یا مدارک مورد نیاز ما برای تصمیم‌گیری درباره واجد شرایط بودن شما مشکل داشته باشید، به شما کمک می‌کنیم. اگر به سندی نیاز داشته باشیم که برای شما هزینه‌بر باشد، کارهای لازم برای تهیه آن را انجام می‌دهیم و هزینه را می‌پردازیم.

در اکثر موارد، حداقل 10 روز قبل از اینکه پوشش مراقبت بهداشتی شما را قطع کنیم، به شما اطلاع می‌دهیم.

در اکثر موارد، ظرف 45 روز تصمیم کتبی را به شما ارائه می‌دهیم. پوشش مراقبت بهداشتی برای برخی از موارد معلولیت ممکن است حداکثر 60 روز طول بکشد. ما ظرف 15 روز تصمیم کتبی درباره خدمات پزشکی بارداری را ارائه می‌دهیم.

در صورتیکه ما پرونده شما را بررسی کنیم، به شما اجازه می‌دهیم که از صحبت با بازپرس خودداری کنید. شما مجبور نیستید بازپرس را به خانه خود راه بدهید. می‌توانید از بازپرس بخواهید که در زمان دیگری بازگردد. این درخواست روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی تاثیر نمی‌گذارد.

در مدتی که درباره واجد شرایط بودن شما برای یک برنامه دیگر طبق WAC 182-504-0125 تصمیم می‌گیریم، پوشش Washington Apple Health شما ادامه دارد.

اگر واجد شرایط باشید، طبق توضیحات در WAC 182-503-0120، خدمات دسترسی برابر به شما ارائه می‌دهیم.

مسئولیت‌های شما (بایدهای شما) فقط در خصوص Washington Apple Health

تغییرات را ظرف 30 روز از زمان تغییر طبق WAC 182-504-0105 و WAC 182-504-0110 گزارش دهید. برای اطلاع از تغییراتی که باید گزارش بدهید، نامه تاییدیه خود را مطالعه کنید.

اگر از شما خواسته شد، تمديد‌ها را تکمیل کنید.

اطلاعات مورد نیاز برای صدور صورتحساب خدمات مراقبت بهداشتی به ما را در اختیار ارائه‌دهندگان پزشکی قرار دهید.

اگر واجد شرایط هستيد برای Medicare تقاضا بدهید.

اگر از شما خواسته شد، با کارکنان تضمین کیفیت همکاری کنید.

هنگام درخواست یا دریافت پوشش Washington Apple Health، برای کسب درآمد بالقوه از سایر منابع تقاضا بدهید یا اقدام کنید.

مواردی که باید فقط درباره Washington Apple Health بدانید

با درخواست و دریافت Washington Apple Health، شما تمام حقوق مربوط به هر گونه پشتیبانی پزشکی و هر یک از مبالغ پرداختی شخص ثالث به ازای مراقبت بهداشتی را به ایالت واشنگتن اعطا می‌کنید.

ممکن است سازمان سابقه واکسیناسیون فرزند شما را در اختیار سیستم ردیابی اطلاعات واکسیناسیون کودکان قرار بدهد.

اطلاعاتی که شما گزارش می‌دهید ممکن است به منظور تعیین واجد شرایط بودن و مزایای ماهانه برای برنامه‌هایی مانند پوشش مراقبت بهداشتی، کمک نقدی، کمک غذایی و یارانه‌های مراقبت از کودک، در اختیار DSHS قرار بگیرد.

طبق قانون، ایالت واشنگتن میتواند هزینه‌هایی را که برای برخی از خدمات پزشکی پرداخت کرده است، از طریق اعاده اर्थیه از دارایی شما پس بگیرد (RCW 43.20B.080، RCW 41.05A.090، و فصل WAC 182-527). تا قبل از فوت شما، فوت همسر بازمانده شما، و تا وقتی سن فرزندان بازمانده شما 21 سال به بالا نباشد، اعاده اर्थیه صورت نمی‌گیرد. به علاوه اگر در زمان فوت شما فرزند بازمانده نایینا/معلول باشد، این امر انجام نمی‌شود. هزینه‌های قابل استرداد عبارتند از:

- برخی خدمات و پشتیبانی‌های بلند-مدت Washington Apple Health، اگر در زمان دریافت خدمات حداقل 55 سال داشته باشید؛
- برخی خدمات که بودجه آن را فقط دولت تامین می‌کند، صرف نظر از سن شما در زمان دریافت خدمات.

شما می‌توانید فهرستی از خدمات را که طبق WAC 182-527-2742 مشمول استرداد هزینه میشوند، بیابید. شما می‌توانید فهرستی از دارایی‌ها را که طبق WAC 182-527-2746 معاف از استرداد هستند، بیابید.

به علاوه اگر شما به طور دائم بستری شوید، دولت میتواند در هر سنی حق تصرف ملک واقعی شما قبل از فوت را دریافت کند (WAC 182-527-2734). دولت میتواند مبلغ موردنظر را از طریق فروش ملک، یا دارایی شما، پس بگیرد مگر اینکه:

- همسر شما در ملک زندگی کند؛
- خواهر یا برادر شما در ملک زندگی کند، مالک مشترک باشد، و شرایط خاصی داشته باشد.
- فرزند شما در ملک زندگی کند، و نایینا/معلول باشد؛ یا
- فرزند شما در ملک زندگی کند و سن او زیر 21 سال باشد.

شما می‌توانید فهرستی از خدمات را که طبق حق تصرف ملک قبل از فوت در WAC 182-527-2734 مشمول استرداد هزینه میشوند، بیابید.

اگر به دنبال دریافت خدمات مراقبت بهداشتی غیرضروری از ارائه‌دهندگان باشید، ممکن است به یک ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی، داروخانه، و/یا بیمارستان محدود شوید.

مواردی که باید فقط درباره طرح‌های سلامت واجد شرایط بدانید

ما اطلاعات شما را تایید نمی‌کنیم: ما اطلاعات موجود در تقاضانامه شما را با پایگاه داده فدرال تایید نمی‌کنیم. اگر اطلاعاتی که در تقاضانامه خود وارد کرده‌اید با پایگاه داده فدرال مطابقت نداشته باشد، 95 روز فرصت دارید این اسناد را ارائه دهید. عدم پاسخ به درخواست(های) ما میتواند منجر به قطع پوشش یا اعتبارهای مالیاتی شما شود. شما در قبال پاسخ به درخواست ما مسئول هستید، اگر پرسشی دارید با ما تماس بگیرید، و قبل از موعد مقرر پاسخ دهید.

شماره تامین اجتماعی (SSN): شما موظف هستید که شماره(های) تامین اجتماعی هر یک از افراد خانوارتان را که شماره تامین اجتماعی دارند، به ما ارائه دهید. اگر فردی شماره تامین اجتماعی نداشته باشد، میتواند پوشش بیمه سلامت دریافت کند.

گزارش فوری تغییر در درآمد: درآمدی که شما در تقاضانامه خود قید کرده‌اید، برآوردی از مبلغی است که فکر میکنید امسال به دست خواهید آورد. وقتی درآمد شما تغییر میکند، باید برآورد خود را بهروزسانی کنید. تغییر در درآمد شما میتواند واجد شرایط بودن شما برای دریافت اعتبارهای مالیاتی را تغییر دهد و این امر فرانشیز و کاهش هزینه مشترک شما را تغییر خواهد داد. هنگام برآورد درآمد خود تا حد امکان دقیق باشید و تمام تغییرات مهم را فوراً گزارش دهید.

تطبيق اعتبارهای مالیاتی الزامی است: شما موظف هستید اعتبارهای مالیاتی دریافتی خود را به IRS گزارش بدهید. با ارائه اظهارنامه مالیاتی سالانه IRS و گنجاندن فرمهای صحیح IRS این کار را انجام دهید. عدم گزارش اعتبارهای مالیاتی به IRS باعث میشود که در آینده اعتبارهای مالیاتی دریافت نکنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، دستورالعملهای ارائهشده در فرمهای IRS 1095 و 8962 را مطالعه کنید.

هزینههای بیمه سلامت نشان داده شده ممکن است تغییر کنند: ممکن است هزینهها بر اساس شیوههای صدور بیمهنامه شرکت بیمه سلامت و انتخاب شما از بین گزینههای موجود تغییر کنند.

[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 የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ 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 (TRS: 711) 1-800-562-3022.

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

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 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, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍລິເວນ. 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 و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. با شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ 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] ተርጓሚትን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[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).

تقاضا برای پوشش مراقبت بهداشتی قسمت 1

نام متقاضی اصلی و اطلاعات تماس

1

نام کوچک	حرف اول نام میانی.	نام خانوادگی و پسوند
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	شماره تامین اجتماعی (SSN)*	جنسیت تعیین شده در بدو تولد
امضای متقاضی یا نماینده مجاز		مرد زن
آیا نشانی منزل دارید؟	بله	خیر

اگر پاسخ خیر است، در کدام شهرستان می‌خواهید خدمات مراقبت بهداشتی دریافت کنید؟
شما در هر صورت باید یک نشانی پستی ارائه دهید.

نشانی محل زندگی شما	شهر	ایالت	کد پستی
نشانی پستی (اگر متفاوت است)	شهر	ایالت	کد پستی
شماره تلفن اصلی	شماره تلفن ثانویه	نشانی ایمیل	

ممکن است لازم باشد که Washington Healthplanfinder در خصوص وضعیت تقاضای شما و/یا درخواست اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیرد. ترجیح می‌دهید که چگونه با شما تماس گرفته شود؟
تلفن ایمیل پست USPS

HCA* این اطلاعات را به منظور اجرای امور مهاجرتی در اختیار هیچیک از آژانسهای مهاجرتی قرار نمیدهد. اگر SSN ندارید، این قسمت را خالی بگذارید.

اطلاعات زبان

2

آیا شما یا فردی که برای او تقاضا می‌دهید، می‌خواهید مترجم شفاهی داشته باشید و اسناد را به زبانی به غیر از انگلیسی دریافت کنید؟
بله خیر

اگر پاسخ بله است، چه زبانی یا فرمت جایگزینی را می‌خواهید؟ تمام مواردی را که صدق میکنند، نام ببرید:



18001

آیا شما یا فردی که برای او تقاضا می‌دهید، به یک سند با فرمت جایگزین نیاز دارید؟
بله خیر

اگر پاسخ بله است، باید با کدام فرمت جایگزین برای شما ارسال کنیم؟
انگلیسی چاپ درشت خط بریل

اطلاعات بارداری

3

آیا فردی در خانواده شما باردار است؟ خیر بله

اطلاعات نماینده مجاز

4

1. نماینده مجاز (AREP) فرد بزرگسالی است که کاملاً از شرایط خانواده آگاه است و از طرف خانواده اجازه دارد برای اهداف واجد شرایط بودن اقدام کند. این با همکاری با راهنما یا واسطه تفاوت دارد.
2. اگر متقاضی به دلیل شرایط پزشکی نتواند یک AREP تعیین کند، یک فرد میتواند با تکمیل فرم تعیین نماینده مجاز (DSHS 14-532) در dshs.wa.gov/authorized-rep-form خود را به عنوان AREP معرفی کند.
3. با تعیین نماینده مجاز، شما به نماینده مجاز خود اجازه میدهید که:
 - تقاضانامه را از جانب شما امضا کند؛
 - اطلاعاتیهای مربوط به تقاضانامه و حساب شما را دریافت کند؛ و
 - در تمام امور مربوط به تقاضانامه و حساب از جانب شما اقدام کند.

الف. الف. آیا یک نماینده مجاز تعیین میکنید؟ خیر بله

ب. ب. آیا میخواهید نماینده مجاز شما اطلاعاتیهای مربوط به تقاضانامه و حساب شما را نیز دریافت کند؟ خیر بله

شماره تلفن

نام/سازمان نماینده مجاز

نشانی ایمیل

نشانی پستی نماینده مجاز

اطلاعات درباره خانواده شما

5

شما باید این افراد را در تقاضانامه خود قید کنید: همسر خود، فرزندان خود که با شما زندگی میکنند، تمام والدینی که در خانه با فرزندشان زندگی میکنند، و هر فردی که میخواهید او را در اظهارنامه مالیات بر درآمد خود، در صورت تهیه اظهارنامه، قید کنید. **برای اشتراکگذاری اطلاعات درباره خانواده خود از صفحات 9 تا 16 استفاده کنید.**

اگر قرار است که یک شخص دیگر شما را به عنوان فرد وابسته مالیاتی در اظهارنامه مالیاتی خود قید کند، باید تمام اعضای خانواده پرونده مالیاتی را بگنجانید به طوریکه نام شما و هر یک از اعضای خانواده که با شما زندگی میکنند، قید شود.

برای درخواست پوشش مراقبت بهداشتی نیازی به تشکیل پرونده مالیاتی ندارید.

متقاضی اصلی (خودم)

6

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)

نام خانوادگی

حرف اول نام میانی

نام کوچک

آیا این فرد برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی تقاضا میدهد؟ خیر بله

الذات

نسبت با شما:

(برای افرادی که درخواست پوشش نمیدهند، ارائه شماره تامین اجتماعی (SSN) یا وضعیت شهروندی اختیاری است)

وضعیت شهروند یا غیر-شهروند: (یک مورد را علامت بزنید)

فرد غیر-شهروند که به طور قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور دارد

شهروند ایالات متحده آمریکا یا تبعه ایالات متحده آمریکا

سایر موارد

اگر شما یک فرد غیر-شهروند هستید که به طور قانونی حضور دارید، اطلاعات زیر را وارد کنید:

نوع سند مهاجرت:	شماره "A":	شماره رسید یا سایر شمارهها:
شماره گذرنامه خارجی:	کشور صادرکننده:	
تاریخ ورود: (ماه/روز/سال)	تاریخ انقضای سند: (ماه/روز/سال)	

وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی مورد انتظار برای سال جاری (یک مورد را انتخاب کنید)

- | | |
|---|---|
| تشکیل پرونده مالیاتی به صورت مجرد | وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید شده است |
| سرپرست خانوار | وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید نشده است |
| بیوه واجد شرایط همراه با فرزند تحت تکفل | فرد پرونده مالیاتی تشکیل نداده است و وابسته مالیاتی نبوده است |
| تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور جداگانه | |
| تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور مشترک: | |
| نام فرد اصلی که باید پرونده مالیاتی تشکیل دهد: | |

آیا وضعیت پرونده مالیاتی شما در سال گذشته مانند سال جاری و به صورت فوقالذکر بوده است؟ خیر بله

اگر پاسخ خیر است، وضعیت پرونده مالیاتی سال گذشته را قید کنید: **(پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تاثیر نمیگذارد)**

اگر این تقاضانامه را بین 11/01 تا 12/31 امسال ارائه می‌دهید، آیا انتظار دارید که سال آینده نیز همان وضعیت مالیاتی امسال را ثبت کنید؟ خیر بله

نژاد (اختیاری - تمام مواردی را که صدق میکنند، علامت بزنید)

سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	فیلیپینی	لائوس	ویتنامی
هندی آسیایی	گوامانی	دیگر ساکنان آسیایی جزایر اقیانوس آرام	سفیدپوست
سیاهپوست یا آمریکایی آفریقایی	بومیان هاوایی	سایر نژادها	
اهل کامبوج	ژاپنی	ساموآیی	
چینی	کرهای	تایلندی	

آیا شما هیسپانیک، لاتین، یا اسپانیایی‌تبار هستید؟

کوبایی	مکزیک/مکزیک-آمریکایی/آمریکایی مکزیکیتبار	غیر اسپانیایی/هیسپانیک
سایر نژادهای اسپانیایی/هیسپانیک	اهل پورتوریکو	

چرا اینها را جمع‌آوری میکنیم - ما از این اطلاعات برای کمک به ارتقای عدالت در سلامت و افزایش دسترسی همه افراد به مراقبت بهداشتی استفاده می‌کنیم. اطلاعاتی که شما ارائه می‌کنید، مانع از ثبت نام شما در طرح سلامت نمی‌شود.

نام کوچک _____ حرف اول نام میانی _____ نام خانوادگی _____ تاریخ تولد (ماه/روز/سال) _____

آیا این فرد برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی تقاضا میدهد؟ خیر بله جنسیت تعیین شده در بدو تولد مرد زن

نسبت با شما (برای مثال، همسر، همخانه، شریک زندگی)

ارائه شماره تامین اجتماعی (SSN) یا وضعیت شهروندی برای افرادی که درخواست پوشش نمیدهند، اختیاری است)

وضعیت شهروند یا غیر-شهروند: (یک مورد را علامت بزنید)

شهروند ایالات متحده آمریکا یا تبعه ایالات متحده آمریکا _____ فرد غیر-شهروند که به طور قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور دارد _____ سایر موارد _____

شماره تامین اجتماعی (SSN):

اگر شما یک فرد غیر-شهروند هستید که به طور قانونی حضور دارید، اطلاعات زیر را وارد کنید:

نوع سند مهاجرت: _____ شماره "A": _____ شماره رسید یا سایر شمارهها: _____

شماره گذرنامه خارجی: _____ کشور صادرکننده: _____

تاریخ ورود: (ماه/روز/سال) _____ تاریخ انقضای سند: (ماه/روز/سال) _____

وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی مورد انتظار برای سال جاری (یک مورد را انتخاب کنید)

تشکیل پرونده مالیاتی به صورت مجرد _____ وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید شده است

سرپرست خانوار _____ وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید نشده است

بیوه واجد شرایط همراه با فرزند تحت تکفل _____ فرد پرونده مالیاتی تشکیل نداده است و وابسته مالیاتی نبوده است

تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور جداگانه _____

تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور مشترک: _____

نام فرد اصلی که باید پرونده مالیاتی تشکیل دهد: _____

آیا وضعیت پرونده مالیاتی شما در سال گذشته مانند سال جاری و به صورت فوق‌الذکر بوده است؟ خیر بله

اگر پاسخ خیر است، وضعیت پرونده مالیاتی سال گذشته را قید کنید: **(پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تاثیر نمیگذارد)**

اگر این تقاضانامه را بین 11/01 تا 12/31 امسال ارائه میدهید، آیا انتظار دارید که سال آینده نیز همان وضعیت مالیاتی امسال را ثبت کنید؟ خیر بله

نژاد (اختیاری - تمام مواردی را که صدق میکنند، علامت بزنید)

ویتنامی	لائوس	فیلیپینی	سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا
سفیدپوست	دیگر ساکنان آسیایی جزایر اقیانوس آرام	گوامانی	هندی آسیایی
	سایر نژادها	بومیان هاوایی	سیاهپوست یا آمریکایی آفریقایی
	ساموآیی	ژاپنی	اهل کامبوج
	تایلندی	کرهای	چینی

آیا شما هیسپانیک، لاتین، یا اسپانیایی‌تبار هستید؟

کوبایی	مکزیک/مکزیک-آمریکایی/آمریکایی مکزیکی‌تبار	غیر اسپانیایی/هیسپانیک
سایر نژادهای اسپانیایی/هیسپانیک	اهل پورتوریکو	

چرا اینها را جمع‌آوری میکنیم - ما از این اطلاعات برای کمک به ارتقای عدالت در سلامت و افزایش دسترسی همه افراد به مراقبت بهداشتی استفاده می‌کنیم. اطلاعاتی که شما ارائه می‌کنید، مانع از ثبت نام شما در طرح سلامت نمی‌شود.

آیا سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هستید؟ خیر بله

فهرست فرزندان / وابستگان مالیاتی/سایر اعضای خانوار #1

8

نام کوچک حرف اول نام میانی نام خانوادگی تاریخ تولد (ماه/روز/سال)

آیا این فرد برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی تقاضا میدهد؟ خیر بله جنسیت تعیین شده در بدو تولد مرد زن

نسبت با شما (برای مثال، فرزند، نوه، دختر خواهر/برادر، پسر خواهر/برادر، خواهر و برادر)

ارائه شماره تامین اجتماعی (SSN) یا وضعیت شهروندی برای افرادی که درخواست پوشش نمیدهند، اختیاری است)

وضعیت شهروندی یا غیر-شهروندی: (یک مورد را علامت بزنید)

شهروند ایالات متحده آمریکا یا تبعه ایالات متحده آمریکا فرد غیر-شهروند که به طور قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور دارد

سایر موارد

شماره تامین اجتماعی (SSN):

اگر شما یک فرد غیر-شهروند هستید که به طور قانونی حضور دارید، اطلاعات زیر را وارد کنید:

نوع سند مهاجرت: شماره "A": شماره رسید یا سایر شمارهها:

شماره گذرنامه خارجی: کشور صادرکننده:

تاریخ ورود: (ماه/روز/سال) تاریخ انقضای سند: (ماه/روز/سال)

وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی مورد انتظار برای سال جاری (یک مورد را انتخاب کنید)

تشکیل پرونده مالیاتی به صورت مجرد
وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید شده است

سرپرست خانوار
وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید نشده است

بیوه واجد شرایط همراه با فرزند تحت تکفل
فرد پرونده مالیاتی تشکیل نداده است و وابسته مالیاتی نبوده است

تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور جداگانه
تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور مشترک:

نام فرد اصلی که باید پرونده مالیاتی تشکیل دهد:

آیا وضعیت پرونده مالیاتی شما در سال گذشته مانند سال جاری و به صورت فوقالذکر بوده است؟ خیر بله

اگر پاسخ خیر است، وضعیت پرونده مالیاتی سال گذشته را قید کنید: (پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تاثیر نمیگذارد)

اگر این تقاضانامه را بین 11/01 تا 12/31 امسال ارائه میدهید، آیا انتظار دارید که سال آینده نیز همان وضعیت مالیاتی امسال را ثبت کنید؟ خیر بله

نژاد (اختیاری - تمام مواردی را که صدق میکنند، علامت بزنید)

سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	فیلیپینی	لائوس	ویتنامی
هندی آسیایی	گوامانی	دیگر ساکنان آسیایی جزایر اقیانوس آرام	سفیدپوست
سیاهپوست یا آمریکایی آفریقایی	بومیان هاوایی	سایر نژادها	
اهل کامبوج	ژاپنی	ساموآیی	
چینی	کرهای	تایلندی	

آیا شما هیسپانیک، لاتین، یا اسپانیایی‌تبار هستید؟

کوبایی	مکزیک/مکزیک-آمریکایی/آمریکایی مکزیکی‌تبار	غیر اسپانیایی/هیسپانیک
سایر نژادهای اسپانیایی/هیسپانیک	اهل پورتوریکو	

چرا اینها را جمع‌آوری میکنیم - ما از این اطلاعات برای کمک به ارتقای عدالت در سلامت و افزایش دسترسی همه افراد به مراقبت بهداشتی استفاده می‌کنیم. اطلاعاتی که شما ارائه می‌کنید، مانع از ثبت نام شما در طرح سلامت نمی‌شود.

آیا سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هستید؟ خیر بله

فهرست فرزندان / وابستگان مالیاتی/ سایر اعضای خانوار #2

8

نام کوچک حرف اول نام میانی نام خانوادگی تاریخ تولد (ماه/روز/سال)

آیا این فرد برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی تقاضا میدهد؟ خیر بله جنسیت تعیین شده در بدو تولد مرد زن

نسبت با شما (برای مثال، فرزند، نوه، دختر خواهر/برادر، پسر خواهر/برادر، خواهر و برادر)

ارائه شماره تامین اجتماعی (SSN) یا وضعیت شهروندی برای افرادی که درخواست پوشش نمیدهند، اختیاری است)

وضعیت شهروندی یا غیر-شهروندی: (یک مورد را علامت بزنید)

شهروند ایالات متحده آمریکا یا تبعه ایالات متحده آمریکا
فرد غیر-شهروندی که به طور قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور دارد
سایر موارد

شماره تامین اجتماعی (SSN):

اگر شما یک فرد غیر-شهروندی هستید که به طور قانونی حضور دارید، اطلاعات زیر را وارد کنید:

نوع سند مهاجرت:	شماره "A":	شماره رسید یا سایر شمارهها:
شماره گذرنامه خارجی:	کشور صادرکننده:	
تاریخ ورود: (ماه/روز/سال)	تاریخ انقضای سند: (ماه/روز/سال)	

وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی مورد انتظار برای سال جاری (یک مورد را انتخاب کنید)

تشکیل پرونده مالیاتی به صورت مجرد	وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید شده است
سرپرست خانوار	وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید نشده است
بیوه واجد شرایط همراه با فرزند تحت تکفل	فرد پرونده مالیاتی تشکیل نداده است و وابسته مالیاتی نبوده است
تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور جداگانه	
تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور مشترک:	
نام فرد اصلی که باید پرونده مالیاتی تشکیل دهد:	

آیا وضعیت پرونده مالیاتی شما در سال گذشته مانند سال جاری و به صورت فوقالذکر بوده است؟ خیر بله

اگر پاسخ خیر است، وضعیت پرونده مالیاتی سال گذشته را قید کنید: (پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تأثیر نمیگذارد)

اگر این تقاضانامه را بین 11/01 تا 12/31 امسال ارائه میدهید، آیا انتظار دارید که سال آینده نیز همان وضعیت مالیاتی امسال را ثبت کنید؟
خیر بله

نژاد (اختیاری - تمام مواردی را که صدق میکنند، علامت بزنید)

سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا	فیلیپینی	لائوس	ویتنامی
هندی آسیایی	گوامانی	دیگر ساکنان آسیایی جزایر اقیانوس آرام	سفیدپوست
سیاهپوست یا آمریکایی آفریقایی	بومیان هاوایی	سایر نژادها	
اهل کامبوج	ژاپنی	ساموآیی	
چینی	کرهای	تایلندی	

آیا شما هیسپانیک، لاتین، یا اسپانیایی‌تبار هستید؟

کوبایی / مکزیکی / مکزیکی-آمریکایی / آمریکایی مکزیکی‌تبار / غیر اسپانیایی / هیسپانیک
سایر نژادهای اسپانیایی / هیسپانیک / اهل پورتوریکو

چرا اینها را جمع‌آوری میکنیم - ما از این اطلاعات برای کمک به ارتقای عدالت در سلامت و افزایش دسترسی همه افراد به مراقبت بهداشتی استفاده می‌کنیم. اطلاعاتی که شما ارائه می‌کنید، مانع از ثبت نام شما در طرح سلامت نمی‌شود.

آیا سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هستید؟ خیر بله

فهرست فرزندان / وابستگان مالیاتی / سایر اعضای خانوار #3

8

نام کوچک	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)
آیا این فرد برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی تقاضا میدهد؟	خیر	بله	جنسیت تعیین شده در بدو تولد
زن	مرد		

نسبت با شما (برای مثال، فرزند، نوه، دختر خواهر/برادر، پسر خواهر/برادر، خواهر و برادر)

ارائه شماره تامین اجتماعی (SSN) یا وضعیت شهروندی برای افرادی که درخواست پوشش نمیدهند، اختیاری است

وضعیت شهروندی یا غیر-شهروندی: (یک مورد را علامت بزنید)

شهروند ایالات متحده آمریکا یا تبعه ایالات متحده آمریکا / فرد غیر-شهروند که به طور قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور دارد / سایر موارد

شماره تامین اجتماعی (SSN):

اگر شما یک فرد غیر-شهروند هستید که به طور قانونی حضور دارید، اطلاعات زیر را وارد کنید:

نوع سند مهاجرت: شماره "A": شماره رسید یا سایر شمارهها:

شماره گذرنامه خارجی: کشور صادرکننده:

تاریخ ورود: (ماه/روز/سال) تاریخ انقضای سند: (ماه/روز/سال)

وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی مورد انتظار برای سال جاری (یک مورد را انتخاب کنید)

تشکیل پرونده مالیاتی به صورت مجرد	وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید شده است
سرپرست خانوار	وابسته مالیاتی فردی که نام او در تقاضانامه قید نشده است
بیوه واجد شرایط همراه با فرزند تحت تکفل	فرد پرونده مالیاتی تشکیل نداده است و وابسته مالیاتی نبوده است
تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور جداگانه	
تشکیل پرونده مالیاتی به صورت متاهل به طور مشترک:	

نام فرد اصلی که باید پرونده مالیاتی تشکیل دهد:

آیا وضعیت پرونده مالیاتی شما در سال گذشته مانند سال جاری و به صورت فوق‌الذکر بوده است؟ خیر بله

(پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تاثیر نمیگذارد)

اگر پاسخ خیر است، وضعیت پرونده مالیاتی سال گذشته را قید کنید:

اگر این تقاضانامه را بین 11/01 تا 12/31 امسال ارائه می‌دهید، آیا انتظار دارید که سال آینده نیز همان وضعیت مالیاتی امسال را ثبت کنید؟
بله خیر

نژاد (اختیاری - تمام مواردی را که صدق میکنند، علامت بزنید)

ویتنامی	لائوس	فیلیپینی	سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا
سفیدپوست	دیگر ساکنان آسیایی جزایر اقیانوس آرام	گوامانی	هندی آسیایی
	سایر نژادها	بومیان هاوایی	سیاهپوست یا آمریکایی آفریقایی
	ساموآیی	ژاپنی	اهل کامبوج
	تایلندی	کرهای	چینی

آیا شما هیسپانیک، لاتین، یا اسپانیایی‌تبار هستید؟

کوبایی	مکزیک/مکزیک-آمریکایی/آمریکایی مکزیکی‌تبار	غیر اسپانیایی/هیسپانیک
سایر نژادهای اسپانیایی/هیسپانیک	اهل پورتوریکو	

چرا اینها را جمع‌آوری میکنیم - ما از این اطلاعات برای کمک به ارتقای عدالت در سلامت و افزایش دسترسی همه افراد به مراقبت بهداشتی استفاده می‌کنیم. اطلاعاتی که شما ارائه می‌کنید، مانع از ثبت نام شما در طرح سلامت نمی‌شود.

آیا سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هستید؟
بله خیر

برای گنجاندن سایر اعضای خانواده، یک برگه حاوی اطلاعات درخواست شده درباره هر فرد را ضمیمه کنید.

اطلاعات درباره خانوار شما

9

اطلاعات درباره سرخپوستان آمریکایی و بومیان آلاسکا

سرخپوستان آمریکایی و بومیان آلاسکا میتوانند واجد شرایط دریافت حمایت‌های ویژه Apple Health و مزایای ویژه‌هاژ طریق Washington Healthplanfinder باشند. جدول زیر را برای هر یک از افرادی که از جانب او تقاضا می‌دهید و از نژاد سرخپوستان آمریکایی یا بومیان آلاسکا هستند، تکمیل کنید.

نام فرد	نام قبیله
عضو یک قبیله، گروه، پوابلو یا رانچریا که از سوی فدرال به رسمیت شناخته میشود؛	
سهامدار در یک شرکت محلی یا روستایی بومی آلاسکا	بله خیر
نام فرد	نام قبیله
عضو یک قبیله، گروه، پوابلو یا رانچریا که از سوی فدرال به رسمیت شناخته میشود؛	

سهامدار در یک شرکت محلی یا روستایی بومی آلاسکا

خیر

بله

نام فرد

نام قبیله

عضو یک قبیله، گروه، پوابلو یا رانچریا که از سوی فدرال به رسمیت شناخته میشود؛

سهامدار در یک شرکت محلی یا روستایی بومی آلاسکا

خیر

بله

نام فرد

نام قبیله

عضو یک قبیله، گروه، پوابلو یا رانچریا که از سوی فدرال به رسمیت شناخته میشود؛

سهامدار در یک شرکت محلی یا روستایی بومی آلاسکا

خیر

بله

سکونت

ساکن واشنگتن فردی است که در حال حاضر در واشنگتن سکونت دارد، میخواهد در واشنگتن ساکن شود، از جمله افرادی که یک نشانی ثابت ندارند؛ یا فردی که با تعهد شغلی وارد ایالت شده است یا به دنبال کار میگردد.

آیا همه افرادی که برای دریافت پوشش مراقبت بهداشتی تقاضا میدهند، ساکن ایالت واشنگتن هستند؟

خیر

بله

اگر پاسخ خیر است، افرادی را که ساکن نیستند نام ببرید:

مصرف تنباکو

آیا هیچیک از اعضای خانواده نامبرده در این تقاضانامه در 6 ماه گذشته به طور منظم از محصولات تنباکو استفاده کردهاند؟

بله

خیر

اگر پاسخ بله است، نام آنها را وارد کنید:

(پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تاثیر نمیگذارد)

وابسته مالیاتی بزرگسال دارای معلولیت

یک فرد وابسته مالیاتی بزرگسال دارای معلولیت فردی است که به دلیل معلولیت قادر به کار نیست و به دریافت پشتیبانی از سوی عضو خانواده خود وابسته است.

آیا شما فرزند بزرگسالی دارید که معلول و تحت تکفل شما است و حداقل 26 سال دارد؟

بله

خیر

اگر پاسخ بله است، نام آنها را وارد کنید:

(پاسخ شما به این پرسش روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تاثیر نمیگذارد)

اطلاعات درباره بازداشت و زندان

1. آیا شما یا فردی که برای او درخواست می‌دهید، تحت بازداشت یا در زندان هستید؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، نام آنها را وارد کنید:

2. آیا رفع اتهامات در حال بررسی است؟ خیر بله

3. آیا تاریخ آزادی ظرف 30 روز آینده است؟ خیر بله

ثبتنام رایدهندگان

اگر برای رای دهی در محل زندگی فعلی خود ثبتنام نکرده‌اید، آیا می‌خواهید برای رایدهی ثبتنام کنید؟ خیر بله

با انتخاب "بله" یک فرم ثبتنام رایدهندگان به شما ارائه خواهد شد.

تقاضا برای ثبتنام یا امتناع از ثبتنام در رایدهی روی مقدار کمک دریافتی شما یا واجد شرایط بودن شما تأثیر نخواهد گذاشت.

اگر برای تکمیل تقاضانامه ثبتنام رایدهندگان کمک می‌خواهید، می‌توانید از طریق خط تلفن رایگان ثبتنام رایدهندگان واشنگتن به شماره 1-800-448-4881 کمک دریافت کنید. تصمیمگیری درباره درخواست یا پذیرفتن کمک با شما است. شما می‌توانید یک تقاضانامه را به صورت خصوصی پر کنید.

اگر معتقد هستید که فردی در حق شما مبنی بر ثبتنام برای رایدهی یا امتناع از ثبتنام برای رایدهی یا حق شما مبنی بر داشتن حریم خصوصی هنگام تصمیمگیری درباره ثبتنام دخالت کرده است، می‌توانید شکایت خود را نزد Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504، ایمیل elections@sos.wa.gov، یا شماره تماس 1-800-448-4881 مطرح کنید.

امضا برای متقاضیان طرح سلامت واجد شرایط

دست نگه دارید: شما می‌توانید واجد شرایط پوشش رایگان یا کم-هزینه باشید. اگر نمی‌خواهید درآمدهای شما در نظر گرفته شود و مایل هستید که در یک طرح سلامت واجد شرایط (QHP) ثبتنام کنید، قسمت زیر را امضا کنید و تقاضانامه خود را ارائه دهید. شما کل هزینه پوشش سلامت خود را پرداخت خواهید کرد و لازم نیست قسمت 2 از این تقاضانامه را تکمیل کنید.

حقوق و مسئولیت‌هایم را مطالعه کرده‌ام یا برای من توضیح داده شده‌اند.

با امضای این تقاضانامه، شما موافقت می‌کنید که Washington Healthplanfinder اطلاعات شما را در اختیار سایر سازمان‌های ایالتی و فدرال قرار دهد.

تاریخ

امضا

ادامه: برای درخواست Washington Apple Health (Medicaid) یا اعتبارهای مالیاتی جهت کاهش حق بیمه خود، باید قسمت 2 از این تقاضانامه را تکمیل کنید.

اطلاعات درباره بیمه سلامت

1

آیا شما یا فردی که برای او درخواست می‌دهید، پوشش بیمه سلامت دیگری به غیر از Washington Apple Health (Medicaid یا CHIP) دارید؟
(برای مثال بیمه خصوصی یا کارفرمایی، بیمه سلامت فردی، بیمه با مزایای محدود، Medicare، کهنه سربازان،
Tri-Care، Peace Corps، و سایر بیمه‌ها) خیر بله
اگر پاسخ بله است، اطلاعات را در جدول زیر ارائه دهید. اگر بیش از یک نفر بیمه دیگری دارند، از برگه اضافی استفاده کنید.

نام شرکت بیمه یا کارفرما:	شماره بیمه‌نامه:	شماره گروه:
نام بیمه‌گذار/کارمند:	تاریخ تولد بیمه‌گذار:	
تمام اعضای خانوار تحت پوشش این طرح را نام ببرید:	تمام اعضای خانوار تحت پوشش این طرح را نام ببرید:	
تمام اعضای خانوار تحت پوشش این طرح را نام ببرید:	تمام اعضای خانوار تحت پوشش این طرح را نام ببرید:	
تمام اعضای خانوار تحت پوشش این طرح را نام ببرید:	تمام اعضای خانوار تحت پوشش این طرح را نام ببرید:	

بیمه سلامت فرزندان

2

اگر برای پوشش فرزند درخواست نمی‌دهید، از این پرسش رد شوید و به بخش بعدی (اطلاعات صورتحساب پزشکی پرداخت نشده) بروید.

آیا بیمه سلامت شما فرزندان را پوشش می‌دهد؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، نام فرزند را وارد کنید:

آیا در چهار ماه گذشته پوشش بیمه سلامت فرزندان زیر 19 سال خود را حذف کرده‌اید؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، چه زمانی پوشش بیمه به پایان رسید؟

اطلاعات صورتحساب پزشکی پرداخت نشده

3

آیا شما یا فردی که برای او درخواست می‌دهید در پرداخت صورتحسابهای پزشکی پرداخت نشده مربوط به خدمات دریافتی در 3 ماه قبل از ماه جاری به کمک نیاز دارید؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید:

شما یا اعضای خانواده می‌توانید واجد شرایط پوشش وضعیت‌های اورژانسی محدود باشید حتی اگر به خاطر وضعیت مهاجرت خود واجد شرایط دریافت سایر پوشش‌ها نباشید.

تمام کادرهای مربوط به افراد غیر-شهروند که برای آنها درخواست می‌دهید را علامت بزنید و نام آنها را در قسمت مشخص شده وارد کنید:

در این ماه یا طی سه ماه گذشته به خاطر یک وضعیت فوریت پزشکی تحت درمان بوده است:

چه کسی: _____

به دیالیز یا درمان سرطان نیاز دارد: چه کسی: _____

به خاطر پیوند عضو، به داروی ضد رد پیوند نیاز دارد: چه کسی: _____

به مراقبت در آسایشگاه، خانه سالمندان، یا مراقبت در منزل نیاز دارد: چه کسی: _____

اطلاعات درباره بارداری

5

آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده شما باردار هستید؟ خیر بله
(اگر بیش از یک نفر به پایان دوره بارداری رسیده است، از خط دوم استفاده کنید.) اگر پاسخ بله است،

نام را وارد کنید: _____ تاریخ زایمان: _____ تعداد مورد انتظار: _____

نام را وارد کنید: _____ تاریخ زایمان: _____ تعداد مورد انتظار: _____

آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده نامبرده در این تقاضانامه در 12 ماه گذشته باردار بودهاید؟ خیر بله

(اگر بیش از یک نفر به پایان دوره بارداری رسیده است، از خط دوم استفاده کنید.) اگر پاسخ بله است،

نام را وارد کنید: _____ تاریخ پایان بارداری: _____

نام را وارد کنید: _____ تاریخ پایان بارداری: _____

این بخش به ما کمک میکند میزان درآمد ناخالص تعدیل شده (MAGI) خانواده شما را تعیین کنیم. باید از درآمد MAGI برای تعیین اینکه شما واجد شرایط اکثر برنامه‌های پوشش مراقبت بهداشتی هستید یا خیر استفاده شود. لطفاً در خصوص هر یک از اعضای خانواده که برای آنها درخواست می‌دهید، به پرسشهای زیر با دقت پاسخ بدهید. فقط اطلاعات مربوط به نوع درآمد مذکور را وارد کنید.

شما باید اطلاعات مربوط به درآمد ناخالص ماهانه جاری خودتان، همسران و هر یک از افراد زیر سن قانونی و وابستگان مالیاتی را صرف نظر از سن آنها وارد کنید، مگر اینکه فرد زیر سن قانونی یا وابسته مالیاتی ملزم به تشکیل پرونده مالیاتی نباشد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه گزارش درآمد، به wahbexchange.org/how-to-report-income مراجعه کنید

توجه: لازم نیست سرخپوستان آمریکایی/بومیان آلاسکا (AI/AN) درآمد AI/AN را که "خدمات درآمد داخلی" آن را از درآمد ناخالص مشمول مالیات AI/AN معاف کرده است، گزارش بدهند. به علاوه، طبق توضیحات در WAC 182-509-0340 لازم نیست AI/AN ها برخی از درآمدها را برای Washington Apple Health (Medicaid) گزارش بدهند.

درآمد حاصل از شغل: آیا شما یا فردی که برای او درخواست می‌دهید، در حال حاضر شاغل هستید؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، نام فرد شاغل، نام کارفرما، و مبلغ ناخالص ماهانه **فعلی** که کارمند به صورت دستمزد، حقوق یا انعام دریافت میکند را وارد کنید. درآمد خود-اشتغالی را در این بخش وارد نکنید. اگر کاملاً مشخص است که در آینده تغییراتی به وجود می‌آید، میتوانید میانگین درآمد خود را ارائه دهید. مبلغ ماهانه را طبق توضیحات در WAC 182-509-0310 با گرفتن میانگین درآمد در یک بازه زمانی نمونه تخمین بزنید.

نام فرد شاغل _____ نام کارفرما _____
 نام کارفرما _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

درآمد ماهانه ناخالص (قبل از کسر مالیات) (دستمزد، حقوق، انعام، شرکت سهامی، شرکت اس) \$: _____

آیا کارفرما به این فرد بیمه سلامت ارائه داده است؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، تمام اعضای خانواده که بیمه میشوند را نام ببرید

کمترین حق بیمه ماهانه که این کارفرما فقط برای پوشش بیمه کارمند ارائه میدهد، چیست؟ \$: _____

کمترین حق بیمه ماهانه که این کارفرما برای پوشش بیمه خانواده شما ارائه میدهد، چیست؟* \$: _____

نام فرد شاغل _____ نام کارفرما _____
 نام کارفرما _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

درآمد ماهانه ناخالص (قبل از کسر مالیات) (دستمزد، حقوق، انعام، شرکت سهامی، شرکت اس) \$: _____

آیا کارفرما به این فرد بیمه سلامت ارائه داده است؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، تمام اعضای خانواده که بیمه میشوند را نام ببرید

:\$

کمترین حق بیمه ماهانه که این کارفرما فقط برای پوشش بیمه کارمند ارائه میدهد، چیست؟

:\$

کمترین حق بیمه ماهانه که این کارفرما برای پوشش بیمه خانواده شما ارائه میدهد، چیست؟*

نام فرد شاغل	نام کارفرما
نشانی کارفرما	شهر
	ایالت
	کد پستی

:\$

درآمد ماهانه ناخالص (قبل از کسر مالیات) (دستمزد، حقوق، انعام، شرکت سهامی، شرکت اس)

آیا کارفرما به این فرد بیمه سلامت ارائه داده است؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، تمام اعضای خانواده که بیمه میشوند را نام ببرید

:\$

کمترین حق بیمه ماهانه که این کارفرما فقط برای پوشش بیمه کارمند ارائه میدهد، چیست؟

:\$

کمترین حق بیمه ماهانه که این کارفرما برای پوشش بیمه خانواده شما ارائه میدهد، چیست؟*

***حتی اگر قصد ندارید بیمه کارفرما را برای سایر اعضای خانواده خود قبول کنید، این اطلاعات را ارائه دهید. پاسخ شما به این پرسشها روی واجد شرایط بودن شما برای دریافت Apple Health تاثیر نمیگذارد.**

درآمد خود-اشتغالی: آیا شما یا هر فردی که برای او درخواست می‌دهید، در حال حاضر خود-اشتغال هستید؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، درآمد خالص ماهانه تخمینی فعلی (سود پس از پرداخت هزینه‌های کسب و کار) حاصل از خود-اشتغالی را وارد کنید. لطفاً برای مشاهده هزینه‌های معقول کسب و کار به صفحه ii رجوع کنید. اگر کاملاً مشخص است که در آینده تغییراتی به وجود می‌آید، میتوانید میانگین درآمد خود را ارائه دهید. مبلغ ماهانه را طبق توضیحات در WAC 182-509-0370 با گرفتن میانگین درآمد در یک بازه زمانی نمونه تخمین بزنید.

نام فرد خود-اشتغال	نام شرکت (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه (درآمد شرکت سهامی یا شرکت اس را در اینجا وارد نکنید)
نام فرد خود-اشتغال	نام شرکت (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه (درآمد شرکت سهامی یا شرکت اس را در اینجا وارد نکنید)
نام فرد خود-اشتغال	نام شرکت (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه (درآمد شرکت سهامی یا شرکت اس را در اینجا وارد نکنید)

درآمد حاصل از تامین اجتماعی: آیا شما یا فردی که برای او درخواست می‌دهید، از تامین اجتماعی مستمری دریافت می‌کنید؟ خیر بله
اگر پاسخ بله است، درآمد دریافتی از اداره تامین اجتماعی مربوط به مزایای بازنشستگی، معلولیت، یا بازماندگان را وارد کنید. درآمد تامین اجتماعی تکمیلی (SSI) را گزارش ندهید.

نام فرد دریافت کننده تامین اجتماعی (به غیر از SSI)	درآمد ناخالص ماهانه
نام فرد دریافت کننده تامین اجتماعی (به غیر از SSI)	درآمد ناخالص ماهانه
نام فرد دریافت کننده تامین اجتماعی (به غیر از SSI)	درآمد ناخالص ماهانه

درآمد حاصل از اجاره: آیا شما یا فردی که برای او درخواست می‌دهید، درآمد حاصل از اجاره دریافت می‌کنید؟ خیر بله
اگر پاسخ بله است، درآمد ماهانه دریافتی حاصل از اجاره املاک یا ملک شخصی را وارد کنید. درآمد خالص را بعد از کسر هزینه‌های معقول کسب و کار وارد کنید.

نام فرد دریافت کننده درآمد حاصل از اجاره	نام ملک (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه
نام فرد دریافت کننده درآمد حاصل از اجاره	نام ملک (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه
نام فرد دریافت کننده درآمد حاصل از اجاره	نام ملک (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه

شما باید اطلاعات مربوط به درآمد ناخالص ماهانه جاری خودتان، همسران و هر یک از افراد زیر سن قانونی و وابستگان مالیاتی را صرف نظر از سن آنها وارد کنید، مگر اینکه فرد زیر سن قانونی یا وابسته مالیاتی ملزم به تشکیل پرونده مالیاتی نباشد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه گزارش درآمد، به wahbexchange.org/how-to-report-income مراجعه کنید

توجه: لازم نیست سرخپوستان آمریکایی/بومیان آلاسکا (AI/AN) درآمد AI/AN را که "خدمات درآمد داخلی" آن را از درآمد ناخالص مشمول مالیات AI/AN معاف کرده است، گزارش بدهند. به علاوه، طبق توضیحات در WAC 182-509-0340 لازم نیست AI/AN ها برخی از درآمدها را برای Washington Apple Health (Medicaid) گزارش بدهند.

درآمد حاصل از شغل: آیا شما یا فردی که برای او درخواست می‌دهید، در حال حاضر شاغل هستید؟ خیر بله
اگر پاسخ بله است، نام فرد شاغل، نام کارفرما، و مبلغ ناخالص ماهانه **فعلی** فعلیکه کارمند به صورت دستمزد، حقوق یا انعام دریافت می‌کند را وارد کنید. درآمد خود-اشتغالی را در این بخش وارد نکنید. اگر کاملاً مشخص است که در آینده تغییراتی به وجود می‌آید، می‌توانید میانگین درآمد خود را ارائه دهید. مبلغ ماهانه را طبق توضیحات در WAC 182-509-0310 با گرفتن میانگین درآمد در یک بازه زمانی نمونه تخمین بزنید.

نام فرد شاغل	نام کارفرما
نشانی کارفرما	شهر
	ایالت
	کد پستی

درآمد ماهانه ناخالص (قبل از کسر مالیات) (دستمزد، حقوق، انعام، شرکت سهامی، شرکت اس)

نام فرد شاغل	نام کارفرما		
نشانی کارفرما	شهر	ایالت	کد پستی

درآمد ماهانه ناخالص (قبل از کسر مالیات) (دستمزد، حقوق، انعام، شرکت سهامی، شرکت اس)

نام فرد شاغل	نام کارفرما		
نشانی کارفرما	شهر	ایالت	کد پستی

درآمد ماهانه ناخالص (قبل از کسر مالیات) (دستمزد، حقوق، انعام، شرکت سهامی، شرکت اس)

درآمد خود-اشتغالی: آیا شما یا هر فردی که برای او درخواست می‌دهید، در حال حاضر خود-اشتغال هستید؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، درآمد خالص ماهانه تخمینی فعلی (سود پس از پرداخت هزینه‌های کسب و کار) حاصل از خود-اشتغالی را وارد کنید. لطفاً برای مشاهده هزینه‌های معقول کسب و کار به صفحه ii رجوع کنید. اگر کاملاً مشخص است که در آینده تغییراتی به وجود می‌آید، می‌توانید میانگین درآمد خود را ارائه دهید. مبلغ ماهانه را طبق توضیحات در WAC 182-509-0370 با گرفتن میانگین درآمد در یک بازه زمانی نمونه تخمین بزنید.

نام فرد خود-اشتغال	نام شرکت (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه (درآمد شرکت سهامی یا شرکت اس را در اینجا وارد نکنید)
نام فرد خود-اشتغال	نام شرکت (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه (درآمد شرکت سهامی یا شرکت اس را در اینجا وارد نکنید)
نام فرد خود-اشتغال	نام شرکت (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه (درآمد شرکت سهامی یا شرکت اس را در اینجا وارد نکنید)

درآمد حاصل از تامین اجتماعی: آیا شما یا فردی که برای او درخواست می‌دهید، از تامین اجتماعی مستمری دریافت می‌کنید؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، درآمد دریافتی از اداره تامین اجتماعی مربوط به مزایای بازنشستگی، معلولیت، یا بازماندگان را وارد کنید. درآمد تامین اجتماعی تکمیلی (SSI) را گزارش ندهید.

نام فرد دریافت کننده تامین اجتماعی (به غیر از SSI)	درآمد ناخالص ماهانه
نام فرد دریافت کننده تامین اجتماعی (به غیر از SSI)	درآمد ناخالص ماهانه
نام فرد دریافت کننده تامین اجتماعی (به غیر از SSI)	درآمد ناخالص ماهانه

درآمد حاصل از اجاره: آیا شما یا فردی که برای او درخواست می‌دهید، درآمد حاصل از اجاره دریافت می‌کنید؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، درآمد ماهانه دریافتی حاصل از اجاره املاک یا ملک شخصی را وارد کنید. درآمد خالص را بعد از کسر هزینه‌های معقول کسب و کار وارد کنید.

نام فرد دریافتکننده درآمد حاصل از اجاره	نام ملک (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه
نام فرد دریافتکننده درآمد حاصل از اجاره	نام ملک (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه
نام فرد دریافتکننده درآمد حاصل از اجاره	نام ملک (در صورت وجود)	درآمد خالص ماهانه

سایر درآمدها

7

نفته فرزند یا مبالغ مربوط به کهنه‌سربازان غیر-مستمریبگیر را ننگ‌جانید. تمام مواردی را که صدق میکنند، علامت بزیند و به ما بگویند که چه کسی آن را دریافت میکند، چقدر و هر چند وقت یکبار دریافت میکند.

نفته / نفته همسر	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
مقرری سالانه یا	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
سود سرمایه	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
سود سهام، سهام	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
درآمد کشاورزی	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
درآمد خارجی	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
درآمد حاصل از سپرده	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
درآمد بهره	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
درآمد IRA	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
سایر درآمدهای مشمول مالیات	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
مزایای بازنشستگی راه‌آهن	چه کسی:	_____	_____	هر چند وقت یکبار:	_____

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

درآمد حق امتیاز چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

درآمد قبیل‌های مشمول مالیات چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

مزایای بیکاری چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

آیا امسال اعضای زیر 19 سال یا وابستگان مالیاتی نامبرده در این تقاضانامه از شرایط لازم برای ارائه اظهارنامه مالیاتی فدرال برخوردار هستند؟

بله خیر _____ نام

بله خیر _____ نام

بله خیر _____ نام

کسورات

8

این هزینه‌ها می‌توانند مبلغ درآمد شما را که برای برخی از پوشش‌های مراقبت بهداشتی در نظر می‌گیریم کاهش دهند، درست مانند IRS که از آنها برای کاهش مبلغ مالیات شما استفاده میکند. حتی اگر پاسخ ندهید، می‌توانید واجد شرایط دریافت پوشش مراقبت بهداشتی رایگان یا کم‌هزینه باشید.

نفقه / نفقه همسر پرداخت شده چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

برخی هزینه‌های کاری قابل مطالبه چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

هزینه‌های مربی چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

سهم حساب پسانداز سلامت چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

هزینه‌های جابجایی برای یک جابجایی جابجایی نظامی رسمی چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

چرخه برداشت زود هنگام از پسانداز چه کسی: _____ \$: _____ هر چند وقت یکبار: _____

_____	چه کسی:	_____	چه کسی:	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
_____	چه کسی:	_____	چه کسی:	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
_____	چه کسی:	_____	چه کسی:	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
_____	چه کسی:	_____	چه کسی:	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
_____	چه کسی:	_____	چه کسی:	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
_____	چه کسی:	_____	چه کسی:	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
_____	چه کسی:	_____	چه کسی:	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
_____	چه کسی:	_____	چه کسی:	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
_____	چه کسی:	_____	چه کسی:	_____	هر چند وقت یکبار:	_____
_____	چه کسی:	_____	چه کسی:	_____	هر چند وقت یکبار:	_____

سهم حساب بازنشستگی
قبل از مالیات

بیمه سلامت خود-اشتغالی

طرح بازنشستگی خود-اشتغالی

مالیات خود-اشتغالی

بهره وام دانشجویی

اطلاعات تکمیلی

9

?Do any of the members applying for coverage need any of these services

الف. خدمات مراقبتی بلند-مدت زیرا در حال حاضر در یک موسسه پزشکی، مانند آسایشگاه، زندگی میکنید یا قرار است به آنجا نقل مکان کنید. خیر بله

اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید: _____

نوع مرکز: _____

ب. یک پرستار خانگی؟ خیر بله اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید: _____

ج. خدمات مراقبتی خانه سالمندان؟ خیر بله اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید: _____

د. خدمات از طریق بخش معلولیت‌های رشدی؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید: _____

ه. مراقبت آسایشگاهی؟ خیر بله اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید: _____

و. پوشش مراقبت بهداشتی زیرا آنها به دلیل بیماری یا معلولیت قادر به کار نیستند؟ خیر بله

اگر پاسخ بله است، نام فرد را وارد کنید: _____

اگر هر یک از موارد زیر در مورد شما صدق کند، ممکن است لازم باشد که فرم HCA 18-005 را تکمیل کنید: hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf

- سن شما 65 به بالا است یا Medicare دارید.
- پاسخ شما به یکی از پرسشهای الف-و فوق بله بوده است.
- برای برنامه نیازمندان پزشکی (MN) یا Apple Health مخصوص کارگران دارای معلولیت (HWD) تقاضا می‌دهید.

قبل از امضا با دقت مطالعه کنید

10

افشای اطلاعات به سایر سازمانهای ایالتی و فدرال:

من به Washington Healthplanfinder اجازه می‌دهم که اطلاعات اظهارنامه مالیاتی من را در طول روند تمدید سالانه به مدت حداکثر 5 سال به طور الکترونیکی تایید کند. من میدانم که میتوانم در هر زمانی رضایت خود را پس بگیرم. با علامت زدن این کادر، اجازه می‌دهم که بدون اینکه اقدام دیگری از سوی من انجام گیرد، اعتبارهای مالیاتی در تمدید سالانه من اعمال شوند.

خیر بله

من حقوق و مسئولیتهایم را مطالعه کرده‌ام یا برای من توضیح داده شده‌اند و یک نسخه از حقوق و مسئولیتهای مشتری را دریافت کرده‌ام.

اظهاریه و امضا

11

برای درخواست پوشش رایگان یا کم-هزینه Washington Apple Health (Medicaid) یا اعتبارهای مالیاتی جهت کاهش حق بیمه خود، لازم است که قسمت زیر را امضا کنید.

من اطلاعات مندرج در این تقاضانامه را مطالعه کرده‌ام و از آنها اطلاع دارم. من، با اذعان به اطلاع از مجازات شهادت کذب، اعلام می‌کنم اطلاعاتی که در این تقاضانامه ارائه کرده‌ام، تا جاییکه میدانم، درست، صحیح، و کامل است.

امضا

تاریخ