

## Aplikacioni Apple Health i Uashingtonit për të moshuarit, të verbrit, personat me aftësi të kufizuara/ shërbime dhe mbështetje afatgjatë

### **Përdoreni këtë aplikacion për të parë se çfarë mbulimi i kujdesit shëndetësor mund të jetë i vlefshëm nëse:**

- Ju keni nevojë për shërbime dhe mbështetje afatgjatë (Long-Term Services and Supports - LTSS) siç janë kujdesi në shtëpi pleqsh, objekt me jetesë të asistuar, shtëpi familjare për të rritur, programet e kujdesit në shtëpi ose mbështetje e përshtatur për të rriturit e moshuar (Tailored Supports for Older Adults - TSOA).
- Ju ose dikush në familjen tuaj është i/e mbuluar nga Medicare.
- Ju nevojitet ndihmë për të paguar primet e Medicare ose koston e bashkë sigurimit.
- Ju ose dikush në familjen tuaj është 65 vjeç ose më i vjetër.
- Ju ose dikush në familjen tuaj është me aftësi të kufizuara dhe nuk mbulohet nga Medicare.
- Për TSOA: Ju jeni 55 vjeç ose më i vjetër dhe ju ose kujdestari juaj i papaguar keni nevojë për mbështetje.

**Shënim:** Aplikoni ose përtërieni mbulimin tuaj të Apple Health në internet nëpërmjet Washington Healthplanfinder në [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org) ose duke telefonuar në 1-855-923-4633 nëse:

- Jeni i/e rritur me moshë nga 19 deri 64 vjeç.
- Jeni duke aplikuar për fëmijë.
- Jeni prind ose kujdestar që aplikon me fëmijë.
- Jeni shtatzënë ose duke aplikuar për dikë që është shtatzënë.

### **Aplikoni më shpejtë nëpërmjet internetit**

- Ju mund të parashtroni aplikacionin nëpërmjet internetit në [washingtonconnection.org](http://washingtonconnection.org)

### **Informacioni që ju duhet për të aplikuar:**

- Numrat e sigurimit social
- Datat e lindjes
- Statusi i imigracionit
- Informacioni mbi të ardhurat
- Informacioni mbi burimet dhe asetet (siç janë bilancet e llogarive bankare, aksionet, obligacionet, trustet, llogaritë e pensionimit)

### **Pse kërkojmë kaq shumë informacion?**

- Ne do të përdorim informacionin për të përcaktuar se për çfarë mbulimi të kujdesit shëndetësor mund të kualifikoheni. Informacionet që ju jepni ne i mbajmë konfidenciale ashtu siç kërkohet nga ligji.

### **Ku duhet ta dërgoni aplikacionin tuaj të plotësuar dhe të nënshkruar**

### **Për programin e Apple Health të bazuar në aftësi të kufizuara, mbulimin për refugjatë dhe mbulimin për moshat 65+, dhe programet që ndihmojnë në pagimin e primeve dhe shpenzimeve të Medicare**

- Dërgoni aplikacionin tuaj me postë në:  
DSHS  
Community Services Division - Customer Service Center  
PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- Dërgoni aplikacionin tuaj me faks në 1-888-338-7410
- Çojeni aplikacionin tek zyra lokale për shërbime të komunitetit (Community Services Office (CSO)).
- Shiko [dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office](http://dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office) për vendndodhjet
- Aplikoni nëpërmjet internetit në [washingtonconnection.org](http://washingtonconnection.org)
- Aplikoni nëpërmjet telefonit në 1-877-501-2233

**Për mbulim afatgjatë të shërbimeve dhe mbështetjes siç janë kujdesi në shtëpi pleqsh, kujdesi personal në shtëpi, objekt me jetesë të asistuar, programet e shtëpisë së familjes për të rritur dhe TSOA**

- Dërgoni aplikacionin tuaj me postë në:  
DSHS  
Home and Community Services  
PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826
- Për të gjetur vendndodhjen e zyrës lokale për shërbime në shtëpi dhe komunitet (Home and Community Services (HCS)) vizitoni **[dshs.wa.gov/office-locations](https://dshs.wa.gov/office-locations)**
- Dërgoni aplikacionin tuaj me faks në 1-855-635-8305
- Aplikoni nëpërmjet internetit në **[washingtonconnection.org](https://www.washingtonconnection.org)**
- Për më shumë burime të LTSS vizitoni **[dshs.wa.gov/altsa/resources](https://dshs.wa.gov/altsa/resources)**
- Për më shumë burime të TSOA telefononi në 1-855-567-0252 ose kontaktoni agjencinë tuaj lokale për të moshuarit (Area Agency on Aging (AAA)) për të folur me specialistin a kujdesit familjarë. Gjeni vendndodhjen e zyrës tuaj lokale të AAA: **[waclc.org](https://www.waclc.org)**

# Të drejtat dhe përgjegjësitë e mbulimit të kujdesit shëndetësorë

## Të drejtat tuaja (ne duhet) për të gjitha programet e mbulimit të kujdesit shëndetësor

**Të ju ndihmojë të lexoni dhe plotësoni të gjithë formularët e kërkuar.** Ju mund të kontaktoni për ndihmë Departamentin për Shërbime Sociale dhe Shëndetësore (Department of Social and Health Services (DSHS)) në numrin 1-877-501-2233.

**Të ofrojmë shërbime interpretimi ose përkthimi** pa pagesë për juve dhe pa vonesë gjatë komunikimit me DSHS ose Autoritetin e Kujdesit Shëndetësorë (Health Care Authority (HCA)).

**Të ruajmë në mënyrë konfidenciale informacionet tuaja personale** por ne mund të ndajmë disa informacione me institucionet financiare shtetërore dhe federale të agjencive të tjera dhe kontraktuesit e HCA për qëllime të kualifikimit dhe regjistrimit.

**Të ju japim mundësinë të apeloni** nëse nuk jeni dakord me një përcaktim të bërë nga DSHS ose HCA i cili ndikon në kualifikimin tuaj për mbulim shëndetësor, shërbime dhe mbështetje afatgjatë (LTSS) ose një plan shëndetësor. Nëse kërkon një apel, rasti juaj do të shqyrtohet. Për informacion në lidhje me apelimet për programet e DSHS, mund të kontaktoni qendrën e kontaktit të shërbimit të klientit të DSHS në numrin 1-877-501-2233 ose të vizitoni zyrën tuaj lokale të shërbimeve të komunitetit.

Nëse apelimi ka të bëjë me një vendim mbi mbulimin e programit të Apple Health të Uashingtonit, i cili nuk është zgjidhur nga shqyrtimi i rastit, do t'ju caktohet një seancë dëgjimore administrative.

**Të ju trajtojmë me drejtësi. Diskriminimi është i kundërligjshëm.** DSHS dhe HCA respektojnë ligjet federale në fuqi për të drejtat civile dhe nuk diskriminojnë në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, moshës, aftësisë së kufizuar ose gjinisë. DSHS dhe HCA nuk i përjashtojnë njerëzit ose nuk i trajtojnë ata ndryshe për shkak të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, moshës, aftësisë së kufizuar ose gjinisë.

DSHS dhe HCA gjithashtu respektojnë ligjet shtetërore në fuqi dhe nuk diskriminojnë në bazë të besimit, gjinisë, shprehjes gjinore ose identitetit, orientimit seksual, statusit martesor, fesë, veteranit të liruar me nder ose statusit ushtarak, ose përdorimit të një qeni shoqëruar të trajnuar ose kafshe shërbimi nga një person me aftësi të kufizuara.

DSHS dhe HCA:

- Ofrojnë ndihmë dhe shërbime falas për personat me aftësi të kufizuara në mënyrë që ata të mund të komunikojnë në mënyrë efektive me ne, si p.sh.
  - Përkthyes të kualifikuar të gjuhës së shenjave
  - Informacion të shkruar në formate të tjera (tekst me shkronja të mëdha, audio, formate elektronike të arritshme, formate të tjera)
- Ofrojnë shërbime gjuhësore falas për njerëzit, gjuha kryesore e të cilëve nuk është anglishtja, si p.sh.
  - Përkthyes të kualifikuar
  - Informacioni i shkruar në gjuhë të tjera

Nëse keni nevojë për këto shërbime, kontaktoni në numrin 1-877-501-2233.

Nëse besoni se DSHS ose HCA ka dështuar në ofrimin e këtyre shërbimeve ose ka diskriminuar në një mënyrë tjetër, ju mund të parashtroni një ankesë tek:

- **DSHS**

ATTN: Constituent Services  
PO Box 45131  
Olympia, WA 98504-5131  
1-800-737-0617  
Fax: 1-888-338-7410  
[askdshs@dshs.wa.gov](mailto:askdshs@dshs.wa.gov)

- **HCA Division of Legal Services**

ATTN: Compliance Officer  
PO Box 42704  
Olympia, WA 98504-2704  
1-855-682-0787  
Fax: 1-360-586-9551  
[compliance@hca.wa.gov](mailto:compliance@hca.wa.gov)

Ju mund të parashtroni një ankesë personalisht ose me telefon, postë, faks ose postë elektronike (email). Nëse keni nevojë për ndihmë për të parashtruar një ankesë, Shërbimet Përbërëse të DSHS ose Divizioni i Shërbimeve Ligjore të HCA janë në dispozicion për t'ju ndihmuar.

Ju gjithashtu mund të parashtroni një ankesë për të drejtat civile në Departamentin e Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore të SHBA, Zyra për të Drejtat Civile (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) në mënyrë elektronike në <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ose me postë ose me telefon në:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

## **Përgjegjësitë tuaja (ju duhet) për të gjitha programet e mbulimit të kujdesit shëndetësor**

**SSN dhe zbulimi i statusit të emigracionit.** Me disa përjashtime, ju duhet të ofroni numrin e sigurimit social (Social Security Number - SSN) ose numrin e dokumentit të imigrimit për veten tuaj ose për dikë tjetër në familjen tuaj që dëshiron të aplikojë për mbulim të kujdesit shëndetësor. Numri i sigurimit social (SSN) kërkohet për të aplikuar për kreditë tatimore të primit të sigurimit shëndetësor. Ne e përdorim këtë informacion për të përcaktuar përshtatshmërinë duke konfirmuar identitetin tuaj, shtetësinë, statusin e imigracionit, datën e lindjes dhe disponueshmërinë e mbulimit të kujdesit shëndetësor tjetër. Ne nuk e ndajmë këtë informacion me asnjë agjenci imigracioni.

Është e mundur të aplikoni për mbulim për disa anëtarë të familjes suaj, por jo për të tjerët. Nëse nuk keni SSN ose numër të dokumentit të imigrimit për të gjithë anëtarët e familjes, të tjerët ende mund të aplikojnë dhe të marrin mbulim. Për shembull, ju mund të aplikoni për fëmijën tuaj edhe nëse nuk jeni të kualifikuar për mbulim. Aplikimi nuk do të ndikojë në statusin tuaj të imigracionit ose shanset për t'u bërë banor ose qytetar i përhershëm.

Ekzistojnë gjithashtu disa programe të Apple Health të Uashingtonit për njerëzit që nuk mund të tregojnë se janë në vend ligjërish. Por nëse vendosni të mos jepni numrin e SSN ose të dokumentit të emigrantit për dikë në familjen tuaj, do të na duhet të ju kontaktojmë për të marrë informacion në lidhje me të ardhurat e mos-aplikuesit.

Nëse kërkohet nga agjencia, jepni çdo informacion ose provë të nevojshme për të vendosur nëse jeni i kualifikuar.

## **Gjërat që duhet të dini për të gjitha programet e mbulimit të kujdesit shëndetësor**

**Ekzistojnë disa ligje të caktuara shtetërore dhe federale** që rregullojnë funksionimin e Washington Connection dhe sistemeve të aplikimit të administruara nga shteti, të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja si dikush që i përdor ato dhe mbulimin që merrni nga përdorimi i tyre. Duke përdorur këto sisteme, ju pranoni të respektoni ligjet që zbatohen për dikë që i përdor ato dhe mbulimin që ata marrin si rezultat.

**Akti Kombëtar i Regjistrimit të Votuesve i vitit 1973** kërkon që të gjitha shtetet të ofrojnë ndihmë për regjistrimin e votuesve nëpërmjet zyrave të tyre të ndihmës publike. Aplikimi për t'u regjistruar ose refuzimi i regjistrimit për të votuar nuk do të ndikojë në shërbimet ose përfitimet që do t'ju ofrohen nga kjo agjenci. Për të votuar ju mund të regjistroheni në **[www.vote.wa.gov](http://www.vote.wa.gov)** ose të porosisni formularët e regjistrimit të votuesve duke telefonuar numrin 1-800-448-4881.

**Kufizimet e Aktit të Mbartshmërisë dhe Përgjegjshmërisë së Sigurimeve Shëndetësore (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA))** parandalojnë HCA dhe DSHS të diskutojnë informacionin shëndetësor tuaj ose të cilin do anëtarit të familjes suaj me këdo, duke përfshirë një përfaqësues të autorizuar, përveç nëse ai individ ka autorizim ose ju keni nënshkruar një formular pëlqimi që autorizon zbulimin e këtij informacioni. Kjo përfshin zbulimin e informacionit për shëndetin mendor, rezultatet e testeve për HIV, SIDA, STD ose shërbimet e trajtimit dhe varësisë kimike.

**Akti për kujdesin e përballueshëm (The Affordable Care Act)** parandalon DSHS dhe HCA që të japin informacionin personal identifikues (PII) për ju ose cilindo anëtar të familjes suaj kujtdo që nuk është i autorizuar për ta marrë atë, dhe pa pëlqimin tuaj.

**Informacioni që i jepni DSHS dhe HCA** i nënshtrohet verifikimit nga zyrtarët federalë dhe shtetërorë për qëllime të përcaktimit të përshtatshmërisë suaj për mbulimin e kujdesit shëndetësor. Verifikimi mund të përfshijë kontakte shoqëruese nga stafi i agjencisë.

**HCA dhe DSHS nuk janë përgjegjës për administrimin e planit tuaj të sigurimit shëndetësor.** Kompania juaj e sigurimit shëndetësor mund t'ju ofrojë më shumë informacion rreth përfitimeve tuaja. **Nëse keni pyetje në lidhje me kushtet e planit tuaj të sigurimit shëndetësor, duke përfshirë përfitimet për të cilat kualifikoheni, dhe për të bërë kërkesë për përfitim ose apelim për refuzim të përfitimeve, duhet të kontaktoni operatorin tuaj të sigurimit shëndetësor.**

**Ju mund të aplikoni për zbatim të shërbimeve të mbështetjes nëpërmjet Divizionit të Mbështetjes së Fëmijëve (Division of Child Support (DCS)).**

Për të marrë një aplikacion për këto shërbime, shkoni te **[www.childsupportonline.wa.gov](http://www.childsupportonline.wa.gov)** ose kontaktoni zyrën tuaj lokale të DCS.

## **Të drejtat tuaja (ne duhet) vetëm për Apple Health të Uashingtonit**

**Të ju sqarojmë të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja**, nëse pyesni.

**Të ju lejojmë të parashtroni një aplikim të pjesshëm** që përfshin të paktën emrin, adresën dhe nënshkrimin tuaj ose nënshkrimin e përfaqësuesit të autorizuar të aplikuesit. Dita kur pranojmë një aplikacion të pjesshëm është data juaj e aplikimit, e cila mund të ndikojë në kohën e hyrjes në fuqi të mbulimit tuaj. Ne nuk do të marrim një vendim përfundimtar për mbulimin tuaj deri pasi të plotësoni aplikacionin.

**Të ju lejojmë të parashtroni një aplikacion ose aplikacion të pjesshëm** duke përdorur cilëndo metodë të listuar nën WAC 182-503-0005.

**Të përpunojmë aplikacionin tuaj menjëherë** dhe jo më vonë se afatet kohore të përshkruara në WAC 182-503-0060.

**Të ju ofrojmë 10 ditë kalendarike** për të dhënë informacionin që na nevojitet për të përcaktuar përshtatshmërinë. Nëse kërkonti më shumë kohë, ne do t'ju japim më shumë kohë. Nëse nuk ofroni informacionin ose nuk kërkonti më shumë kohë, ne mund të refuzojmë, mbyllim ose ndryshojmë mbulimin tuaj të kujdesit shëndetësor.

**Të ju ndihmojmë** nëse keni vështirësi për të marrë ndonjë informacion ose provë të nevojshme që ne të vendosim nëse ju kualifikoheni. Nëse kërkojmë një dokument që do t'ju kushtojë para, ne do ta dërgojmë atë dhe do të paguajmë koston.

**Të ju njoftojmë, në shumicën e rasteve, të paktën 10 ditë** përpara se të ndalojmë mbulimin tuaj të kujdesit shëndetësor.

**Të ju ofrojmë një vendim me shkrim**, në shumicën e rasteve, brenda 45 ditëve. Mbulimi i kujdesit shëndetësor për disa raste të aftësisë së kufizuar mund të zgjasë deri në 60 ditë. Ne ofrojmë një vendim me shkrim për shtatzënitë mjekësore brenda 15 ditëve.

**Të ju lejojmë të refuzoni të flisni** me një hetues nëse ne revizionojmë rastin tuaj. Ju nuk keni pse të lini një hetues në shtëpinë tuaj. Ju mund t'i kërkonti hetuesit të kthehet në një kohë tjetër. Një kërkesë e tillë nuk do të ndikojë në përshtatshmërinë tuaj për mbulim të kujdesit shëndetësor.

**Të vazhdojmë mbulimin e Apple Health të Uashingtonit** ndërsa ne vendosim nëse ju kualifikoheni për një program tjetër sipas WAC 182-504-0125.

**Të ju ofrojmë shërbime me qasje të barabartë** siç përshkruhet në WAC 182-503-0120 nëse jeni të kualifikuar.

## **Përgjegjësitë tuaja (ju duhet) vetëm për Apple Health të Uashingtonit**

Raportoni ndryshimet ashtu siç kërkohet në WAC 182-504-0105 dhe WAC 182-504-0110 brenda 30 ditëve nga ndryshimi. Lexoni letrën tuaj të miratimit për të parë se çfarë ndryshimesh duhet të raportoni.

**Të kompletini përtëritjen** atëherë kur ju kërkohet.

**Të ju ofroni informacion ofruesve të shërbimit mjekësorë** i cili nevojitet për të na faturuar për shërbimet e kujdesit shëndetësor.

**Të aplikoni për Medicare** nëse keni të drejtë për këtë.

**Të bashkëpunoni me stafin e Sigurimit të Cilësisë** atëherë kur ju pyesin.

**Të aplikoni dhe bëni përpjekje të arsyeshme** për të marrë të ardhura të mundshme nga burime të tjera kur kërkonti ose merrni mbulim nga Apple Health e Uashingtonit.

## **Gjërat që duhet të dini vetëm për Apple Health të Uashingtonit**

**Duke kërkuar dhe marrë mbulimin nga Apple Health e Uashingtonit**, ju i jepni shtetit të Uashingtonit të gjitha të drejtat për çdo mbështetje mjekësore dhe për çdo pagesë të palës së tretë për kujdesin shëndetësor.

**Agjencia mund të ndajë** historinë e imunizimit të fëmijës suaj me Sistemin e Gjurmimit të Imunizimit të Profililit të Fëmijës.

**Informacioni që raportoni** mund t'i jepet DSHS për të përcaktuar përshtatshmërinë dhe përfitimet mujore për programe siç janë mbulimi i kujdesit shëndetësor, ndihma në para, ndihma ushqimore dhe subvencione për kujdesin ndaj fëmijëve.

**Sipas ligjit, shteti i Uashingtonit mund të rikuperojë koston që ka paguar për lloje të caktuara të shërbimeve mjekësore nga pasuria juaj nëpërmjet Rikuperimit të Pasurisë (Estate Recovery) (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, dhe Kapitullit 182-527 WAC).** Rikuperimi i pasurisë nuk ndodh deri pas vdekjes suaj, vdekjes së bashkëshortit tuaj të mbijetuar dhe derisa fëmijët tuaj të mbijetuar janë 21 vjeç ose më të vjetër. Kjo gjithashtu nuk ndodh nëse fëmija i mbijetuar ishte i verbër/me aftësi të kufizuara në kohën e vdekjes tuaj. Kostoja e cila rikuperohet përfshinë:

- Shërbimet dhe mbështetjet e caktuara afatgjata të Apple Health të Uashingtonit, nëse keni qenë 55 vjeç ose më të vjetër në kohën kur keni marrë shërbimet;
- Shërbime të caktuara të financuara vetëm nga shteti, pavarësisht nga mosha juaj në kohën kur keni marrë shërbimet.

Ju mund të gjeni listën e shërbimeve që i nënshtrohen rikuperimit të kostos sipas WAC 182-527-2742. Ju mund të gjeni listën e aseteve që përjashtohen nga rikuperimi sipas WAC 182-527-2746.

Shteti mund të regjistrojë gjithashtu një përqindje të sigurimit para-vdekjes mbi pronën tuaj të paluajtshme, në çfarëdo moshë, nëse bëheni përgjithmonë pjesë e institucionit (WAC 182-527-2734). Shteti mund të rikuperohet nga shitja e pronës ose e pasurisë suaj, përveç nëse:

- Bashkëshorti juaj jeton në këtë pronë;
- Vëllai/motra juaj jeton në atë pronë, është bashkëpronar dhe plotëson kushte të caktuara.
- Fëmija juaj jeton në atë pronë dhe është i verbër/me aftësi të kufizuara; ose
- Fëmija juaj jeton në atë pronë dhe është më i ri/e re se 21 vjeç.

Ju mund të gjeni listën e shërbimeve që i nënshtrohen rikuperimit të kostos sipas përqindjes së sigurimit para-vdekjes në WAC 182-527-2734.

**Ju mund të kufizoheni në një ofrues të kujdesit shëndetësor,** farmaci dhe/ose spital nëse kërkon shërbime të panevojshme të kujdesit shëndetësor nga ofruesit.

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

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

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទេវលេខ 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, ມີໄວ້ໃຫ້ພຣິໄດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. 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. یا شماره 1-800-562-3022 تماس بگیرید. (TRS: 711)

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨੁਵਾਦ 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] ተርጓሚዎችን 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).

## Aplikacioni Apple Health i Uashingtonit për të moshuarit, të verbrit, personat me aftësi të kufizuara/ shërbime dhe mbështetje afatgjatë

1

### Emri i aplikuesit dhe informacioni për kontaktin

Emri (Vetja) M.I. Mbiemri

Numri identifikues i klientit (nëse është e aplikueshme) Nënshkrimi i aplikuesit ose përfaqësuesit të autorizuar

Adresa ku jetoni (Kërkohet)

Qarku Qyteti Shteti Kodi postar

**Kontrolloni këtë kuti nëse nuk keni adresë fizike**

Adresa e postës (nëse është e ndryshme)

Qarku Qyteti Shteti Kodi postar

Numri primar i telefonit Mobil Posta elektronike (email)

**Nëse jetoni në një objekt, shënoni emrin dhe adresën e objektit, nëse nuk është e njëjtë si më sipër:**

Emri i objektit

Adresa e objektit

Qarku Qyteti Shteti Kodi postde



18005



**2****Programi për të cilin jeni duke aplikuar**

Unë, bashkëshorti im ose dikush në familjen time po aplikojmë për:

Shërbime të kujdesit në shtëpi

Shtëpi familjare me jetesë të asistuar/për të rritur

Kujdes në shtëpi pleqsh

Mbështetje të përshtatur për të rritur më të moshuar (TSOA)

Mbulim të kujdesit shëndetësor për të moshuar, të verbër ose me aftësi të kufizuara

Program të Medicare për Kursime

Apple Health për punëtorët me aftësi të kufizuara (HWD)

**3****Informacion për faturë mjekësore të papaguar**

A keni ju ose kushdo tjetër për të cilin po aplikoni nevojë për ndihmë për të paguar faturat e papaguara mjekësore të hapura në cilindo nga 3 muajt menjëherë përpara muajit aktual? Po Jo Nëse po, shënoni kush:

**4****Informacion për gjuhën**

A do të keni nevojë ju ose dikush për të cilin po aplikoni për një përkthyes ose për të marrë dokumente në një gjuhë tjetër?

Po Jo

Nëse po, çfarë gjuhe apo formati alternativ ju nevojitet? Shënoni të gjitha që janë të aplikueshme: \_\_\_\_\_

**5****Informacion lidhur me ju dhe familjen tuaj**

Shënoni veten, bashkëshortin dhe personat e ngarkuar që jetojnë me ju edhe nëse nuk po aplikoni për ta (bashkëngjitni fletë shtesë, nëse është e nevojshme).

		<b>VETJA</b>	
Emri (Emri, Mesëm, Mbiemri)	Seksi i caktuar në lindje	Lidhja me ju?	Data e lindjes
_____	_____	_____	_____

Numri e sigurimit social (SSN)*	A dëshironi mbulim për këtë person?	Po	Jo
---------------------------------	-------------------------------------	----	----

Statusi shtetas ose jo-shtetas: (shënoni njëri)

Shtetas i SHBA	Po	Jo	Rezident i Uashingtonit	Po	Jo
----------------	----	----	-------------------------	----	----

A jeni me origjinë hispanike, latine ose spanjolle? (JO E DETYRUESHME)

Kuban	Meksikan/Meksikan-Amerikan/Çikano	Jo spanjoll/hispanik
Tjetër spanjoll/hispanik	Portorikan	

**Raca (JO E DETYRUESHME – zgjidh deri në pesë të aplikueshme)**

Indian amerikan ose vendas i Alaskës	Kinez	Korean	Tajlandez
Aziatik	Filipino	Laosian	Vietnamez
Indian aziatik	Guamanian	Pjesëtar tjetër i ishujve të Paqësorit	I bardhë

Zezak ose afrikano-amerikan	Havajan	Tjetër Racë
Kamboxhian	Japonez	Samoan

---

Emri (Emri, Mesëm, Mbiemri)	Seksi i caktuar në lindje	Lidhja me ju?	Data e lindjes
-----------------------------	---------------------------	---------------	----------------

Numri i sigurimit social (SSN)*	A dëshironi mbulim për këtë person?	Po	Jo
---------------------------------	-------------------------------------	----	----

Statusi shtetas ose jo-shtetas: **(shënoni njërën)**

Shtetas i SHBA	Po	Jo	Rezident i Uashingtonit	Po	Jo
----------------	----	----	-------------------------	----	----

**A jeni me origjinë hispanike, latine ose spanjolle? (JO E DETYRUESHME)**

Kuban	Meksikan/Meksikan-Amerikan/Çikano	Jo spanjoll/hispanik
Tjetër spanjoll/hispanik	Portorikan	

**Raca (JO E DETYRUESHME – zgjidh deri në pesë të aplikueshme)**

Indian amerikan ose vendas i Alaskës	Kinez	Korean	Tajlandez
Aziatik	Filipino	Laosian	Vietnamez
Indian aziatik	Guamanian	Pjesëtar tjetër i ishujve të Paqësorit	I bardhë
Zezak ose afrikano-amerikan	Havajan	Tjetër Racë	
Kamboxhian	Japonez	Samoan	

---

Emri (Emri, Mesëm, Mbiemri)	Seksi i caktuar në lindje	Lidhja me ju?	Data e lindjes
-----------------------------	---------------------------	---------------	----------------

Numri i sigurimit social (SSN)*	A dëshironi mbulim për këtë person?	Po	Jo
---------------------------------	-------------------------------------	----	----

Statusi shtetas ose jo-shtetas: **(shënoni njërën)**

Shtetas i SHBA	Po	Jo	Rezident i Uashingtonit	Po	Jo
----------------	----	----	-------------------------	----	----

**A jeni me origjinë hispanike, latine ose spanjolle? (JO E DETYRUESHME)**

Kuban	Meksikan/Meksikan-Amerikan/Çikano	Jo spanjoll/hispanik
Tjetër spanjoll/hispanik	Portorikan	

**Raca (JO E DETYRUESHME – zgjidh deri në pesë të aplikueshme)**

Indian amerikan ose vendas i Alaskës	Kinez	Korean	Tajlandez
Aziatik	Filipino	Laosian	Vietnamez
Indian aziatik	Guamanian	Pjesëtar tjetër i ishujve të Paqësorit	I bardhë
Zezak ose afrikano-amerikan	Havajan	Tjetër Racë	
Kamboxhian	Japonez	Samoan	

Emri (Emri, Mesëm, Mbiemri)  Seksi i caktuar në lindje  Lidhja me ju?  Data e lindjes

Numri e sigurimit social (SSN)\*  A dëshironi mbulim për këtë person?  Po  Jo

Statusi shtetas ose jo-shtetas: (shënoni njërën)

Shtetas i SHBA  Po  Jo  Rezident i Uashingtonit  Po  Jo

**A jeni me origjinë hispanike, latine ose spanjolle? (JO E DETYRUESHME)**

Kuban  Meksikan/Meksikan-Amerikan/Çikano  Jo spanjoll/hispanik   
 Tjetër spanjoll/hispanik  Portorikan

**Raca (JO E DETYRUESHME – zgjidh deri në pesë të aplikueshme)**

Indian amerikan ose vendas i Alaskës	Kinez	Korean	Tajlandez
Aziatik	Filipino	Laosian	Vietnamez
Indian aziatik	Guamanian	Pjesëtar tjetër i ishujve të Paqësorit	I bardhë
Zezak ose afrikano-amerikan	Havajan	Tjetër Racë	
Kamboxhian	Japonez	Samoan	

Emri (Emri, Mesëm, Mbiemri)  Seksi i caktuar në lindje  Lidhja me ju?  Data e lindjes

Numri e sigurimit social (SSN)\*  A dëshironi mbulim për këtë person?  Po  Jo

Statusi shtetas ose jo-shtetas: (shënoni njërën)

Shtetas i SHBA  Po  Jo  Rezident i Uashingtonit  Po  Jo

**A jeni me origjinë hispanike, latine ose spanjolle? (JO E DETYRUESHME)**

Kuban  Meksikan/Meksikan-Amerikan/Çikano  Jo spanjoll/hispanik   
 Tjetër spanjoll/hispanik  Portorikan

## Raca (JO E DETYRUESHME – zgjidh deri në pesë të aplikueshme)

Indian amerikan ose vendas i Alaskës	Kinez	Korean	Tajlandez
Aziatik	Filipino	Laosian	Vietnamez
Indian aziatik	Guamanian	Pjesëtar tjetër i ishujve të Paqësorit	I bardhë
Zeak ose afrikano-amerikan	Havajan	Tjetër Racë	
Kamboxhian	Japonez	Samoan	

\*HCA nuk e ndan këtë informacion me asnjë agjenci imigracioni për qëllime të zbatimit të imigracionit. Lëreni këtë të zbrazët nëse nuk keni SSN.

## 6

### Informacion i përgjithshëm

1. Në 30 ditët e fundit, unë, bashkëshorti im ose dikush në familjen time kemi pranuar mbulim të kujdesit shëndetësor nga një shtet, fis apo burim tjetër?  
Po Jo Nëse po, sqaroni \_\_\_\_\_
2. Unë, bashkëshorti im ose dikush në familjen time kemi marrë të ardhura shtesë sigurimi (SSI) në një shtet tjetër?  
Po Jo Nëse po, kush? \_\_\_\_\_
3. Unë, bashkëshorti im ose dikush në familjen time është emigrant i sponsorizuar?  
Po Jo Nëse po, kush? \_\_\_\_\_
4. Unë, bashkëshorti im ose dikush në familjen time ka shërbyer në Forcat e Armatosura, Gardën Kombëtare ose Forcat Rezervë të SHBA ose kam qenë i ngarkuar ose bashkëshort i dikujt që ka shërbyer:  
Po Jo Nëse po, kush? \_\_\_\_\_
5. Unë kam një të ngarkuar tatimor që nuk e kam përfshirë ende në aplikacionin tim, i cili nuk jeton me mua?  
Po Jo Nëse po, shënoni emrin e të ngarkuarit(ve) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Unë jam: Beqar I/e martuar duke jetuar me bashkëshortin I/e martuar duke jetuar ndaras nga bashkëshorti  
I/e shkurorëzuar I/e ve Në partneritet shtëpiak të regjistruar I/e ndarë ligjërisht

## 7

### Të ardhura nga punësimi ose vetëpunësimi (Bashkëngjit dëshminë)

Të ardhurat e fituara janë paratë e fituara nga punësimi ose vetëpunësimi, disa shembuj\* përfshijnë

#### Punësimi:

- Pagat, rrogat ose bakshishi për të cilat taksat federale mbi të ardhurat janë mbajtur në Formularin W-2, kutia 1
- Shtesat (bonusi) dhe komisioni.
- Pagesat për planin e pensionit.
- Të ardhurat nga një punë ku punëdhënësi juaj nuk ka mbajtur tatimin (si puna e ekonomisë së përkohshme)

- Drejtimi makinës për udhëtime të rezervuara ose dërgesa
- Kryerja e përgjegjësive dhe e detyrave
- Shitja e mallrave në internet
- Ofrimi i shërbimeve kreative ose profesionale
- Ofrimi i punëve të tjera të përkohshme, punës sipas kërkesës ose të pavarur
- Përfitimet nga greva e sindikatës

#### Vetëpunësimi:

- Zotëroni ose drejtoni një biznes
- Zotëroni ose drejtoni një fermë
- Klerik ose anëtarë i një urdhri fetar
- Punonjës ligjor dhe keni të ardhura

**\*Burimi: [irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables](https://irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables)**

1. Unë, bashkëshorti im ose dikush për të cilin po aplikoj, ka të ardhura nga puna Po Jo Nëse po, ju lutemi plotësoni këtë pjesë.

2. \_\_\_\_\_  
Kush i fiton këto të ardhura: \_\_\_\_\_ Emri i punëdhënësit \_\_\_\_\_ Numri i telefonit të punëdhënësit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ A është kjo punë vetë-punësim? Po Jo

Data e fillimit

Shuma bruto e marrë (shuma në dollarë para zbritjes) \_\_\_\_\_ çdo: Orë Javë Dy javë

Dy herë në muaj Muaj

Orë në javë

Datat e pagesës (p.sh. me datën 1 dhe 15, ose çdo të premte)

3. \_\_\_\_\_  
Kush i fiton këto të ardhura: \_\_\_\_\_ Emri i punëdhënësit \_\_\_\_\_ Telefoni punëdhënësit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ A është kjo punë vetë-punësim? Po Jo

Data e fillimit

Shuma bruto e marrë (shuma në dollarë para zbritjes) \_\_\_\_\_ çdo: Orë Javë Dy javë

Dy herë në muaj Muaj

**8**

**Të ardhura të tjera (për të gjithë anëtarët e familjes)  
(Bashkëngjitni dëshminë)**

1. Shembuj të të ardhurave të tjera janë:

- Mbështetja e fëmijëve ose mirëmbajtja e bashkëshortit
- Përfitimet edukative (kredi studentore, grante, punë-studim)
- Të ardhurat nga lojërat
- Dhuratat (mbështetje me para në dorë/kartela dhuratash)
- Interesi/Dividenda
- Puna dhe Industrinë (L&I)
- Përfitimet hekurudhore
- Të ardhurat e qirasë
- Pensionimi ose pensioni
- Kontratat e shitjes/deponimit
- Sigurimi social
- Të ardhura shtesë nga sigurimi (SSI)
- Të ardhurat fisnore
- Trustet
- Përfitimet nga papunësia
- Administrimi i veteranëve (VA) ose përfitimet ushtarake
- Tjetër

2. Shënoni të ardhurat e tjera që i merrni ju, bashkëshorti juaj ose kushdo për të cilin po aplikoni:

_____	_____	_____	_____	_____
Llojet e tjera të të ardhurave	Kush i merr të ardhurat	Shuma mujore bruto	Kush i merr të ardhurat	Shuma mujore bruto
_____	_____	_____	_____	_____
Llojet e tjera të të ardhurave	Kush i merr të ardhurat	Shuma mujore bruto	Kush i merr të ardhurat	Shuma mujore bruto
_____	_____	_____	_____	_____
Llojet e tjera të të ardhurave	Kush i merr të ardhurat	Shuma mujore bruto	Kush i merr të ardhurat	Shuma mujore bruto
_____	_____	_____	_____	_____
Llojet e tjera të të ardhurave	Kush i merr të ardhurat	Shuma mujore bruto	Kush i merr të ardhurat	Shuma mujore bruto
_____	_____	_____	_____	_____
Llojet e tjera të të ardhurave	Kush i merr të ardhurat	Shuma mujore bruto	Kush i merr të ardhurat	Shuma mujore bruto

3. Unë, bashkëshorti im ose dikush në familjen time merr të ardhura nga investimi në pension vjetor? Po Jo

_____	_____	_____	_____	_____
Kush e zotëron pensionin	Kompani ose institucion	Shuma ose vlera	Të ardhurat mujore	Data e blerjes
_____	_____	_____	_____	_____
Kush e zotëron pensionin	Kompani ose institucion	Shuma ose vlera	Të ardhurat mujore	Data e blerjes

**9**

### Shpenzimet e Strehimit (bashkëngjitni dëshminë nëse aplikoni për LTSS)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Qiraja	Hipoteka	Hapësirë me qira	Sig. i pronarit të shtëpisë.	Taksat në pronë	Shpenzime të tjera

A merrni ndihmë nga një person apo agjenci tjetër, si p.sh. strehimi i subvencionuar që paguan të gjitha ose një pjesë të këtyre shpenzimeve?

Po Jo Nëse po, kush? \_\_\_\_\_

**10**

### Zbritjet

1. Unë, bashkëshorti im, ose dikush për të cilin po aplikoj, paguan ose duhet të paguaj:

_____	_____	_____
Kujdes për fëmijë ose të rritur në ngarkim	Shuma mujore	Kush paguan
_____	_____	_____
Mbështetje e fëmijës e urdhëruar nga gjykata	Shuma mujore	Kush paguan
_____	_____	_____
Tarifat e përfituesve	Shuma mujore	Kush paguan
_____	_____	_____
Tarifat e kujdestarisë	Shuma mujore	Kush paguan
_____	_____	_____
Tarifat e avokatit me urdhër të gjykatës	Shuma mujore	Kush paguan
_____	_____	_____
Shpenzime të përsëritura mjekësore (përfshini Medicare ose këste të tjera të sigurimit shëndetësor që paguani)	Shuma mujore	Kush paguan

2. Unë, bashkëshorti im, apo dikush për të cilin po aplikoj, ka borxh shpenzime mjekësore?

_____	_____	_____	_____
Lloji i shpenzimeve mjekësore	Data kur ka ndodhur	Shuma e detyruar	Kush detyrohet
_____	_____	_____	_____
Lloji i shpenzimeve mjekësore	Data kur ka ndodhur	Shuma e detyruar	Kush detyrohet
_____	_____	_____	_____
Lloji i shpenzimeve mjekësore	Data kur ka ndodhur	Shuma e detyruar	Kush detyrohet

3. Unë, bashkëshorti/ja ime ose dikush për të cilin po aplikoj ka aftësi të kufizuara dhe punon dhe ka shpenzime që mbështesin punësimin? Këto quhen shpenzime të punës që lidhen me gjendje jo të mirë shëndetësore (Impairment Related Work Expenses (IRWE)):

Po      Jo Nëse po, ofroni shumën e IRWE \_\_\_\_\_

## 11

### Burimet (bashkëngjitni dëshminë)

(Kapërceni këtë seksion nëse aplikoni vetëm për Programet e Medicare për Kursime (Medicare Savings Programs (MSP)) ose Apple Health për punëtorët me aftësi të kufizuara (Apple Health for Workers with Disabilities (HWD)))

1. Burim është çdo gjë që zotëroni ose blini dhe e cila mund të shitet, tregtohet ose shndërrohet në para ose të holla të mbajtura nga të tjerët. Burimi nuk përfshin pronën personale siç janë mobiliet, sendet shtëpiake ose veshjet. Shembuj të burimeve janë:

- Parat e gatshme
- Llogaritë rrjedhëse
- Llogaritë e kursimeve
- Certifikatat e depozitës (CDs)
- Llogari e tregut monetar
- Obligacione të kursimeve
- Obligacione të huamarrjes
- Fonde të përbashkëta
- Stoqet
- Pensionet vjetore
- Trustet
- Llogaria individuale e pensionimit (IRA)
- 401K
- Fondi i pensionimit
- Shtëpitë, duke përfshirë atë ku jetoni
- Fondet e varrimit
- Godinë në bashkëpronësi
- Tokë
- Kontratë shitjeje
- Ndërtesat
- Prona e përhershme
- Sigurimi i jetës
- Planet e parapaguara për funeral
- Fondet e kolegjit
- Pronë me shpërndarje kohore
- Pajisje biznesi
- Pajisje ferme
- Bagëtia

2. Shënoni burimet që ju, bashkëshorti/ja juaj ose kushdo për të cilin po aplikoni zotëron ose po i blini:

Loji i burimit	Kush është pronar	Vendndodhja	Vlera	Kush është pronar	Vendndodhja	Vlera
Loji i burimit	Kush është pronar	Vendndodhja	Vlera	Kush është pronar	Vendndodhja	Vlera
Loji i burimit	Kush është pronar	Vendndodhja	Vlera	Kush është pronar	Vendndodhja	Vlera
Loji i burimit	Kush është pronar	Vendndodhja	Vlera	Kush është pronar	Vendndodhja	Vlera

3. Unë, bashkëshorti/ja im/ime ose dikush për të cilin po aplikoj, ka makina, kamionë, furgonë, varka, makina dëfryese (RV), rimorkio ose mjete të tjera motorike:

Viti (p.sh., 2010)	Marka (p.sh., Ford)	Modeli (p.sh., Escort)	Shuma e detyruar
Shënoni nëse është me qira	Shënoni nëse përdoret për qëllime mjekësore		
Viti (p.sh., 2010)	Marka (p.sh., Ford)	Modeli (p.sh., Escort)	Shuma e detyruar
Shënoni nëse është me qira	Shënoni nëse përdoret për qëllime mjekësore		

## 12

### Burime shtesë të LTSS (Plotësoni vetëm nëse aplikoni për shërbime të LTSS)

1. Unë, bashkëshorti im ose dikush për të cilin po aplikoj zotëron ose po blenë një shtëpi që është vendbanimi primar:

Adresa e pronës	Vlera aktuale (sipas vlerësuesit)	Shumat e huas për pronën
Adresa e pronës	Vlera aktuale (sipas vlerësuesit)	Shumat e huas për pronë

2. Unë, bashkëshorti im, ose dikush për të cilin po aplikoj, ka shitur, tregtuar, dhuruar ose transferuar një burim në pesë vitet e fundit (përfshirë trustet e pronave, automjetet, paratë e gatshme ose pronën e përhershme)? Po Jo Nëse po, plotësoni në vijim: (bashkëngjitni fletë shtesë, nëse është e nevojshme)

_____	_____	_____	_____
Lloji i burimit	Data e transferit	Vlera e burimit të transferuar	Kujt i është transferuar
_____	_____	_____	_____
Lloji i burimit	Data e transferit	Vlera e burimit të transferuar	Kujt i është transferuar

13

### Sigurim i kujdesit afatgjatë (Nuk nevojitet për programet e kursimeve të Medicare)

Unë/ne kemi sigurim të kujdesit afatgjatë? Po Jo A është kjo një politikë e kualifikuar e Partneritetit të LTC (LTCP)?  
Po Jo

Nëse po, ju lutemi shënoni emrin e kompanisë së sigurimit dhe kush është i mbuluar nga ky sigurim:

_____	_____	_____	_____	_____
Kompania e sigurimeve	Numri i policës	Emri i mbajtësit të policës	Personi i mbuluar	Vlera në dollarë (nëse LTCP)
_____	_____	_____	_____	_____
Kompania e sigurimeve	Numri i policës	Emri i mbajtësit të policës	Personi i mbuluar	Vlera në dollarë (nëse LTCP)

**Për të përfshirë çdo koment shtesë për këtë aplikacion, bashkëngjitni një fletë me informacionin.**

14

### Informacion për Përfaqësuesin e Autorizuar

Përfaqësues i autorizuar është çdo i rritur që është në dijeni të rrethanave të familjes dhe është i autorizuar nga familja të veprojë në emër të familjes për qëllime të përshtatshmërisë.

Duke caktuar një përfaqësues të autorizuar, ju i jepni leje përfaqësuesit tuaj të autorizuar që të:

- Nënshkruaj aplikacionin në emrin tuaj;
- Pranojë njoftime në lidhje me aplikacionin dhe llogarinë tuaj; dhe
- Veprojë në emrin tuaj për të gjitha çështjet që kanë të bëjnë me aplikacionin dhe llogarinë.

1. A po caktoni një përfaqësues të autorizuar? Po Jo
2. Dëshironi që përfaqësuesi juaj i autorizuar të marrë njoftime në lidhje me aplikacionin dhe llogarinë tuaj? Po Jo
3. A ka ky përfaqësues i autorizuar kujdestari ligjore?

Po Jo Nëse po, për kë: \_\_\_\_\_

4. A ka autorizim ky përfaqësues i autorizuar?

Po Jo Nëse po, për kë: \_\_\_\_\_

Emri/ organizata e përfaqësuesit të autorizuar

Numri telefonit

Adresa e postës elektronike (email)

Adresa postare e përfaqësuesit të autorizuar



**Shlyerja e borxhit shtetit për mbulimin e kujdesit shëndetësor dhe kujdesin afatgjatë:**

Sipas ligjit, shteti i Uashingtonit mund të rikuperojë koston që ka paguar për lloje të caktuara të shërbimeve mjekësore nga pasuria juaj nëpërmjet Rikuperimit të Pasurisë (Estate Recovery) (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, dhe Kapitullit 182-527 WAC). Rikuperimi i pasurisë nuk ndodh deri pas vdekjes suaj, vdekjes së bashkëshortit tuaj të mbijetuar dhe derisa fëmijët tuaj të mbijetuar janë 21 vjeç ose më të vjetër. Kjo gjithashtu nuk ndodh nëse fëmija i mbijetuar është i verbër/me aftësi të kufizuara në kohën e vdekjes tuaj. Kostoja e cila rikuperohet përfshinë:

Shërbimet dhe mbështetjet e caktuara afatgjata të Apple Health të Uashingtonit, nëse keni qenë 55 vjeç ose më të vjetër në kohën kur keni marrë shërbimet.

Shërbime të caktuara të financuara vetëm nga shteti, pavarësisht nga mosha juaj në kohën kur keni marrë shërbimet.

**Ju mund të gjeni listën e shërbimeve që i nënshtrohen rikuperimit të kostos sipas WAC 182-527-2742. Ju mund të gjeni një listë të aseteve që nuk janë të përfshira në rikuperim sipas WAC 182-527-2746.**

Shteti mund të regjistrojë gjithashtu një përqindje të sigurimit para-vdekjes mbi pronën tuaj të paluajtshme, në çfarëdo moshë, nëse bëheni përgjithmonë pjesë e institucionit (WAC 182-527-2734). Shteti mund të rikuperohet nga shitja e pronës ose e pasurisë suaj, përveç nëse:

- Bashkëshorti juaj jeton në këtë pronë;
- Vëllai/motra juaj jeton në atë pronë, është bashkëpronar dhe plotëson kushte të caktuara.
- Fëmija juaj jeton në atë pronë dhe është i verbër/me aftësi të kufizuara; ose
- Fëmija juaj jeton në atë pronë dhe është më i ri/e re se 21 vjeç.

Ju mund të gjeni listën e shërbimeve që i nënshtrohen rikuperimit të kostos sipas përqindjes së sigurimit para-vdekjes në WAC 182-527-2734.

**Kaktimi i të drejtave dhe bashkëpunimi:**

Ju e kuptoni që shteti të Uashingtonit i caktoni pagesat për palët e treta për kujdesin mjekësor kur pranoni mbulimin nga Apple Health e Uashingtonit. Kjo do të thotë që shteti i Uashingtonit do të faturojë çdo plan tjetër sigurimi që është i detyruar ligjërisht të mbulojë cilindo nga shpenzimet tuaja mjekësore (ky mund të jetë plani i sigurimit i një ish-bashkëshorti ose prindi me të cilin nuk jetoni më). Pajtimtari i atij plani të sigurimit mund të marrë informacion në lidhje me shpenzimet tuaja mjekësore që paguhen nga ai plan. Nëse keni frikë se kjo mund t'ju rrezikojë ju ose fëmijët tuaj, mund të na kërkoni që të mos vazhdojmë me pagesat e palëve të treta për kujdesin mjekësor.

**Deklarimi i pensionit vjetor:**

Nëse ju ose bashkëshorti juaj keni interes për pension vjetor dhe pranoni përfitimet e Kujdesit Afatgjatë të Apple Health (Medicaid) të Uashingtonit, ju duhet të emëroni shtetin e Uashingtonit si trashëgimtar të përfitimit të mbetur të pensionit vjetor.

**Të drejtat e seancës dëgjimore administrative:**

Nëse nuk jeni dakord me një vendim që kemi marrë në lidhje me mbulimin tuaj të kujdesit shëndetësor ose shërbimet e kujdesit afatgjatë, ju keni të drejtë të apeloni vendimin nëpërmjet procesit të seancës dëgjimore administrative. Ju gjithashtu mund t'i kërkoni një mbikëqyrësi dhe administratori të rishikojnë vendimin ose veprimin e kontestuar pa ndikuar të drejtat tuaja për një seancë dëgjimore administrative.

E kuptoj se informacioni që jap për të aplikuar ose për të rinovuar asistencën do t'i nënshtrohet verifikimit nga zyrtarët federalë dhe shtetërorë për të përcaktuar nëse është i saktë. Unë autorizoj Autoritetin e Kujdesit Shëndetësor (HCA) të shtetit të Uashingtonit dhe Departamentin e Shërbimeve Sociale dhe Shëndetësore (DSHS) për të kryer verifikimin e aseteve për të përcaktuar përshtatshmërinë time dhe për të verifikuar saktësinë e informacionit tim financiar. E kuptoj që HCA dhe DSHS mund të hetojnë dhe kontaktojnë çdo institucion financiar si pjesë e procesit të verifikimit të aseteve. Unë e kuptoj se ky autorizim përfundon kur merret një vendim përfundimtar kundër aplikimit tim, kualifikimi im për përfitime përfundon, ose nëse e revokoj këtë autorizim në çfarëdo kohe duke i ofruar HCA ose DSHS një njoftim me shkrim. Në rast se revokoj ose refuzoj të jap autorizim, e kuptoj se nuk do të kualifikohem për asnjë program të Medicaid të Apple Health të Uashingtonit për të moshuarit, të verbrit ose personat me aftësi të kufizuara (që kanë të bëjnë me SSI).

**Revokimi ose refuzimi për të autorizuar verifikimin e aseteve nuk ndikon në kualifikimin për mbështetjen e përshtatur për të rriturit e moshuar (TSOA).**

Departamenti ofron shërbime të regjistrimit të votuesve, duke përfshirë regjistrimin automatik të votuesve.

**Aplikimi për t'u regjistruar ose refuzimi i regjistrimit për të votuar nuk do të ndikojë në shërbimet ose shumën e përfitimeve që mund ta merrni nga kjo agjenci.** Nëse dëshironi ndihmë për plotësimin e formularit të regjistrimit të votuesve, ne do t'ju ndihmojmë. Vendimi nëse do të kërkon apo pranoni ndihmë është i juaji. Ju mund të plotësoni formularin e regjistrimit të votuesve privatisht. Nëse besoni se dikush ka ndërhyrë në të drejtën tuaj për t'u regjistruar ose për të refuzuar për t'u regjistruar për të votuar, të drejtën tuaj të konfidencialitetit në vendimin nëse do të regjistroheni ose në aplikimin për t'u regjistruar për të votuar, ose të drejtën tuaj për të zgjidhur partinë tuaj politike ose preferencën politike tuaj tjetër, mund të paraqisni një ankesë pranë Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, posta elektronike (email) [elections@sos.wa.gov](mailto:elections@sos.wa.gov), ose të telefononi në numrin 1-800-448-4881.

**Dëshiron të regjistrohesh për të votuar apo të azhurnosh regjistrimin tuaj të votuesve? Po Jo**

**Nëse nuk zgjidhni asnjërën nga kutitë, ne do të konsiderojmë se keni vendosur të mos regjistroheni për të votuar në këtë moment, përveç rastit kur jeni të kualifikuar për, dhe nuk e refuzoni, regjistrimin automatik të votuesve.**

Nëse nuk keni zgjedhur opsionin "Jo" më lart, mund të keni të drejtë për regjistrim automatik të votuesve. Ju keni të drejtë për regjistrim automatik të votuesve nëse do të jeni të paktën 18 vjeç deri në zgjedhjet e ardhshme, jeni shtetas i Shteteve të Bashkuara të Amerikës dhe DSHS ka emrin tuaj, adresën e banimit dhe postën, datën e lindjes, verifikimin e informacionit të shtetësisë dhe nënshkrimin tuaj që vërteton vërtetësinë e informacionit të dhënë në këtë aplikacion.

**Dëshironi të regjistroheni automatikisht për të votuar? Po Jo**

**Nëse keni zgjedhur kutinë e shënuar "Po", ose nuk zgjidhni asnjërën nga kutitë dhe përmbushni kërkesat e regjistrimit automatik të votuesve, DSHS do t'ia dërgojë të dhënat tuaja zyrës së Sekretarit të Shtetit dhe ju do të regjistroheni automatikisht për të votuar.**

Për të ndarë komente ose për të përfshirë më shumë informacion, bashkëngjitni një fletë shtesë.

Unë kam lexuar dhe kuptuar informacionin në këtë aplikacion. Unë deklaroj, nën ndëshkimin e dëshmisë së rreme sipas ligjeve të shtetit të Uashingtonit, se informacioni që kam dhënë në këtë aplikacion, duke përfshirë informacionin në lidhje me shtetësinë dhe statusin e imigrimit të anëtarëve që aplikojnë për përfitime, është i vërtetë, i saktë dhe i plotë me sa kam dijeni unë.

Nënshkrimi i klientit

Numri i telefonit

Data

Nënshkrimi i bashkëshortit/bashkëshortes

Numri i telefonit

Data

Nënshkrimi i prindit për klientin e fëmijës së mitur

Numri i telefonit

Data

Nënshkrimi i përfaqësuesit të autorizuar ose ndihmësit

Numri i telefonit

Data