

بسته درخواست Wisconsin Medicaid برای افراد بزرگ، نابینا یا معلول
(WISCONSIN MEDICAID FOR THE ELDERLY, BLIND OR DISABLED APPLICATION PACKET)

چگونه درخواست بکنیم

این درخواست برای مزایای مراقبت های صحتی برای افرادی که 65 سال یا بیشتر دارند، نابینا یا دارای معلولیت هستند، است.

برای درخواست مزایای مراقبت های صحتی، این درخواست را تکمیل کرده و به آدرس ذیل برگردانید یا درخواست را به صورت آنلاین در access.wi.gov تکمیل نمایید. برای معلومات بیشتر در مورد درخواست آنلاین ذیل را ببینید.

درخواست های ایمیل یا فکس و/یا ثبوت/تأیید به:

اگر شما در ولسوالی Milwaukee زندگی نه می کنید

اگر در ولسوالی Milwaukee زندگی میکنید:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee, WI 53218

فکس: 855-293-1822

فکس: 888-409-1979

همچنین میتوانید هر اسناد اثباتی را به صورت آنلاین در access.wi.gov آپلود نمایید.

شما برای اثبات بعضی از پاسخ های خود به ارائه ثبوت نیاز خواهید داشت. برای معلومات بیشتر در مورد آنچه باید ارائه دهید، به بخش ثبوت/تأیید که از صفحه 5 آغاز میگردد مراجعه کنید.

اگر راجع به Medicaid سوال دارید، برای پر کردن این درخواست به کمک نیاز دارید یا میخواهید به سوالات به صورت حضوری یا تلفونی پاسخ دهید، برای تعیین قرار ملاقات با نمایندگی خود تماس بگیرید. اگر به آدرس و/یا شماره تلفون نمایندگی خود نیاز دارید، به صفحه 6 مراجعه کنید. معلومات به صورت آنلاین نیز در dhs.wi.gov/im-agency موجود است.

اگر معلولیت داشته و به این معلومات در شکل دیگری نیاز دارید، یا اگر به ترجمه آن به زبان دیگری نیاز دارید، با نمایندگی خود تماس بگیرید. این خدمات رایگان هستند.

آنلاین درخواست کنید

ACCESS یک ابزار آنلاین است که به شما امکان میدهد برای مزایا درخواست دهید، وضعیت مزایای خود را بررسی کرده، تغییرات را گزارش دهید یا تمدید سالانه خود را تکمیل کنید. برای بازدید ACCESS به access.wi.gov بروید. درخواست آنلاین دقیقاً مثل درخواست کاغذی است.

نامه ها از طریق وب سایت ACCESS در دسترس اند

اعضا میتوانند نامه ها و معلومات مربوط به مزایای خود را به جای ایمیل عادی به صورت آنلاین دریافت کنند. برای این انتخاب، عضو باید با نمایندگی خود تماس بگیرد یا به حساب ACCESS خود در access.wi.gov وارد شود. اگر عضو حساب ACCESS را ندارد، برای دیدن نامه های خود به صورت آنلاین باید یک حساب بسازند.

چگونه از این فورم استفاده نماییم

1. قبل از تکمیل کردن درخواست بخش معلومات مهم و تمام هدایات را بخوانید.
2. واضح چاپ کنید. از رنگ آبی یا سیاه استفاده کنید.
3. تاریخ ها را به این شکل ماه/روز/سال بنویسید. (مثال: 2 اپریل 1958، 04/02/1958 خواهد بود.)
4. معلومات مربوط به خود و/یا همسر خود را وارد کنید.
5. درخواست را بطور کامل پر کنید. در صورت کامل نبودن درخواست، ممکن است در مزایای Medicaid تاخیر وجود داشته باشد. (برای اطمینان از کامل بودن درخواست خود از لیست بازبینی صفحه 21 استفاده کنید.) نمایندگی برای معلومات بیشتر در صورت کامل نبودن درخواست، با شما تماس خواهد گرفت.

معلومات مهم

موارد ذیل معلومات مهم راجع به Medicaid برای افراد بزرگ، نابینا یا دارای معلولیت است.

سرپرست قانونی، قیم یا وکالتنامه

در صورتیکه سرپرست قانونی ملکیت، سرپرست قانونی شخصی و دارایی، وکیل، یا وکالتنامه دوامدار فعال برای امور مالی دارید، آن شخص میتواند این فورم را از طرف شما پر و ارسال کند. آن شخص همچنین باید اسناد انتصاب خود را به همراه این فورم تسلیم کند.

در وقتی ارسال این درخواست، اسناد قانونی را که به سرپرست قانونی تعیین شده، وکیل یا وکالت نامه دوامدار برای امور مالی متقاضی اجازه میدهد، اضافه کنید.

یک سرپرست قانونی شخصی نمی تواند از طرف شما با واجد شرایط بودن و امتیازات Medicaid شما عمل کند، مگر فقط در آن صورت می تواند این کار را بکند که در اسناد محکمه که سرپرست قانونی آن شخص را تعیین میکند، چنین اختیاری به شما داده شده باشد.

وکالتنامه مراقبت صحی نمیتواند از طرف شما با واجد شرایط بودن و امتیازات Medicaid شما اقدام کند.

نماینده با صلاحیت

ممکن است یک نماینده با صلاحیت برای شما درخواست دهد. برای تعیین یک نماینده با صلاحیت، فورم [انتصاب، تغییر یا حذف یک نماینده با صلاحیت دادن را پر کنید: شخص فورم، F-10126A](#)، یا [انتصاب، تغییر یا حذف یک نماینده با صلاحیت: فورم سازمان، F-10126B](#)، در این بسته برنامه موجود است. این به نماینده باصلاحیت شما اجازه میدهد تا برنامه را برای شما تکمیل و امضاء کند. همچنان شما میتوانید این فورم را از طریق تماس با این شماره 800-362-3002 دریافت کنید یا به این آدرس مراجعه کنید dhs.wi.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

تاریخ درخواست

تاریخ درخواست شما تاریخ است که دفتر Medicaid درخواست امضا شده شما را دریافت می کند. تصمیم در مورد Medicaid شما در ظرف 30 روز از تاریخ درخواست شما برای شما پست خواهد شد. فورم های بدون امضا برگشتانده میشود. مهم است که در اسرع وقت ممکن درخواست دهید زیرا تاریخ شروع مزایای شما، در صورت رعایت تمام قوانین برنامه، به تاریخ درخواست شما بستگی دارد.

کمک به پرداخت نمودن مصارف طبی

اگر بیمه مصارف طبی شما را از سه ماه گذشته پرداخت نکرده است، میتوانید برای پرداخت این مصارف برای پوشش مراقبت های صحی اقدام نمایید. اگر برای پرداخت مصارف مراقبت های صحی برای هر یک از سه ماه گذشته کمک میخواهید، صفحه "درخواست کمک در پرداخت نمودن مصارف طبی" موجود در این بسته درخواست را تکمیل کنید.

معلومات قابل شناسایی شخصی/شماره تامین اجتماعی

معلومات شناسایی شخصی و شماره های تامین اجتماعی فقط برای مدیریت مستقیم برنامه Medicaid استفاده میشود.

اگر شخصی در خانواده شما برای Medicaid درخواست نه میدهد، نیازی به ارائه معلومات شماره امنیت اجتماعی (SSN) برای آن شخص ندارید. هر شخصی که Wisconsin Medicaid را میخواهد، اما SSN خود را ارائه نه میدهد یا برای آن درخواست نه میدهد، طبق واجد شرایط دریافت مزایا نخواهد بود Wis. Stat. § 49.82(2).

اگر به دلیل وضعیت مهاجرت خود فقط برای خدمات اضطراری درخواست دهید، یا یک زن حامله هستید که برای BadgerCare Plus Prenatal Services (خدمات دوران حاملگی BadgerCare Plus) درخواست دهید، نیازی به ارائه معلومات SSN ندارید.

SSN شما اجازه بررسی کامپیوتری معلومات شما را با سازمان های دولتی مانند Internal Revenue Service (خدمات عواید داخلی) (IRS)، Social Security Administration (اداره تامین اجتماعی)، Department of Revenue (بخش عواید) و Department of Workforce Development (شعبه توسعه نیروی کار) میدهد. بر علاوه این، Department of Health Services (بخش خدمات صحی) نام و SSN شما را با معلومات ارائه شده توسط شرکت های بیمه صحی، برای مشخص نمودن اینکه آیا بیمه صحی دیگر دارید یا خیر، تطبیق میدهد.

WISCONSIN MEDICAID FOR THE ELDERLY, BLIND, OR DISABLED APPLICATION PACKET

F-10101DA

صفحه 3 از 22

اشتراک گذاشته نخواهد شد. شما با SSN United States Citizenship and Immigration Services (خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده) (USCIS) به

تمدیدها

اگر بتوانید Medicaid را دریافت نمایید، باید حداقل هر 12 ماه یک بار تمدید را تکمیل نمایید تا ببینید آیا هنوز تمام قوانین برنامه برای ثبت نام در Medicaid را رعایت می کنید.

- درخواست شما برای مجوز قبلی برای خدمات طبی رد شده است.

شما می‌توانید با نوشتن به مورد ذیل درخواست استماع عادلانه کنید:

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

فرم درخواست برای استماع عادلانه را می‌توان در

dhs.wi.gov/forwardhealth/resources.htm یافت.

اگر بجای استفاده از فرم، می‌خواهید نامه بنویسید، باید موارد ذیل را شامل نمایید:

- نام شما.
- آدرس پستی شما.
- شرح مختصر از مشکل.
- نام نمایندگی.
- شماره دوسیه CARES شما.
- امضا شما.

استیناف باید حداکثر تا 45 روز پس از تاریخ اقدام درج شود.

همچنین می‌توانید با نمایندگی که در آن درخواست داده اید تماس بگیرید و برای ارائه درخواست استماع عادلانه کمک بخواهید. برای کسب معلومات بیشتر در مورد روند استماع عادلانه، به [کتابچه راهنمای ثبت نام و مزایای ForwardHealth، P-00079](https://dhs.wi.gov/forwardhealth/resources.htm) مراجعه کنید. هنگامی که نمایندگی درخواست شما را دریافت کرد، یک کتابچه راهنما دریافت خواهید نمود یا می‌توانید کتابچه راهنما را در dhs.wi.gov/library/collection/P-00079 پیدا کنید.

اگر در مورد روند استماع عادلانه سوال دارید، می‌توانید با Division of Hearings and Appeals (بخش استماع و استیناف) به شماره 608-266-7709 تماس بگیرید.

مسئولیت های منمسنولیت ها

گزارش نمودن تغییرات

گزارش به نمایندگی در ظرف 10 روز:

- هر گونه تغییر در درآمد هر یک از اعضای خانواده شما.
- هر گونه تغییر دیگر در معلومات که در درخواست خود داده اید و باید در فرم گزارش تغییر Medicaid، F-10137، موجود در این بسته برنامه گزارش شود.

تغییرات را می‌توانید با زنگ زدن به نمایندگی خود بصورت آنلاین در access.wi.gov گزارش دهید، یا می‌توانید از فرم گزارش تغییر F-10137، Medicaid در این بسته درخواست استفاده کنید. این فرم را با درخواست خود ارسال نکنید آنرا برای استفاده در آینده نگه دارید.

بازیابی دارایی

اگر در Medicaid ثبت نام کرده اید، قانون ایالاتی Wisconsin، با استثنائات محدود، خواستار بازیابی برخی از مزایای Medicaid از دارایی شما است. کتاب [راهنمای برنامه بازیابی دارایی، P-13032](https://dhs.wi.gov/library/collection/P-13032)، معلومات در مورد بازیابی دارایی در اختیار شما قرار می‌دهد. شما می‌توانید یک کاپی از این بروشور را به صورت آنلاین از نمایندگی محلی خود از این آدرس (dhs.wi.gov/library/collection/P-13032)، یا با تماس با اداره خدمات اعضاء به این شماره 800-362-3002 دریافت کنید. برخی از مزایای معین که پس از سن 55 سالگی در جامعه دریافت می‌کنید و تمام مزایای Medicaid که هنگام اقامت در خانه بزرگان یا زمانی که 30 روز یا بیشتر در شفاخانه بستری هستید، دریافت می‌کنید، قابل بازیابی هستند. همچنین، اگر در خانه بزرگان زندگی می‌کنید یا در شفاخانه بستری هستید و توقع اینکه برای زندگی به خانه باز برگردید وجود ندارد، ممکن است خانه شما مصادره شود. اگر شما، همسر شما یا اعضا دیگر خانواده در خانه اقامت داشته باشید، ممکن است خانه شما مصادره نشود.

حقوق و مسئولیت ها

حقوق

قوانین ایالاتی و فدرال حقوق را برای اعضا تضمین می‌کند که عبارتند از:

- حق برخورد با احترام توسط کارکنان ایالاتی و ولسوالی.
- حق محرمانه بودن کلیه معلومات که به نمایندگی ها برای تعیین صلاحیت داده میشود. (این استفاده از سوابق را برای مدیریت برنامه منع نه می‌کند.)
- حق دسترسی به سوابق و دوسیه های نمایندگی مربوط به قضیه شما، به استثناء معلومات که نمایندگی با تعهد محرمانه بودن به دست آورده است.
- حق واجد شرایط ماندن برای مزایای Medicaid، اگر مقیم Wisconsin باشید، حتی اگر بطور موقت در ایالت نباشید.
- حق تعیین سریع وضعیت واجد شرایط بودن و اطلاع قبلی از تغییرات پیشنهادی در چنین وضعیت.
- حق دریافت مراقبت های فوری طبی.
- حق درخواست تسهیلات معقول برای شرکت در برنامه به دلایل مربوط به معلولیت، یا حق درخواست ترجمان شفوی یا ترجمان تحریری برای شرکت در برنامه.
- حق درخواست استیناف با درخواست استماع عادلانه برای هر اقدام که در رابطه با درخواست Medicaid یا مزایای جاری شما انجام شده و با آن موافق نیستید.

استماع منصفانه

شما می‌توانید به Division of Hearings and Appeals (بخش استماع و استیناف) و یا نمایندگی خود استیناف درج نمایید اگر:

- درخواست شما برای Medicaid به اشتباه رد شده است.
- درخواست شما در ظرف 30 روز از تاریخ دریافت آن توسط نمایندگی بررسی نشده است.
- شما با تصمیم نمایندگی مبنی بر قطع، فسخ، تعلیق یا کاهش مزایای خود مخالف هستید.

- مدرک خدمت ارتش ایالات متحده یا مسوده که تولد در ایالات متحده را نشان دهد
- مدرک بیمه عمر یا صحتی که تولد در ایالات متحده را نشان دهد
- اوراق داخله در خانه بزرگان که تولد در ایالات متحده را نشان دهد

مثال های آنچه را که شما میتوانید برای اثبات هویت استفاده کنید عبارتند از:

- جواز سیر راننده دولتی
- کارت شناسایی صادر شده توسط فدرال، ایالت یا محلی حکومت
- کارت شناسایی مکتب با عکس
- کارت شناسایی مربوط به ارتش ایالات متحده
- کارت شناسایی ارتش ایالات متحده
- برای کودکان زیر 18 سال، امضاء شده فورم بیانیه هویت، [F-10154](https://dhs.wi.gov/library/collection/f-10154) (dhs.wi.gov/library/collection/f-10154)

دارایی ها

از شما درخواست خواهد شد که ثبوت تمام دارایی خود را ارائه دهید. مثال های از اسناد اثباتی شامل یک کاپی از صورتحساب بانکی شما بوده که ارزش حساب بانکی شما را در تاریخ تکمیل درخواست نشان میدهد، بل مالیات بر دارایی، عنوان/ثبوت وسیله نقلیه، یا چیزی که ارزش ظاهری و ارزش نقدی بیمهنامه عمر شما را نشان میدهد. در صورت متاهل بودن و درخواست برای اداری Medicaid، ارزیابی دارایی هم برای درخواست دهنده و هم برای همسر مورد نیاز است.

دیگر

- کارمند شما نیز ممکن است برای موارد ذیل درخواست ثبوت کند:
- مصارف طبی برای برآورده کردن کسر
- گواهی داکتر (شفاهی یا تحریری) مبنی بر اینکه شخص احتمالاً در ظرف مدت 6 ماه به خانه یا آپارتمان باز میگردد
- برای افراد نهادی که از خانه یا ملک نگهداری می کنند و ممکن است مستحق کمک هزینه نگهداری خانه باشند. در صورت اجازه، مصارف باید تأیید گردند
- اسناد برای وکیل، سرپرستی قانونی یا محافظ
- معلولیت

اگر این موارد را در روز ارسال درخواست در دسترس دارید، یک کاپی از آنها را به همراه درخواست خود ارائه دهید. نمایندگی با شما تماس گرفته و از شما میخواهد که ثبوت مبنی بر معلومات کم شده، متناقض یا مبهم را ارائه دهید، اگر این معلومات بر تصمیم گیری در مورد ثبت نام Medicaid شما تأثیر بگذارد.

اسناد اصلی را از طریق ایمیل ارسال نه کنید. شما می توانید اسناد اصلی را به همراه خود بیاورید یا فتوکاپی این موارد را همراه با درخواست خود ارسال کنید. اگر در دریافت آنچه برای ارائه ثبوت نیاز دارید، مشکل دارید، با نمایندگی خود تماس گرفته و کمک بخواهید.

تأیید/ ثبوت

شما باید تأیید/ ثبوت معلومات مشخص را فراهم کنید. برخی از این موارد عبارتند از:

شهروندی/ هویت

قانون فدرال میخواهد که همه شهروندان ایالات متحده که درخواست می کنند، یا از مزایای Medicaid بهره مند میشوند باید مدرک شهروندی و هویت خود را نشان دهند، مگر اینکه آنها معاف باشند. افراد که معاف اند شامل دریافت کنندگان Social Security Disability Insurance (بیمه معلولیت تامین اجتماعی) (SSDI)، Supplemental Security Income (درآمد تضمینی تکمیلی) (SSI)، Medicare، نگهداری کودک و کمک های به فرزندی گرفتن، هستند. اگر برای مزایای درخواست میکنید، حداقل 95 روز، از تاریخ درخواست خود، برای ارائه ثبوت به نمایندگی خواهید داشت. اگر این معلومات را در گذشته ارائه کرده اید، ممکن است از قبل در دوسیه باشد؛ اگر ثبوت بیشتر لازم باشد نمایندگی شما به شما اطلاع خواهد داد.

همچنین با U.S. Department of Homeland Security (وزارت امنیت میهن ایالات متحده آمریکا)، وضعیت مهاجرت همه مهاجران که برای منافع خود درخواست می کنند، را تأیید میکنیم. وضعیت مهاجرت با United States Citizenship and Immigration Services (خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده) (USCIS) برای افراد خانواده شما که برای کمک درخواست ننموده اند، تأیید نخواهد شد. اگر کسی در خانواده شما برای Medicaid درخواست نمی نماید، لازم نیست به این سوال پاسخ دهید.

توجه: مهاجران بدون اسناد فقط واجد شرایط پوشش خدمات مراقبت های صحتی اضطراری هستند اگر بطور دیگر واجد شرایط Medicaid باشند. مهاجران حامله ممکن است قادر به ثبت نام در BadgerCare Plus Prenatal Services (خدمات دوران حاملگی BadgerCare Plus) باشند.

مثال های از آنچه شما میتوانید برای اثبات هر دو شهروندی و هویت استفاده کنید عبارتند از:

- پاسپورت ایالات متحده
- گواهی شهروندی ایالات متحده
- گواهی تابعیت ایالات متحده
- جواز سیر پیشرفته صادر شده توسط دولت
- اسناد شناسایی قبیله ای

مثال های آنچه را که شما میتوانید برای اثبات شهروندی استفاده کنید عبارتند از:

- گواهی تولد ایالات متحده
- گزارش شعبه امور خارجه ایالات متحده از تولد در خارج از کشور
- کارت شناسایی شهروند ایالات متحده
- اوراق فرزند خواندگی که تولد در ایالات متحده را نشان میدهد
- مدرک شفاخانه از تولد در ایالات متحده

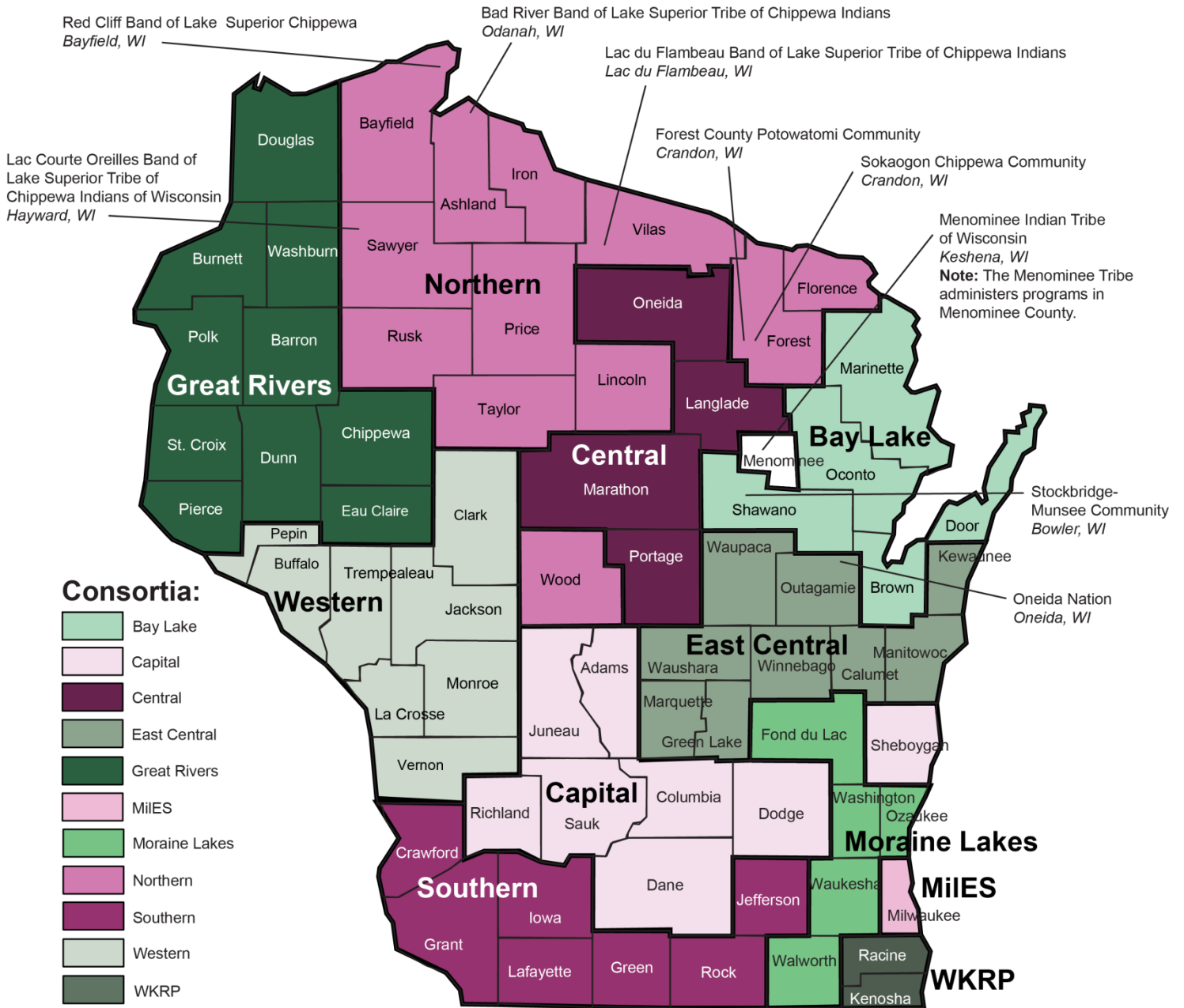
کنسرسیوم های نگهداری درآمد و معلومات تماس شرکت های قبیله ای

(Income Maintenance Consortiums and Tribal Agencies Contact Information)

کنسرسیوم های نگهداری درآمد (که اغلب شرکت ها نامیده می شوند) و شرکت های قبیله ای می توانند به شما در خدمات واجد شرایط بودن مثلاً برنامه های Medicaid، BadgerCare Plus و FoodShare کمک کنند جدول زیر کنسرسیوم های حفظ درآمد و شرکت های قبیله ای را به ترتیب حروف الفبا فهرست می کند و شامل شماره تلفن و همچنین ولایت هایی است که هر کنسرسیوم را تشکیل می دهند. اگر در مورد واجد شرایط بودن یا دوسیه خود سوالی دارید، با کنسرسیومی که نماینده ولایت یا شرکت قبیله ای شما است تماس بگیرید.

715-682-7127	Bad River گروه قبیله برتر Chippewa هندیهای		
888-794-5747	جهیل خلیج		
	Shawano •	Marinette • Oconto •	Brown • Door •
888-794-5556	پایتخت		
	Sauk • Sheboygan •	Dodge • Juneau • Richland •	Adams • Columbia • Dane •
888-445-1621	مرکزی		
		Oneida • Portage •	Langlade • Marathon •
888-256-4563	مشارکت حفظ درآمد مرکزی شرقی		
	Waupaca • Waushara • Winnebago •	Manitowoc • Marquette • Outagamie •	Calumet • Green Lake • Kewaunee •
715-478-4433	انجمن Potawatomi شهر Forest		
888-283-0012	رودخانه های بزرگ		
	Polk • St. Croix • Washburn •	Dunn • Eau Claire • Pierce •	Barron • Burnett • Chippewa • Douglas •
715-634-8934	گروه Lac Courte Oreilles از جهیل Superior قبیله از Chippewa سرخپوستان Wisconsin		
715-588-4235	گروه Lac du Flambeau از قبیله دریاچه Superior از سرخپوستان Chippewa		
715-799-5137	Wisconsin در Menominee قبیله		
888-947-6583	Milwaukee Enrollment Services (خدمات ثبت نام) (MILES)		
	Milwaukee		
888-446-1239	دریاچه های مورین		
	Waukesha •	Walworth • Washington •	Fond du Lac • Ozaukee •
888-794-5722	شمالی		
	Sawyer • Taylor • Vilas • Wood •	Iron • Lincoln • Price • Rusk •	Ashland • Bayfield • Florence • Forest •
800-216-3216	Oneida ملت		
715-779-3706	Superior Chippewa دریاچه Red Cliff Band		
715-478-3265	Sokaogon Chippewa انجمن		
888-794-5780	جنوبی		
	Lafayette • Rock •	Iowa • Jefferson •	Crawford • Grant • Green •
715-793-4032	Stockbridge-Munsee انجمن		
888-627-0430	منطقه غرب برای کمک های اقتصادی		
	Trempealeau • Vernon •	La Crosse • Monroe • Pepin •	Buffalo • Clark • Jackson •
888-794-5820	Wisconsin's Kenosha Racine Partnership (مشارکت کنوشا راسین Wisconsin) (WKRP)		
		Racine •	Kenosha •

نقشه کنسرسیوم های نگهداری درآمد و شرکت های قبیله ای



درخواست WISCONSIN MEDICAID برای افراد بزرگ، نابینا یا معلول

هدایات: قبل از تکمیل کردن این فرم، تمام هدایات را بخوانید. فقط از رنگهای سیاه و آبی استفاده کنید. تمام تاریخ ها را به این شکل ماه/روز/سال بنویسید (بطور مثال، 2 اپریل، 1958، اینطور 04/02/1958 خواهد بود). اگر به جای بیشتری برای نوشتن پاسخ های خود نیاز دارید، از یک ورق کاغذ اضافی استفاده کنید. سعی کنید تا جایی که میتوانید معلومات بیشتر به ما بدهید. اگر اکنون معلومات به ما نمیدهد، ممکن است مجبور شویم قبل از تصمیم گیری در مورد درخواست شما، آن را بخواهیم.

صفحات را 1 تا 8 و گزارش تغییر F-10137، Medicaid، از این بسته درخواست را برای استفاده در آینده نگه دارید.

در صورتیکه این درخواست را برای شخص دیگری تکمیل می کنید، یک نماینده باصلاحیت را تعیین کنید، تغییر دهید یا حذف کنید: شخص فرم، F-10126A، یا انتصاب، تغییر یا حذف یک نماینده با صلاحیت: فرم سازمان، F-10126B، در این بسته درخواست یافت میشود، یا اسناد قانونی را ضمیمه کنید که به شما اجازه میدهد بهعنوان سرپرست قانونی، محافظ، یا وکالتنامه بادوام برای امور مالی متقاضی باشید. معلومات ارائه شده در این درخواست باید در مورد درخواست دهنده باشد نه نماینده.

بخش 1 - معلومات درخواست دهنده - در این بخش، نیاز داریم که در مورد خودتان به ما بگویید.

نام - درخواست دهنده (نام خانوادگی، نام، کنیه)		
آیا نام دارید که قبلاً استفاده کرده اید مانند نام ازدواج یا نام دوشیزگی؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر بلی، آن نام ها چیست؟		
تاریخ تولد	شماره تامین اجتماعی	جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
قومیت* (اختیاری) <input type="checkbox"/> اسپانیایی یا لاتینی <input type="checkbox"/> نه اسپانیایی یا لاتینی		
نژاد* (اختیاری، یک یا چند را انتخاب کنید) <input type="checkbox"/> آمریکایی هندی/ آلاسکایی بومی <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> سیاه پوست/ آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/> هاوایی/ جزایر دیگر اقیانوس آرام <input type="checkbox"/> سفید		
*اگر نمی خواهید لازم نیست به سوالات قومی و نژاد پاسخ دهید. ما این سوالات را میپرسیم تا به بهبود برنامه های ما کمک کرده و مطمئن گردیم که آنها بر اساس قومیت یا نژاد تبعیض قائل نه می گردند. از پاسخ های شما برای تصمیم گیری در مورد برنامه ها و مزایای شما استفاده نمیگردد.		
آیا عضو، فرزند یا نوه یکی از اعضای قبیله هندی آمریکایی هستید یا اصل آلاسکا؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	به کدام زبان میخواهید نامه های شما چاپ گردد؟ <input type="checkbox"/> انگلیسی <input type="checkbox"/> اسپانیایی	
زبان اصلی که در خانه شما صحبت میشود	آیا اطفال زیر 18 سال در خانه هستند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	

بخش 2 - معلومات تماس - لطفاً به ما بگویید چگونه میتوانیم با شما تماس بگیریم. برای شماره تلفون، لطفاً کد منطقه را شامل کنید.

نام مخاطب، اگر درخواست دهنده نیست	
شماره تلفون - درخواست دهنده	شماره تلفون - نماینده با صلاحیت / وکالتنامه
<input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> تلفون همراه <input type="checkbox"/> محل کار	<input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> تلفون همراه <input type="checkbox"/> محل کار
شماره دیگر جایی که ما میتوانیم پیام بگذاریم	اگر ناشنوا یا کم شنوا هستید و از ما خواسته اید که از طریق تلفون با شما در ارتباط باشیم، از چه روش استفاده می کنید؟ <input type="checkbox"/> رله <input type="checkbox"/> TTY <input type="checkbox"/> هیچ کدام
ایمیل آدرس - درخواست دهنده	ایمیل آدرس - نماینده با صلاحیت/ وکالتنامه
آیا اکنون* بی خانه هستید یا در 12 ماه گذشته بی خانه بوده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
*منظور ما از بی خانه بودن این است که شب ها محل اقامت طولانی - مدت ندارید. ممکن است در یک پناهگاه یا با یک دوست یا خویشاوند اقامت داشته باشید یا جایی برای اقامت نداشته باشید.	

<p>بهترین راه برای تماس با شما در روزهای هفته چیست؟ <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> تلفون خانه <input type="checkbox"/> تلفون همراه <input type="checkbox"/> دیگر (توضیح دهید)</p>
<p>بهترین زمان برای تماس با شما در روزهای کاری (بطور مثال دوشنبه بعد از ساعت 3:00 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه قبل از ساعت 12 بعد از ظهر) چه زمان است؟</p>
<p>میتوانید در مورد برنامه ها و مزایای خود، نامه ها را به صورت آنلاین دریافت کنید. اگر به صورت آنلاین دریافت نامه ها را انتخاب کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • هر بار که نامه جدید برای مشاهده داشته باشید، یک ایمیل دریافت خواهید کرد. برای مشاهده نامه های خود وارد حساب ACCESS خود شوید. • شما کاپی نامه های خود را در پست عادی دریافت نخواهید کرد. با این حال، نامه هایی (مانند فورم هایی که باید پر کنید و برای ما ارسال کنید) وجود دارد، که همیشه باید از طریق پست عادی ارسال گردند. <p>آیا میخواهید به جای پست عادی، نامه های مربوط به مزایای خود را به صورت آنلاین دریافت کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>
<p>شما میتوانید انتخاب کنید که از شرکای مراقبت های صحتی ما (بطور مثال، HMO) ایمیل هایی در مورد خدمات صحتی خود دریافت کنید.</p> <p>فقط شخص اصلی برای یک مورد (فردی که درخواست مزایا میکند) میتواند در مورد خدمات صحتی برای خود و هر فردی در خانه که کمتر از 19 سال سن دارد، معلومات کسب کند.</p> <p>بزرگسالان دیگر که بیشتر از 18 سال سن دارند، باید حساب ACCESS خود را ایجاد کنند تا بتوانند ایمیل های مربوط به خدمات صحتی را از شرکای مراقبت صحتی ما دریافت کنند.</p> <p>آیا میخواهید از شرکای صحتی ما ایمیل دریافت کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>

بخش 3 - معلومات اضافی درخواست دهنده - در این بخش به معلومات بیشتر راجع به شما، درخواست دهنده نیاز داریم.

<p>در حال حاضر کجا زندگی میکنید؟ اگر در یک موسسه طبی زندگی میکنید، از نام و آدرس موسسه استفاده نمایید.</p> <p>کوپه شهر ایالت کدپستی</p>
<p>آیا این آدرس پستی شما هم هست؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر پاسخ شما منفی است، آدرس پستی شما چیست؟</p>
<p>آیا در حال حاضر در خانه سالمندان، institution for mental disease (موسسه بیماری های روانی) (IMD) یا شفاخانه زندگی میکنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p> <p>اگر بلی، در کدام تاریخ داخل شدید؟ _____</p> <p>آیا در گذشته در خانه سالمندان، IMD یا شفاخانه زندگی میکردید؟ اگر چنین است، چه زمانی _____</p>
<p>آیا با یک Aging & Disability Resource Center (مرکز منابع سالمندی و معلولیت) (ADRC) برای دریافت خدمات مراقبت طولانی مدت در خانه یا تسهیلات زندگی پشتیبانی شده کار می کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>
<p>اگر به یکی از دو سوال قبلی پاسخ مثبت داده اید، بخش 20 را در این بسته تکمیل کنید.</p>
<p>آیا قصد ادامه زندگی در ویسکانسین را دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>
<p>آیا به کمک برای پرداخت مصارف مراقبت های صحتی که در سه ماه گذشته دریافت کرده اید نیاز دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p> <p>اگر مثبت پاسخ داده اید، بخش 19 را در این بسته تکمیل کنید.</p>
<p>وضعیت مدنی <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> قانونی جدا شده <input type="checkbox"/> باطل <input type="checkbox"/> طلاق یافته <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> هرگز ازدواج نکرده</p>
<p>آیا شما شهروند ایالات متحده هستید؟ (صفحه 4 را ببینید) <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p> <p>اگر نه، سوالات زیر را تکمیل کنید:</p>
<p>شماره ثبت نام خارجی یا USCIS شما چیست؟</p>
<p>چه زمانی برای زندگی به آمریکا آمدید؟</p>

آیا حامی مالی دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا شما فعلاً در ارتش ایالات متحده ایفای وظیفه می کنید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده اید، با شخصی که فعلاً ایفای وظیفه میکند ازدواج کرده اید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده، همسر بازمانده یک جانباز تجربه کار، یا فرزند شخصی که فعلاً ایفای وظیفه میکند یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده است هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر

بخش 4 - معلومات همسر - در این بخش از شما معلومات عمومی در مورد همسر شما، اگر متاهل، جدا شده یا بطور قانونی از هم جدا شده‌اید را میپرسیم. به تمام سوالات این بخش با معلومات همسر شما پاسخ دهید. اگر ازدواج نکرده اید، به بخش 5 بروید.

نام (نام خانوادگی، نام، کنیه)	
شماره تامین اجتماعی	تاریخ تولد
نام های دیگر که قبلاً استفاده شده اند، مانند نام دوشیزه یا متاهل	
آدرس همسر (در صورت مختلف بودن از آدرس درخواست دهنده)	
سرک	شهر
ایالت	کد پستی
قومیت* (اختیاری) <input type="checkbox"/> اسپانیایی یا لاتینی <input type="checkbox"/> نه اسپانیایی یا لاتینی	
نژاد* (اختیاری) <input type="checkbox"/> آمریکایی هندی/ آلاسکایی بومی <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> سیاه پوست/ آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/> هاوایی/ جزایر دیگر اقیانوس آرام <input type="checkbox"/> سفید	
*اگر نمی خواهید لازم نیست به سوالات قومیتی و نژادی پاسخ دهید. این سوالات را میپرسیم تا به بهبود برنامه‌هایمان کمک کرده و مطمئن شویم که آنها بر اساس قومیت یا نژاد تبعیض قائل نمیگردند. از پاسخ های شما برای تصمیم گیری در مورد مزایای شما استفاده نه میگردد.	
آیا همسر شما در حال حاضر در خانه سالمندان، IMD یا شفاخانه زندگی میکند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر پاسخ شما مثبت است و همسر شما برای Medicaid درخواست میکند، بخش 20 را تکمیل نمایید.	
اگر بلی، در چه تاریخ همسر شما بستری شدند؟ آیا همسر شما در گذشته در خانه سالمندان، IMD یا شفاخانه زندگی میکرد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر بلی، چه زمانی؟	
آیا همسر شما برای Medicaid درخواست میدهد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر پاسخ شما "نه" است، در اینجا توقف نموده و به بخش 5 بروید.	
آیا همسر شما قصد دارد به زندگی در ویسکانسین ادامه دهد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا همسر شما به کمک برای پرداخت مصارف مراقبت های صحتی که در سه ماه گذشته دریافت کرده است نیاز دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر مثبت پاسخ داده اید، بخش 19 را در این بسته تکمیل کنید.	
آیا همسر شما با یک ADRC برای دریافت خدمات مراقبت طولانی مدت در خانه خود یا تسهیلات زندگی کمکی کار میکند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر پاسخ شما مثبت است، بخش 20 در این بسته را کامل کنید.	
آیا همسر شما عضو، فرزند یا نواسه یکی از اعضای قبیله سرخپوستان آمریکای یا اهل آلاسکا است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا همسر شما شهروند ایالات متحده است؟ (صفحه 4 را ببینید) <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر نه، سوالات زیر را تکمیل کنید:	
شماره ثبت نام خارجی یا USCIS همسر شما چیست؟	

آیا حساب های لیست شده شامل پولی است که برای تدفین کنار گذاشته شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
اگر چنین است، کدام حساب(های)؟ <input type="checkbox"/> چقدر؟

بخش 7 - دارایی های تدفین

تمام دارایی های تدفین متعلق به شما و/یا همسر شما را لیست کنید. از شما خواسته میشود که ثبوت دارایی خود را فراهم کنید. در صورت نیاز به جای بیشتر از یک ورق کاغذ اضافی استفاده کنید.

ارزش	نام مالک(ها)	نوع دارایی تدفین
\$		بیمه تدفین <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
\$		وقف تدفین لغو نشدنی* <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر *این بدان معنی است که نمیتوان آن را بازگرداند یا تغییر داد.
\$		دیگر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر توجه: مثال های دیگر میتواند سنگ قبر، تابوت، گنبد، نشانگر، یا هزینه های باز و بسته شدن باشد.

بخش 8 - مالکیت سالیانه

آیا شما یا همسر شما سالیانه دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا شما یا همسر شما سالیانه را در تاریخ 01/01/2009 یا بعد از آن خریداری کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا شما یا همسر شما در تاریخ 01/01/2009 یا بعد از آن تغییرات اساسی در هر سالیانه که متعلق به شما یا همسر شما است، صرف نظر از اینکه چه زمان خریداری شده است، ایجاد کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر یک تغییر اساسی میتواند اضافه کردن به اصل، بازگیری انتخابی، درخواست تغییر توزیع، تغییر در مالکیت یا اقدامات مشابه دیگر باشد. توجه: اگر پاسخ شما به هر یک از سوالات بالا مثبت است، از شما خواسته میشود معلومات بیشتر در مورد این سالیانه ارائه نموده و تأیید نمایید تا واجد شرایط دریافت خدمات Medicaid Institutional/Long-Term Care (موسسه های Medicaid / مراقبتهای طولانی مدت) شوید.
من، درخواست دهنده و همسر تصدیق میکنیم که به دلیل ارائه Medicaid Institutional (خدمات موسساتی Medicaid) / Long-Term Care Services (مراقبت دراز مدت شوید)، ایالت Wisconsin را به عنوان ذینفع باقی مانده در سالیانه خود/مان نام میبریم. این شرط واگذاری برای هر سالیانه خریداری شده توسط من یا همسر، در یا پس از 01/01/2009، یا هر سالیانه متعلق به من یا همسر، صرف نظر از تاریخ خرید، که تغییر اساسی و/یا معامله در تاریخ 01/01/2009 یا بعد از آن رخ داده است، اعمال خواهد شد. ایالت Wisconsin به عنوان ذینفع باقیمانده در سالیانه من/ما در موقعیت اول نامگذاری خواهد شد یا اگر من متاهل بوده یا فرزند خردسال و/یا معلول دارم، ایالت Wisconsin به عنوان ذینفع باقی مانده در موقعیت بعدی بعد از همسر و/یا فرزند صغیر یا معلول من نامگذاری میشود.

بخش 9 - معلومات وسیله نقلیه

تمام وسایل نقلیه موتوری را که متعلق به شما و/یا همسر شما در صورت از دواج لیست کنید. وسایل نقلیه که مالکیت مشترک با شخص دیگر دارید را نیز شامل کنید. در صورت نیاز به جای بیشتر از یک ورق کاغذ اضافی استفاده کنید.

وسيله نقلیه 1

نوع وسیله نقلیه	سال	ساخت	مدل
مبلغ قرضه در وسیله نقلیه \$		ارزش رایج بازار * \$	

وسيله نقلیه 2

نوع وسیله نقلیه	سال	ساخت	مدل
مبلغ قرضه در وسیله نقلیه \$		ارزش رایج بازار * \$	

* منظور ما از ارزش منصفانه بازار، قیمت است که میتوانید وسیله نقلیه را در حال حاضر به آن بفروشید. جستجوی آنلاین ارزش بلو بوک وسایل نقلیه www.kbb.com/whats-my-car-worth راه خوب برای دریافت این موضوع است.

بخش 10 - معلومات دارایی غیر منقول

تمام دارایی غیر منقول متعلق به شما و/یا همسر خود را در صورت ازدواج لیست کنید. تمام دارایی غیر منقول، چه این ملک در ایالت ویسکانسین واقع شده باشد یا نباشد، که به تنهایی یا مشترکاً با شخص دیگری صاحب هستید را شامل کنید. هر ملکیت اجاره ای متعلق به شما را شامل کنید.

ملکیت 1

مالک(های) ملکیت			
آدرس - سرک	شهر	ایالت	کدپستی
مبلغ قرضه در ملکیت \$		ارزش رایج بازار * \$	

ملکیت 2

مالک(های) ملکیت			
آدرس - سرک	شهر	ایالت	کدپستی
مبلغ قرضه در ملکیت \$		ارزش رایج بازار * \$	

* منظور ما از ارزش بازار منصفانه، قیمت است که میتوانید در حال حاضر ملک را به آن بفروشید. ممکن است بتوانید این مورد را در مالیات بر ملک خود یا در ارزیابی اخیر در صورتی که داشته اید، بیابید.

بخش 11 - بیمه عمر

لطفاً در مورد هر بیمه عمر که شما و/یا همسر شما دارد به ما بگویید.

آیا شما و/یا همسر شما پالیسی بیمه عمر دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			
اگر بلی، بخش زیر را تکمیل کنید. اگر نه، توقف کرده و به بخش 12 بروید.			
نام مالک(ها)	نام شرکت بیمه عمر	نوع: (تمام زندگی، بخش زندگی و غیره)	ارزش تسلیم نقدی* \$
			ارزش اسمی** \$
			\$
			\$

* منظور ما از ارزش تسلیم نقدی، مبلغی است که در صورت لغو پالیسی دریافت خواهید کرد.

** منظور از ارزش ظاهری، حداقل سود پرداختی پس از مرگ است. در بیشتر موارد، این مبلغ است که روی پالیسی نوشته شده است.

بخش 12 - درآمد شغلی و دستمزد

در این بخش، باید در مورد درآمد یا معاش شغلی شما و/یا همسر شما از استخدام بدانیم. عاید ناخالص برای هر شغل را لیست کنید. هدف ما از ناخالص، مبلغی است که قبل از مالیات و کسورات به دست میآید. خوداشتغالی را در این قسمت ذکر نکنید، در مورد خوداشتغالی در بخش 13 از شما سوال خواهیم کرد.

شغل 1

آیا شما و/یا همسر شما شاغل هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
چه کسی شغل دارد؟ <input type="checkbox"/> شما <input type="checkbox"/> همسر شما	تاریخ آغاز اشتغال
نام و آدرس استخدام کننده	عاید ناخالص عواید متوقعه ماهیانه در این ماه \$
	عاید ناخالص عواید متوقعه ماهیانه در ماه آینده \$
ساعت کار هر هفته؟	هر ساعت چقدر به شما پرداخت میگردد؟ \$
چند بار به شما پرداخت میگردد؟	
<input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> هر هفته بعد <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> یک بار در ماه	
آیا به شما معاش پرداخت می کنند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر "بلی"، در هر دوره پرداخت چقدر به شما پرداخت میشود؟ \$	
آیا انعام یا پاداش غیر از دستمزد در ساعت یا معاش دریافت میکنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	

اگر «بلی»، هر دوره پرداخت چقدر میگیرید؟ \$

شغل 2

تاریخ آغاز اشتغال	چه کسی شغل دارد؟ شما <input type="checkbox"/> شما <input type="checkbox"/> همسر شما <input type="checkbox"/>
عاید ناخالص عواید متوقعه ماهیانه در این ماه \$	نام و آدرس استخدام کننده
عاید ناخالص عواید متوقعه ماهیانه در ماه آینده \$	
هر ساعت چقدر به شما پرداخت میگردد؟ \$	ساعت کار هر هفته؟
چند بار به شما پرداخت میگردد؟ <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> هر هفته بعد <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> یک بار در ماه	
آیا به شما معاش پرداخت می کنند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> اگر «بلی»، در هر دوره پرداخت چقدر به شما پرداخت میشود؟ \$	
آیا انعام یا پاداش غیر از دستمزد در ساعت یا معاش دریافت میکنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> اگر «بلی»، هر دوره پرداخت چقدر میگیرید؟ \$	
توجه: اگر شغل ها یا دستمزد های دیگر از شغل دارید، میتوانید از یک ورق کاغذ اضافی استفاده کرده و آن را ضمیمه این برنامه کنید.	

بخش 13 - خوداشتغال

لطفاً به ما راجع به هر درآمد خوداشتغال که شما و/یا همسر شما دریافت می کنید بگویید. اگر به جای بیشتر نیاز دارید یا بیش از دو تجارت خوداشتغالی دارید، از یک برگه کاغذ جداگانه استفاده کنید.

خوداشتغالی 1

آیا شما و/یا همسر شما خوداشتغال هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، به سؤالات ذیل پاسخ دهید. اگر نه، به بخش 14 بروید.	
نام تجارت	چه کسی خوداشتغال است؟ شما <input type="checkbox"/> شما <input type="checkbox"/> همسر شما <input type="checkbox"/>
نوع مالکیت تجاری <input type="checkbox"/> مشارکت <input type="checkbox"/> شرکت S <input type="checkbox"/> مالکیت انحصاری <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> نمایانم	آدرس تجارت
تاریخ شروع تجارت	نوع تجارت (بطور مثال، مزرعه، مراقبت روزانه درخانه)
آیا این تجارت مالیات ثبت کرده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، آخرین بار برای چه سال مالیاتی شرکت مالیات ثبت کرده است؟	
آیا تجارت تغییر قابل توجهی در درآمد یا مصارف داشته است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> نمایانم	
بطور متوسط، این تجارت در هر ماه چقدر درآمد دارد؟ لطفاً درآمد دریافتی را قبل از برداشتن مصارف به ما بدهید. \$ _____	
بطور متوسط، کل مصارف این تجارت در هر ماه چقدر است؟ \$ _____	
بطور متوسط، این فرد چند ساعت در ماه برای این تجارت کار میکند؟	

خوداشتغالی 2

آیا شما و/یا همسر شما خوداشتغال هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر بلی، به سوالات ذیل پاسخ دهید. اگر نه، به بخش 15 بروید.	
نام تجارت	چه کسی خوداشتغال است؟ <input type="checkbox"/> شما <input type="checkbox"/> همسر شما
نوع مالکیت تجاری <input type="checkbox"/> مشارکت <input type="checkbox"/> شرکت S <input type="checkbox"/> مالکیت انحصاری <input type="checkbox"/> نمیدانم	آدرس تجارت
تاریخ شروع تجارت	نوع تجارت (بطور مثال، مزرعه، مراقبت روزانه درخانه)
آیا این تجارت مالیات ثبت کرده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر بلی، آخرین بار برای چه سال مالیاتی شرکت مالیات ثبت کرده است؟	
آیا تجارت تغییر قابل توجهی در درآمد یا مصارف داشته است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> نمیدانم	
بطور متوسط، این تجارت در هر ماه چقدر درآمد دارد؟ لطفاً درآمد دریافتی را قبل از برداشتن مصارف به ما بدهید. \$ _____	
بطور متوسط، کل مصارف این تجارت در هر ماه چقدر است؟ \$ _____	
بطور متوسط، این فرد چند ساعت در ماه برای این تجارت کار میکند؟	

بخش 14 - معلومات درآمد غیر نقدی

در این بخش، به ما بگویید که آیا شما و/یا همسر شما در حال حاضر اقلام را بدون نقد در ازای کار دریافت می کنید (مانند کالا، خدمات یا غذا). حتماً تعداد ساعات کار خود را در ازای کالا، خدمات یا غذا لیست کنید. اگر داوطلب می شوید اما در ازای کارتان چیزی به دست نمی آورید، این ساعات غیر نقدی محسوب نه می شود.

درآمد غیر نقدی 1

آیا شما و/یا همسر شما در ازای کالا، خدمات یا غذا به جای پول کار می کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> شما <input type="checkbox"/> همسر شما	
تاریخ که شما/همسر شما شروع به دریافت کالا، خدمات یا غذا در ازای کار کردید:	
شما/همسر شما در ازای کالا، خدمات یا غذا در ماه چند ساعت کار می کنید؟	شما _____ همسر شما _____

درآمد غیر نقدی 2

آیا شما و/یا همسر شما در ازای کالا، خدمات یا غذا به جای پول کار می کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> شما <input type="checkbox"/> همسر شما	
تاریخ که شما/همسر شما شروع به دریافت کالا، خدمات یا غذا در ازای کار کردید:	
شما/همسر شما در ازای کالا، خدمات یا غذا در ماه چند ساعت کار می کنید؟	شما _____ همسر شما _____

بخش 15 - انواع دیگر درآمد

در این بخش، به ما بگویید که آیا شما و/یا همسر شما هر نوع درآمد دیگری (به غیر از شغل فعلی یا خوداشتغالی) دریافت میکنید. مثال ها از درآمد دیگر ممکن است شامل، پرداختهای سالیانه یا وقف، نفقه/نگهداشت، خیریه، حمایت فرزند، دستمزد معلولیت/مريضی، بهره/سود سهام، تفاوت/بازنشستگی، غرامت کارگر، پول از شخص دیگر، سود بازپرداخت قرض/سفته، درآمد اجاره، حقوق پایان کار، Supplemental Security Income (درآمد تضمینی تکمیلی) (SSI)، تأمین اجتماعی، مزایای جانبازان تجربه کار، بیمه بیکاری و غیره بوده اما محدود با اینها نه می باشد. مبلغ ناخالص را قبل از مالیات و کسر لیست کنید.

نوع درآمد	چه کسی درآمد دارد	مبلغ ناخالص ماهانه	نام شرکت / آدرس
	شما <input type="checkbox"/> همسر شما <input type="checkbox"/>	\$	
	شما <input type="checkbox"/> همسر شما <input type="checkbox"/>	\$	
	شما <input type="checkbox"/> همسر شما <input type="checkbox"/>	\$	
	شما <input type="checkbox"/> همسر شما <input type="checkbox"/>	\$	
	شما <input type="checkbox"/> همسر شما <input type="checkbox"/>	\$	
	شما <input type="checkbox"/> همسر شما <input type="checkbox"/>	\$	

بخش 16 - هزینه های طبی از جیب

انواع هزینه های طبی که شما و/یا همسر شما از جیب پرداخت می کنید، مانند پرداخت های مشارکتی یا هزینه داروهای بدون نسخه را لیست کنید. شما باید مشخص کنید که آیا این مورد هزینه کاری مربوط به اختلال است. منظور از هزینه کار مربوط به اختلال، هر آن موردی است که شما یا همسر شما به دلیل اختلال شما برای انجام کار خود نیاز دارید. این هزینه همان هزینه ای که یک کارگر بدون معلولیت خواهد داشت، مانند یونیفورم نیست. حق بیمه های طبی یا مواردی را که بابت آنها باز پرداخت دریافت می کنید لیست نه کنید.

هزینه 1

آیا شما و/یا همسر شما کدام هزینه های طبی دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			
اگر بلی، در ذیل این معلومات را تکمیل نمایید. اگر نه، توقف کنید و به بخش 18 بروید.			
نوع هزینه طبی	مبلغ هزینه طبی	چه کسی هزینه دارد؟	چند بار پرداخت میشود؟
	\$	شما <input type="checkbox"/> همسر شما <input type="checkbox"/>	
آیا این یک هزینه کار مربوط به اختلال است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			

هزینه 2

آیا این یک هزینه کار مربوط به اختلال است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			
نوع هزینه طبی	مبلغ هزینه طبی	چه کسی هزینه دارد؟	چند بار پرداخت میشود؟
	\$	شما <input type="checkbox"/> همسر شما <input type="checkbox"/>	
آیا این یک هزینه کار مربوط به اختلال است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			

بخش 17 - سایر هزینه های مجاز

در این بخش، در مورد سایر هزینه های مجاز خود و/یا همسر خود به ما بگویید. هزینه های مجاز ممکن است حمایت خانوادگی/نفقه، هزینه حکم وکالت و سرپرستی، حکم حمایت از کودک و سایر تعهدات حمایت را شامل شود.

چه کسی هزینه دارد	هزینه چیست	مبلغ هزینه طبی	چند بار پرداخت میشود
		\$	
		\$	
		\$	

بخش 18 - بیمه صحی

شما باید هر شخص تالی را که ممکن است موظف به پرداخت هزینه های مراقبت طبی برای شما و/یا همسرتان باشد، از جمله بیمه صحی خصوصی، بیمه خانه سالمندان/مراقبت طولانی مدت، بیمه Medicare یا Medi-GAP را گزارش دهید. شما باید معلومات را که خواسته شده است بدهید. این همچنین شامل هر بیمه ای میشود که ممکن است از طریق یک طرح صحت گروه استخدام کننده یا پالیسی long-term care (مراقبت طولانی - مدت) در دسترس باشد.

آیا پوشش بخش A با بخش B Medicare را دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر				
شماره شناسه Medicare	تاریخ آغاز بخش A	حق بیمه بخش A	تاریخ آغاز بخش B	حق بیمه بخش B
		\$		\$
آیا همسر شما پوشش بخش A یا بخش B Medicare را دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر				
شماره شناسه Medicare	تاریخ آغاز بخش A	حق بیمه بخش A	تاریخ آغاز بخش B	حق بیمه بخش B
		\$		\$

آیا شما و/یا همسر شما پوشش بخش D Medicare را دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			
چه کسی پوشش دارد؟	نام پلان	تاریخ آغاز	مبلغ حق بیمه ماهانه
			\$
			\$

اگر شما و/یا همسر شما برای Medicaid درخواست میدهید و واجد شرایط Medicare هستید، نمایندگی شما بررسی خواهد کرد که آیا شما و/یا همسر شما واجد شرایط پرداخت حق بیمه Medicare از طریق Medicare Savings Program (برنامه پس انداز Medicare) هستید یا خیر. اگر به Medicare Savings Program (برنامه پس انداز Medicare) علاقه ندارید یا در مورد آن سوال دارید، لطفاً با نمایندگی خود تماس بگیرید.

اگر واجد شرایط هستید، آیا شما و/یا همسر شما دوست دارید که ایالت Wisconsin حق بیمه Medicare شما را پرداخت کند؟ بلی نخیر

آیا تحت پوشش پالیسی ها بیمه صحی هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			
نام - صاحب پالیسی	تاریخ آغاز پوشش	مبلغ حق بیمه \$	چند بار پرداخت میشود
شماره پالیسی/بیمه	شماره گروه		
نام و آدرس شرکت بیمه			

آیا همسر شما تحت پوشش پالیسی ها بیمه صحی قرار دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			
نام صاحب پالیسی	تاریخ آغاز پوشش	مبلغ حق بیمه \$	چند بار پرداخت میشود
شماره پالیسی/بیمه	شماره گروه		
نام و آدرس شرکت بیمه			

آیا شما یا همسر شما به دلیل تصادف بل های طبی دریافت کرده اید یا ادعای تصادف در حال بررسی دارید؟ بلی نخیر اگر بلی، همه موارد قابل تطبیق را انتخاب کنید. بل های متحمل شده ادعا یا صورت حساب در حال بررسی

بخش 19 - درخواست کمک در پرداخت نمودن مصارف طبی

اگر بیمه مصارف طبی شما را از سه ماه گذشته پرداخت نکرده است، میتوانید برای پرداخت این مصارف برای پوشش مراقبت های صحی اقدام نمایید. اگر تمام قوانین برنامه را در آن ماه رعایت کنید، میتوانید از مزایای پوشش مراقبت های صحی حداکثر سه ماه قبل از ماه درخواست خود بهره مند شوید. ماه درخواست ماه است که نمایندگی شما درخواست شما را دریافت میکند.

هنگامی که برای مزایای مراقبت های صحی در ماه های قبل درخواست میدهید، باید تمام اطلاعات مورد نیاز ماه های قبل را ارائه دهید و باید تمام قوانین برنامه را برای آن ماه ها رعایت کنید. اگر برای پرداخت مصارف مراقبت های صحی برای هر یک از سه ماه قبل از ماه درخواست خود کمک میخواهید، مطمئن شوید که چوکات "بلی" را در بخش 3 درخواست جای که این سوال پرسیده شده علامت زده اید و این فورم را تکمیل کنید.

اگر تغییرات در سه ماه قبل از ماه درخواست شما وجود دارد، تغییرات زیر را برای هر ماه لیست کنید. این تغییرات ممکن است شامل موارد ذیل باشد: آدرس شما کی در خانه زندگی میکند، درآمد، دارایی، وسایل نقلیه، بیمه و غیره.

در کدام تاریخ میخواهید پوشش مراقبت های صحی خود را شروع نمایید؟ **توجه:** این تاریخ نمی تواند بیش از سه ماه قبل از ماه درخواست شما باشد.

ماه قبل از درخواست

آیا برای پرداخت مصارف طبی از ماه قبل از ماه درخواست خود کمک میخواهید؟

بلی نخیر

اگر بلی، آیا معلومات که در درخواست خود ارائه کرده اید در آن ماه یکسان است؟ بلی نخیر اگر نخیر، تغییرات را شرح

دو ماه قبل از درخواست

آیا برای پرداخت مصارف طبی از دو ماه قبل از ماه درخواست خود کمک میخواهید؟ بلی نخیر

اگر بلی، آیا معلومات که در درخواست خود ارائه کرده اید در آن ماه یکسان است؟ بلی نخیر اگر نخیر، تغییرات را شرح

سه ماه قبل از درخواست

آیا برای پرداخت مصارف طبی از سه ماه قبل از ماه درخواست خود کمک میخواهید؟ بلی نخیر

اگر بلی، آیا معلومات که در درخواست خود ارائه کرده اید در آن ماه یکسان است؟ بلی نخیر اگر نخیر، تغییرات را شرح

بخش 20 - اطلاعات مراقبت طولانی مدت

اگر شما یا همسر شما در حال حاضر در خانه بزرگان، Institution for Mental Disease (مؤسسه بیماری های روانی) (IMD) یا شفاخانه اقامت دارید، یا شما یا همسر شما درخواست خدمات مراقبت طولانی مدت در خانه خود را دارید این بخش را تکمیل کنید.

A. قصد بازگشت به خانه

اگر در حال حاضر در خانه سالمندان، IMD، شفاخانه یا تسهیلات زندگی کمکی زندگی میکنید، آیا قصد دارید در آینده زمان به خانه خود بازگردید؟ بلی نخیر

اگر همسر شما در حال حاضر در یک خانه سالمندان، IMD، شفاخانه یا تسهیلات زندگی کمکی زندگی میکند، آیا قصد دارد در آینده زمان به خانه بازگردد؟ بلی نخیر

B. درخواست معافیت های اجتماعی

آیا برای دریافت خدمات در خانه یا تسهیلات زندگی کمی برای Medicaid درخواست می دهید؟ بلی نخیر
آیا همسر شما برای دریافت خدمات در خانه یا تسهیلات زندگی کمی برای Medicaid درخواست می دهید؟ بلی نخیر

C. تخصیص درآمد

اگر متاهل هستید، ممکن است واجد شرایط باشید که بخشی از درآمد خود را تا مبلغ حداکثر به همسر خود بدهید. چه کسی درآمد را تخصیص خواهد داد؟ اگر متاهل هستید و هم شما و هم همسر شما برای خدمات مراقبت طولانی مدت درخواست می دهید، باید انتخاب کنید که چه کسی درآمد را تخصیص خواهد داد.

به این تخصیص درآمد می گویند. شما همسر شما

آیا شما یا همسر شما میخواهید حداکثر سهم مجاز درآمد را اختصاص دهید؟ بلی نخیر
اگر «نه»، شما یا همسر شما میخواهید مقدار را اختصاص دهید \$

یادداشت: اگر نمیخواهید حداکثر سهم مجاز درآمد خود را تخصیص دهید، اما به ما نگوئید که چقدر میخواهید تخصیص دهید یا مقدار دالر را خالی بگذارید، فرض میکنیم که نمیخواهید هیچ درآمدی به همسر خود اختصاص دهید.

D. انتقال منبع / درآمد

لطفاً در مورد درآمد یا منابعی که شما و/یا همسر شما در پنج سال گذشته به قیمت کمتر از ارزش رایج بازار بخشش یا فروخته اید به ما بگویید. مثال هایی از منابع عبارتند از پول نقدی و هدایای نقدی، املاک و مستغلات، سهام یا اوراق قرضه و غیره. این شامل هر مبلغی است که به خردسالان هدیه داده اید، مانند پولی که در صندوق کالج برای نواسه خود قرار داده اید. شما باید این مبالغ را در ذیل گزارش دهید. در صورت نیاز به جای بیشتر از یک ورق کاغذ اضافی استفاده کنید.

همه موارد قابل تطبیق را انتخاب کنید. در پنج سال گذشته، آیا شما و/یا همسر شما:

کدام دارایی را به کمتر از ارزش رایج بازار فروخته اید؟* بلی نخیر

دارایی های تجاری یا درآمد؟ بلی نخیر

دارایی یا درآمد را انتقال یا بخشش نموده اید؟ بلی نخیر

یک مؤسسه ایجاد یا تمویل نموده اید؟ بلی نخیر

رد یا امتناع از پذیرش میراث؟ بلی نخیر

سالنامه، ملک زندگی در خانه شخص دیگری، سفته، قرضه یا گروهی خریداری کرده اید؟ بلی نخیر

اگر به هر یک از سؤالات بالا «بلی» پاسخ داده اید، اطلاعات دارایی و درآمد ذیل را پر کنید. اگر «نخیر» پاسخ داده باشید، به بخش E بروید.

*هدف ما از ارزش رایج بازار، مبلغی است که اگر آن را در بازار آزاد به فروش برسانید، دریافت خواهید کرد.

دارایی یا درآمد 1

نوع دارایی یا درآمد	تاریخ بخشیدن یا فروش	ارزش دارایی یا درآمد \$
در عوض چه دریافت کردید؟ _____ دارایی به چه کسی فروخته/بخشیده شد؟ _____		

دارایی یا درآمد 2

نوع دارایی یا درآمد	تاریخ بخشیدن یا فروش	ارزش دارایی یا درآمد \$
در عوض چه دریافت کردید؟ _____ دارایی به چه کسی فروخته/بخشیده شد؟ _____		

E. هزینه سرپناه / سهولت های عامه

در این بخش از هزینه های خانه خود بگویید. برخی از این موارد ممکن است شامل قرضه/اجاره مسکن، مالیات بر دارایی، هزینه های آپارتمان، بیمه صاحب خانه/مستاجر، بل های آب یا فاضلاب، بل های گاز/برق، و هزینه گرمایش باشد، اما محدود به آنها نیست. اگر هزینه مشترک است، حتماً مبلغ واقعی پرداخت شده برای هر نفر را ذکر کنید.

نوع هزینه	چه کسی هزینه دارد	مبلغ هزینه طبی	چند بار پرداخت میشود
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

F. بیمه LONG-TERM CARE (مراقبت طولانی مدت)

آیا بیمه مراقبت طولانی مدت خصوصی دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			
نام - دارنده پالیسی	تاریخ آغاز پوشش	مبلغ حق بیمه \$	چند بار پرداخت میشود
شماره پالیسی/بیمه	شماره گروه		
نام و آدرس شرکت بیمه			
آیا همسر شما بیمه مراقبت طولانی مدت خصوصی دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			
نام دارنده پالیسی	تاریخ آغاز پوشش	مبلغ حق بیمه \$	چند بار پرداخت میشود
شماره پالیسی/بیمه	شماره گروه		
نام و آدرس شرکت بیمه			

بخش 21 – چک لیست

لطفاً قبل از اینکه درخواست خود را ایمیل کنید، هر کدام را بخوانید و نشانی کنید. این میتواند در زمان پروسس درخواست شما صرفه جویی کند.

- بخش حقوق و مسئولیت ها را بخوانید.
- تمام بخش های قابل تطبیق برنامه را تکمیل کنید.
- هرگونه اسناد اثبات فعلی، اسناد اضافی یا برگه های کاغذ که برای تکمیل درخواست استفاده میشود را به همراه درخواست خود ضمیمه کنید. در صورت درخواست کمک برای پرداخت مصارف طبی از سه ماه گذشته، حتماً تأییدیه آن ماه ها را نیز شامل کنید.
- اگر شهروند ایالات متحده نیستید، یک کاپی از مدارک وضعیت مهاجرت خود را شامل کنید.
- در صورتیکه سرپرست قانونی اموال، سرپرست قانونی شخص و دارایی، محافظ، یا وکالتنامه بادوام فعال برای امور مالی دارید، اسناد قانونی را ضمیمه کنید که به سرپرست قانونی، محافظ یا وکالت نامه منصوب متقاضی این اجازه میدهد. در صورتیکه نماینده مجاز دارید، فورم را برای تعیین، تغییر یا حذف یک نماینده ضمیمه کنید (F-10126A برای یک شخص یا F-10126B برای یک سازمان).
- اگر برای پرداخت مصارف طبی از سه ماه گذشته کمک میخواهید، بخش درخواست کمک برای پرداخت نمودن مصارف طبی را تکمیل نمایید.
- اگر برای خدمات مراقبت طولانی مدت درخواست پوشش دارید، بخش اطلاعات مراقبت طولانی مدت را تکمیل کنید.
- صفحات را 1 تا 8 و گزارش تغییر F-10137، Medicaid، از این بسته درخواست را برای استفاده در آینده نگه دارید.
- فرم درخواست را امضا و تاریخ آنرا بنویسید.

بخش 22 – امضاء

با امضای درخواست، به نمایندگی محلی و Department of Health Services (بخش خدمات صحتی) Wisconsin اجازه می‌دهید تا هرگونه اطلاعاتی را که طبق قانون Wisconsin برای اجرای درست برنامه Medicaid مناسب و ضروری است درخواست کنند. هر شخصی، از جمله مؤسسات مالی، اداره های گزارش کردیت یا مؤسسات آموزشی میتواند این اطلاعات را منتشر کند، مگر اینکه توسط قانون ممنوع یا محدود شده باشد. مجوز شما تا یکی از موارد ذیل مؤثر باقی میماند:

- درخواست شما برای Medicaid به اشتباه رد شده است.
- درخواست Medicaid شما رد شده است.
- شما بطور کتبی به Department of Health Services (بخش خدمات صحتی) اطلاع دهید که میخواهید مجوز خود را پایان دهید.

همچنین، امضای شما در درخواست به این معنی است که سوالات و اظهارات موجود در این فورم درخواست و مجازات های ارائه اطلاعات نادرست یا نقض قوانین را درک میکنید. با امضای درخواست، شما تحت مجازات شهادت و سوگند دروغ، تأیید میکنید که تمام پاسخ های شما، از جمله اطلاعات ارائه شده در مورد وضعیت مهاجرت و شهروندی هر یک از اعضای خانواده متقاضی دریافت مزایا، تا جایی که میدانید صحیح و کامل است. همچنین، شما درک و با ارائه اسنادی برای اثبات آنچه گفته اید موافقت میکنید.

اگر متاهل هستید و به دلیل اقامت در یک موسسه طبی یا درخواست خدمات مراقبت طولانی مدت در خانه خود برای Long-Term Care Medicaid (مراقبت طولانی مدت Medicaid) درخواست می‌دهید، همسر شما به عنوان یک Community Spouse (همسر اجتماعی) شناخته میشود.

یک Community Spouse (همسر اجتماعی) باید درخواست را امضاء کند تا به عنوان یک درخواست معتبر برای Long-Term Care Medicaid (مراقبت طولانی مدت Medicaid) در نظر گرفته شود. همسر شما ممکن است بتواند دارایی و درآمد اضافی بدون تأثیر بر واجد شرایط بودن Medicaid شما داشته باشد. هم شما و هم همسر شما باید درخواست خود را برای Long-Term Care Medicaid (مراقبت طولانی مدت Medicaid) امضاء کنید وگرنه درخواست شما رد خواهد شد. همسر شما 30 روز از تاریخ درخواست Medicaid شما فرصت دارد تا درخواست را امضاء کند.

تاریخ امضاء	امضاء – متقاضی/نماینده/سرپرست/وکیل/نگهبان
تاریخ امضاء	امضاء – متقاضی/همسر اجتماعی/نماینده/سرپرست/وکالت/نگهبان
تاریخ امضاء	امضاء - شاهد (اگر با «X» در بالا امضا شده باشد لازم است)
تاریخ امضاء	امضاء - شاهد (اگر با «X» در بالا امضا شده باشد لازم است)

یادداشت: امضای متقاضی باید توسط دو نفر مشاهده شود، اگر با «X» امضاء شده باشد.

درخواست ها و/یا مدرک/تاییدی ها را پست یا فکس کنید

اگر در ولسوالی Milwaukee زندگی میکنید:

اگر شما در ولسوالی Milwaukee زندگی نه می کنید

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee WI 53218

فکس: 855-293-1822

فکس: 888-409-1979

همچنین میتواند هر ثبوت را به صورت آنلاین در access.wi.gov اسکین و/یا آپلود کنید.

نماینده باصلاحیت را تعیین کنید، تغییر دهید و یا برکنار سازید: شخص (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)

تعیین، تغییر یا برکناری نماینده باصلاحیت را تکمیل و ارسال کنید: فرم شخص، F-10126A، برای تعیین، تغییر یا برکنار سازی نماینده با صلاحیت شما:

برای تعیین یک نهاد به عنوان نماینده باصلاحیت شما، تعیین، تغییر یا برکناری نماینده باصلاحیت را تکمیل و ارسال کنید: به جای فرم نهاد، F-10126B

اگر سرپرست قانونی مرتبط با جایداد دارید یا سرپرست قانونی مربوط به شخصیت و اموال دارید یا محافظ دارید، در این صورت اگر می خواهید شخصی غیر از آنها نماینده تام الاختیار شما باشد، همان شخص باید نماینده تام الاختیار برای شما تعیین کند. اگر یک وکیل فعال و دائمی برای امور مالیاتی دارید، شما یا وکیلان می توانید یک نماینده واجد شرایط را تعیین کنید.

یک سرپرست قانونی آن شخص تنها در صورتی می تواند نماینده مجاز برای شما تعیین کند که مدارک محکمه که سرپرست قانونی آن شخص را تعیین می کند به سرپرست این اختیار را بدهد که از طرف شما با واجد شرایط بودن و مزایای شما در برنامه های کمک های عمومی عمل کند.

وکالت نامه مراقبت های صحتی نمی تواند از طرف شما برای تعیین نماینده مجاز اقدام کند.

اطلاعات شناسایی شخصی ارائه شده در این فرم فقط برای مدیریت مستقیم Wisconsin Medicaid، BadgerCare Plus، FoodShare، Family Caretaker Supplement (فقط خدمات تنظیم خانواده)، و Caretaker Supplement (سرپرست یا مکمل سرپرستی) استفاده می شود.

معلومات نماینده با صلاحیت

نماینده با صلاحیت، شخصی است که با وضعیت/شرایط خانواده شما آشنا است و شما به او اعتماد دارید که به نمایندگی از شما اقدام کند. هر فردی می تواند به عنوان نماینده باصلاحیت شما عمل کند؛ جز افراد ذیل:

- افرادی که به دلیل نقض عمدی برنامه FoodShare رد صلاحیت شده اند، نمی توانند در جریان دوره رد صلاحیت خود به عنوان نماینده باصلاحیت خدمت کنند، مگر اینکه هیچ فردی دیگری نتواند به عنوان نماینده باصلاحیت عمل نماید.
- ارائه کنندگان غذایی بی خانمان نمی توانند به عنوان نماینده باصلاحیت برای یک واحد غذایی بی خانمان خدمت کنند. (واحد غذایی یک یا چند نفر است که باهم زندگی می کنند و باهم غذا خریداری می کنند و غذا تهیه می کنند.)
- کارمندان نهاد که به تعیین واجد شرایط بودن یا مزایا کمک می کنند، نمی توانند به عنوان نماینده باصلاحیت خدمت کنند. تأییدی/منظوری خاص کتبی ممکن است برای آنها داده شود تا در شرایط مشخص به عنوان نماینده باصلاحیت خدمت کنند.
- پرچون فروشانی که صلاحیت پذیرش مزایای FoodShare دارند، نمی توانند به عنوان نماینده باصلاحیت خدمت کنند.

پس از اینکه نماینده باصلاحیت تعیین شد، نماینده باصلاحیت شما ممکن است یک یا همه موارد ذیل را از طرف /به نمایندگی شما انجام دهد:

- درخواست برای مزایا یا تمدید آن
 - تغییرات گزارش در معلومات شما
 - کار کردن با نهاد شما در باره هر موضوع مرتبط به مزایای شما
 - درج شکایات و درخواست های تجدیدنظر در مورد واجد شرایط بودن شما برای برنامه هایی که برای آن درخواست می دهید یا در آن ثبت نام کرده اید.
- همچنان می توانید انتخاب کنید که نماینده باصلاحیت شما کاپی نامه های در مورد واجد شرایط بودن، مزایا و کارت ForwardHealth شما را دریافت کند، از طرف شما با اعضای خدمات ForwardHealth و HMO شما کار کند و شکایات و درخواست ها در مورد خدمات مراقبت های صحتی شما (بطور مثال؛ تداوی و بیل ها) را ثبت نماید.
- برای درخواست یا دریافت مزایا نیازی نیست تا نماینده با صلاحیت داشته باشید.

نماینده باصلاحیتی را که شما در این فرم تعیین می کنید، می تواند از طرف شما برای هر یک از برنامه های ذیل عمل کند: Medicaid و یسکانسن، Family Planning Only Services، FoodShare، BadgerCare Plus (خدمات فقط پلانگذاری صحتی)، و/یا Caretaker Supplement (مکمل سرپرست/نگهبان) اگر در یکی از این برنامه ها و Wisconsin Works (کارهای و یسکانسن) (W-2) ثبت نام کرده اید، نماینده باصلاحیت شما نیز می تواند از طرف شما برای W-2 اقدام کند.

نماینده باصلاحیتی را که شما در این فرم تعیین می کنید نمی تواند از طرف شما برای برنامه Wisconsin Shares Child Care Subsidy (مساعدت برای مراقبت از کودکان سهام و یسکانسن) اقدام کند. اگر برای سهام و یسکانسن درخواست می دهید، شما خودتان باید برای خودتان درخواست دهید.

رهنمودهای فرم

اگر معلومات مورد نیاز؛ از جمله هر یک از امضاءها در این فرم وجود نداشته باشد، فرم ناقص تلقی می شود و نماینده باصلاحیت شما نمی تواند از طرف شما عمل کند.

بخش 1 – شما باید بخش 1 را تکمیل کنید. شما باید انتخاب کنید که آیا نماینده باصلاحیت را تعیین می کنید، تغییر می دهید یا برکنار می کنید. همچنین باید نام و تاریخ تولد خود را نیز بنویسید تا بتوانیم شما را شناسایی کنیم. اگر در حال انتخاب یا تغییر نماینده باصلاحیت هستید، انتخاب کنید که آیا می خواهید

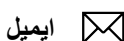
نماینده باصلاحیت شما کاپی نامه‌های شما را دریافت کند یا خیر. اگر برای برنامه مراقبت صحتی نیز درخواست می‌دهید یا در آن ثبت نام کرده اید، انتخاب کنید که آیا می‌خواهید به نماینده باصلاحیت خود اجازه دهید اقدامات بیشتری را از طرف شما انجام دهد. قبل از تأیید کردن گزینه "بله"، اطمینان حاصل کنید که تأییدی معلومات صحتی محرم را خوانده اید و با آن موافقت می‌کنید. بعد، تفاهم‌نامه را بخوانید. اگر موافق بودید، در فورم امضاء کنید و تاریخ را نیز بنویسید.

بخش 2 – نماینده باصلاحیت شما باید بخش 2 را تکمیل کند. نماینده باصلاحیت شما باید نام و شماره تماس خود را بدهد. آنها همچنین باید تفاهم‌نامه را بخوانند و در صورت موافقت با اظهارات آن، فورم را امضاء نموده و تاریخ را نیز بنویسند.

بخش 3 – اگر در حال انتخاب و تغییر نماینده باصلاحیت هستید، باید علاوه بر نماینده باصلاحیت، فردی دیگری را نیز در کنار خود داشته باشید که امضاء کردن این فورم را از طرف شما مشاهده کند. این شخص را شاهد گویند. اگر این فورم را با شخص ناآشنا امضاء کنید، دو شاهد باید امضای شما در فورم را مشاهده کنند. شاهد یا شاهد‌ها باید نام، امضاء و تاریخ را در فورمی که امضاء میکنند، ارائه نمایند.

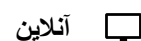
ارائه/تسلیم دهی فورم

شما می‌توانید فورم را از طریق یکی از راه‌های ذیل تسلیم نمائید:



ایمیل

اگر در شهرک **Milwaukee** زندگی می‌کنید، فورم را به آدرس زیر ارسال کنید:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218



آنلاین

اسکن تمامی صفحات فورم برای برنامه ACCESS. شما می‌توانید این کار از طریق حساب ACCESS خود با وارد شدن (log in) به access.wi.gov انجام دهید. (یادداشت: اگر شما حساب ACCESS ندارید، می‌توانید به access.wi.gov بروید و برای خود حساب بسازید.)

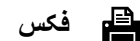
• اگر در ایالت **Milwaukee** زندگی نمی‌کنید، فورم را به این آدرس ایمیل کنید:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

یادداشت: شما می‌توانید صرف اسکن فورم‌ها را در اوقات مشخص برای ACCESS اسکن کنید. اگر نتوانستید فورم را در ACCESS اسکن کنید، فورم را با استفاده از سایر روش‌ها تسلیم دهید.

از طریق شخص



فورم را به نهاد خود ببرید. معلومات تماس نهاد شما در وبسایت (وزارت خدمات صحتی) ویسکانسن در dhs.wi.gov/im-agency وجود دارد.



فکس

- اگر در ایالت **Milwaukee** زندگی می‌کنید، فورم را به 888-409-1979 فکس کنید.
- اگر در ایالت **Milwaukee** زندگی نمی‌کنید، فورم را به 855-293-1822 فکس کنید.

برای معلومات بیشتر در مورد نمایندگان باصلاحیت، به وبسایت DHS به آدرس www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm مراجعه کنید.



توسط درخواست کنند/عضو خانه پری گردد.

بخش 1

من:

- یک نماینده باصلاحیت را تعیین می‌کنم. شما باید همه بخش 1 را خانه پری کنید.
- نماینده باصلاحیت را تغییر می‌دهم. شما باید همه بخش 1 را خانه پری کنید. اطمینان حاصل کنید نام نماینده باصلاحیت جدیدتان را در بخش ب، درج کردید.
- نماینده باصلاحیت را بر کنار می‌کنم. شما باید بخش الف و ه بخش 1 را خانه پری کنید. بخش های ب و ج را خالی بگذارید.

بخش الف: معلومات شخصی

نام – درخواست کننده/عضو(نام خانوادگی، نام اصلی، تخلص)

تاریخ تولد

شماره کیس/دوسیه (اگر یک دوسیه دارید)

بخش ب: معلومات تفویض صلاحیت:

من فرد ذیل را به عنوان نماینده باصلاحیت خود تعیین می‌نمایم.

من از نماینده باصلاحیت خود می‌خواهم کاپی نامه‌های در مورد واجد شرایط بودن و مزایای من را دریافت کند.

 بلی نخیر

بخش ج: معلومات اضافی در مورد تفویض صلاحیت — فقط برنامه های مراقبت صحتی (اختیاری)

من برای برنامه مراقبت های صحتی (به عنوان مثال، ویسکانسن Medicaid، BadgerCare Plus، یا Family Planning Only Services) فقط خدمات پلانگذاری خانواده)) درخواست می‌کنم یا در آن ثبت نام کرده ام و می‌خواهم نماینده باصلاحیت من تمام موارد زیر را انجام دهد:

- کارت ForwardHealth من را از طرف من دریافت کند.

- من را در HMO ثبت نام کند.

- در مورد صورت حساب، خدمات یا سایر معلومات طبی، از جمله معلومات محرم طبی، با اعضای خدمات ForwardHealth یا HMO من صحبت کند. قبل از اینکه گزینه "بلی" را انتخاب کنید، مطمئن شوید که معلومات محرم صحتی تفویض صلاحیت زیر را خوانده و با آن موافقت کرده اید.

- شکایات و درخواست‌ها در مورد خدمات مراقبت صحتی من (به عنوان مثال، درمان و صورت حساب‌ها) را درج کند.

 بلی نخیر

صلاحیت در مورد استفاده و نشر معلومات محرم صحتی

با علامت گذاری روی گزینه بلی فوق، به Department of Health Services (وزارت خدمات صحتی) (DHS) ویسکانسن و قراردادی های آن، از جمله HMOs، اجازه می‌دهم اطلاعات محرم صحتی من را به نماینده باصلاحیت شریک سازند (شریک ساخته شود).

معلوماتی که من اجازه نشر آن را می‌دهم ممکن است شامل انواع معلومات زیر باشد: ادعاها، سوابق صحتی، مراقبت از سوء مصرف مواد، مراقبت های باروری، مراقبت روانی، بیماری های ساری، خدمات فارمسی، HIV/AIDS، سوابق مربوط به دندان، و ناتوانی های رشدی.

معلوماتی که برای نماینده با صلاحیت شریک ساخته می‌شود بتواند مدیریت مزایای مراقبت های صحتی من را کمک کند.

درک میکنم که هر اطلاعاتی که بر اساس این مجوز استفاده یا به اشتراک گذاشته میشود، میتواند توسط شخص یا نهادی که اطلاعات را دریافت میکند مجدداً به اشتراک گذاشته و دیگر توسط مقررات حفظ حریم خصوصی فدرالی محافظت نخواهد شد.

می‌دانم که این تفویض صلاحیت داوطلبانه است و ممکن است با انتخاب گزینه "نخیر" در بالا، اجازه نشر معلومات محرم صحتی را رد کنم. انتخاب گزینه "نخیر"، روی ارائه خدمات درمانی، پرداخت، ثبت نام در طرح صحتی یا واجد شرایط بودن برای مزایا تأثیری نخواهد داشت، مگر اینکه تفویض صلاحیت برای تعیین واجد شرایط بودن برای برنامه یا ثبت نام در برنامه ضروری باشد.

تفویض صلاحیت هذا، تا زمانی که نماینده باصلاحیت من در این فورم را از نمایندگی باصلاحیت خود برکنار سازم، یا به نهاد خود اطلاع دهم که نمی‌خواهم نماینده باصلاحیت من دیگر به معلومات محرم صحتی من دسترسی داشته باشد، ادامه خواهد داشت. من می‌توانم هر زمان که بخواهم در این مورد به نهاد خود کتباً اطلاع دهم. با این حال، حذف تفویض صلاحیت روی معلومات محرم صحتی که قبلاً شریک ساخته شده است، تأثیر نمی‌گذارد.

بخش د: بیانیه تفاهم

- من درک می‌کنم و توافق می‌نمایم که:
- من این حق را دارم هر فردی را که بخواهم به عنوان نماینده باصلاحیت خود انتخاب کنم.
 - من می‌توانم نماینده باصلاحیت خود را در هر زمان تغییر دهم یا برکنار سازم. من باید به طور کتبی به نهاد خود اطلاع دهم که می‌خواهم نماینده باصلاحیت خود را تغییر دهم یا برکنار سازم.
 - من مجبور نیستم به کسی بگویم که او را به عنوان نماینده باصلاحیت خود برکنار می‌کنم.
 - نماینده باصلاحیت ذکر شده در این فورم، نماینده با صلاحیت من باقی خواهند ماند، تا زمانی که آنها را تغییر دهم یا برکنار سازم.
 - نماینده باصلاحیت من به معلومات شخصی من مانند شماره تامین اجتماعی، صورت های حسابهای مالی و معلومات طبی دسترسی خواهد داشت تا به من در مدیریت و اجد شرایط بودن کمک کند. اگر با معلومات محرم صحی تفویض صلاحیت در فوق موافقت کردم، می‌دانم که نماینده باصلاحیت من نیز به این معلومات دسترسی خواهد داشت تا به من در مدیریت خدمات مراقبت‌های صحی ام (مانند صورت‌حساب‌های تدوای و صحی) کمک کند.
 - من باید معلومات واقعی و دقیق را به نماینده باصلاحیت خود ارائه کنم.
 - من در مورد معلومات نادرست و اشتباه در گزارشات نماینده باصلاحیت خود، مسؤل هستم. من درک می‌کنم که اگر نماینده باصلاحیت من یا من معلومات نادرست ارائه دهیم یا معلوماتی را پنهان کنیم، ممکن است:
 - مزایایی را که نباید می‌گرفتم پس بدهم.
 - جریمه شوم.
 - از یک برنامه محروم شوم.
 - به دلیل تقلب تحت پیگرد قرار گیرم.
 - با امضای این فورم، اظهار می‌دارم که اظهارات و موارد فوق را درک کرده و با آن موافق هستم.

بخش ه: امضاء و تاریخ

تاریخ امضاءشده

امضاء- درخواست کننده/عضو



توسط نماینده باصلاحیت خانه پری گردد.

بخش 2

بخش الف: معلومات تماس

نام- نماینده باصلاحیت (نام خانوادگی، نام اصلی، تخلص)

آدرس سرک

زیپ کود

ایالت

شهر

ایمیل آدرس (اختیاری)

شماره تیلیفون (بشمول کود منطقه)

بخش ب: تفاهنامه

- من درک می‌کنم و موافق هستم:
- من به عنوان یک نماینده باصلاحیت، محدود به انجام هر یک یا همه موارد زیر از طرف درخواست کننده/عضو هستم:
 - درخواست برای مزایا یا تمدید آن
 - گزارش دادن تغییرات
 - کار کردن با نهاد درخواست کننده/عضو در مورد هر موضوع مرتبط به مزایا
 - تکمیل کردن شکایات و درخواست‌های مرتبط به واجد شرایط بودن
 - من توقع دارم که با شرایط/وضعیت درخواست کننده/عضو آشنا شوم.
 - درخواست کننده/عضو می‌تواند هر زمانی من را از نماینده بودن خود بر کنار سازد.
 - برای درخواست کننده/عضو ضرور نیست تا به من اطلاع دهد که من از کار کردن به عنوان نماینده با صلاحیت آنها بر کنار شدم.
 - من نماینده باصلاحیت درخواست کننده/عضو هستم تا زمانی که آنها نماینده باصلاحیت دیگری درخواست کنند یا من را به عنوان نماینده باصلاحیت خود انتخاب نکنند.
 - من باید معلومات دقیق و درست را ارائه نمایم.
 - اگر معلومات نادرست یا اشتباه ارائه کنم، درخواست کننده/عضو ممکن است هر نوع مزایای مراقبت صحتی بدست آورده از طریق معلومات اشتباه را بازپرداخت نمایند.
 - اگر عمداً قوانین و مقررات برنامه را نقض کنم، باید تمام مزایای FoodShare را که به اشتباه استفاده شده یا دریافت شده است، بازپرداخت کنم.
 - من باید قوانین نافذ ایالتی و فدرالی در مورد تضاد منافع و محرمانه بودن معلومات را رعایت کنم.
 - با امضای این فورم، اظهار می‌دارم که اظهارات و موارد فوق را درک کرده و با آن موافق هستم.
 - با امضای این فورم، اظهار می‌دارم که به عنوان نماینده باصلاحیت برای درخواست کننده/عضو ذکر شده در بخش 1، خدمت خواهم کرد.

بخش ج: امضاء و تاریخ

امضاء – نماینده باصلاحیت	تاریخ امضاءشده
--------------------------	----------------



توسط شاهد(ها) پری گردد.

بخش 3

نام – شاهد (نام خانوادگی، نام اصلی، تخلص)

امضاء – شاهد	تاریخ امضاءشده
--------------	----------------



نام – شاهد (نام خانوادگی، نام اصلی، تخلص) (اگر درخواست کننده/عضو آنرا با یک فرد ناآشنا امضاء کرد)

امضاء – شاهد	تاریخ امضاءشده
--------------	----------------



تعیین و یا منصوب، تغییر یا حذف یک نماینده مجاز: سازمان (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: ORGANIZATION)

برای انتصاب، تغییر یا حذف یک سازمان به عنوان نماینده مجاز خود، فورم سازمان، F-10126B را تکمیل و ارسال کنید. برای تغییر شخص برای تماس سازمان، شما یا سازمان باید با آژانس خود تماس بگیرید. اطلاعات تماس آژانس شما در وب سایت Department of Health Services Wisconsin (وزارت خدمات صحتی) (DHS) به نشانی dhs.wi.gov/im-agency است.

برای انتصاب یک شخص به عنوان نماینده مجاز خود، در عوض فورم **انتصاب، تغییر یا حذف یک نماینده مجاز: فرم شخص، F-10126A** را تکمیل و ارسال کنید.

اگر سرپرست قانونی مرتبط با جابجاء دارید یا سرپرست قانونی مربوط به شخصیت و اموال دارید یا محافظ دارید، در این صورت اگر می خواهید شخصی غیر از آنها نماینده تام الاختیار شما باشد، همان شخص باید نماینده تام الاختیار برای شما تعیین کند. اگر یک وکیل فعال و دائمی برای امور مالیاتی دارید، شما یا وکیلان می توانید یک نماینده واجد شرایط را تعیین کنید.

یک سرپرست قانونی آن شخص تنها در صورتی می تواند نماینده مجاز برای شما تعیین کند که مدارک محکمه که سرپرست قانونی آن شخص را تعیین می کند به سرپرست این اختیار را بدهد که از طرف شما با واجد شرایط بودن و مزایای شما در برنامه های کمک های عمومی عمل کند. وکالت نامه مراقبت های صحتی نمی تواند از طرف شما برای تعیین نماینده مجاز اقدام کند.

اطلاعات شناسایی شخصی ارائه شده در این فورم فقط برای مدیریت مستقیم Wisconsin Medicaid، BadgerCare Plus، FoodShare، Caretaker Supplement (سرپرست یا مکمل سرپرست) استفاده می شود.

اطلاعات نماینده مجاز

نماینده مجاز سازمانی است که با شرایط خانواده شما آشنا است و شما به آن اعتماد دارید تا از طرف شما اقدام کند. هر کسی می تواند به عنوان نماینده مجاز شما به جز موارد زیر خدمت کند:

- افرادی که به دلیل نقض عمدی برنامه FoodShare رد صلاحیت شده اند، نمی توانند در طول دوره رد صلاحیت خود به عنوان نماینده مجاز خدمت کنند، مگر اینکه هیچ کس دیگری نتواند به عنوان نماینده مجاز خدمت کند.
- ارائه دهندگان غذای بی خانمان، نه می توانند به عنوان نماینده مجاز برای یک واحد غذای بی خانمان خدمت کنند. (یک واحد غذایی یک یا چند نفر است که با یک دیگر زندگی می کنند و با هم غذا می خردند و درست می کنند.)
- کارمندان آژانس که به تعیین واجد شرایط بودن برای مزایای کمک می کنند، نمی توانند به عنوان نماینده مجاز خدمت کنند. ممکن است تأیید کتبی ویژه ای برای آنها داده شود تا در شرایط خاص به عنوان نماینده مجاز خدمت کنند.
- خرده فروشانی که مجاز به پذیرش مزایای FoodShare هستند، نمیتوانند به عنوان نماینده با صلاحیت خدمت کنند، به جز مراکز درمان مواد مخدر و الکل که خرده فروشان مجاز هستند.

پس از منصوب شدن، نماینده مجاز شما می تواند یکی یا همه موارد زیر را از طرف شما انجام دهد:

- برای مزایا درخواست یا تمدید کنید
 - تغییرات در اطلاعات خود را گزارش دهید
 - با آژانس خود در مورد هر موضوع مرتبط با مزایای خود همکاری کنید
 - شکایات و درخواست های تجدیدنظر در مورد واجد شرایط بودن خود برای برنامه هایی که درخواست می دهید یا در آن ثبت نام کرده اید، ثبت کنید.
- همچنین می توانید انتخاب کنید که نماینده مجاز شما کپی نامه هایی در مورد واجد شرایط بودن و مزایای شما دریافت کند.

برای درخواست یا دریافت مزایای نیازی نیست تا نماینده با صلاحیت داشته باشید. برای درخواست FoodShare هنگام اقامت در یک مرکز درمان مواد مخدر و الکل، یک نماینده سازمان با صلاحیت باید از طرف شما درخواست دهد.

نماینده مجاز که در این فرم منصوب می کنید می تواند از طرف شما برای هر یک از برنامه های زیر عمل کند: Wisconsin Medicaid، FoodShare، BadgerCare Plus، Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) Caretaker Supplement (سرپرست یا مکمل سرپرست). اگر در یکی از این برنامه ها و Wisconsin Works (کار Wisconsin) (W-2) ثبت نام کرده اید، نماینده مجاز شما نیز ممکن است از طرف شما برای W-2 اقدام کند.

نماینده مجاز شما در این فورم نه می تواند از طرف شما برای برنامه Wisconsin Shares Child Care Subsidy (مراقبت از کودکان سهام Wisconsin) اقدام کند. اگر برای Wisconsin Shares درخواست می دهید، باید برای خودتان درخواست بدهید.

دستورالعمل های فرم

اگر اطلاعات مورد نیاز در این فورم وجود نداشته باشد، از جمله هر یک از امضاها، فورم ناقص تلقی می شود و نماینده مجاز شما نمی تواند از طرف شما اقدام کند.

بخش 1 — باید بخش 1 را تکمیل کنید. باید انتخاب کنید که آیا نماینده مجاز را منصوب می‌کنید، تغییر می‌دهید یا حذف می‌کنید. همچنین باید نام و تاریخ تولد خود را ارائه دهید تا بتوانیم شما را شناسایی کنیم. اگر در حال انتصاب یا تغییر یک نماینده مجاز هستید، انتخاب کنید که آیا می‌خواهید نماینده مجاز شما کپی نامه‌های شما را دریافت کند یا خیر. بعد، ببانیه‌های تفاهم را بخوانید. اگر موافق هستید، فورم را امضا کرده و تاریخ آن را تعیین کنید.

بخش 2 — شخصی که می‌تواند از طرف سازمان اقدام کند باید بخش 2 را تکمیل کند. آن شخص باید نام و اطلاعات تماس سازمان و همچنین نام خود را ارائه دهد. همچنین در صورت موافقت سازمان و شخص تماس با اظهارات، فرد باید اظهارات تفاهم را بخواند و فورم را امضا و تاریخ آن را امضا کند.

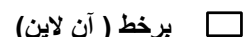
بخش 3 — اگر در حال انتصاب یا تغییر یک نماینده مجاز هستید، باید کسی را به غیر از نماینده مجاز خود داشته باشید که این فورم را امضا کند. این شخص را شاهد می‌نامند. اگر این فورم را با "X" امضا کنید، دو شاهد باید از امضای شما در فورم نظارت کنند. شاهد یا شهود باید نام، امضا و تاریخی که فرم را امضا کرده اند ارائه دهند.

ارسال فورم

می‌توانید فورم تکمیل شده خود را به یکی از روش‌های زیر ارسال کنید:



پست



برخط (آن لاین)

• اگر در شهرک **Milwaukee** زندگی می‌کنید، فورم را به آدرس زیر ارسال کنید:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

تمام صفحات فورم را به ACCESS اسکین کنید. می‌توانید این کار را از طریق حساب ACCESS خود انجام دهید، که می‌توانید در access.wi.gov وارد شوید. (توجه: اگر حساب ACCESS ندارید، می‌توانید به access.wi.gov بروید و یک حساب ایجاد کنید.)

• اگر در **Milwaukee** شهر کوچک نیستید، فورم را به آدرس زیر ارسال نمایید:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

توجه: شما فقط می‌توانید در زمان‌های خاصی فورم‌ها را برای ACCESS اسکین کنید. اگر نه می‌توانید فورم را به ACCESS اسکین کنید، فورم را با استفاده از یکی از راه‌های دیگر ارسال کنید.

به صورت حضوری

فورم را به آژانس خود ببرید. اطلاعات تماس آژانس شما در وبسایت DHS به نشانی dhs.wi.gov/im-agency موجود است.

فکس

• اگر در **Milwaukee** شهر کوچک زندگی می‌کنید، فرم را به 888-409-1979 فکس نمایید.
• اگر در **Milwaukee** شهر کوچک نیستید، فورم را به شماره 855-293-1822 فکس نمایید.

برای اطلاعات بیشتر در مورد نمایندگان مجاز، به وبسایت DHS به آدرس www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm مراجعه کنید.



توسط متقاضی/عضو پر شود

بخش 1

من هستم:

تعیین نماینده مجاز. شما باید همه بخش 1 را پر کنید.

در حال تغییر نماینده مجازم. شما باید همه بخش 1 را پر کنید. مطمئن شوید که به نام نماینده مجاز جدید خود در قسمت B بنویسید.

حذف کردن نماینده مجاز من. شما باید بخش A و D از بخش 1 را پر کنید. قسمت B را خالی بگذارید.

بخش A: اطلاعات شخصی

نام - متقاضی/عضو (آخر، اول، وسط اولیه)

تاریخ تولد

شماره پرونده (اگر دارید)

بخش B: اطلاعات مجوز

من سازمان زیر را به عنوان نماینده تام الاختیار خود منصوب می کنم:

من از نماینده مجاز من می خواهم کپی نامه هایی در مورد واجد شرایط بودن و مزایای من دریافت کند. لطفا توجه داشته باشید که نامه ها به مسئول تماس سازمان ارسال می شود.

بله نخیر

بخش C: بیانیه های تفاهم

من می فهمم و موافق هستم که:

- من این حق را دارم که هر سازمانی را که بخواهم به عنوان نماینده مجاز خود انتخاب کنم.
- من می توانم نماینده مجاز خود را در هر زمانی تغییر دهم یا حذف کنم. من باید به طور کتبی به آژانس خود اطلاع دهم که می خواهم نماینده مجاز خود را تغییر دهم یا حذف کنم.
- من مجبور نیستم به سازمان بگویم که آن را به عنوان نماینده مجاز خود حذف می کنم.
- نماینده مجاز ذکر شده در این فورم تا زمانی که آنها را تغییر دهم یا حذف کنم، نماینده مجاز من باقی خواهد ماند.
- نمایندگان با صلاحیت مرکز درمان مواد مخدر و الکل پس از ترخیص حذف خواهند شد. ارسال این سند برای پایان دادن به صلاحیت اختیاری است.
- نماینده مجاز من به اطلاعات شخصی من مانند شماره تامین اجتماعی، صورت های مالی و اطلاعات پزشکی دسترسی خواهد داشت تا به من در مدیریت واجد شرایط بودن کمک کند.
- من باید اطلاعات واقعی و دقیق را به نماینده مجاز خود ارائه دهم.
- من مسئول اشتباهات و اطلاعات نادرستی که نماینده مجاز من گزارش می دهد هستم. من درک می کنم که اگر نماینده مجاز من یا من اطلاعات نادرست ارائه دهیم یا اطلاعاتی را پنهان کنیم، ممکن است:
 - باید مزایایی را که نباید می گرفتیم پس بدهم.
 - جریمه شویم.
 - محروم شدن از یک برنامه
 - به دلیل کلاهبرداری تحت پیگرد قانونی قرار شویم.
- با امضای این فورم می گویم که اظهارات فوق را درک کرده و با آن موافق هستم.

قسمت D: امضا و تاریخ

امضا — متقاضی/عضو



تاریخ امضا



توسط نماینده مجاز پر می شود

بخش 2

بخش A: اطلاعات تماس

نام - سازمان

آدرس سرک (ستریٹ)

شماره تلفون (شامل کد محل/ منطقه)	کد پستی	ایالت	شهر
----------------------------------	---------	-------	-----

نام - تماس سازمان (آخر، اول، وسط)

آدرس ایمیل — تماس با سازمان (اختیاری)

عنوان شغل - تماس با سازمان


بخش B: بیانیه های تفاهم

من می فهمم و موافق هستم که:

- من مجاز هستم از طرف سازمان فهرست شده در بخش 2، قسمت A اقدام کنم.
- به عنوان یک نماینده مجاز، سازمان محدود به انجام هر یک یا همه موارد زیر از طرف متقاضی یا عضو است:
 - درخواست یا تمدید مزایا
 - گزارش تغییرات
 - کار با آژانس متقاضی یا عضو در مورد هر موضوع مرتبط با مزایا
 - ثبت شکایات و تجدیدنظرهای مربوط به صلاحیت
- انتظار می رود که سازمان با شرایط متقاضی یا اعضا آشنا باشد.
- سازمان باید هر گونه تغییر در تماس فهرست شده در بخش 2، قسمت A را به آژانس متقاضی یا عضو گزارش دهد.
- متقاضی یا عضو می تواند در هر زمانی سازمان را از نمایندگی مجاز خود حذف کند.
- متقاضی یا عضو نیازی به اطلاع سازمان مبنی بر حذف از خدمت به عنوان نماینده مجاز خود ندارد.
- سازمان نماینده مجاز متقاضی یا عضو است تا زمانی که نماینده مجاز دیگری را درخواست کند یا انتخاب کند که نماینده مجاز نداشته باشد.
- سازمان و هرکسی که از طرف آن فعالیت می کند باید اطلاعات واقعی و دقیق ارائه دهد.
- اگر سازمان اطلاعات نادرست یا نادرست ارائه دهد، متقاضی یا عضو ممکن است نیاز به بازپرداخت مزایای مراقبت های بهداشتی دریافتی اشتباه داشته باشد.
- اگر سازمان عمداً قوانین برنامه را نقض کند، باید تمام مزایای FoodShare را که به اشتباه استفاده شده یا دریافت کرده است، بازپرداخت کند.
- سازمان و هر کسی که از طرف آن عمل می کند باید قوانین و مقررات قابل اجرا و فدرالی، از جمله 42 C.F.R. قسمت 431 فرعی F، 42 C.F.R. § 447.10; 45 C.F.R. § 155.260(f) و CFR 273.2(n)(4) در مورد تضاد منافع و محرمانه بودن اطلاعات مطابقت داشته باشد.
- با امضای این فورم، می گویم که از طرف سازمان فهرست شده در بخش 2، قسمت A، اظهارات بالا را درک کرده و با آن موافق هستم.

- با امضای این فورم، می‌گویم که سازمان فهرست شده در بخش 2، قسمت A به عنوان نماینده مجاز متقاضی یا عضو فهرست شده در بخش 1 خدمت خواهد کرد.

قسمت C: امضا و تاریخ

تاریخ امضا	امضا — تماس با سازمان	
------------	-----------------------	---



توسط شاهدان پر شود

بخش 3

نام - شاهد (آخر، اول، وسط اولیه)

تاریخ امضا	امضا — شاهد	
------------	-------------	---

نام - شاهد (آخر، اول، وسط اولیه) (اگر متقاضی/عضو با X امضا شده باشد)

تاریخ امضا	امضا — شاهد	
------------	-------------	--

**گزارش تغییر WISCONSIN MEDICAID
(WISCONSIN MEDICAID CHANGE REPORT)**

اگر Medicaid دریافت میکنید، باید هرگونه تغییر در ترکیب خانواده خود را گزارش دهید (اگر کسی در خانه شما نقل مکان میکند یا خارج میشود، اگر کسی ازدواج میکند، حامله میشود یا کودک به دنیا میآورد)، تغییر در آدرس، درآمد، دارایی یا وضعیت اشتغال در عرض 10 روز. اگر این گزارش فضای کافی برای مستند سازی تغییر را فراهم نمیکند، یک ورق کاغذ با اطلاعات اضافی نوشته شده در آن را ضمیمه این گزارش کنید. همچنین میتوانید تغییرات را به صورت آنلاین در access.wi.gov، توسط تلفون یا به صورت شخصی گزارش دهید.

اگر هرگونه تغییر را گزارش ندهید یا اطلاعات نادرست ارائه دهید، ممکن است جریمه گردید، مجبور شوید هر گونه مزایای Medicaid را که دریافت کردید و نباید دریافت میکردید (حتی اگر از کارت خود استفاده نکرده اید) را بازپرداخت کنید، محاکمه شوید یا هر سه مورد. ممکن است از شما خواسته شود که برای هر گونه تغییر که گزارش میدهید، مدرک ارائه دهید.

اطلاعات قابل شناسایی شخصی فقط برای مدیریت مستقیم برنامه Medicaid استفاده خواهد شد.

اسم شما	شماره پرونده	نام کارگر
---------	--------------	-----------

بخش 1 - تغییر در آدرس

اگر نقل مکان کرده اید، باید آدرس جدید خود را گزارش دهید.

تاریخ تغییر	شماره جدید تلفون
آدرس جدید - سرک	شهر
	ایالت
	کد پستی

بخش 2 - تغییر در ترکیب خانواده

اگر کسی در خانه شما منتقل شده یا از خانه خارج میگردد، اگر کسی ازدواج میکند، حامله میشود یا نوزادی به دنیا می آورد (اطلاعات مربوط به فردی که زایمان کرده و نوزاد تازه متولد شده را شامل کنید) باید گزارش دهید.

نام(ها) (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)	تاریخ تغییر
شماره تامین اجتماعی (SSN)*	تاریخ تولد
	ارتباط با رئیس دوسیه
تغییر را توصیف کنید	

*ارائه یا درخواست برای SSN داوطلبانه است؛ با این حال، هر شخصی که Wisconsin Medicaid را میخواهد، اما SSN خود را اما نمیخواهد ارائه دهد و یا برای یکی درخواست می کند، بر اساس بخش (2) 49.82 اساسنامه Wisconsin واجد شرایط دریافت مزایا نخواهد بود.

بخش 3 - تغییر در دارایی ها

شما باید تغییرات پول نقد، حساب های بانکی، اوراق قرضه، سهام یا سایر دارایی های خانواده خود را گزارش دهید.

نام مالک (نام خانوادگی، نام، نام میانی)	تاریخ تغییر
نوع دارایی	تغییر را توصیف کنید
	قیمت یا مقدار جدید \$

بخش 4 - تغییر در منابع/درآمد

شما باید هر گونه درآمد یا منابعی را که شما و/یا همسرتان داده یا به قیمت کمتر از ارزش بازار فروخته اید گزارش دهید. مثال های منابع عبارتند از پول نقد و هدایای نقدی، املاک و مستغلات، سهام یا اوراق قرضه، ارث و غیره.

نوع دارایی یا درآمد	تاریخ فروختن یا واگذار کردن	ارزش دارایی یا درآمد \$
در مقابل آن چه چیزی را گرفت اید؟		

بخش 5 - تغییر در وسایل نقلیه

اگر موتور، لاری، موتور سیکلت، قایق، موتور برفی، کمپینگ یا نوع دیگری از وسیله نقلیه را حاصل کرده، فروخته یا هدیه داده اید، باید گزارش دهید.

نام مالک (نام خانوادگی، نام، نام میانی)			تاریخ تغییر
نوع وسیله نقلیه	ساخت	مادل	سال
تغییر را توصیف کنید (خریده شده، فروخته شده و غیره)	مبلغ دریافت شده \$	ارزش تعیین شده بازار* \$	مقدار قرض شده \$

* هدف ما از ارزش تعیین شده بازار، مبلغی است که اگر آن را در بازار آزاد بفروشید، به دست می آورید.

بخش 6 - تغییر در درآمد

شما باید تغییر در میزان درآمد ناخالص خود، منبع درآمد جدید، تغییر وضعیت شغلی خود (نیمه وقت به تمام وقت یا تمام وقت به نیمه وقت، از دست دادن شغل)، تغییر در معاش یا میزان معاش، تغییر در میزان تامین اجتماعی، بیمه بیکاری، غرامت کارگران، مزایای کهنه سربازی، یا هر تغییر دیگری در مقدار پولی که خانواده شما دریافت میکند را باید گزارش دهید.

نام(ها) (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)	تاریخ تغییر درآمد
منبع درآمد	مبلغ ماهانه \$
چند بار پرداخت شده <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> یک هفته بعد <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> یک بار در ماه <input type="checkbox"/>	

بخش 7 - تغییرات دیگر

شما باید هرگونه تغییر دیگری را که ممکن است بر واجد شرایط بودن Medicaid شما تأثیر بگذارد گزارش دهید. مثال های تغییرات دیگر عبارتند از شخصی بیمه صحتی دریافت میکند یا آن را کنار میگذارد، شخصی معلول میگردد یا از معلولیت بهبود می یابد. تغییر همچنین میتواند تغییر در هزینه هایی مانند افزایش یا کاهش در حق بیمه صحتی، هزینه های طبی یا هزینه های سرپناه باشد.

تغییر را توصیف کنید	
تاریخ تغییر	آیا انتظار دارید که تغییرات گزارش شده در این فورم در ماه آینده به همین صورت باقی خواهد ماند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر نه، توضیح دهید.

بلی نخیر میدانم که برای مخفی کردن اطلاعات یا دادن اطلاعات نادرست مجازات وجود دارد.

بلی نخیر میدانم که ممکن است مجبور باشم هر گونه مزایایی که دریافت میکنم را بازپرداخت کنم، چون تغییرات شرایطم را به طور کامل گزارش نمیدهم (حتی اگر از کارت Medicaid خود استفاده نکنم).

بلی نخیر موافق هستم که در صورت درخواست، مدرکی دال بر هرگونه تغییر را ارائه کنم.

بلی نخیر پاسخهای من در این گزارش تا جایی که میدانم صحیح و کامل است.

تاریخ امضاء شده

امضا - درخواستگر/نماینده/سرپرست/وکالت نامه/محافظ

شماره تلفون (شامل کد منطقه)

اگر این گزارش فضای کافی برای مستند سازی تغییر را فراهم نه می کند، یک ورق کاغذ با اطلاعات اضافی نوشته شده در آن را ضمیمه این گزارش کنید.

درخواست ها، فورمه ها او/یا مدرک/تاییدی ها را ایمیل یا فکس کنید

اگر در ولسوالی Milwaukee زندگی نمیکنید:

اگر در ولسوالی Milwaukee زندگی میکنید:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

فکس: 1-855-293-1822

فکس: 1-888-409-1979

همچنین میتوانید هر مدرکی را بصورت آنلاین در access.wi.gov اسکن و/یا آپلود کنید.

برنامه کمکی تغذیه تکمیلی (SNAP) و برنامه توضیح مواد غذایی در مناطق اختصاصی سرخ پوستان بومی ایالات
متحده آمریکا (FDPIR) نمایندگی های ایالتی یا محلی و دریافت کننده های فرعی شان باید بیانیه عدم تبعیض زیر را به
نشر برسانند:

در اینجا درخواست ارسال نکنید

در مطابقت با قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاست های حقوق مدنی وزارت زراعت ایالات متحده آمریکا
(USDA) این نهاد از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشاء ملی، جنسیت (به شمول هویت جنسی و گرایش جنسی) عقیده
مذهبی، معلولیت، سن، اعتقادات سیاسی، یا انتقام جویی یا عمل تلافی جویانه به دلیل فعالیت حقوق مدنی قبلی ممنوع میباشد.

معلومات در مورد این برنامه میتواند به زبان های غیر از انگلیسی قابل دسترس قرار گیرد. افرادی که دارای معلولیت اند و
نیاز به ابزارهای جایگزین جهت بدست آوردن معلومات دارند (مانند خط بریل، چاپ متن به اندازه گ، نوار صوتی، زبان
اشاره ای آمریکایی) (باید با اداره ایالتی یا محلی) که در آنجا درخواست برای دریافت مزایا کرده اند تماس بگیرند. افرادی
که ناشنوا، کم شنوا یا دارای ناتوانی های گفتاری اند، می توانند از طریق خدمات باز پخش فدرال با وزارت زراعت ایالات
متحده آمریکا به شماره 877-8339-800 (تماس بگیرند).

برای ثبت شکایت تبعیض در مورد این برنامه شکایت کننده باید فورمه AD-3027 را که فورمه شکایت تبعیض USDA
(وزارت زراعت ایالات متحده آمریکا) میباشد را از ادرس اینترنتی زیر بدست آورده تکمیل

نماید. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-dari.pdf>

این فورمه را از هر دفتر USDA (وزارت زراعت ایالات متحده

آمریکا) با تماس به شماره 620-1071-833 یا نوشتن یک مکتوب به آدرس USDA (وزارت زراعت ایالات متحده
آمریکا) میتوان بدست آورد. مکتوب باید حاوی اسم، آدرس، شماره تلفون شکایت کننده، و شرح کتبی از اقدام تبعیض آمیز با
جزئیات کافی باشد تا به دستیار حقوق مدنی (ASCR) در مورد ماهیت و تاریخ نقض ادعای حقوق مدنی اطلاع دهد. فورمه
تکمیل شده AD-3027 باید به آدرس زیر ارسال شود:

(۱) آدرس پستی:

Food and Nutrition Service, USDA

1320 Braddock Place, Room 334

Alexandria, VA 22314; یا

(۲) شماره فکس:

یا (202)-690-7442 یا (833)-256-1665

(۳) ایمیل یا آدرس اینترنتی:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

این یک نهاد فراهم کننده فرصتهای مساوی میباشد.

در اینجا درخواست ارسال نکنید

د غیر تبعیض خبرتیا: تبعیض غیرقانونی اقدام دی - د روغتیایی مراقبت اړوند پروگرامونه د وسکسنز Wisconsin Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو اداره) د فدرال د مدنی حقونو د تطبیق وړ قوانین مراعت کوي او د توکم، رنگ، ملیت، عمر، معلولیت یا جنس پر اساس څه تبعیض او توپیر نه کوي. Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو اداره) د توکم، رنگ، ملیت، عمر، معلولیت یا جنس پر اساس خلک د خپل پروگرامونو څخه نه ویاسي او نه ورسره مختلف چلند کوي.

Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو اداره)

- معلولیت لرونکي کسانو ته وړیا مرستې او خدمات وړاندې کوي، څو وکولای شي چې زموږ سره په ښه توګه اړیکه ونیسي، لکه:
 - د اشارې د ژبې لیاقت لرونکي ترجمانان.
 - په نورو بڼو کې لیکل شوي معلومات (غټ چاپ، آډیو، د لاسرسي وړ الیکټرونیکي بڼې، نورې بڼې).
- هغه کسانو ته د ژبې وړیا خدمات وړاندې کوي چې مورنۍ ژبه یې انګلیسي نه وي، لکه:
 - لیاقت لرونکي ترجمانان
 - په نورو ژبو کې لیکل شوي معلومات.

که تاسو دې خدماتو ته اړتیا لرئ، Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو اداره) مدنی حقونو د منتظم سره په 844-201-6870 اړیکه ټینګه کړئ.

که تاسو فکر کوئ چې Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو اداره) تاسو ته په دې خدماتو وړاندې کولو کې ناکامه شوه یا ستاسو سره د توکم، رنگ، ملیت، عمر، معلولیت یا جنس پر اساس څه ډول تبعیض او توپیر وشو، نو دلته خپل رسمي شکایت ثبتولی شئ: په خدمت کې د، روغتیایی خدماتو اداره: د مدنی حقونو منتظم،

Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850
 608-267-1434، فاکس: 711، TTY: 844-201-6870، یا په دې ادرس برېښنالیک واستوئ dhsccr@dhs.wisconsin.gov. تاسو په شخصي توګه، د پوستي، فاکس یا برېښنالیک له لارې رسمي شکایت وړاندې کولی شئ. که تاسو په رسمي شکایت بشپړولو کې مرستې ته اړتیا لرئ، Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو د ادارې) د مدنی حقونو منتظم ستاسو سره د مرستې لپاره موجود دی.

همداراز، تاسو U.S. Department of Health and Human Services (د متحده ایالاتو د روغتیا او بشري خدماتو اداره) Office for Civil Rights (د مدنی حقونو دفتر) سره هم په الیکټرونیکي توګه Office for Civil Rights (د مدنی حقونو دفتر) د شکایت د پورتل له لارې په لاندې ادرس د مدنی حقونو شکایت وړاندې کولی شئ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، یا د برېښنالیک یا تلیفون له لارې په:

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

د شکایت فورمې په دې ادرس موجودې دي <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

<p>Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kannsch du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).</p>
<p>Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>ພາສາລາວ (Laotian) ເຊິນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。</p>	<p>Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p>Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p>हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।</p>
<p>Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p>Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p>Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p>