

د مشرانو، راندو یا معلولينو لپاره د Wisconsin Medicaid غوښتنې څوړه
(WISCONSIN MEDICAID FOR THE ELDERLY, BLIND OR DISABLED APPLICATION PACKET)

څنگه غوښتنه وکړو

دا د هغو کسانو لپاره چې 65 کلن، رانده یا معلولیت لري د روغتیايي گټو غوښتنلیک دی.

د روغتیايي گټو غوښتنې لپاره، دغه غوښتنلیک بشپړ کړئ او لاندې ادرس ته یې واستوئ یا access.wi.gov کې په انلاین ډول غوښتنلیک بشپړ کړئ. د انلاین غوښتنې اړوند د نورو معلوماتو لپاره لاندې وگورئ.

خپل غوښتنلیکونه او/یا ثبوت/تاییدي لاندې ادرس ته پست یا فکس کړئ:

که د Milwaukee ولسوالۍ کې ژوند نه کوئ:

که د Milwaukee ولسوالۍ کې ژوند کوئ:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee, WI 53218

فکس: 855-293-1822

فکس: 888-409-1979

تاسې د ثبوت هر سند په پرلیکه توګه access.wi.gov ته هم پورته کولی شئ.

تاسې اړ یاست د خپلو ځینو ځوابونو ثبوت وړاندې کړئ. په دې اړه د نورو معلوماتو لپاره چې څه باید وړاندې کړئ، د ثبوت/تایید برخه چې 5 پاڼه کې پیلېږي وگورئ.

که د Medicaid په اړه پوښتنې لرئ، دغه غوښتنلیک بشپړولو کې مرستې ته اړتیا لرئ یا غواړئ شخصاً یا په تیلیفون پوښتنو ته ځواب ورکړئ، د ملاقات وخت ټاکلو لپاره خپلې ادارې سره اړیکه ونیسئ. که د خپلې ادارې ادرس او/یا تیلیفون شمېرې ته اړتیا لرئ، 7 پاڼه وگورئ. معلومات په انلاین ډول په dhs.wi.gov/im-agency کې هم موجود دي.

که معلولیت لرئ او دغه معلوماتو ته په بله بڼه اړتیا لرئ، یا غواړئ ترڅو بلې ژبې ته وژباړل شي، خپلې ادارې سره اړیکه ونیسئ. دغه خدمتونه وړیا دي.

انلاین غوښتنه وکړئ

ACCESS یو انلاین اوزار دی چې تاسې ته د گټو د غوښتنې، د خپلو گټو حالت د کتلو، د بدلونونو د راپور ورکولو یا د کلني نوې کولو اجازه درکوي. ACCESS ته د لاسرسۍ لپاره د access.wi.gov څخه لیدنه وکړئ. انلاین غوښتنلیک کاغذي غوښتنلیک ته ورته دی.

لیکونه د ACCESS وېب پاڼې له لارې موجود دي

غږي د عادي پوست پر ځای د خپلو گټو اړوند لیکونه او معلومات په انلاین ډول ترلاسه کولی شي. دغه انتخاب لپاره، غږي باید خپلې ادارې سره اړیکه ونیسې، یا په access.wi.gov کې خپل د ACCESS حساب ته دننه شي. که کوم غږي ACCESS حساب نه لري، باید په انلاین ډول د خپلو لیکنو کتلو لپاره یو حساب جوړ کړي.

د دغې فورمې کارولو طریقه

1. دغه غوښتنلیک بشپړولو څخه وړاندې د مهمو معلوماتو برخه او ټولې لارښوونې ولولئ.
2. په څرګنده توګه یې چاپ کړئ. اسماني یا تور رنګ وکاروئ.
3. نېټه د کال/ورځ/میاشت په بڼه ولیکئ. (مثال: اپریل 2، 1958، نیټه به 04/02/1958 شي).
4. د خپل ځان او/یا د خپل ژوند د همسر په اړه معلومات دننه کړئ.
5. غوښتنلیک په بشپړه توګه ډک کړئ. که غوښتنلیک بشپړ نه شي ممکن د Medicaid گټو کې ځنډ رامنځ ته شي. (د ډاډ ترلاسه کولو لپاره چې ستاسې غوښتنلیک بشپړ دی په 22 پاڼه کې څترلېست وکاروئ.) که ستاسې غوښتنلیک بشپړ نه شي، اداره به تاسې سره نورو معلوماتو لپاره اړیکه ونیسې.

مهم معلومات

لاندې د هغو کسانو لپاره چې مشران، رانده یا معلول دي د Medicaid اړوند مهم معلومات دي.

قانوني سرپرست، ساتونکي، یا وکالت لیک

که چېرې تاسو د ملکیت قانوني سرپرست، د شخص او ملکیت چارو اړوند قانوني سرپرست، محافظ، یا د مالي چارو لپاره دوامدار فعاله وکیل ولرئ، هغوی کولای شي ستاسي په استازیتوب دا فورمه ډکه کړي او ویې سپاري. دغه کس باید دغې فورمې سره یو ځای د خپلې گومارنې په اړه اسناد هم وسپاري.

کله چې دا غوښتنلیک سپاري، هغه قانوني اسناد هم ورسره ضمیمه کړي چې د غوښتونکي لپاره د مالي چارو لپاره ټاکل شوي قانوني سرپرست، ساتونکي، یا دوامدار وکیل ته د اړوند فعالیت اجازه ورکوي.

شخصي قانوني سرپرست کوالی شي ستاسو په استازیتوب ستاسو د Medicaid د وړتیا او امتیازاتو سره سم عمل وکړي، دا یواځې په هغه صورت کې چې دا صلاحیت د محکمې په هغه سندونو کې ورکړل شي چې د یو شخص قانوني سرپرست ټاکي.

د روغتیايي پاملرنې لپاره د وکیل صلاحیت د دې وړتیا نلري چې ستاسو د Medicaid وړتیا او امتیازاتو لپاره ستاسو په استازیتوب فعالیت ترسره کړي.

صلاحیت لرونکی استازی

یو صلاحیت لرونکی استازی ستاسي لپاره غوښتنه کولی شي. د یو باصلاحیته استازی د ټاکلو، بدلولو یا گوښه کولو لپاره دا فورمه ډکه کړئ: **شخص فورمه، F-10126A**، یا د یو باصلاحیته استازی ټاکل، بدلول، یا لیرې کول: **د سازمان فورمه، F-10126B**، دغوښتنلیک په دې کڅوره کې موندلای شئ. دا ستاسو باصلاحیته استازي ته اجازه ورکوي چې ستاسو په استازیتوب غوښتنلیک بشپړ او لاسلیک کړي. تاسو کولای شئ 800-362-3002 شمېرې ته زنگ ووهئ یا dhs.wi.gov/forwardhealth/representative-types.htm ته مراجعه وکړئ او دا فورمه ترلاسه کړئ.

د غوښتنلیک نېټه

ستاسي د غوښتنلیک نېټه هغه نېټه ده چې د Medicaid دفتر ستاسي لاسلیک شوي فورمه ترلاسه کوي. ستاسي Medicaid اړوند پرېکړه به ستاسي د غوښتنلیک د نېټې څخه د 30 ورځو په ترڅ کې تاسي ته واستول شي. نه لاسلیک شوي فورمې به بېرته واستول شي. له ځنډ پرته غوښتنه مهمه ده، ځکه چې ستاسي د کتې تاریخ پیل، که د پروگرام په ټولو قوانینو برابر واوسئ، ستاسي د غوښتنلیک نېټې پورې تړلي ده.

طبي لگښتونو تادیه لپاره مرسته

که تېرو درېیو میاشتو څخه بیمه ستاسي طبي لگښتونه نه دي تادیه کړي، تاسي دغو لگښتونو تادیه لپاره د روغتیايي پاملرنې د پوښښ غوښتنه کولی شئ. که غواړئ کوم یو د تېرو درېیو میاشتو طبي پاملرنې تادیه کې مرسته غواړئ، د غوښتنلیک دغې کڅورې کې شته د «طبي لگښتونو تادیه کې د مرستې غوښتنه» ډکه کړئ.

شخصي پیژندونکي معلومات/د ټولنیز امنیت شمیره

شخصاً د پیژندنې وړ او د ټولنیز خونديتوب شمېرې یوازې د Medicaid پروگرام مستقیمې ادارې لپاره کارول کېږي.

که ستاسي په کورنۍ کې څوک د Medicaid غوښتنه نه کوي، اړینه نه ده چې د دغه کس لپاره د ټولنیز خونديتوب شمېره (SSN) وړاندې کړئ. هر هغه څوک چې Wisconsin Medicaid غواړي، مگر خپل SSN نه وړاندې کوي یا د یو لپاره غوښتنه کوي د Wis. Stat. § 49.82(2) پر اساس د گټو وړ نه دي.

که خپل د کډوالۍ حالت له امله یوازې د بېرنيو خدمتونو غوښتنه کوئ، یا امېدواره مېرمن یاست او د BadgerCare Plus Prenatal Services (د BadgerCare Plus له زېږون وړاندې خدمتونه) غوښتنه کوئ، اړینه نه ده چې SSN معلومات وړاندې کړئ.

ستاسي SSN دولتي ادارو لکه Internal Revenue Services (داخلي عوایدو خدمتونه) (IRS)، Social Security Administration (ټولنیز خونديتوب اداره)، Department of Revenue (د عوایدو څانگه)، او Department of Workforce Development (د کاري ځواک پرمختگ څانگه) سره په کمپیوټر کې ستاسو د معلوماتو د کتلو اجازه ورکوي. په دې سربېره، Department of Health Services (روغتیايي خدمتونو څانگه) به د دې مشخص کولو لپاره چې ایا نورې روغتیايي بیمې لری ستاسي نوم او SSN د بیمې وړاندې کوونکو له لوري وړاندې شويو معلوماتو سره پرتله کړي.

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

F-10101PA

د 23 څخه 3 پاڼه

ستاسي SSN به United States Citizenship and Immigration Services (د متحده ايالاتو تابعيت او کډوالی خدمتونو) (USCIS) سره شریک نه شي.

نوي کول

که وتوانیږئ Medicaid تر لاسه کړئ، تاسي باید د دې کتلو لپاره چې ایا اوس هم په Medicaid کې داخلي لپاره د پروگرام په ټولو قوانینو برابر یاست لږ تر لږه په 12 میاشتو کې یو ځل نوي کول بشپړ کړئ.

عادلانہ اورېدنه

تاسي Division of Hearings and Appeals (د اورېدني او استيناف څانگه) يا خپلي اداري څخه غوښتنه کولی شئ که چېرې:

- په تېروتنې سره ستاسو د Medicaid غوښتنليک رد شو.
- ستاسي غوښتنليک د هغي نېټې څخه چې اداره تر لاسه کړې و، د 30 ورځو په ترڅ کې پروسس نه شو.
- تاسي د ادارې له لوري ستاسي د گټو موقوفولو، فسخه کولو، ځنډولو، يا کمولو پرېکړې سره موافق نه ياست.
- طبي خدمتونو لپاره ستاسي د وړاندې صلاحيت غوښتنه رد شوې ده.

تاسي کولی شئ لاندې ادرس ته په ليکلو سره عادلانه اورېدني غوښتنه وکړئ:

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

د عادلانه اورېدني غوښتنه په

dhs.wi.gov/forwardhealth/resources.htm کې موندل کېدی شي.

که د فورمي کارولو پر ځای ليک لیکل انتخاب کړئ، تاسي بايد شامل کړئ:

- ستاسي نوم.
- ستاسي پوستي ادرس.
- د ستونزې لنډه تشریح.
- د اداري نوم.
- ستاسي د CARES قضیې شمېره.
- ستاسي لاسليک.

غوښتنه بايد د اقدام نېټې څخه 45 ورځو څخه ونه ځنډېږي.

تاسي همداراز هغه ادارې سره چېرې چې مو غوښتنه کړې وه اړیکه نيولی او د عادلانه اورېدني غوښتنې ډکولو کې د مرستې غوښتنه کولی شئ. د عادلانه اورېدني پروسې په اړه نور زده کړې لپاره، د [ForwardHealth](https://dhs.wi.gov/forwardhealth) نومليکنه او گټو لاسي کتاب، P-00079، ته مراجعه وکړئ. کله چې اداره ستاسو غوښتنليک تر لاسه کړي، نو تاسو به يو لارښود کتاب تر لاسه کړئ يا کولای شئ دا لارښود کتاب په دې پته ومومئ dhs.wi.gov/library/collection/P-00079.

که د عادلانه اورېدني پروسې په اړه پوښتنې لرئ، Division of Hearings and Appeals (د اورېدني او استيناف څانگه) سره په 608-266-7709 اړیکه نيولی شئ.

د املاکو بيا موندنه

که Medicaid کې شامل ياست، د Wisconsin قانون، د محدودو استثنائو سره، ستاسي املاکو څخه د Medicaid ځانگړو گټو بيا موندنه غواړي. د [املاکو بيا موندني لاسي کتاب، P-13032](https://dhs.wi.gov/library/collection/P-13032)، تاسي ته د املاکو بيا موندني اړوند معلومات وړاندې کوي. تاسو کولای شئ د بروشور يوه کاپي په آنلاین بڼه دلته تر لاسه کړئ (dhs.wi.gov/library/collection/P-13032) يا هم کولای شئ له خپلي سيمه ايزې ادارې يا د غړو د خدماتي ادارې سره په دې شمېره اړیکه ونيسئ 3002-362-800. هغه ځانگړي گټي چې ټولنه کې 55 کلنې Medicaid څخه وروسته تر لاسه کوي او ټولي هغه گټي چې په رنځور پاله کور کې استوگنې پر مهال تر لاسه کوي يا کله چې 30 ورځو څخه ډېرې مودې لپاره روغتون کې بستري ياست، د بيا موندني وړ دي. همداراز، که په رنځور پاله کور کې ژوند کوي يا روغتون کې بستري ياست، او بيرته کور ته د تللو تمه نه کوي، ستاسي کور مصادره کېدلی شي. که تاسي، ستاسي د ژوند ملگري يا د کورنۍ نور ځانگړي غړي په کې استوگن وي، ستاسي کور به مصادره نشي.

حقونه او مسؤليتونه

حقونه

ايالتي او فدرالي قوانين د غړو لپاره د حقونو ضمانت کوي، چې لاندیني په کې شامل دي:

- د ايالت او ولسوالۍ کارکوونکو له لوري په درناوی سره د چلند حق.
- وړتيا مشخص کولو لپاره اداري ته د ټولو ورکړل شويو معلوماتو د محرميت حق. (دا د پروگرام اداري لپاره د دغه ډول سوانحو کارول نه منع کوي)
- د هغو معلوماتو پرته چې د ادارې له لوري د محرميت ژمني پر بنسټ تر لاسه شوي دي، ستاسو د قضیې اړوند د اداري سوانح او دوسيو ته د لاسرسی حق.
- که د Wisconsin اوسيدونکی پاتې شئ، حتی که چېرې په لنډمهاله توگه ايالت څخه غير حاضر واوسئ د Medicaid گټو لپاره د وړ پاتې کېدو حق.
- په چټکۍ سره د وړتيا حالت مشخص کولو او دغه حالت کې وړانديز شوي بدلون څخه وړاندې خبر ورکولو حق.
- د بېړنۍ طبي پاملرنې حق.
- د معلوليت اړوند دليل لپاره په پروگرام کې گډون لپاره د مناسب استوگنځای غوښتنې حق، يا په پروگرام کې د گډون لپاره د ترجمان او ژباړونکي حق.
- ستاسي د Medicaid غوښتنليک يا روانو گټو اړوند اخیستل شوي پرېکړې چې تاسي ورسره موافق نه ياست د عادلانه اورېدني غوښتنې سره د استيناف حق.

د هغه څه مثالونه چې تاسو يې د تابعیت او هويت ثابتولو لپاره کارولی شئ:

مسئولیتونه

د بدلونونو راپور ورکول

اداري ته 10 ورځو کې دننه راپور ورکړئ.

- د متحده ایالاتو پاسپورټ
- د متحده ایالاتو د تابعیت سند
- د متحده ایالاتو د تابعیت منلو سند
- ایالت له لوري صادر شوی پرمختللی د موټر چلولو جواز
- د قبیلوي پیژندنې اسناد

- ستاسو د کورنۍ د کوم غړي په عاید کې بدلونونه.
- هر هغه معلوماتو کې کول بدلون چې تاسو خپل غوښتنلیک کې ورکړي کوم چې د Medicaid د بدلون راپور ورکولو فورمه، F-10137، کې چې د غوښتنلیک دغه کڅوره کې موجود دي غوښتل شوي وي.

د هغه څه مثالونه چې تاسو يې د تابعیت ثابتولو لپاره کارولی شئ:

- د متحده ایالاتو د زېږون سند
- په بهر کې زېږون لپاره د امریکا د بهرنیو چارو وزارت راپور
- د متحده ایالتو د تابعیت پیژند کارت
- د فرزندې نیولو کاغذونه چې په متحده ایالاتو کې د زېږون ښودنه کوي
- متحده ایالاتو کې د زېږون د روغتون سوانح
- د خدمتونو د متحده ایالاتو نظامي سوانح یا متحده ایالاتو کې د زېږون ښودونکی چټل نویس سوانح
- متحده ایالاتو کې زېږون ښودونکی د ژوند یا روغتیايي بیمې سوانح
- متحده ایالاتو کې زېږون ښودونکی د زرو کور کې د داخلي کاغذونه

access.wi.gov کې په انلاین ډول، خپلې ادارې سره اړیکې له لارې یا دغوښتنلیک دغه کڅوره کې موجود د Medicaid د بدلون راپور ورکولو فورمې، F-10137، په کارولو سره د بدلون راپور ورکولی شئ. دغه فورمه د خپل غوښتنلیک سره مه استوئ؛ د راتلونکي کاروني لپاره يې وساتئ.

تاییدي/ثبوت

اړینه ده چې د ځانگړو معلوماتو تاییدي/ثبوت وړاندې کړئ. ځینو کې يې شامل دي:

تابعیت / هويت

فدرالي قانون غوښتنه کوي چې د متحده ایالاتو ټول هغه اتباع چې د Medicaid گټي غوښتنه کوي یا ترلاسه کوي باید خپل د متحده ایالاتو د تابعیت یا هويت ثبوت وړاندې کړي مگر دا چې معاف شوي وي. معاف شويو کسانو کې Social Security Disability Insurance (ټولنيز خونديتوب د معلولیت بیمه) (SSDI)، Supplemental Security Income (تکميلي تضمیني عاید) (SSI)، Medicare، د پالنې پاملرنه، او په فرزندې نیولو مرستې ترلاسه کوي شامل دي. که د گټو غوښتنه کوئ، تاسې به د خپل غوښتنلیک له نېټې څخه خپلې ادارې ته د ثبوت وړاندې کولو لپاره لږ تر لږه 95 ورځې ولرئ. که پخوا مو دغه معلومات وړاندې کړي وي، کېدای شي له وړاندې څخه دوسې کې وي؛ که نور ثبوت ته اړتیا وي کېدای شي اداره به تاسې خبر کړي.

د هغه څه مثالونه چې تاسو يې د هويت ثابتولو لپاره کارولی شئ:

- د موټر چلولو ایالتي جواز
- فدرال، ایالت یا سیمه ییز دولت له لوري صادر شوی پیژند کارت
- د ښوونځي تصویر لرونکی پیژند کارت
- متحده ایالاتو پوځ سره د اړیکې پیژند کارت
- متحده ایالاتو د پوځ پیژند کارت
- له 18 څخه لږ عمر لرونکو ماشومانو لپاره، د هويت بیانې

لاسلیک شوی فورمه، F-10154

dhs.wi.gov/library/collection/f-10154

مور همداراز د ټولو هغو کډوالو چې د خپل ځان لپاره د گټو غوښتنه کوي له U.S. Department of Homeland Security (د متحده ایالاتو د کورنۍ امنیت ریاست) سره د کډوالۍ حالت تایید کړو.

United States Citizenship and Immigration Services

(د متحده ایالاتو د تابعیت او کډوالۍ خدمتونه) (USCIS) سره به ستاسې د کورنۍ هغو کسانو لپاره چې د مرستې غوښتنه نه کوي د کډوالۍ حالت تایید نه کړي. که ستاسې کورنۍ کې څوک د Medicaid غوښتنه نه کوي، اړ نه یاست چې دغه کس لپاره دغې پوښتنې ته ځواب ورکړئ.

یادونه: یوازې بې اسناده کډوال د بېرني روغتیايي پاملرنې وړ دي که نه هغوی به د Medicaid وړ وي. امېداواره مېرمنې کېدای شي BadgerCare Plus Prenatal Services (د بجر کيپر پلس له زېږون وړاندې خدمتونه) کې د نوملېکنې وړ وي.

شتمني

تاسي بايد د خپل ټولو شتمنيو ثبوت وړاندي كړئ. د ثبوت مثالونو كې ستاسي بانكي بيانیه چې د غوښتنلیک بشپړولو نېټه كې ستاسي د بانكي حساب ارزښت بنیي يوه كاپي، د ملكیت د مالیاتو بل، د موټر عنوان/پلېټ، يا كوم څيز چې ستاسي د ژوند د بیمې د پالیسي اسمي يا نغدي ارزښت څرگندوي شامل دي. كه متاهل یاست او د ادارې Medicaid غوښتنه كړئ، دواړه عارض او د ژوند ملگری لپاره به د شتمني ارزونه اړين وي.

نور

ستاسي كاركوونكي كېدای شي همداراز د لاندنيو غوښتنه وكړي:

- د كسر لپاره طبي لگښتونه
- د ډاكټر تاييد (شفاهي يا په ليكلي بڼه) چې دغه كس كېدای شي 6 مياشتو كې دننه بېرته كور يا اپارتمان ته ستون شي او بستر شوی كس يو كور يا ملكیت لري چې كېدای شي د كور د ساتني د مرستې وړ وي. كه اجازه ورکړل شي، لگښتونه بايد تاييد شي
- د وکیل د صلاحیت، قانوني محافظت، يا ساتونکی لپاره سندونه
- اسناد

كه دغه غوښتنلیک سپارلو پر مهال دغه ټوكي تاسي سره موجود وي، خپل غوښتنلیک سره بي يوه كاپي وړاندي كړئ. كه معلومات ستاسو د Medicaid نومليكني اړوند پرېكړه اغېزمنوي اداره به تاسو سره اړيکه ونيسي او د وركو، متضادو او ناڅرگندو معلوماتو د ثبوت وړاندي كولو غوښتنه به وكړي.

په پوست كې اصلي اسناد مه لېږئ. اصلي اسناد خپله راوړئ يا كاپي يې خپل غوښتنلیک سره واستوئ. كه په دې پوهېدلو كې چې بايد د څه ثبوت وړاندي كړئ ستونزه لري، خپلي ادارې سره اړيکه ونيسئ او د مرستې غوښتنه وكړئ.

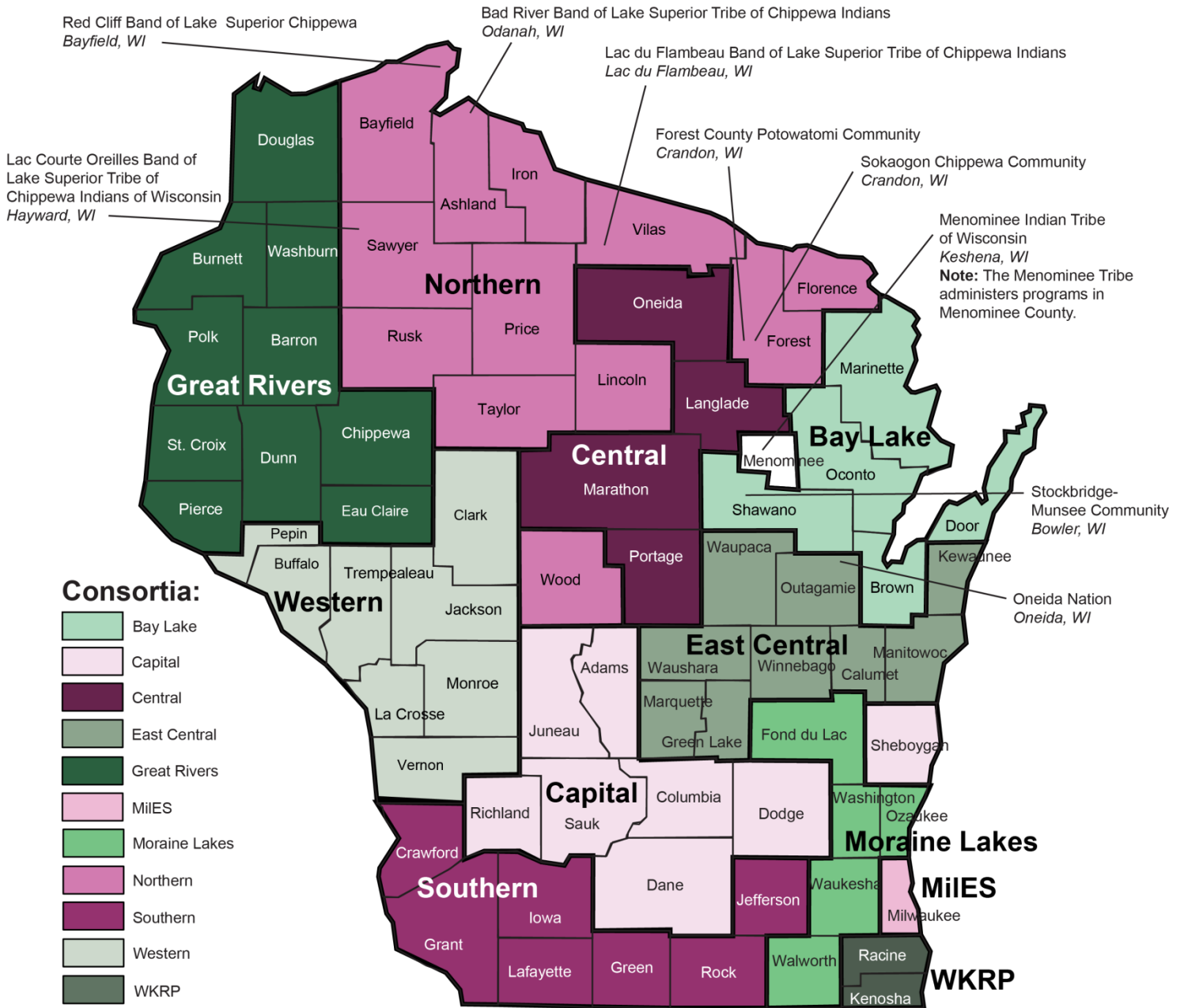
د عاید ساتلو کنسورشیم او د قبایلي ادارو د اړیکو معلومات

(Income Maintenance Consortiums and Tribal Agencies Contact Information)

د عاید ساتلو کنسورشیمونه (اکثرا د ادارې په نوم یادېږي) او قبایلي ادارې کولی شي تاسو سره د BadgerCare Plus، Medicaid، او FoodShare په څېر پروگرامونو لپاره پر شرایطو د برابرېدلو د خدماتو په وړاندې کولو کې مرسته وکړي. لاندې جدول د عوایدو د حفظ او ساتنې کنسورشیمونه او قبایلي ادارې د الفبا د ترتیب له مخې لیست کوي او د تلیفون شمیرې او همدارنګه هغه ولایتونه چې هر کنسورشیم جوړوي پکې شامل دي. که تاسو د خپلې وړتیا یا قضیې په اړه پوښتنې لرئ، هغه کنسورشیم ته زنگ ووهئ چې ستاسو د ولایت یا ستاسو د قبایلي ادارې استازیتوب کوي.

715-682-7127	د Chippewa هنديانو د لویې قبیلې جهیل ډله Bad River		
888-794-5747	خلیج، جهیل		
	Shawano •	Marinette • Oconto •	Brown • Door •
888-794-5556	پلازمینه		
	Sauk • Sheboygan •	Dodge • Juneau • Richland •	Adams • Columbia • Dane •
888-445-1621	مرکزي		
		Oneida • Portage •	Langlade • Marathon •
888-256-4563	د ختیځ مرکزي عاید ساتنې شراکت		
	Waupaca • Waushara • Winnebago •	Manitowoc • Marquette • Outagamie •	Calumet • Green Lake • Kewaunee •
715-478-4433	د Forest ولایت د Potawatomi ټولنه		
888-283-0012	لوی سیندونه		
	Polk • St. Croix • Washburn •	Dunn • Eau Claire • Pierce •	Barron • Burnett • Chippewa • Douglas •
715-634-8934	د Wisconsin د Chippewa هنديانو د ډنډ د Superior قبیلې Lac Courte Oreilles ډله		
715-588-4235	د Chippewa هنديانو د ډنډ د Superior قبیلې Lac du Flambeau ډله		
715-799-5137	د Wisconsin هندي قبیلې Menominee		
888-947-6583	Milwaukee Enrollment Services (د ملواکي نوم لیکنې خدمتونه) (MIIES)		
	Milwaukee		
888-446-1239	مورین جهیل		
	Waukesha •	Walworth • Washington •	Fond du Lac • Ozaukee •
888-794-5722	شمالي		
	Sawyer • Taylor • Vilas • Wood •	Iron • Lincoln • Price • Rusk •	Ashland • Bayfield • Florence • Forest •
800-216-3216	Oneida ملت		
715-779-3706	د Superior Chippewa جهیل Red Cliff ډله		
715-478-3265	د Sokaogon Chippewa ټولنه		
888-794-5780	جنوبي		
	Lafayette • Rock •	Iowa • Jefferson •	Crawford • Grant • Green •
715-793-4032	د Stockbridge-Munsee ټولنه		
888-627-0430	د اقتصادي مرستې لپاره لويديځ سیمه		
	Trempealeau • Vernon •	La Crosse • Monroe • Pepin •	Buffalo • Clark • Jackson •
888-794-5820	Wisconsin's Kenosha Racine Partnership (د Wisconsin کینوشا ریسین شراکت) (WKRP)		
		Racine •	Kenosha •

د عايد ساتني کنسورشيمونو او قبایلي ادارو نقشه



مشرانو، راندو او معلولينو لپاره د WISCONSIN MEDICAID غوښتنلیک

لارښوونې: دغې فورمې بشپړولو څخه وړاندې، ټولې لارښوونې ولولئ. یوازې تور یا ابې رنگ لرونکې قلم وکاروئ. نېټه د میاشت/ورځ/کال په بڼه ولیکئ. (د بیلګې په توګه: اپریل 2، 1958، به 04/02/1958 شي.) که خپل ځوابونو لیکلو لپاره نور ځای ته اړتیا لرئ، د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ. هڅه وکړئ مور ته څومره چې ممکن وي معلومات راکړئ. که اوس مور ته معلومات رانکړئ، کېدای شي ستاسې غوښتنلیک په اړه پرېکړې څخه وړاندې یې غوښتنه وکړو.

1 پانې څخه تر 7 او د غوښتنلیک دغې کڅوړې د Medicaid د بدلون راپور، F-10137، د راتلونکې کارونې لپاره وساتئ.

که چېرې تاسو دا غوښتنلیک د بل چا لپاره ډکړئ، یا یو با صلاحیته استازي ټاکئ، یا یې بدلئ او یا یې لیرې کوئ، نو دا فورمه ډکه کړئ: شخص فورمه، F-10126A، یا د یو باصلاحیته استازي ټاکل، بدلول، یا لیرې کول: د ادارې فورمه، F-10126B، د دې غوښتنلیک په کڅوړه کې ضمیمه شوي، یا قانوني سندونه ضمیمه کړئ چې تاسو ته د غوښتونکي په توګه د مالي چارو لپاره د ټاکل شوي قانوني استازي، ساتونکي، یا دوامداره باصلاحیته وکیل په توګه ددې فعالیت اجازه درکوي. د دغه غوښتنلیک معلومات باید د عارض په اړه وي، نه د استازي.

برخه 1 – د عارض معلومات – دغه برخه کې، مور له تاسو غوښتنه کوو چې د خپل ځان په اړه ووايست.

نوم – عارض (کورنۍ، لومړۍ، منځنۍ ابتدایي)	
ایا پخوا کارول کېدونکي لکه د واده یا پلرنۍ کورنۍ نوم لرئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که ځواب مو هو وي، هغه نومونه څه دي؟	
د زېږېدنې نېټه	د ټولنیز خونديتوب شمېره
جنسیت <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> بنځینه	
قومیت* (انتخابي) <input type="checkbox"/> هسپانوي یا لاتیني <input type="checkbox"/> غیر هسپانوي یا لاتیني	
توکم* (اختیاري، یو یا ډېر انتخاب کړئ) <input type="checkbox"/> سور پوستی امریکایي/بومي الاسکایي <input type="checkbox"/> آسیایي <input type="checkbox"/> تور/افریقایي امریکایي <input type="checkbox"/> هاوایی/د ارام ټاپو نور اوسېدونکي <input type="checkbox"/> سپین	
*که نه غواړئ اړ نه یاست چې د توکم او قومیت پوښتنو ته ځواب ورکړئ. مور دغې پوښتنې خپلو پروګرامونو غوره کولو مرستې او له دې څخه ډاډه کېدو لپاره چې د قوم یا توکم پر بنسټ تبعیض نه کوي پوښتو. ستاسې ځوابونه به ستاسې پروګرامونو او ګټو اړوند پرېکړو لپاره ونه کارول شي.	
ایا تاسو د امریکایي هندي قبیلې غړی، ماشوم، لمسی یا د الاسکا اصلي اوسېدونکي یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	غواړئ لیکونه په کومه ژبه چاپ شي؟ <input type="checkbox"/> انګلیسي <input type="checkbox"/> هسپانوي
ستاسې په کور کې خبرې کېدونکي لومړنۍ ژبه	ایا کور کې 18 څخه لږ عمر لرونکي ماشومان شته؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه

برخه 2 – د اړیکې معلومات –

د اړیکې نوم، که عارض نه وي

تیلیفون شمېره – عارض	تیلیفون شمېره – صلاحیت لرونکي استازي / وکالت لیک
<input type="checkbox"/> کور <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/> کار	<input type="checkbox"/> کور <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/> کار
بله شمېره چېرې چې پیغام پرېښودلی شو	که کون یاست یا په سختې اورې او زموږ څخه مو د تیلیفون له لارې د اړیکه نیولو غوښتنه کړې ده، تاسې کوم مېتود کاروئ؟ <input type="checkbox"/> بدلول <input type="checkbox"/> TTY <input type="checkbox"/> هېڅ یو
پرېښنالیک – عارض	پرېښنالیک – صلاحیت لرونکي استازي / وکالت لیک
ایا اوس بی کوره* یاست یا تېرو 12 میاشتو کې بی کوره وئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	
*بی کوره څخه زموږ موخه دا ده چې اوردمهاله کې د شپې پاتې کېدو لپاره ځای ونه لرئ. تاسې کېدای شي سرپناه یا یو ملګری یا خپلوان سره اوسېږئ یا د اوسېدلو لپاره ځای نه لرئ.	

د اوونۍ په ورځو کې تاسې سره د اړیکه نیولو غوره لاره څه ده؟
 برېښنالیک د کور تلیفون موبایل نور (تشریح کړئ)

په اوونۍ کې تاسې سره د اړیکې نیولو غوره وخت کوم دی (د مثال په توګه، دوشنبې له 3:00 p.m څخه وروسته، دوشنبه – جمعه له 12 p.m څخه وړاندې)؟

تاسې خپلو پروګرامونو او ګټو اړوند لیکونه په انلاین ډول تر لاسه کولی شئ. که په پرلپیکه د لیکونو تر لاسه کول انتخاب کړئ:

- هر ځل چې د کتلو لپاره نوی لیک ولرئ تاسې به یو برېښنالیک تر لاسه کړئ. د خپلو لیکونو کتلو لپاره خپل ACCESS حساب ته دننه شئ.
- په عادي پوست کې به د خپلو لیکونو کاپي تر لاسه نه کړئ. خو بیا هم، ځینې لیکونه شته چې تل باید عادي پوست له لارې واستول شي (لکه هغه فارمونه چې باید ډک کړئ او مور ته یې بېرته واستوئ).

ایا غواړئ خپل لیکونه د عادي پوست پر ځای په انلاین ډول تر لاسه کړئ؟ هو نه

تاسې زموږ روغتیايي پاملرنې شریکانو (لکه، یو HMO) څخه د خپلو روغتیايي خدمتونو په اړه د برېښنالیکونو تر لاسه کول انتخابولی شئ.

یوازې د قضیې اصلي کس (هغه کس چې د ګټو غوښتنه کوي) د خپلو ځانونو لپاره او کور کې هغه څوک لپاره چې عمر یې له 19 لږ وي د روغتیايي خدمتونو اړوند معلومات تر لاسه کولی شئ.

په قضیه کې نور ځوانان چې عمر یې د 18 څخه لږ وي باید زموږ روغتیايي پاملرنې شریکانو څخه د روغتیايي خدمتونو اړوند د برېښنالیکونو تر لاسه کولو انتخابولو لپاره خپل شخصي ACCESS حساب جوړ کړي.

ایا غواړئ نورو شریکانو څخه برېښنالیک تر لاسه کړئ؟ هو نه

برخه 3 – د عارض اضافي معلومات – دغه برخه کې مور ستاسې، عارض په اړه اضافي معلوماتو ته اړتیا لرو.

اوسمهال چېرې ژوند کوئ؟ که طبي ادارې کې ژوند کوئ، د دغې ادارې نوم او ادرس وکاروئ.

کوڅه ښار ایالت زېږ کود

ایا دا ستاسې پوستي ادرس هم دی؟ هو نه که نه ځواب مو ورکړی وي، ستاسې پوستي ادرس څه دی؟

ایا اوسمهال د زړو کور، Institution for Mental Disease (عصبي ناروغیو اداره) (IMD)، یا روغتون کې ژوند کوئ؟ هو نه
 که ځواب مو هو وي، ستاسې د بستر کېدو نېټه څه ده؟
 ایا ماضي کې مور د زړو کور، IMD، یا روغتون کې ژوند کړی دی؟ که داسې وي کله؟

ایا تاسې خپل کور یا د ژوند مرسته شوې اسانتیا کې د پاملرنې اوږدمهاله خدمتونو تر لاسه کولو لپاره Aging & Disability Resource Center (د زړښت او معلولیت د سرچینو مرکز) (ADRC) سره کار کوئ؟ هو نه

که ځواب هر یو له تېرو دوو پوښتنو ته هو وي، د دغه کڅوړې 20 برخه بشپړ کړئ.

ایا ویسکانسین کې استوګنې ته د ادامه ورکولو اراده لرئ؟ هو نه

ایا تېرو درېو میاشتو کې تر لاسه شوې روغتیايي پاملرنې تادیبې کې مرستې ته اړتیا لرئ؟ هو نه
 که مو هو ځواب ورکړی وي، د دغه کڅوړې 19 برخه بشپړ کړئ.

مدني حالت متاهل په قانوني توګه جلا شوی لغوه شوي طلاق کوند هېڅ واده شوی نه دی کړی

ایا د متحده ایالاتو تبعه یاست؟ (4 پاڼه وګورئ)

هو نه

که ځواب مو نه وي، لاندې پوښتنې بشپړ کړئ:

ستاسې د بهرنيانو نوملیکنه یا USCIS شمېره څه ده؟

متحده ایالاتو ته کله د ژوند لپاره راغلی؟

ايا تمویلونکی لری؟ هو نه

ايا تاسې متحده ایالاتو پوڅ کې فعاله دنده لری یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوڅي یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوڅي سره مو واده کړی، د پخوانی پوڅي د ژوند پاتې شوی ملگری یاست، یا د فعاله دنده لرونکی یا په عزت سره تقاعد شوي پخواني پوڅي ماشوم یاست؟ هو نه

برخه 4 – د ژوند د ملگری معلومات – دغه برخه کې که متاهل، جلا شوی، یا قانوني جلا شوي یاست، مور له تاسې څخه ستاسې د ژوند ملگری په اړه عمومي پوښتنې کوو. دغه برخه کې ټولو پوښتنو ته د خپل د ژوند د ملگری معلوماتو سره ځواب ورکړئ. که متاهل نه یاست، 5 برخې ته ولاړ شی.

نوم (کورنی، لومړی، منځنی ابتدایي)	
د ټولنیز خوندیتوب شمېره	د زېږېدنې نېټه
ايا پخوا کارول کېدونکي لکه د واده یا پلرنی کورنی نوم لری؟	
د ژوند د ملگری ادرس (که د عارض ادرس څخه مختلف وي)	
کوڅه	ښار
ایالت	زیبې کود
قومیت* (انتخابي)	
<input type="checkbox"/> هسپانوي یا لاتیني <input type="checkbox"/> غیر هسپانوي یا لاتیني	
توکم* (اختیاري)	
<input type="checkbox"/> سور پوستی امریکایي/بومي الاسکایي <input type="checkbox"/> اسپایي <input type="checkbox"/> تور/افریقایي امریکایي	
<input type="checkbox"/> هاوایی/د ارام ټاپو نور اوسېدونکي <input type="checkbox"/> سپین	
*که نه غواړئ اړ نه یاست چې د توکم او قومیت پوښتنو ته ځواب ورکړئ. مور دغه پوښتنې د خپلو پروگرامونو غوره کولو مرستې او له دې څخه ډاډه کېدو لپاره چې د قوم یا توکم پر بنسټ تبعیض نه کوي پوښتو. ستاسې ځوابونه به ستاسې گڼو اړوند پرېکړو لپاره ونه کارول شي.	
ايا ستاسې د ژوند ملگری د زرو کور، IMD، یا روغتون کې ژوند کوي؟	
<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که مو هو ځواب ورکړی وي او ستاسې د ژوند ملگری د Medicaid غوښتنه وي، 20 برخه بشپړ کړئ.	
که ځواب مو هو وي، ستاسې د ژوند د ملگری د بستر کېدو نېټه څه ده؟	
ايا ستاسې د ژوند ملگری په ماضي کې د زرو کور، IMD، یا روغتون کې ژوند کړی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که ځواب هو وي، کله؟	
ايا ستاسې د ژوند ملگری د Medicaid غوښتنه کوي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	
که مو «نه» ځواب ورکړی وي، همدلته ودرېږئ او 5 برخې ته ولاړ شی.	
ايا ستاسې د ژوند ملگری ویسکانسین کې استوگني ته د ادامه ورکولو اراده لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	
ايا ستاسې د ژوند ملگری تېرو درېیو میاشتو کې تر لاسه شوي روغتیايي پاملرنې تادیي کې مرستې ته اړتیا لري؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	
که مو هو ځواب ورکړی وي، د دغه څڅوري 19 برخه بشپړ کړئ.	
ايا ستاسې د ژوند ملگری خپل کور یا د ژوند مرسته شوي اسانتیا کې د پاملرنې اوږدمهاله خدمتونو تر لاسه کولو لپاره ADRC سره کار کوي؟	
<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که مو هو ځواب ورکړی وي، د دغې څڅوري 20 برخه بشپړ کړئ.	
ايا ستاسې د ژوند ملگری د سور پوستی امریکایي قبیلې غړی، ماشوم یا لمسی یا بومي الاسیکایي دی؟	
<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	
ايا ستاسې د ژوند ملگری د متحده ایالاتو تبعه ده؟ (4 پاڼه وگورئ)	
<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	
که ځواب مو نه وي، لاندې پوښتنې بشپړ کړئ:	
ستاسې د ژوند ملگری د بهرنیانو نوملیکنه یا USCIS شمېره څه ده؟	

ايا لېست شويو حسابونو څخه كوم يو يې بنځولو لپاره ساتل شوي پيسې لري؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
که داسې وي، کوم حساب (حسابونه)؟ څومره؟

برخه 7 - د بنځولو شتمني

ټوله هغه د بنځولو شتمني چې تاسې او/يا ستاسې د ژوند ملګري يې څښتن ياست لېست کړئ، تاسې څخه به د خپلو شتمنيو د ثبوت غوښتنه وشي. که نور ځای ته اړتيا لرئ د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ.

ارزښت	د څښتن (څښتنانو) نوم	د بنځولو شتمني بڼه
\$		د بنځولو بيمه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
\$		د بنځولو نه راکړ ځېدونکې بوديجه* <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> *دا به دې معنی دی چې دا بېرته نشي راکړ ځېدلی يا بدلېدلی.
\$		نور <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> يادښت: نور مثالونه د قبر نيره، تابوت، گنبد، نښه کونکي، يا د پېل او پای لګښتونه دي.

برخه 8 - کلنی ادایښي ملکیت

ايا تاسې يا ستاسې د ژوند ملګري د کلنی ادایښي څښتن ياست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
ايا تاسې يا ستاسې د ژوند ملګري 01/01/2009 کي يا وروسته کلنی ادایښه وپېرله؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
ايا تاسې يا ستاسې د ژوند ملګري کوم يو د کلنی ادایښي کي چې تاسې يا ستاسې د ژوند ملګري يې څښتن ياست، د دې پام کي نيولو پرته چې کله پېرل شوی 01/01/2009 کي يا وروسته حقيقي بدلون راوستی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> حقيقي بدلون به اصلي کي زياتوني، انتخابي وېستل، د وېش د بدلون غوښتنه، ملکیت کي بدلون يا ورته اقدام کېدلی شي. يادښت: که کوم يو له پورتنیو پوښتنو ته مو «هو» ځواب ورکړی وي، د دې لپاره چې د Medicaid Institutional (اداري ميديک اېډ)/ Long-term Care Service (اوږدمهاله پاملرني خدمتونو) ور شئ تاسې څخه غوښتل کېږي چې دغې کلنی ادایښي اړوند اضافي معلومات وړاندي او تاييد کړئ. زه، عارض او زما د ژوند ملګري پوهېږو چې مور د Wisconsin ايالت د Medicaid Institutional (اداري Medicaid)/ Long-Term Care Services (اوږدمهاله پاملرني خدمتونو) وړاندي کولو له امله خپل د کلنی ادایښي پاتې شوی گټه اخيستونکی نوموړی د گومارني دغه ماده هره کلنی ادایښي باندې چې ما يا زما د ژوند ملګري، 01/01/2009 باندې يا وروسته پېرلې، يا هره کلنی ادایښه چې زه يا زما د ژوند ملګري يې څښتن دی، د پېرلو نېټې پام کي نيولو پرته، د کوم لپاره چې حقيقي بدلون او/يا راکړه ورکړه 01/01/2009 کي يا وروسته ترسره شوي ده پلي کېږي. د Wisconsin ايالت به زما/زموږ کلنی ادایښي کي لومړی پاتې شوی گټه اخيستونکی وي يا که زه متاهل يم يا کوچنی او/يا معلول ماشوم ولرم، د Wisconsin ايالت به زما د ژوند ملګري او/يا کوچنی يا معلول ماشوم څخه وروسته پاتې شوی گټه اخيستونکی ونومول شي.

برخه 9 - د موټر معلومات

ټول هغه موټرونه لېست کړئ چې تاسې او/يا ستاسې د ژوند ملګري، که متاهل ياست يې څښتن ياست. هغه موټرونه چې نورو سره په گډه يې څښتن ياست شامل کړئ. که نور ځای ته اړتيا لرئ د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ.

موټر 1

د موټر بڼه	کال	جوړونکی	ماډل
د موټر د پور مقدار \$	د بازار مناسبه بيه* \$		

موټر 2

د موټر بڼه	کال	جوړونکی	ماډل
د موټر د پور مقدار \$	د بازار مناسبه بيه* \$		

* د بازار مناسب ارزښت څخه زموږ موخه هغه مقدار دی چې په ازاد بازار کي پلورلو څخه مو ترلاسه کولی شو. په پرليکه توگه د موټرو بلو بک ارزښت لټوئ (www.kbb.com/whats-my-car-worth) يې د موندلو غوره لاره ده.

برخه 10 – د اصلي ملکیت معلومات

ټول هغه اصلي ملکیتونه چې تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری، که متاهل یاست یې څښتن یاست لېست کړئ. ټول ملکیتونه په کې شامل کړئ، که دغه ملکیت ویسکانسین کې وي که نه، که یوازې یا کوم بل کس سره په ګډه یې څښتن یاست. هر کرایي ملکیت چې تاسې یې څښتن یاست شامل کړئ.

ملکیت 1

د ملکیت څښتن (څښتنان)			
ادرس – کوڅه	ښار	ایالت	زېږ کود
د ملکیت د پور مقدار \$		د بازار مناسبه بیه* \$	

ملکیت 2

د ملکیت څښتن (څښتنان)			
ادرس – کوڅه	ښار	ایالت	زېږ کود
د ملکیت د پور مقدار \$		د بازار مناسبه بیه* \$	

* د بازار مناسب ارزښت څخه زموږ موخه هغه مقدار دی چې همدا اوس په ازاد بازار کې پلورلو څخه مو ترلاسه کولی شو. تاسې یې د خپل ملکیت مالیتو یا وروستی بېي ټاکنې کې، که مو لرلی وي موندلی شئ.

برخه 11 – د ژوند بیمه

لطفاً موږ ته د هر هغه بیمې په اړه چې تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری یې لری وواياست.

ایا تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری د ژوند بیمې کومه پالیسي لري؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه			
که ځواب مو هو وي، لاندې برخه بشپړ کړئ. که ځواب مو نه وي، ودرېږي او 12 برخې ته ولاړ شئ.			
د څښتن (څښتنانو) نوم	د ژوند بیمې د شرکت نوم	بڼه: (ټول ژوند، موده، داسې نور)	د نغدې سپارلو ارزښت* \$
			اسمي ارزښت** \$
			\$
			\$

* د نغدې سپارلو ارزښت څخه زموږ موخه هغه مقدار دی چې د پالیسي فسخه کولو څخه یې ترلاسه کولی شئ.

**اسمي ارزښت څخه زموږ موخه هغه لږ تر لږه مقدار دی چې د مړینې پر مهال یې ترلاسه کولی شئ. اکثر و قضیو کې، دا هغه مقدار دی چې په پالیسي لیکل شوي وي.

برخه 12 – د کار عواید او مزد

دغه برخه کې، موږ باید د دندې یا کار هر هغه عاید په اړه چې تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری یې له دندې ترلاسه کوي پوه شو. هرې دندې لپاره ناخالص عاید لېست کړئ. ناخالص څخه زموږ موخه له مالیتو او کسرونو څخه وړاندې ګڼل شوی مقدار دی. دغه برخه کې شخصي کار مه لېست کوئ، موږ به 13 برخه کې د شخصي کار په اړه وپوښتو.

دنده 1

ایا تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری دنده لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه		که هو، لاندنیو پوښتنو ته ځواب ورکړئ. که نه، ودرېږي او 14 برخې ته ولاړ شئ.	
څوک دنده لري؟ <input type="checkbox"/> تاسې <input type="checkbox"/> ستاسې د ژوند ملګری	د دندې د پیل نېټه		
د استخدامونکی نوم او ادرس	دغه میاشت اټکل کېدونکی ناخالص عایدات \$		
	راتلونکی میاشت اټکل کېدونکی ناخالص عایدات \$		
د هرې اوونۍ کاري ساعتونه؟	هر ساعت لپاره تاسې ته څومره تادیه کېږي؟ \$		

<p>تاسي ته څو ځل تاديه كېږي؟ <input type="checkbox"/> هره اوونۍ <input type="checkbox"/> هره بله اوونۍ <input type="checkbox"/> هره مياشت دوه ځل <input type="checkbox"/> مياشت كې يو ځل</p>
<p>ايا تاسي ته معاش تاديه كېږي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه كه «هو»، د تاديه هره موده كې تاسي ته څومره تاديه كېږي؟ \$</p>
<p>ايا خپل ساعتې مزد يا معاش څخه اضافي جايزي يا خساره ترلاسه كوي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه كه «هو»، د تاديه هره موده كې څومره ترلاسه كوي؟ \$</p>

دنده 2

<p>څوك دنده لري؟ <input type="checkbox"/> تاسي <input type="checkbox"/> ستاسي د ژوند ملگري</p>	<p>د دندې د پيل نېټه</p>
<p>د استخدامونكي نوم او ادرس</p>	<p>دغه مياشت اټكل كېدونكي ناخالص عايدات \$</p>
	<p>راتلونكي مياشت اټكل كېدونكي ناخالص عايدات \$</p>
<p>د هري اوونۍ كاري ساعتونه؟</p>	<p>هر ساعت لپاره تاسي ته څومره تاديه كېږي؟ \$</p>
<p>تاسي ته څو ځل تاديه كېږي؟ <input type="checkbox"/> هره اوونۍ <input type="checkbox"/> هره بله اوونۍ <input type="checkbox"/> هره مياشت دوه ځل <input type="checkbox"/> مياشت كې يو ځل</p>	
<p>ايا تاسي ته معاش تاديه كېږي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه كه «هو»، د تاديه هره موده كې تاسي ته څومره تاديه كېږي؟ \$</p>	
<p>ايا خپل ساعتې مزد يا معاش څخه اضافي جايزي يا خساره ترلاسه كوي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه كه «هو»، د تاديه هره موده كې څومره ترلاسه كوي؟ \$</p>	
<p>يادونه: كه كومه بله دنده يا له دندې څخه مزد لري، د كاغذ اضافي پاڼه كارولې او له دې غوښتنليك سره يې ضميمه كولى شي.</p>	

برخه 13 - شخصي كار

لطفأ مور ته له شخصي كار څخه هر هغه عايد چې تاسي او/يا ستاسي د ژوند ملگري يې ترلاسه كوي په اړه ووايست. كه نور ځاى ته اړتيا وي يا له يو كس څخه ډېر د شخصي كار سوداگرۍ لري، د كاغذ يوه جلا پاڼه وكاروي.

شخصي كار 1

<p>ايا تاسي او/يا ستاسي د ژوند ملگري شخصي كار لري؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه كه هو، لاندې پوښتنې ځوابي كړئ. كه نه، 14 برخي ته ولاړ شئ.</p>	
<p>څوك شخصي كار لري؟ <input type="checkbox"/> تاسي <input type="checkbox"/> ستاسي د ژوند ملگري</p>	<p>د سوداگرۍ نوم</p>
<p>د سوداگرۍ ادرس</p>	<p>د سوداگرۍ د ملكيت بڼه <input type="checkbox"/> شراكت <input type="checkbox"/> شركت <input type="checkbox"/> يو څښتن لرونكي <input type="checkbox"/> زه نه پوهېږم</p>
<p>د سوداگرۍ بڼه (مثلاً، فارم، ورځنۍ پاملرنې كور)</p>	<p>د سوداگرۍ د پيل نېټه</p>
<p>ايا دغه سوداگرې ماليات وركړي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه كه هو، وروستۍ ماليات د كوم ماليات كال لپاره وركړل شول؟</p>	
<p>ايا سوداگرۍ په عايد يا لگښتونو كې د پام وړ بدلون درلود؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> زه نه پوهېږم</p>	
<p>په اوسط ډول، دغه سوداگرې مياشت كې څومره عايد لري؟ لطفأ مور ته لگښتونو منفي كولو څخه وړاندې ترلاسه شوي عايد راكړئ. \$ _____</p>	
<p>په اوسط ډول، هره مياشت د دغه سوداگرۍ مجموعي لگښتونه څومره وي؟ \$ _____</p>	
<p>په اوسط ډول، دغه كس په مياشت كې څو ساعت دغې سوداگرۍ لپاره كار كوي؟</p>	

شخصي کار 2

ايا تاسي او/يا ستاسي د ژوند ملگري شخصي کار لري؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که هو، لاندې پوښتنې ځوابي کړئ. که نه، 15 برخي ته ولاړ شئ	
د سوداگري نوم	څوک شخصي کار لري؟ <input type="checkbox"/> تاسي <input type="checkbox"/> ستاسي د ژوند ملگري
د سوداگري د ملکيت بڼه <input type="checkbox"/> شراکت <input type="checkbox"/> شرکت <input type="checkbox"/> يو څښتن لرونکی <input type="checkbox"/> زه نه پوهېږم	د سوداگري ادرس
د سوداگري د پيل نېټه	د سوداگري بڼه (مثلاً، فارم، ورځنۍ پاملرنې کور)
ايا دغه سوداگري ماليات ورکړي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که هو، وروستۍ ماليات د کوم ماليات کال لپاره ورکړل شول؟	
ايا سوداگري په عايد يا لگښتونو کې د پام وړ بدلون درلود؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> زه نه پوهېږم	
په اوسط ډول، دغه سوداگري مياشت کې څومره عايد لري؟ لطفأ مور ته لگښتونو منفي کولو څخه وړاندې ترلاسه شوی عايد راکړئ. \$ _____	
په اوسط ډول، هره مياشت د دغه سوداگري مجموعي لگښتونه څومره وي؟ \$ _____	
په اوسط ډول، دغه کس په مياشت کې څو ساعت دغې سوداگري لپاره کار کوي؟	

برخه 14 - غير نقدي عوايد

دغه برخه کې، مور ته ووايست چې ايا تاسي او/يا ستاسي د ژوند ملگري اوس مهال د کار په بدل کې غير نقدي توکي (لکه توکي، خدمتونه، يا خواړه) ترلاسه کوي. ډاډ ترلاسه کړئ چې د توکو، خدمتونو، يا خواړه په بدل کې د کاري ساعتونو شمېر وليکئ. که رضاکاري کوي او د خپل کار په بدل کې څه نه ترلاسه کوي، دغه ساعتونه غير نقدي نه بلل کېږي.

غير نقدي عايد 1

ايا تاسي او/يا ستاسي د ژوند ملگري د پيسو پر ځای د توکو، خدمتونو، يا خوړو په بدل کې کار کوي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> تاسي <input type="checkbox"/> ستاسي د ژوند ملگري
نېټه چې تاسي/ستاسي د ژوند ملگري د کار په بدل کې توکي، خدمتونه، يا خواړه ترلاسه کول پيل کړ:	
په مياشت کې تاسي/ستاسي د ژوند ملگري د توکو، خدمتونو، يا خوړو په بدل کې څو ساعته کار کوي؟	تاسي _____ ستاسي د ژوند ملگري _____

غير نقدي عايد 2

ايا تاسي او/يا ستاسي د ژوند ملگري د پيسو پر ځای د توکو، خدمتونو، يا خوړو په بدل کې کار کوي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> تاسي <input type="checkbox"/> ستاسي د ژوند ملگري
نېټه چې تاسي/ستاسي د ژوند ملگري د کار په بدل کې توکي، خدمتونه، يا خواړه ترلاسه کول پيل کړ:	
په مياشت کې تاسي/ستاسي د ژوند ملگري د توکو، خدمتونو، يا خوړو په بدل کې څو ساعته کار کوي؟	تاسي _____ ستاسي د ژوند ملگري _____

برخه 15 – د عايد نور ډولونه

دغه برخه کې، مور ته ووايست چې ايا تاسې او/يا ستاسې د ژوند ملگرې د عايد نور ډولونه (اوسنی دندې يا شخصي کار سر بېره) تر لاسه کوئ. د نورو عايدو مثالونو کې کلنی ادایښي يا بودیجې څخه تادیه، نفقه/ساتنه، خیرات، د ماشوم ملاتړ، د معلولیت/ناروغی تادیه، سود/د سهامو گټه، تقاعدی/تقاعد، د کار کونکو خسار، بل کس څخه پیسې، په پور سود/د سفتي بیاتادیه، کرایي عاید، د جلا کېدو تادیه، Supplemental Security Income (تکمیلی تضمیني عاید) (SSI)، تکمیلی تضمیني عاید، ټولنیز خونديتوب، د پخوانیو پوځیانو گټې، د بې روزگاري بیمه او داسې نور شامل دي خو دوی پورې محدود نه دي. له مالیاتو او کسرونو څخه وړاندې، ناخالص مقدار لیست کړئ.

د عاید بڼه	څوک عاید اخلي	مياشتنی ناخالص مقدار	د شرکت نوم / ادرس
	<input type="checkbox"/> تاسې <input type="checkbox"/> ستاسې د ژوند ملگرې	\$	
	<input type="checkbox"/> تاسې <input type="checkbox"/> ستاسې د ژوند ملگرې	\$	
	<input type="checkbox"/> تاسې <input type="checkbox"/> ستاسې د ژوند ملگرې	\$	
	<input type="checkbox"/> تاسې <input type="checkbox"/> ستاسې د ژوند ملگرې	\$	
	<input type="checkbox"/> تاسې <input type="checkbox"/> ستاسې د ژوند ملگرې	\$	
	<input type="checkbox"/> تاسې <input type="checkbox"/> ستاسې د ژوند ملگرې	\$	

برخه 16 – له جیب څخه طبي لگښتونه

له جیب څخه طبي لگښتونو بڼې چې تاسې او/يا ستاسې د ژوند ملگرې لرلې لکه شریکي تادیې يا له نسخې پرته درملو لگښت لیست کړئ. که توکي د کار اړوند لگښت توان وي تاسې یې باید په ډاگه کړئ. د کار اړوند لگښت توان څخه زموږ موخه هر هغه توکي چې تاسې يا ستاسې د ژوند ملگرې ورته د خپل توان له امله اړتیا لری تر څو دنده ترسره کړئ. دغه لگښت هغه چې معلولیت نه لرونکی کار کونکی یې لرلی شي نشي کېدلی، لکه یونیفورم. د طبي بیمې پیسې يا توکي د کوم لپاره چې تاسې ته مجرایي درکول کېږي مه لیست کوئ.

لگښت 1

ايا تاسې او/يا ستاسې د ژوند ملگرې طبي لگښتونه لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه			
که هو، لاندې معلومات بشپړ کړئ. که نه، ودرېږئ او 18 برخې ته ولاړ شئ.			
د طبي لگښت بڼه	د لگښت مقدار	څوک لگښت لري؟	څو ځلي تادیه کېږي؟
	\$	<input type="checkbox"/> تاسې <input type="checkbox"/> ستاسې د ژوند ملگرې	
ايا د کار اړوند توان دی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه			

لگښت 2

ايا تاسې او/يا ستاسې د ژوند ملگرې طبي لگښتونه لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه			
که هو، لاندې معلومات بشپړ کړئ. که نه، ودرېږئ او 18 برخې ته ولاړ شئ.			
د طبي لگښت بڼه	د لگښت مقدار	څوک لگښت لري؟	څو ځلي تادیه کېږي؟
	\$	<input type="checkbox"/> تاسې <input type="checkbox"/> ستاسې د ژوند ملگرې	
ايا د کار اړوند توان دی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه			

برخه 17 – نور د منلو وړ لگښتونه

دغه برخه کې، مور ته د هر بل د منلو وړ لگښت په اړه چې تاسې او/يا ستاسې د ژوند ملگرې یې لري ووايست. د منلو وړ لگښتونو کې د محکمې په حکم کورنی ملاتړ/نفقه، د محکمې په حکم وکالت يا سرپرستی فیس، د محکمې په حکم د ماشوم ملاتړ، او د ملاتړ نور مسولیتونه شامل دي.

څوک لگښت لري	لگښت څه دی	د لگښت مقدار	څو ځلي تادیه کېږي
		\$	
		\$	
		\$	

برخه 18 – روغتیایي بیمه

تاسې باید د هرې درېمې ډلې چې تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملگری طبي پاملرنې ته د تادیې مسؤلیت لري، د شخصي روغتیا بیمه، د زرو کور/اوردمهاله پاملرنې بیمه، Medicare یا Medi-GAP بیمې په ګډون راپور ورکړئ. تاسې باید غوښتنې سره سم معلومات وړاندې کړئ. په دې کې هر هغه بیمه چې د استخدامونکي ډله ییز روغتیایي پلان یا long-term care (اوردمهاله پاملرنې) پالیسي له لارې موجود وي شامل دي.

ایا تاسې د Medicare برخه A یا د برخه B پوښښ لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه				
د Medicare پیژند کارت شمېره	د برخه A د پیل نېټه	د برخه A پیسې	د برخه B د پیل نېټه	د برخه B پیسې
	\$	\$		\$
ایا ستاسې د ژوند ملگری د Medicare برخه A یا د برخه B پوښښ لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه				
د Medicare پیژند کارت شمېره	د برخه A د پیل نېټه	د برخه A پیسې	د برخه B د پیل نېټه	د برخه B پیسې
	\$	\$		\$

ایا تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملگری د Medicare برخه D پوښښ لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه			
څوک پوښښ لري؟	د پلان نوم	د پیل نېټه	د میاشتنۍ پیسو مقدار
			\$
			\$

که تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملگری د Medicaid غوښتنه کوئ او د Medicare وړ یاست، ستاسې اداره به وګورئ چې ایا تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملگری د Medicare Savings Program (Medicare سپما پروګرام) له لارې خپل د Medicare پیسو لپاره د Medicaid تادیې وړ یاست. که د Medicare Savings Program (Medicare سپما پروګرام) سره دلچسپي یا په اړه یې پوښتنې لری لطفاً مور سره اړیکه ونیسئ.

که وړ واوسئ، ایا تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملگری غواړئ چې د Wisconsin ایالت ستاسې د Medicare پیسې تادیه کړي؟ هو نه

ایا تاسې ته کومه روغتیایي بیه پوښښ ورکړی دی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه			
نوم – د پالیسي څښتن	د معلوماتو د پوښښ پیل	د پیسو مقدار	څو ځلي تادیه کېږي
		\$	
پالیسي/بیمې شمېره	د ډلې شمېره		
د بیمې د شرکت نوم او ادرس			

ایا ستاسې د ژوند ملگری ته کومه روغتیایي بیمه پوښښ ورکړی دی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه			
د پالیسي د څښتن نوم	د معلوماتو د پوښښ پیل	د پیسو مقدار	څو ځلي تادیه کېږي
		\$	
پالیسي/بیمې شمېره	د ډلې شمېره		
د بیمې د شرکت نوم او ادرس			

ایا تاسې یا ستاسې د ژوند ملگری د پېښې پایله کې طبي بلونه ورکړي ایا ستاسې د پېښې ادعا پاتې دی؟ هو نه که هو، ټول هغه چې د تطبیق وړ وي وګورئ. ورکړل شوی بیلونه ادعا یا تصفیه پاتې ده

برخه 19 – د طبي لگښتونو تاديبې لپاره د مرستې غوښتنه

که تېرو درېيو مياشتو څخه بيمه ستاسې طبي لگښتونه نه دي تاديبه کړي، تاسې دغو لگښتونو تاديبې لپاره د روغتيايي پاملرنې د پوښښ غوښتنه کولی شئ. که د پروگرام ټول قوانين بشپړ کړئ او کي داخل شئ، خپل د غوښتنليک نېټې څخه درې مياشتې وړاندې لپاره د کټي تر لاسه کولی شئ. د غوښتنليک نېټه هغه کاري ورځ ده چې اداره ستاسې غوښتنليک تر لاسه کوي.

کله چې وړانديو مياشتو کې د روغتيايي پاملرنې گټو غوښتنه کوئ، تاسې بايد دغو وړانديو مياشتو لپاره ټول اړين معلومات وړاندې کړئ او دغو مياشتو کې بايد د پروگرام ټول قوانين بشپړ کړئ. که تېرو درېيو مياشتو روغتيايي پاملرنې تاديبې کې مرسته غواړئ، داده شئ چې د دغه غوښتنليک برخه 3 کې چېرې چې دغه پوښتنه شوې د «هو» چوکاټ په نښه او فورمه ډکه کړئ.

که ستاسې د غوښتنليک مياشت څخه درې مياشتې وړاندې کې کوم بدلونونه موجود وي، لاندې د هرې مياشتې لپاره بدلونونه ليست کړئ. دغو بدلونونو کې شامل دي: ستاسې درس، کورنۍ کې څوک ژوند کوي، عايد، شتمني، موټرونه، بيمه، او داسې نور.

غواړئ له کومې نېټې څخه ستاسې د روغتيايي پاملرنې پوښښ پيل شي؟ **نوټ:** نېټه ستاسې د غوښتنې مياشت څخه وړاندې درېيو مياشتو څخه ډېر نشي کېدلی.

غوښتنليک څخه مياشت وړاندې

ايا تاسې د غوښتنې مياشت څخه وړاندې مياشتو لپاره د طبي لگښتونو په تاديبې کې د مرستې غوښتنه کوئ؟

هو نه

که هو، ايا ستاسې غوښتنليک کې وړاندې شوي معلومات دغه مياشت کې هم ورته ده؟ هو نه که نه، بدلونونه تشریح کړئ.

غوښتنليک څخه دوه مياشتې وړاندې

ايا تاسې د غوښتنې مياشت څخه وړاندې دوو مياشتو لپاره د طبي لگښتونو په تاديبې کې د مرستې غوښتنه کوئ؟ هو نه

که هو، ايا ستاسې غوښتنليک کې وړاندې شوي معلومات دغه مياشت کې هم ورته ده؟ هو نه که نه، بدلونونه تشریح کړئ.

غوښتنليک څخه درې مياشتې وړاندې

ايا تاسې د غوښتنې مياشت څخه وړاندې درېيو مياشتو لپاره د طبي لگښتونو په تاديبې کې د مرستې غوښتنه کوئ؟ هو نه

که هو، ايا ستاسې غوښتنليک کې وړاندې شوي معلومات دغه مياشت کې هم ورته ده؟ هو نه که نه، بدلونونه تشریح کړئ.

برخه 20 – اوږدمهال پاملرنې معلومات

که تاسې يا ستاسې د ژوند ملگری اوس مهال د رنځور پاله کور، Institution for Mental Disease (عصبي ناروغيو اداره) (IMD)، يا روغتون کې استوگن ياست، يا تاسې يا ستاسې د ژوند ملگری کور ي د اوږدمهال پاملرنې خدمتونو غوښتنه کوئ دغه برخه ډکه کړئ.

A. کورته د ستندو اراده

که تاسې اوسمهال د زرو کور، IMD، روغتون، يا د ژوند مرسته شوې اسانتيا کې اوسېږئ، ايا راتلونکې کله غواړئ خپل کور ته ستون شئ؟ هو نه

که ستاسې د ژوند ملگری اوسمهال د زرو کور، IMD، روغتون، يا د ژوند مرسته شوې اسانتيا کې اوسېږي، ايا نوموړی/نوموړې راتلونکې کله غواړي خپل کور ته ستون شي؟ هو نه

B. د ټولني د معافيت غوښتنه

ايا تاسي Medicaid ته خپل کور يا د ژوند مرسته شوې اسانتيا کي خدمتونو تر لاسه کولو لپاره غوښتنه کوئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
ايا ستاسي د ژوند ملگري Medicaid ته خپل کور يا د ژوند مرسته شوې اسانتيا کي خدمتونو تر لاسه کولو لپاره غوښتنه کوئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه

C. د عايد تخصيص

که متاهل ياست، تاسي کېدای شي تر ټولو لوړ مقدار پورې خپل د عايد يوه برخه خپل د ژوند ملگري ته ورکولو وړ واوسئ. دا د عايد تخصيص بلل کېږي. که تاسي متاهل ياست او دواړه تاسي او ستاسي د ژوند ملگري د اوږدمهاله پاملرني خدمتونو غوښتنه کوئ، بايد انتخاب کړئ چې څوک بايد عايد تخصيص کړي.

څوک به عايد تخصيص کړي؟ <input type="checkbox"/> تاسي <input type="checkbox"/> ستاسي د ژوند ملگري
ايا تاسي يا ستاسي د ژوند ملگري غواړئ چې د عايد د منلو وړ تر ټولو لوړه برخه تخصيص کړئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
که «نه»، تاسي يا ستاسي د ژوند ملگري غواړئ څومره تخصيص کړئ \$
يادونه: که تاسي نه غواړئ د خپل عايد د منلو وړ تر ټولو لوړه برخه تخصيص کړئ خو مور ته نه وايئ چې غواړئ څومره مقدار تخصيص کړئ او د ډالري مقدار ځای نش پرېږدئ، مور به داسي وانگيرو چې تاسي نه غواړئ خپل د ژوند ملگري ته کوم مقدار تخصيص کړئ.

D. سرچينه / د عايد لېږد

لطفاً مور ته د هر عايد يا سرچيني په اړه چې تاسي او/يا ستاسي د ژوند ملگري تېرو پنځو کلونو کي د بازار مناسب ارزښت څخه په ټيټه بيه ورکړی يا پلورلی وي. د سرچينو مثالونو کي نقدي پيسې او نقدي ډالۍ، اصلي ملکيت، سهام يا پور پانې او داسي نور شامل دي. په دې کي هغه مقدارونه چې تاسي کوچنيانو ته ډالۍ کړي، لکه هغه پيسې چې خپل لمسيانو لپاره د کالج بوديجي کي مو ورکړي دي شامل دي. تاسي بايد لاندې د دغو مقدارونو راپور ورکړئ. که نور ځای ته اړتيا لرئ د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ.

ټول چې د تطبيق وړ وي نښه کړئ. تېرو پنځو کلونو کي، ايا تاسي او/يا ستاسي د ژوند ملگري:	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
کومه شتمني د بازار مناسب ارزښت څخه په ټيټه بيه پلورلي ده؟*	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
سوداگريزي شتمني يا عايد؟	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
شتمني يا عايد لېږدول شوی يا ورکړل شوی؟	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
تاسيس يا يوه اداره تمويل کړي؟	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
ميراث منلو څخه انکار يا يي رد کړی؟	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
کلنی ادايښه، د بل کس کور کي د ژوند مليکت، سفته، پور يا گروې مو پېرلي ده؟	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه

که هر يو د پورتنيو پوښتنو ته مو «هو» ځواب ورکړی وي، د شتمني او عايد معلومات لاندې ډک کړئ. که مو «نه» ځواب ورکړی وي، E برخي ته ولاړ شئ. *د بازار مناسب ارزښت څخه زموږ موخه هغه مقدار دی چې په ازاد بازار کي پلورلو څخه مو تر لاسه کولی شو.

شتمني يا عايد 1

د شتمني يا عايد بڼه	د ورکولو يا خرڅولو نېټه	د شتمني يا عايد ارزښت \$
په بدل کي مو څه تر لاسه کړ؟ _____ شتمني چاته ورکړل شوي/پلورل شوی ده؟ _____		

شتمني يا عايد 2

د شتمني يا عايد بڼه	د ورکولو يا خرڅولو نېټه	د شتمني يا عايد ارزښت \$
په بدل کي مو څه تر لاسه کړ؟ _____ شتمني چاته ورکړل شوي/پلورل شوی ده؟ _____		

E. د سرپناه / عامه اسانتياو لگښت

دغه برخه کې موږ ته د خپلې کورنۍ لگښتونو په اړه ووايست. په دې کې کېدای شي ګروې/کرایه، د ملکیت مالیات، د ګډ ملکیت فیس، د کور څښتن/په کرایه نیونکی بیمه، د اوبو یا فاضلابو بیلونه، ګاز/برېښنا بیلونه، او د ګرمولو لگښت شامل دي، خو دوی پورې محدود نه دي. که دا ګډ لگښت وي، دا د ترلاسه کړی چې هغه مقدار چې هر کس تادیه کړی لیست کړی.

د لگښت بڼه	څوک لگښت لري	د لگښت مقدار	څو ځلي تادیه کېږي
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

F. LONG-TERM CARE (د اوږدمهاله پاملرنې) بیمه

ایا تاسې د شخصي اوږدمهاله پاملرنې بیمه لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه			
نوم – پالیسي لرونکی	د معلوماتو د پوښتن پیل	د پیسو مقدار \$	څو ځلي تادیه کېږي
پالیسي/بیمې شمېره	د ډلې شمېره		
د بیمې د شرکت نوم او ادرس			
ایا ستاسې د ژوند ملګری د شخصي اوږدمهاله پاملرنې بیمه لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه			
د پالیسي لرونکی نوم	د معلوماتو د پوښتن پیل	د پیسو مقدار \$	څو ځلي تادیه کېږي
پالیسي/بیمې شمېره	د ډلې شمېره		
د بیمې د شرکت نوم او ادرس			

برخه 21 – څارليست

لطفاً ولولئ او خپل غوښتنلیک پوست کولو څخه وړاندې یې هر یو په نښه کړئ. دا ستاسې د اسناد پروسس کولو کې وخت سپمولی شي.

- د حقونو او مسؤلیتونو برخه ولولئ.
- د غوښتنلیک ټول د تطبیق وړ برخې بشپړ کړئ.
- خپل غوښتنلیک سره هر اوسنی ثبوت، اضافي اسناد یا د کاغذ پانې چې غوښتنلیک بشپړولو لپاره کارول شوي دي ضمیمه کړئ. که تېرو درېیو میاشتو طبي لگښتونو تادیه کې د مرستې غوښتنه کوئ، ډاډه شئ چې دغو میاشتو لپاره تادیې شامل کړئ.
- که د متحده ایالاتو تبعه نه یاست، خپل د کډوالی د حالت د اسنادو کاپي شامل کړئ.
- که چیرې تاسو د ملکیت اړوند قانوني استازي لری، د شخص او ملکیت قانوني سرپرست، ساتونکی، یا د مالي چارو لپاره د دوامدار فعاله وکیل لری، نو هغه قانوني اسناد ضمیمه کړئ چې د غوښتونکي لپاره ټاکل شوي قانوني استازي، ساتونکی، یا د وکالت صلاحیت ورکوي. که چیرې تاسو یو باصلاحیته استازي لری، د استازي د ټاکلو، بدلولو یا لیري کولو لپاره دا فورمه انتخاب کړئ (د یو شخص لپاره F-10126A یا د اداري لپاره F-10126B).
- که تېرو درېیو میاشتو طبي لگښتونو تادیې کې د مرستې غوښتنه کوئ د طبي لگښتونو تادیې کې د مرستې غوښتنې برخه بشپړ کړئ.
- که د اوردمهاله پاملرنې خدمتونو د پوښښ غوښتنه کوئ د اوردمهاله پاملرنې د معلوماتو برخه بشپړ کړئ.
- 1 پانې څخه تر 8 او د غوښتنلیک دغې کڅوړې د Medicaid د بدلون راپور، F-10137، د راتلونکي کاروني لپاره وساتئ.
- د غوښتنلیک فورمه لاسلیک او نښه په کې ولیکئ.

برخه 22 – لاسلیک

غوښتنلیک لاسلیک کولو سره، تاسې سیمه ییزې ادارې او د Wisconsin Department of Health Services (د روغتیايي خدمتونو څانګه) ته د Wisconsin قانون پر بنسټ د Medicaid پروګرام مناسبې ادارې لپاره د مناسبو او اړینو معلوماتو د غوښتنلو صلاحیت ورکوي. هر څوک، د هرې مالي ادارې، د کرېډیټ راپور ورکولو ادارې یا د زده کړې ادارې په ګډون د دغو معلوماتو خپرولو حق لري، مګر دا چې د قانون له لوري منع یا محدود شوی وي. ستاسې صلاحیت ورکول یو د لاندینو پورې اغېزمن پاتې کېږي:

- ستاسې د Medicaid غوښتنلیک رد شي.
- ستاسې د Medicaid وړتیا پای ته ورسېږي.
- تاسې Department of Health Services (د روغتیايي خدمتونو څانګه) ته په لیکني بڼه خبر ورکړئ چې غواړئ دغه صلاحیت پای ته ورسوئ.

همداراز غوښتنلیک باندې ستاسې لاسلیک په دې معنی دی چې تاسې د غوښتنلیک دغې فورمې کې په پوښتنو او بیانیو او غلطو معلوماتو ورکولو او قوانینو ماتولو په سزا پوهېږئ. دغه غوښتنلیک لاسلیک کولو سره، دروغو او غلط قسم خورولو د سزا پر بنسټ، تاسو تاییدوئ چې ستاسې ټول ځوابونه، د کورنۍ هغو غړو چې د ګڼو غوښتنه کوي د تابعیت اړوند معلوماتو په ګډون، ستاسې له پوهې سره سم کره او بشپړ دي. همداراز، د هغه څه چې تاسې ويلي تاییدولو لپاره تاسې اسنادو وړاندې کولو باندې پوهېږئ او ورسره موافق یاست.

که تاسې متاهل یاست او له دې امله چې تاسې طبي اداره کې ژوند کوي Long-term Care Medicaid (اوردمهاله پاملرنې Medicaid) یا خپل کور کې د اوردمهال پاملرنې خدمتونو غوښتنه کوئ، ستاسې د ژوند ملګری د Community Spouse (ټولني ژوند ملګری) په توګه پېژندل کېږي.

د دې لپاره چې د Long-term Care Medicaid (اوردمهاله پاملرنې Medicaid) لپاره اعتباري وګڼل شي د Community Spouse (ټولني ژوند ملګری) باید غوښتنلیک لاسلیک کړي. ستاسې د ژوند ملګری کېدای شي ستاسې Medicaid وړوالی اغېزمنولو پرته اضافي شتمني او عاید ولري. دواړه تاسې او ستاسې د ژوند ملګری باید Long-Term Care Medicaid (اوردمهاله پاملرنې Medicaid) لپاره غوښتنلیک لاسلیک کړئ که نه ستاسې غوښتنلیک به رد شي. ستاسې د ژوند ملګری د غوښتنلیک لاسلیک کولو لپاره ستاسې د Medicaid غوښتنلیک له نېټې څخه 30 ورځې لري.

د لاسلیک نېټه	لاسلیک – عارض/استازي/سرپرست/وکالت لیک/ساتونکی
د لاسلیک نېټه	لاسلیک – عارض/د ټولني د ژوند ملګري/استازي/سرپرست/وکالت لیک/ساتونکی
د لاسلیک نېټه	لاسلیک – شاهد (که پورته «X» سره لاسلیک شوی وي اړین دی)
د لاسلیک نېټه	لاسلیک – شاهد (که پورته «X» سره لاسلیک شوی وي اړین دی)

یادونه: که په «X» لاسلیک شوی وي، دوه کسان باید د عارض د لاسلیک شاهدان وي.

غوښتنلیکونه او/یا ثبوت/تاییدي پست یا فکس کړئ

که د Milwaukee ولسوالۍ کې ژوند کوئ:

که تاسو د Milwaukee ولسوالۍ کې ژوند نه کوئ:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
فکس: 855-293-1822

MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee WI 53218
فکس: 888-409-1979

تاسو کولی شئ هر ثبوت سکین او په انلاین ډول access.wi.gov ته پورته کړئ.

يو مجاز استازی بدل، لري يا وټاکي: کس (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)

ټاکنه وسپاري ډکه کړي، بدلون، يا يو مجاز استازی لري کړي: د شخص فورمه، F-10126A، د ټاکلو، بدلون لپاره، يا يو کس ستاسو د مجاز استازی په توګه لري کړي.

خپل مجاز استازي په توګه د **سازمان** د ټاکلو لپاره، ډک کړي او وسپاري **وټاکي، بدل کړي، يا لري کړي او مجاز استازي: د سازمان فورمه** **F-10126B**، پرځای.

که تاسو د جايداد اړوند قانوني سرپرست لري، يا د شخصيت او ملکيت اړوند قانوني سرپرست لري، يا محافظ ولري، نو که تاسو غواړئ چې د دوی پرته بل څوک ستاسو مجاز استازي وي، نو بايد هماغه شخص ستاسو لپاره يو باصلاحيته استازي وټاکي. که تاسو د مالياتي چارو لپاره يو فعال او دايمي وکیل لري، تاسو يا تاسو يا ستاسو وکیل کولای شي چې يو با صلاحيته استازي وټاکي.

د يو شخص قانوني سرپرست کولای شي يواځي په هغه صورت کې ستاسو لپاره يو با صلاحيته استازي وټاکي چې د محکمي اسناد چې د شخص قانوني استازي ټاکي همدې سرپرست يا استازي ته دا صلاحيت ورکوي چې ستاسو په استازيتوب د عامه مرستې پروګرامونو کې ستاسو د وړتيا او امتيازاتو په اړه چاري مخته بوځي.

د روغتيايي پاملرني لپاره د وکالت صلاحيت او ځواک نه شي کولای چې ستاسو په استازيتوب داسي فعاليت ترسره کړي ترڅو يو با صلاحيته استازي وټاکي .

په دې فورمه کې وړاندې شوي شخص پيژندونکي معلومات به يوازې د FoodShare، BadgerCare Plus، Wisconsin Medicaid، Family Planning Only Services (يوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه)، Caretaker Supplement او (د ساتونکي ضميمه) کارول کيږي.

د نمايندګي مجاز معلومات

يو مجاز استازي هغه کس دی چې ستاسو د کورنۍ له شرايطو سره اشنا وي او تاسو باور لري چې ستاسو په استازيتوب عمل وکړي. هر څوک کولی شي ستاسو د مجاز استازي په توګه خدمت وکړي پرته له دې چې لاندې لپاره:

- هغه خلک چې په قصدي ډول د FoodShare پروګرام سرغړوني له امله بې برخې شوي د دوی د ناهليت په دوره کې نشي کولی د مجاز استازي په توګه خدمت وکړي پرته لدې چې بل څوک د دې توان ونلري چې د با اختيار استازي په توګه خدمت وکړي.
 - د بې کوره خوارو چمتو کونکي نشي کولی د بې کوره خوارو واحد لپاره د مجاز نماينده په توګه خدمت وکړي. (د خورو واحد يو يا څو خلک دي چې يوځای ژوند کوي او يوځای خواړه اخلي او جوړوي).
 - د ادارې کارمندان چې د وړتيا يا ګټو په ټاکلو کې مرسته کوي ممکن د مجاز استازي په توګه کار ونکړي. دوی ته په ځانګړو شرايطو کې د مجاز استازي په توګه د خدمت کولو لپاره ځانګړي ليکلي تصويب ورکول کيږي شي.
 - پرچون پلورونکي چې د FoodShare ګټو منلو واک لري ممکن د مجاز استازي په توګه کار ونکړي.
- يوځل چې وټاکل شي، ستاسو با اختيار استازي کولی شي ستاسو په استازيتوب لاندې يو يا ټول ترسره کړي:

- د ګټو لپاره غوښتنه وکړي يا نوي کړي
- ستاسو په معلوماتو کې د بدلونونو راپور ورکړي
- ستاسو د ګټو پورې اړوند هر ډول مسلو کې د خپلې ادارې سره کار وکړي
- د هغه پروګرامونو لپاره ستاسو د وړتيا په اړه شکايتونه او استينافايل کړي چې تاسو يې غوښتنه کوئ يا په کې نوم ليکنه کوئ

تاسو کولی شئ دا هم وټاکي چې خپل مجاز استازي ستاسو د وړتيا او ګټو په اړه د ليکونو کاپي ترلاسه کړي، خپل ForwardHealth کارت ترلاسه کړي، ستاسو په استازيتوب د ForwardHealth غړو خدماتو او ستاسو د HMO (روغتيا ساتنې سازمان) سره کار وکړي، او ستاسو د روغتيا پاملرني په اړه شکايتونه او اپيلونه درج کړي. خدمتونه (د مثال په توګه، درملنه او بيلونه).

تاسو اړتيا نلري **نه** چې د غوښتنليک يا ګټي ترلاسه کولو لپاره يو با اختيار استازي ولري.

هغه مجاز استازي چې تاسو په دې فورمه کې ټاکي کولی شي ستاسو په استازيتوب د لاندې پروګرامونو څخه **کوم** لپاره عمل وکړي: د ويسکونسن Medicaid، BadgerCare Plus، FoodShare، يوازې د Family Planning Only Services (کورنۍ پلان جوړونې خدمتونه)، او/يا د Caretaker Supplement (ساتونکي ضميمه). که تاسو په دې پروګرامونو کې نوم ليکنه کوئ او د Wisconsin Works (ويسکونسن ورکس) (W-2)، ستاسو مجاز استازي ممکن ستاسو په استازيتوب د W-2 لپاره عمل وکړي.

هغه مجاز استازي چې تاسو په دې فورمه کې ټاکي نشي کولی ستاسو په استازيتوب د Wisconsin Shares Child Care Subsidy (ويسکونسن شريکانو د ماشومانو پاملرني سبسايدې) پروګرام لپاره عمل وکړي. که تاسو د ويسکونسن ونډو لپاره غوښتنه کوئ، تاسو اړتيا لري د خپل ځان لپاره غوښتنه وکړي.

د فورمي لارښوونې

که اړين معلومات په دې فورمه کې شتون ولري، د هر ډول لاسليکونو په گډون، فورمه به نيمگړتيا وگڼل شي، او ستاسو با اختيار استازي نشي کولی ستاسو په استازيتوب عمل وکړي.

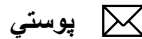
برخه 1 — ستاسو اړتيا لري برخه بشپړه کړئ 1. تاسو به اړتيا ولري چې وټاکئ که تاسو يو با اختيار استازي وټاکئ، بدل کړئ يا لري کړئ. تاسو به خپل نوم او د زيرون نيټه هم چمتو کړئ ترڅو مور تاسو وپيژنو. که تاسو يو با اختيار استازي وټاکئ يا بدل کړئ، غوره کړئ که تاسو غواړئ چې ستاسو با اختيار استازي ستاسو د ليکونو کاپي ترلاسه کړي. که تاسو هم د روغتيا پاملرني برنامې لپاره غوښتنليک ورکوئ يا نوم ليکنه کوئ، نو غوره کړئ که تاسو غواړئ اجازه ورکړئ چې خپل مجاز استازي ستاسو په استازيتوب نور اقدامات وکړي. ډاډ ترلاسه کړئ مخکې له دې چې تاسو هو وگورئ د خوندي روغتيا معلوماتو اجازه ليک لوستل او موافق ياست. بيا، د پوهاوي بيانونه ولولئ. که تاسو موافق ياست، فورمه لاسليک او نيټه وليکئ.

برخه 2 — ستاسو مجاز استازي بايد د 2 برخه بشپړ کړي. ستاسو مجاز استازي به اړتيا ولري چې خپل نوم او د اړيکو معلومات چمتو کړي. دوی به هم اړتيا ولري چې د تفاهم بيانونه ولوستل شي او فورمه لاسليک او نيټه وکړي که چيرې دوی د بيانونو سره موافق وي.

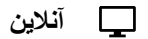
برخه 3 — که تاسو يو باصلاحيت استازي وټاکئ يا بدل کړئ، نو تاسو به اړتيا ولري چې ستاسو د مجاز استازي پرته بل څوک وگوري چې تاسو دا فورمه لاسليک کوي. دا سړی شاهد بلل کيږي. که تاسو دا فورمه د يو سره لاسليک کړئ "X"، بيا دوه شاهدان بايد تاسو وگوري چې فورمه لاسليک کړي. شاهد يا شاهدان بايد خپل نوم، لاسليک او هغه نيټه چې فورمه يې لاسليک کړې چمتو کړي.

د فورمي سپارل

تاسو کولی شئ خپل بشپړ شوی فورمه په لاندې لارو کې وسپارئ:



پوستي



آنلاین

- که تاسو په **Milwaukee کاونټي**، اوسپړئ، فورمه دې ته واستوئ:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

د فورمي ټولې پاڼې ACCESS ته سکين کړئ. تاسو کولی شئ دا د خپل ACCESS حساب له لارې ترسره کړئ، کوم چې تاسو په access.wi.gov (يادونه: که تاسو د ACCESS حساب نلري، تاسو کولی شئ access.wi.gov ته لار شئ او يو جوړ کړئ).

- که تاسو په **Milwaukee کاونټي** کې ژوند نه کوئ فورمه دې ته واستوئ:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

يادونه: تاسو کولی شئ يوازې په خانگرو وختونو کې ACCESS ته فورمي سکين کړئ. که تاسو نشئ کولی فورمه ACCESS ته سکين کړئ، فورمه د يوې بلې لارې په کارولو سره وسپارئ.

په شخصي توگه



فاکس

فورمه خپلې ادارې ته واخله. ستاسو د ادارې د اړيکو معلومات د ويسکونسن د Department of Health Services (روغتيا خدماتو څانگې) (DHS) په ويب پاڼه کې دې dhs.wi.gov/im-agency.

- که تاسو په **Milwaukee کاونټي**، کې اوسپړئ، فورمه ورته فکس کړئ 888-409-1979.
- که تاسو په **Milwaukee کاونټي**، کې ژوند نه کوئ فورمه دې فکس کړئ 855-293-1822.

د مجاز استازو په اړه د نورو معلوماتو لپاره، د DHS ويب پاڼې ته لار شئ: www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm



د غوښتونکي / غړي لخوا ډک شي

برخه 1

زه:

باصلاحيته استازي ټاکم. تاسو بايد د ټوله 1 برخه ډکه کړئ.

زما د مجاز استازي بدلول. تاسو بايد د ټوله 1 برخه ډکه کړئ. ډاډ ترلاسه کړئ چې تاسو په B برخه کې د خپل نوي مجاز استازي په نوم وليکئ.

زما د مجاز استازي ليرې کول. تاسو بايد د 1 برخې برخه **A** او **E** برخه ډکه کړئ. B او C برخه خالي پرېږدئ.

برخه A: شخصي معلومات

نوم - غوښتونکی/غړی (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایی)

د زیږیدو نېټه

د قضیې شمیره (که تاسو لری)

برخه B: د واک ورکولو معلومات

زه لاندې شخص ټاکم چې زما با اختیار استازی شي:

زه غواړم چې زما مجاز استازی زما د وړتیا او گټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړي.

هو نه

برخه C: د اجازې اضافي معلومات - یوازي د روغتیا پاملرنې پروگرامونه (اختیاري)

زه د روغتیا پاملرنې پروگرام (د مثال په توگه، ویسکونسن Medicaid، BadgerCare Plus یا یوازي د Family Planning Only Services (کورنی پلان کولو خدمتونه) لپاره غوښتنلیک ورکوم یا نومول شوی یم او غواړم چې زما با اختیار استازی لاندې ټول کارونه وکړي:

- زما پر خای ForwardHealth زما فارورډ روغتیا کارت ترلاسه کړی.

- ما په HMO کې نوم لیکنه وکړه.

- د ForwardHealth د غړو خدمتونه یا زما HMO سره د بل، خدمت، یا نورو طبي معلوماتو په اړه خبرې وکړی، په شمول د خوندي روغتیا معلوماتو. ډاډ ترلاسه کړی چې مخکې لدې چې تاسو هو وگورئ لاندې خوندي شوي روغتیا معلوماتو اختیار لوستل او موافق یاست.

- زما د روغتیا پاملرنې خدماتو په اړه شکایتونه او اپیلونه درج کړی (د بیلگې په توگه، درملنه او بیلونه).

هو نه

د خوندي روغتیا معلوماتو د کارولو او افشا کولو اجازه

پورته د هو په چک کولو سره، زه د ویسکونسن د Department of Health Services (روغتیا خدماتو څانگې) (DHS) او د هغې قراردادیانو ته اجازه ورکوم، چې د HMO په گډون، زما خوندي شوي روغتیا معلومات زما د مجاز استازي سره افشا کړي (شریک).

هغه معلومات چې زه یې د شریکولو اجازه ورکوم ممکن لاندې ډول معلومات پکې شامل وي: ادعاگانې، طبي ریکارډونه، د مخدره توکو ناوړه گټه اخیستنې پاملرنه، د زیږون پاملرنې، رواني روغتیا، ساري ناروغی، د درملتون خدمتونه، HIV/AIDS، د غاښونو ریکارډونه، او پرمختیایي معلوماتو.

معلومات شریکول کیري نو زما مجاز استازی کولی شي زما د روغتیا پاملرنې گټو اداره کولو کې مرسته وکړي.

زه پوهیږم چې هر هغه معلومات چې دغې اجازې پر بنسټ کارول کېږي یا شریک کېږي د دغو معلوماتو ترلاسه کوونکی کس یا ادارې له لوري شریک کېدلی شي او نور د محرمیت فدرالي قوانینو له لوري نه خوندي کېږي.

زه پوهیږم چې دا اختیار داوطلبانه دی او دا چې زه ممکن د پورته نه په چک کولو سره زما د خوندي روغتیا معلوماتو خپرولو اجازه رد کړم. د نمبر چک کول به د درملني چمتو کولو، تادیه کولو، په روغتیا پالن کې نوم لیکنه، یا د گټو لپاره وړتیا اغیزه ونکړي مگر دا چې د پروگرام لپاره د وړتیا ټاکلو یا په پروگرام کې د نوم لیکني لپاره اجازه اړینه وي.

دا واک به تر هغه دوام وکړي تر څو چې زه په دې فورمه کې مجاز استازی له خپل مجاز استازی څخه لرې کړم یا زما ادارې ته خبر ورکړم چې زه نه غواړم زما با اختیار استازی نور زما خوندي روغتیا معلوماتو ته لاسرسی ولري. زه کولی شم زما ادارې ته په هر وخت کې په لیکلي ډول خبر ورکړم. په هر صورت، د اجازې لرې کول به خوندي روغتیا معلومات اغیزه ونکړي کوم چې دمخه شریک شوي.

برخه D: د پوهیدلو بیانونه

- زه پوهیږم او موافق یم چې:
- زه حق لرم چې هر هغه څوک وټاکم چې زه غواړم زما با اختیار استازی شم.
- زه کولی شم په هر وخت کې خپل مجاز استازی بدل کړم یا لرې کړم. زه باید خپلې ادارې ته په لیکلې ډول خبر ورکړم چې زه غواړم خپل مجاز استازی بدل کړم یا لرې کړم.
- زه اړ نه یم چې یو کس ته ووايم چې زه دوی د خپل مجاز استازي په توګه لري کوم.
- په دې فورمه کې لیست شوي مجاز استازی به زما با اختیار استازی پاتې شي تر هغه چې زه یې بدل کړم یا لرې کړم.
- زما مجاز استازی به زما شخصي معلوماتو ته لاسرسی ولري، لکه زما د ټولنیز امنیت شمیره، مالي بیانات، او طبي معلومات، ترڅو زما د وړتیا اداره کولو کې مرسته وکړي. که زه د پورته روغتيايي معلوماتو د خوندي کولو اجازه سره موافقه وکړم، زه پوهیږم چې زما با اختیار استازی به هم دې معلوماتو ته لاسرسی ولري ترڅو زما د روغتيا پاملرنې خدماتو اداره کولو کې مرسته وکړي (د مثال په توګه، درملنه او طبي بیلونه).
- زه باید خپل با اختیار استازی ته ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړم.
- زه د غلطو او غلطو معلوماتو لپاره مسؤل یم چې زما مجاز استازی راپور ورکوي. زه پوهیږم چې یا زما با اختیار استازی یا زه غلط معلومات ورکوم یا معلومات پټوم، زه کولی شم:
 - باید هغه ګټې بیرته تادیه کړم چې ما باید تر لاسه کړي نه وي.
 - جریمه شي.
 - د پروګرام څخه منع شي.
 - د درغلي لپاره محاکمه شي.
- د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه په پورتنیو بیانونو پوهیږم او موافق یم.

برخه E: لاسلیک او نیټه

لاسلیک — غوښتونکی/غړی



د لاسلیک نیټه



د مجاز استازي لخوا پک شي

برخه 2

برخه A: د اړیکې معلومات

نوم - مجاز استازی (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایي)


د کوڅې ادراس

ښار	ریاست	زیپ کوډ
د تلفون شمیره (د ساحې کوډ شامل دي)		د بریښنالیک پته (اختیاري)

برخه B: د تفاهم بیانونه

- زه پوهیږم او موافق یم چې:
 - د یو با اختیاره استازي په توګه، زه د غوښتونکي په اړه د لاندې ټولو یا ټولو ترسره کولو پورې محدود یم یا غږي په استازیتوب:
 - د ګټو لپاره غوښتنه کول یا نوي کول
 - د بدلونونو راپور ورکول
 - د غوښتنلیک ورکونکي یا غږي ادارې سره په هر ډول ګټو پورې اړوند مسلو کې کار کول
 - د وړتیا اړوند شکایتونه او استیناف ثبتول
 - زه تمه کیږم چې د غوښتونکي یا غږي شرایطو سره آشنا شم.
 - غوښتونکي یا غږي کولی شي زه په هر وخت کې د دوی د مجاز استازي څخه لیرې کړم.
 - غوښتونکي یا غږي اړتیا نلري ما ته خبر ورکړي چې زه د دوی د مجاز استازي په توګه له دندې لرې شوی یم.
 - زه د غوښتونکي یا غږي مجاز استازي یم تر څو چې دوی د بل مجاز استازي غوښتنه ونه کړي یا دا غوره کړي چې مجاز استازي ونه لري.
 - زه باید ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړم.
 - که زه غلط یا غلط معلومات چمتو کړم، غوښتونکي یا غږي ممکن اړتیا ولري چې په غلطۍ کې ترلاسه شوي د روغتیا پاملرنې ګټې بیرته ورکړي.
 - که زه په قصدي توګه د پروګرام له مقرراتو څخه سرغړونه وکړم، زه باید د FoodShare هر هغه ګټې بیرته ورکړم چې ناوړه ګټه اخیستي یا په غلطۍ سره ترلاسه شوي.
 - زه باید د ګټو د شخړو او د معلوماتو محرمیت په اړه د تطبیق وړ دولت او فدرالي قوانینو سره سم عمل وکړم.
 - د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه په پورتنیو بیانونو پوهیږم او موافق یم.
 - د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه به د غوښتونکي یا غږي لپاره چې په 1 برخه کې لیست شوي د مجاز استازي په توګه خدمت وکړم.

برخه C: لاسلیک او نیته

د لاسلیک نیته	لاسلیک — مجاز استازي 
---------------	--




د شاهدانو لخوا ډکول

برخه 3

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدا)

د لاسلیک نیته	لاسلیک — شاهد 
---------------	---

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدايي) (که غوښتونکي/غږي د X سره لاسلیک شوی وي)

د لاسلیک نیته	لاسلیک — شاهد 
---------------	---

یو با اختیار استازی ټاکل، بدلول، یا لری کول: سازمان
(APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: ORGANIZATION)

ډک کړئ او وسپارئ یو با اختیار استازی وټاکئ، تبدیل، یا لری کړئ: د سازمان فورمه، F-10126B، ترڅو یو سازمان ستاسو د مجاز استازی په توګه وټاکي، بدل کړئ یا لری کړئ. د سازمان د تماس شخص د بدلون لپاره، تاسو یا سازمان باید ستاسو ادارې سره اړیکه ونیسي. ستاسو د ادارې د اړیکې معلومات د Wisconsin Department of Health Services (د روغتیا خدماتو څانګه) (DHS) په ویب پاڼه کې شتون لري. dhs.wi.gov/im-agency.

د خپل مجاز استازی په توګه د کوم شخص د ټاکلو لپاره، پر ځای یې د مجاز استازی ټاکل، بدلول، یا لری کول: د شخص فورمه، F-10126A ډکه کړئ او وسپارئ.

که تاسو د جایزاد اړوند قانوني سرپرست لری، یا د شخصیت او ملکیت اړوند قانوني سرپرست لری، یا محافظ ولری، نو که تاسو غواړئ چې د دوی پرته بل څوک ستاسو مجاز استازی وي، نو باید هماغه شخص ستاسو لپاره یو باصلاحیته استازی وټاکي. که تاسو د مالیاتي چارو لپاره یو فعال او دایمي وکیل لری، تاسو یا ستاسو وکیل کولای شي چې یو با صلاحیته استازی وټاکي.

د یو شخص قانوني سرپرست کولای شي یواځې په هغه صورت کې ستاسو لپاره یو با صلاحیته استازی وټاکي چې د محکمي اسناد چې د شخص قانوني استازی ټاکي همدې سرپرست یا استازی ته دا صلاحیت ورکوي چې ستاسو په استازیتوب د عامه مرستې پروګرامونو کې ستاسو د وړتیا او امتیازاتو په اړه چاري مخته بوځي.

د روغتیايي پاملرنې لپاره د وکالت صلاحیت او ځواک نه شي کولای چې ستاسو په استازیتوب داسې فعالیت ترسره کړي ترڅو یو با صلاحیته استازی وټاکي.

په دې فورمه کې وړاندې شوي شخص پیژندونکي معلومات به یوازې د FoodShare، BadgerCare Plus، Medicaid Wisconsin، Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه)، Caretaker Supplement او (د ساتونکي ضمیمه) کارول کيږي.

د نمایندګی مجاز معلومات

یو مجاز استازی هغه سازمان دی چې ستاسو د کورنۍ له شرایطو سره اشنا وي او تاسو باور لری چې ستاسو په استازیتوب عمل وکړي. هر څوک کولی شي ستاسو د مجاز استازی په توګه خدمت وکړي پرته له لاندې اشخاصو څخه:

- هغه خلک چې په قصدي ډول د FoodShare پروګرام سرغړونې له امله بې برخې شوي، نه شي کولی د دوی د ناهلیت په دوره کې د مجاز استازی په توګه خدمت وکړي پرته له دې چې بل څوک د مجاز استازی په توګه خدمت کولو توان ونه لري.
- د بې کوره خوارو وړاندې کونکي نشي کولی د بې کوره خوارو برخې لپاره د مجاز نمایندګی په توګه خدمت ترسره کړي. (د خوړو برخه یو یا څو اشخاص دي چې یو ځای ژوند کوي او یو ځای خواره پيري او جوړوي.)
- د ادارې کارمندان چې د گټو لپاره د وړتیا په ټاکلو کې مرسته کوي ممکن د مجاز استازی په توګه کار ونکړي. دوی ته په ځانګړو شرایطو کې د مجاز استازی په توګه د خدمت کولو لپاره ځانګړی لیکلی تصویب ورکول کیدی شي.
- هغه پرچون پلورونکي چې د FoodShare گټې منلو اجازه لري نشي کولی د مجوز لرونکي استازی په توګه خدمت وکړي، پرته د مخدره مواد او الکولو درملني مرکزونو څخه چې مجوز لرونکي پرچون پلورونکي دي.

یوځل چې وټاکل شي، ستاسو با اختیار استازی کولی شي ستاسو په استازیتوب لاندې یو یا ټول ترسره کړي:

- د گټو لپاره غوښتنه وکړئ یا نوي کړئ
 - خپلو معلوماتو کې د تغیراتو راپور ورکړئ
 - ستاسو گټو پورې اړوند هر ډول مسلو کې د خپلې ادارې سره کار وکړئ
 - د هغه پروګرامونو لپاره ستاسو د وړتیا په اړه شکایتونه او استیناف فایل کړئ چې تاسو یې غوښتنه کوئ یا په کې نوم لیکنه کوئ
- تاسو دا هم ټاکلی شئ چې ستاسو مجاز استازی ستاسو د وړتیا او گټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړي.

تاسو اړتیا نلری چې د غوښتنلیک یا گټې ترلاسه کولو لپاره یو با اختیار استازی ولری. د مخدره موادو او الکولو درملني مرکزونو کې اوسېدو پر مهال د FoodShare غوښتنې لپاره، د صلاحیت لرونکي ادارې استازی باید ستاسې په استازیتوب غوښتنه وکړي.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دې فورمه کې ګومارئ کولی شي ستاسو په استازیتوب د لاندې پروګرامونو لپاره **هر ډول** عمل وکړي:

Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه)، و/یا Caretaker Supplement (د ساتونکي ضمیمه). که تاسو په دې پروګرامونو کې نوم لیکنه کوئ او Wisconsin Works (د ساتونکي ضمیمه) کار، (W-2) ستاسو با اختیار استازی ممکن ستاسو په استازیتوب د لپاره عمل وکړي.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دې فورمه کې ګومارئ نشي کولی ستاسو په استازیتوب د Wisconsin Shares Child Care Subsidy (ماشوم پاملرنې مالي مرسته شریکوي) د ماشوم پاملرنې مالي مرسته شریکوي برنامه کې عمل وکړي. که تاسو د Wisconsin Shares لپاره غوښتنه کوئ، تاسو اړتیا لری د خپل ځان لپاره غوښتنه وکړئ.

د فورمي لارښوونې

که د هر ډول لاسلیکونو په گډون اړین معلومات په دې فورمه کې شتون ونلري، فورمه به نیمگړې وگنل شي، او ستاسو با اختیار استازی نشي کولی ستاسو په استازیتوب عمل وکړي.

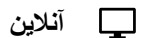
1 برخه - تاسو اړتیا لرئ چې لومړی 1 برخه بشپړه کړئ. تاسو به اړتیا ولرئ چې انتخاب وکړئ که تاسو یو با اختیاره استازی ټاکئ، بدلوی یا لري کړئ. تاسو به خپل نوم او د زیرون نیتیه هم چمتو کړئ ترڅو مور تاسو وپېژنو. که تاسو یو با اختیار استازی ټاکئ یا تیروئ، انتخاب وکړئ که تاسو غواړئ چې ستاسو با اختیار استازی ستاسو د لیکونو کاپي تر لاسه کړي. وروسته، د پوهاوي بیانيې ولولئ. که تاسو موافق یاست، فورمه لاسلیک او نیتیه ولیکئ.

2 برخه — یو شخص چې د سازمان په استازیتوب عمل کولی شي اړتیا لري چې 2 برخه بشپړه کړي. شخص به اړتیا ولري چې د سازمان نوم او د اړیکو معلومات او همدارنگه د خپل ځان چمتو کړي. شخص به همدارنگه اړتیا ولري ترڅو د تفاهم بیانيې ولولي او فورمه لاسلیک او نیتیه ولیکي که چیرې سازمان او د اړیکې شخص د بیانیو سره موافق وي.

3 برخه — که تاسو یو با اختیار استازی ټاکئ یا بدلوی، نو تاسو به اړتیا ولرئ چې ستاسو د مجاز استازي ترڅنګ یو بل څوک ولرئ ترڅو وگوري چې تاسو دا فورمه لاسلیک کوئ، دا سړی شاهد بلل کړي. که تاسو دا فورمه د "X" سره لاسلیک کوئ، نو دوه شاهدان باید تاسو وگوري چې فورمه لاسلیک کوئ. شاهد یا شاهدان باید خپل نوم، لاسلیک او هغه نیتیه چې فورمه یې لاسلیک کړې چمتو کړي.

د فورمي سپارل

تاسو کولی شئ خپل بشپړ شوی فورمه په لاندې لارو کې وسپارئ:

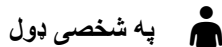


• که تاسو په **Milwaukee کوچني ښار** کې اوسېږئ، فورمه دې ته واستوئ:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

د فورمي ټولې پاڼې ACCESS ته سکین کړئ. تاسو کولی شئ دا د خپل ACCESS حساب له لارې ترسره کړئ، کوم چې تاسو په access.wi.gov کې ننوتلی شئ. (یادونه: که تاسو د ACCESS حساب نلرئ، تاسو کولی شئ access.wi.gov ته لار شئ او یو جوړ کړئ.)

• که تاسو په **Milwaukee کوچني ښار** کې نه اوسېږئ، فورمه دې ته واستوئ:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

یادونه: تاسو کولی شئ یوازې په ځانگړو وختونو کې د لپاره فورمي اسکن کړئ ACCESS. که تاسو نشئ کولی فورمه ACCESS ته سکین کړئ، فورمه د یوې بلې لارې په کارولو سره وسپارئ.



فورمه خپلې ادارې ته ویسه. ستاسو د ادارې د اړیکې معلومات د DHS په ویب پاڼه کې شتون لري dhs.wi.gov/im-agency.

• که تاسو په **Milwaukee کوچني ښار** کې اوسېږئ، فورمه 888-409-1979 ته فکس کړئ.
• که تاسو په **Milwaukee کوچني ښار** کې نه اوسئ، فورمه 855-293-1822 ته فکس کړئ.

د مجاز استازو په اړه د نورو معلوماتو لپاره، د DHS ویب پاڼې ته لار شئ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm



د غوښتونکي / غړي لخوا باید ډک شي

1 برخه

زه يم:

د باصلاحیته استازی ټاکل. تاسو باید د 1 برخې ټول ځایونه ډک کړئ.

زما د مجاز استازی بدلول. تاسو باید د 1 برخه ټول ډک کړئ. ډاډ تر لاسه کړئ چې تاسو د B برخه کې د خپل نوي مجاز استازي په نوم لیکئ.

زما د واک لرونکي استازي لري کول. تاسو بايد د 1 برخي A او D برخه ډکه کړئ. B برخه خالي پريردئ.

A برخه: شخصي معلومات

نوم - غوښتونکی/غړی (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایي)

د زیریدو نیته

د قضیې شمیره (که تاسو لری)

B برخه: د واک ورکولو معلومات

زه لاندې سازمان د خپل با اختاره استازي په توگه ټاکم:

زه غواړم چې زما مجاز استازي زما د وړتیا او گټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړي. مهرباني وکړئ په یاد ولری چې لیکونه به د سازمان د تماس کس ته واستول شي.

هو نه

C برخه: د تفاهم بیاني

زه پوهیږم او موافق یم چې:

- زه د هر هغه سازمان غوره کولو حق لرم چې غواړم زما با اختیار استازي شي.
- زه کولی شم په هر وخت کې خپل مجاز استازي بدل کړم یا لري کړم. زه باید خپلي اداري ته په لیکلي ډول خبر ورکړم چې زه غواړم خپل مجاز استازي بدل کړم یا لري کړم.
- زه اړتیا نلرم چې یوې ادارې ته ووايم چې زه یې د خپل مجاز استازي په توگه لري کوم.
- په دې فورمه کې لست شوي مجاز استازي به تر هغه زما مجاز استازي پاتې شي چې زه یې تبدیل یا لري کړم.
- د مخدره موادو او الکولو درملني مرکز صلاحیت لرونکي استازي به ستاسې رخصت کېدو سره لري شي. دغه سند د صلاحیت پای ته رسولو لپاره سپارل انتخابي دی.
- زما مجاز استازي به زما شخصي معلوماتو ته لاسرسی ولري، لکه زما د ټولنیز امنیت شمیره، مالي بیانات، او طبي معلومات ترڅو زما د وړتیا اداره کولو کې مرسته وکړي.
- زه باید خپل مجاز استازي ته ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړم.
- زه د هغه ناسمو او غلطو معلوماتو مسؤل یم چې زما مجاز استازي یې راپور ورکوي. زه پوهیږم چې زه یا زما با اختیار استازي غلط معلومات ورکوي یا معلومات پټوي، زه ممکن:
 - باید هغه گټې بیرته تادیه کړم چې ما باید ترلاسه کړي نه وی.
 - جریمه شم.
 - د پروگرام څخه منع شم.
 - د درغلي لپاره محاکمه شم.
- د دې فورمي په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه په پورتنیو بیانونو پوهیږم او موافق یم.

D برخه: لاسلیک او نیته

لاسلیک — غوښتونکی/غړی



د لاسلیک نیته



د مجاز استازي لخوا ډک شي

2 برخه

A برخه: د اړیکو معلومات

نوم - سازمان

د سړک آدرس

ښار	ریاست	زیپ کوډ	د تلیفون شمیره (د ساحي کوډ په شمول)
-----	-------	---------	-------------------------------------

نوم - د سازمان اړیکه (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایي)

دنده - د سازمان د اړیکي شمیره	د بریښنالیک پته — د سازمان اړیکه (اختیاري)
-------------------------------	--

B برخه: د تفاهم بیانونه

زه پوهیږم او موافق یم چې:

- زه د هغه سازمان په استازیتوب د عمل کولو واک لرم چې د 2 برخي په A برخه کې لیست شوي.
- د یوه مجاز استازي په توګه، سازمان د غوښتونکي یا غړي په استازیتوب د لاندې ټولو یا ټولو ترسره کولو پورې محدود دی:
 - د ګټو لپاره غوښتنه کول یا نوي کول
 - د بدلونونو راپور ورکول
 - د غوښتنن لیک ورکونکي یا غړي ادارې سره د ګټو پورې اړوند مسلو کې کار کول
 - د وړتیا اړوند شکایتونه او استیناف ثبتول
- تمه کېږي چې سازمان د غوښتونکي یا غړي شرایطو سره آشنا وي.
- سازمان باید د غوښتونکي یا غړي ادارې ته د 2 برخي په A برخه کې لیست شوي تماس کې بدلونونه راپور کړي.
- غوښتونکي یا غړی کولی شي سازمان په هر وخت کې د دوی د مجاز استازي څخه لیرې کړي.
- غوښتونکي یا غړی اړتیا نلري سازمان ته خبر ورکړي چې دا د دوی د مجاز نماینده په توګه له دندې لرې شوی.
- سازمان د غوښتونکي یا غړي مجاز استازي دی تر هغه چې دوی د مختلف مجاز استازي غوښتنه وکړي یا د مجاز استازي نه درلودل غوره کړي.
- سازمان او هر څوک چې د هغې په استازیتوب عمل کوي باید ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړي.
- که چېرې سازمان غلط یا غلط معلومات وړاندې کړي، نو غوښتونکي یا غړی ممکن اړتیا ولري چې په غلطۍ کې تر لاسه شوي د روغتیا پاملرنې ګټې بیرته ورکړي.
- که چېرې سازمان په عمدي توګه د پروګرام قواعدو څخه سرغړونه وکړي، نو دا باید د FoodShare هر ډول ګټې بیرته ورکړي چې په غلطۍ سره کارول شوي یا تر لاسه شوي.
- اداري او هر هغه څوک چې یې استازیتوب کوي باید د ګټو شخړې او د معلوماتو محرمانیت اړوند د 42 C.F.R. برخه 431، فرعي برخه F؛ 447.10 C.F.R. § 45؛ 155.260(f) C.F.R. § 7، په ګډون ټول د تطبیق وړ بایلي او فدرالي قوانینو سره مطابقت ولري.

- د دې فورمي په لاسليک کولو سره، زه وایم چې زه د 2 برخې، په A برخه کې د لیست شوي سازمان په استازیتوب په پورته بیاناتو پوهیږم او ورسره موافق یم.
- د دې فورمي په لاسليک کولو سره، زه وایم چې هغه سازمان چې د 2 برخې په A برخه کې لیست شوی، د غوښتونکي یا غړي لپاره به د هغه مجاز استازی په توګه کار وکړي چې په 1 برخه کې لیست شوی دی.

C برخه: لاسلیک او نیټه


د لاسلیک نیټه	لاسلیک — د سازمان اړیکه 
---------------	---



د شاهدانو لخوا پک شي

3 برخه

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدا)

د لاسلیک نیټه	لاسلیک — شاهد 
---------------	---

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدايي) (که غوښتونکي/غړي د X سره لاسلیک کړی وي)

د لاسلیک نیټه	لاسلیک — شاهد 
---------------	---

بدلون راپور (WISCONSIN MEDICAID CHANGE REPORT)

که تاسي Medicaid تر لاسه کوي، بايد د خپلي کورني جوړښت کي د هر ډول بدلون (که چېرې يو څوک کورني ته راځي يا ځي، که څوک واده کوي، امېدواره کېږي، يا ماشوم زېږوي)، په ادرس، عايد، شتمنيو يا د دندې حالت کي بدلون په اړه **10 ورځو کي دننه راپور وکړئ**. که چېرې دغه راپور د يو بدلون مستند کولو لپاره په کافي اندازه فضا وړاندي نه کړي، دغه راپور سره د کاغذ يوه پاڼه چې اضافي معلومات په کې ليکل شوي وي ضميمه کړئ. تاسي همداراز access.wi.gov کي په پرليکه توگه، د تيليفون له لاري يا شخصاً د بدلونونو راپور ورکولی شئ.

که د بدلونونو راپور ورکولو کي پاتي شئ راشئ يا غلط معلومات وړاندي کړئ، تاسي کېدای شي جریمه شئ، د Medicaid ټولي هغه گټي چې تر لاسه کړي مو دي او ور يي نه ياست بايد بېرته ورکړئ (حتی که چېرې خپل کارت مو نه وي کارولی)، محاکمه يا درېواړه شئ. کېدای شي تاسي څخه د هر هغه بدلون چې راپور يي ورکوي ثبوت وړاندي کولو غوښتنه وشي.

په شخصي توگه پېژندل کېدونکي معلومات يوازي کېدای شي د Medicaid پروگرام مستقيم اداري لپاره وکارول شي.

سناسي نوم	د قضیې شمېره	د کارکوونکي نوم
-----------	--------------	-----------------

برخه 1 - ادرس کي بدلون

که کده شوي ياست، بايد د خپل نوي ادرس راپور ورکړئ.

د بدلون نېټه	د تيليفون نوي شمېره		
نوی ادرس - کوڅه	ښار	ایالت	زېږ کد

برخه 2 - د کورني جوړښت کي بدلون

که چېرې يو څوک سناسي کورني ته راځي يا ځي، که څوک واده کوي، امېدواره کېږي، يا ماشوم زېږوي (د هغه کس چې ماشوم زېږولی او نوي زېږېدلي په اړه معلومات شامل کړئ) بايد راپور يي ورکړئ

نوم (کورني، لومړی، منځنی نوم)	د بدلون نېټه		
د ټولنيز خونديتوب شمېره (SSN)*	د زېږېدنې نېټه	د قضیې مشر سره يي اړيکه	
بدلون تشریح کړئ			

*د SSN وړاندي کول او غوښتنه په خپله خوښه ده؛ خو بيا هم، هر هغه څوک چې Wisconsin Medicaid غواړي خو نه غواړي خپل SSN وړاندي کړي يا يي غوښتنه وکړي د Wisconsin قوانينو برخه 49.82(2) پر بنسټ به د گټو مستحق نه وي.

برخه 3 - شتمني کي بدلون

تاسي بايد د خپلي کورني نغدي پيسي، بانکي حسابونو، پور پانې، سهام يا نورو شتمنيو کي د بدلون راپور ورکړئ.

د څښتن نوم (لومړی، کورني، منځنی نوم)	د بدلون نېټه		
د شتمني بڼه	بدلون تشریح کړئ	نوی ارزښت يا مقدار \$	

برخه 4 - سرچينو/عايد کي بدلون

تاسي بايد د هر هغه عايد يا سرچيني چي تاسي او/ستاسي د ژوند ملگري د بازار مناسب ارزښت څخه په ټيټه بيه ورکړي يا پلورلي وي راپور ورکړي. د سرچينو مثالونو کي نغدي پيسې، نغدي ډالي، ملکيتونه، سهام يا پورپاڼي، ميراث او داسي نور شامل دي.

د شتمني يا عايد بڼه	د خرڅولو يا ورکولو نېټه	د شتمني يا عايد ارزښت \$
په بدل کي مو څه ترلاسه کړ؟		

برخه 5 - موټرونو کي بدلون

که چيري تاسي موټر، لاري، موټرسايکل، کبنتي، د اواري موټر، کيمپر يا د موټر نور ډولونه ترلاسه، خرڅ يا ورکړي وي راپور يي ورکړي.

د څښتن نوم (لومړی، کورنی، منځنی نوم)			د بدلون نېټه
د موټر بڼه	جوړوونکی	ماډل	کال
بدلون تشریح کړئ (پېرل، خرڅ، داسي نور.)	ترلاسه شوی مقدار \$	د بازار مناسب ارزښت* \$	پور شوی مقدار \$

* د بازار مناسب ارزښت څخه زموږ موخه هغه مقدار دی چي په ازاد بازار کي پلورلو څخه مو ترلاسه کولی شو.

برخه 6 - عايد کي بدلون

تاسي بايد خپل ناخالص عايد مقدار، د عايد نوي سرچينه، خپل د دندي حالت کي بدلون (بعد له وخته څخه بشپړ وخت ته يا بشپړ وخت څخه بعد له وخت ته، دنده له لاسه ورکول)، معاش يا د تاديي درجي کي بدلون، ټولنيز امنيت مقدار کي بدلون، د بي روزگاري بيمه، د کارگرانو خساره، د پخوانيو پوځيانو گټي، يا د پيسو هغه مقدار کي چي ستاسي کورنی يي ترلاسه کوي د هر ډول بدلون راپور ورکړي.

نوم (کورنی، لومړی، منځنی نوم)	د عايد د بدلون نېټه
د عايد سرچينه	مياشتنی مقدار \$
<input type="checkbox"/> هره اوونۍ <input type="checkbox"/> هره بله اونۍ <input type="checkbox"/> هره مياشت دوه ځلي <input type="checkbox"/> هره مياشت يو ځل	

برخه 7 - نور بدلونونه

تاسي بايد د هر هغه بدلون چي Medicaid لپاره ستاسي وړوالی اغېزمنولی شي راپور ورکړي. د نورو بدلونونو مثالونو کي يو څوک روغتيايي بيمه ترلاسه کوي يا پرېږدي، يو څوک معلول کېږي يا له معلوليت څخه رغيږي شامل دي. يو بدلون همداراز په لگښتونو کي لکه د روغتيايي بيمې پيسو، روغتيايي لگښتونو يا د سرپناه لگښتونو کي زياتوالی يا کموالی کېدلی شي.

بدلون تشریح کړئ	
د بدلون نېټه	ايا اټکل کوي چي دغي فورمي کي راپور شوي بدلونونه به راتلونکی مياشت ورته پاتي شي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که ځواب مو نه وي، تشریح يي کړئ.

<input type="checkbox"/> نه زه پوهېږم چې د معلوماتو پټول يا غلط معلومات وړاندې کول مجازات لري.		<input type="checkbox"/> هو
<input type="checkbox"/> نه زه پوهېږم چې زه بايد ټولې هغې گټې چې ما تر لاسه کړي دي بېرته ورکړم ځکه چې ما په بشپړه توگه خپلو حالاتو کې د بدلون راپور نه دی ورکړی (حتی که چېرې خپل د Medicaid کارت مي نه وي کارولی).		<input type="checkbox"/> هو
<input type="checkbox"/> نه زه موافقت کوم چه که راځخه وغوښتل شي د هر ډول بدلون ثبوت به وړاندې کړم.		<input type="checkbox"/> هو
<input type="checkbox"/> نه دغه راپور کې زما له پوهې سره سم زما ځوابونه صحيح او بشپړ دي.		<input type="checkbox"/> هو
د لاسليک نيټه	لاسليک - عريضه کوونکی/استازی/سرپرست/وکالت لیک/ساتونکی	
د تېلېفون شمېره (د ساحې کوډ په گڼون)		

که چېرې دغه راپور د يو بدلون مستند کولو لپاره په کافي اندازه فضا وړاندې نه کړي، دغه راپور سره د کاغذ يوه پاڼه چې اضافي معلومات په کې ليکل شوی وي ضميمه کړئ.

غوښتنلیکونه، فورمي او يا ثبوت/تصدیقونه ایمیل يا فکس کړئ

که Milwaukee ولسوالی کې ژوند نه کوئ:

که Milwaukee ولسوالی کې ژوند کوئ:

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

تاسې همداراز هر ثبوت په انلاين ډول access.wi.gov ته سکين او/يا پورته کولی شئ.

د خوړو د مرستې بشپړونکې پروگرام (SNAP) او د متحده ایالاتو ځایي سور پوستو ته ځانگړی شوی سیمو کې د خوراکي توکو د ویش پروگرام (FDPIR) ایالتي یا سیمه ییزې ادارې او د هغوی فرعی ادارې باید د عدم تبعیض لاندینی بیانیه خپور کړي:

د فدرال مدني حقوقو قانون او د متحده ایالاتو د کرنې وزارت (USDA) د مقرارتو او مدني حقوقو تگلارې سره سم دغه اداره د نژاد، رنگ، ملی منشاء، جنسیت (د جنسی هویت او جنسی تمایل په شمول) مذهبي عقیدې، معلولیت، سن، سیاسي اعتقادات، پر اساس تبعیض یا غچ اخیستنې یا د مخکنی مدني حقوقو فعالیت له کبله د انتقام اخیستنې عمل ممنوع دی.

د دې پروگرام په هکله معلومات کیدای شي په غیر انگلیسي ژبو کې هم د لاسرسی وړ وي. هغه کسان چې کوم ډول معلولیت لري او یا د معلوماتو ترلاسه کولو لپاره بېل ازارو ته اړتیا لري (لکه د برېل لیکنه، د متن لویې اندازې چاپ، غریز نوار، د امریکایي اشارې ژبه) نو دغه کسان دې باید (ایالتي یا سیمه ییزې) ادارې سره چیرته چې یې د امتیازاتو ترلاسه کولو لپاره عریضه ورکړی هغې ادارې سره اړیکه ونیسي. کوم کسان چې کون دي، اورېدلو کې ستونزې لري یا په خبرې کولو کې ستونزې لري، د فدرال بیا خپرولو خدماتو له لارې د امریکې متحده ایالاتو د کرنې وزارت سره په 877-8339 (800) شمېره اړیکه ونیسي.

د دې پروگرام پورې اړوند د تبعیض شکایتونه باید د شکایت کونکي، د AD-3027 فورمه چې د USDA (د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) د شکایاتو فورمه ده، لاندینی انټرنټي آدرس څخه د ترلاسه کولو وروسته باید ډکه کړي. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-pashto.pdf> دغه فورمه تاسو د USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) هر دفتر څخه دغې شمېرې 1071-620 (833) سره د اړیکې نولو سره یا د USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) پټي ته د لیک استولو له لارې ترلاسه کولی شئ. استول شوی مکتوب باید د شکایت کونکي نوم، پته، د تلفون شمېره، او په لیکل شوی بڼه د تبیضي عمل شرح د جزئیات باید په کافی اندازه ذکر شوی وي تر څو د مدني حقوقو مرستندوی (ASCR) ته د دغه نقض په څرنگوالي او د دغه نقض د نیټې او دغه مدني حقوقو د ادعا په اړه په سمه توګه اطلاع ورکړي. د AD-3027 تکمیل شوی فورمه لاندینی پټي ته واستول شوي.

(۱) پوستي آدرس:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; یا

(۲) د فکس شمېره:

یا (833)-256-1665 یا (202)-690-7442

(۳) برېښنالیک یا انټرنټي آدرس:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

دغه اداره د مساوي فرصتونو برابرولو اداره ده.

د نه تبعيض خبرتيا: تبعيض د قانون خلاف دی - د روغتيا پاملرنې پورې اړوند پروگرامونه

د Wisconsin Department of Health Services (ويسکونسن د روغتيا خدماتو څانگه) د فدرالي مدني حقونو د تطبيق وړ قوانينو سره مطابقت لري او د نژاد، رنگ، ملي اصل، عمر، معلوليت، يا جنسيت پر بنسټ تبعيض نه کوي. د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه) د نژاد، رنگ، قومي اصل، عمر، معيوبيت، يا جنسيت له امله خلک نه اخلي يا له هغوی سره توپير نه کوي.

د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه):

- د معلوليت لرونکو خلکو لپاره وړيا مرستي او خدمتونه وړاندې کوي ترڅو له مور سره په اغيزمنه توگه اړيکه ونيسي، لکه:
 - د نښې ژبې وړ ژباړونکي.
 - په نورو شکلونو کې ليکل شوي معلومات (لوی چاپ، آډيو، د لاسرسي وړ برېښنايي بڼه، نور فارميټونه).
- هغو خلکو ته چې لومړنۍ ژبه يې انګليسي نه وي د وړيا ژبې خدمتونه وړاندې کوي، لکه:
 - وړ ژباړونکي.
 - معلومات په نورو ژبو ليکل کيږي.

که تاسو دې خدماتو ته اړتيا لرئ، د 844-201-6870 شمېره د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگې) د مدني حقونو همغږي کونکي سره اړيکه ونيسئ.

که تاسو په دې باور ياست چې د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه) د دې خدماتو په وړاندې کولو کې پاتې راغلی يا د نژاد، رنگ، ملي اصل، عمر، معلوليت يا جنسيت پر بنسټ په بل ډول تبعيض شوی، تاسو کولی شئ شکايت درج کړئ: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, برېښنالیک ته dhscre@dhs.wisconsin.gov. تاسو کولی شئ شکايت په شخصي ډول يا د پوستي، فکس يا برېښنالیک له لارې ثبت کړئ. که تاسو د شکايت ثبتولو کې مرستې ته اړتيا لرئ، د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگې) د مدني حقونو همغږي کونکي ستاسو سره د مرستې لپاره شتون لري.

تاسو کولی شئ د U.S. Department of Health and Human Services (متحده ايالاتو د روغتيا او بشري خدماتو څانگې) سره د مدني حقونو شکايت ثبت کړئ، Office for Civil Rights (د مدني حقونو لپاره دفتر)، په الکترونيکي توگه د Office for Civil Rights (مدني حقونو د شکايتونو د دفتر) له لارې، دلته شتون لري <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، يا د پوستي يا تلفون له لارې.

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 شکايت فورمې په کې شتون لري <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) schwetzscht, kannscht 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) ເຊີນຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 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 متوفرة لك بالمانج 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>