

# تعليمات طلب برنامج توفير Medicare المعروف باسم Medicare Savings Program (MSP)

استخدم هذا الطلب لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً أنت أو أنت وزوجك لأن تدفع الولاية أقساطك أو أقساطكم التأمينية في برنامج Medicare و/أو تقاسمك التكاليف. هذا ليس طلباً للحصول على مزايا أخرى مثل الخدمات طويلة الأمد والدعم. إذا كنت ترغب في تقديم طلب للحصول على التغطية الكاملة لبرنامج Medicaid أو كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال أي جزء من هذا الطلب، فاتصل بمكتب برنامج Medicaid المحلي لديك - [www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](http://www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu)

هناك ثلاثة أنواع من برامج توفير Medicare ويُشار إليها اختصاراً بـ (MSPs):

**برنامج المستفيد المؤهل من Medicare ويُشار إليه اختصاراً (QMB):** تدفع الولاية أقساطك التأمينية للقسم A و/أو للقسم B في برنامج Medicare ومشاركة التكاليف (المبالغ المستقطعة والتأمين المشترك وحصص المشاركة في الدفع). إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من QMB، فأنت مؤهل تلقائياً للحصول على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) لدفع تكاليف تغطية الأدوية في القسم D في برنامج Medicare.

**برنامج المستفيد المؤهل من Medicare ذوي الدخل المنخفض المحدد ويُشار إليه اختصاراً (SLMB):** تدفع الولاية أقساطك التأمينية للقسم B في برنامج Medicare، وأنت مؤهل تلقائياً للحصول على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) لدفع تكاليف تغطية الأدوية في القسم D في برنامج Medicare.

**برنامج الفرد المؤهل يُشار إليه اختصاراً (QI):** تدفع الولاية أقساطك التأمينية للقسم B في برنامج Medicare، وأنت مؤهل تلقائياً للحصول على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) لدفع تكاليف تغطية الأدوية في القسم D في برنامج Medicare.

ستقرر الولاية ما إذا كنت مؤهلاً (وما إذا كان زوجك مؤهلاً، وما إذا كان زوجك سيتقدم بطلب أيضاً). إذا تمت الموافقة على اشتراكك في برنامج MSP، فلن يتم خصم قسطك التأميني للقسم B من استحقاقات الضمان الاجتماعي أو استحقاقات التقاعد من خدمة السكك الحديدية أو استحقاقات الخدمة المدنية بعد الآن، وسيتم تسجيلك تلقائياً في برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) لدفع أقساطك التأمينية للقسم D في برنامج Medicare وحصة مشاركة تكلفة الأدوية الموصوفة بوصفها طبية الخاضعة للتغطية. اتصل بمكتب برنامج Medicaid لديكم إذا لم تكن مسجلاً في مزايا برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help).

لا يسري استرداد تكلفة الرعاية من التركة على أي مساعدة تحصل عليها لسداد أقساطك التأمينية في برنامج Medicare أو تقاسم التكاليف. يعني هذا أنك لن تكون مطالباً بإعادة أي مساعدة تتلقاها من خلال برنامج توفير Medicare المعروف باسم Medicare Savings Program.

## ما الذي تحتاجه للتقدم بطلب

قد تحتاج إلى تقديم نسخ من المستندات لتأكيد بعض المعلومات، يشمل ذلك:

- إثبات الدخل (مثل استحقاقات التقاعد أو الإعاقة أو كشوف المرتبات)
- إثبات الأصول (مثل كشوف الحسابات المصرفية أو وثائق التأمين على الحياة)
- إثبات التغطية التأمينية من برنامج Medicare
- بالنسبة لغير المواطنين، إثبات حالة الهجرة المؤهلة (مثل البطاقة الخضراء أو جواز السفر أو أي وثائق أخرى من وزارة الأمن الداخلي)
- إثبات مكان إقامتك (مثل إيصال الإيجار أو فاتورة خدمات أو بطاقة هوية صادرة عن الولاية)

أرفق صفحات إضافية، إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر للكتابة.

## طرق التقديم للطلب

- أكمل الطلب عبر الإنترنت على \_\_\_\_\_
- أرسل هذا الطلب الورقي بالبريد إلى \_\_\_\_\_
- أرسل هذا الطلب بالفاكس إلى \_\_\_\_\_
- قم بزيارة مكتب [وكالة الولاية] لديكم في \_\_\_\_\_
- اتصل على [وكالة الولاية] لديكم للحصول على المساعدة على \_\_\_\_\_

احتفظ بنسخة من الطلب ضمن سجلاتك.

## ما الذي سيحدث بعد ذلك؟

ستقوم وكالة برنامج Medicaid لديكم بمراجعة طلبك. يجب أن تحصل على رد بخصوص أهليتك في غضون 45 يومًا. إذا لم تتلق ردًا خلال 45 يومًا، فاتصل بوكالة برنامج Medicaid لديكم.

## احصل على المساعدة للأسئلة المتعلقة ببرامج توفير Medicare

للاستفسارات حول Medicare برامج توفير Medicare أو مزايا برنامج Medicare، اتصل بمكتبكم المحلي لبرنامج مساعدة التأمين الصحي الحكومي (SHIP). ابحث عن معلومات الاتصال الخاصة بهم عن طريق الاتصال على [877-839-2675](tel:877-839-2675) أو زيارة الموقع [www.shiphelp.org](http://www.shiphelp.org)

# طلب برامج توفير Medicare المعروفة باسم Medicare Savings Programs

ال معلومات الشخصية				
<b>مقدم الطلب</b> - ادرج اسمك كما يظهر على بطاقة برنامج Medicare الخاصة بك				
اسم العائلة	الاسم الأول	الاسم الأوسط		
عنوان سكنك	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
الهاتف الأساسي:	الهاتف البديل (اختياري):			
عنوان البريد الإلكتروني (اختياري)	الحالة الاجتماعية: غير متزوج (أعزب/مطلق/أرمل) <input type="checkbox"/> متزوج/وأعيش مع الزوج/الزوجة <input type="checkbox"/> متزوج/ولكن منفصل عن الزوج/ة <input type="checkbox"/>			
<b>حالة المواطنة:</b>				
هل أنت مواطن أمريكي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
إذا لم يكن الأمر كذلك، هل لديك إثبات لحالة الهجرة المؤهلة؟ <input type="checkbox"/> نعم (الرجاء إكمال المعلومات أدناه) <input type="checkbox"/> لا				
الرقم الخاص بالأجانب أو رقم I-94 أو رقم هوية المستند ونوع المستند	تاريخ منح الحالة	تاريخ دخولك إلى الولايات المتحدة	البلد الأصل	
هل أنت أو زوجك أو أحد والديك من قدامى المحاربين أو أحد أفراد الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
هل زوجك مواطن أمريكي (إذا كان زوجك تقدم بطلب أيضاً للحصول على برنامج MSP)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
إذا لم يكن الأمر كذلك، هل لديه إثبات حالة الهجرة المؤهلة؟ <input type="checkbox"/> نعم (الرجاء إكمال المعلومات أدناه) <input type="checkbox"/> لا				
الرقم الخاص بالأجانب أو رقم I-94 أو رقم هوية المستند ونوع المستند	تاريخ منح الحالة	تاريخ دخولك إلى الولايات المتحدة	البلد الأصل	
<b>أفراد الأسرة</b>				
ادرج زوجك الذي يعيش في نفس المنزل. ادرج الأقارب الذين يعيشون في نفس المنزل والذين يعتمدون عليك أو على زوجك في نصف دعمهم المالي على الأقل. أرفق صفحات إضافية، إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر للكتابة.				
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)	علاقته بك	تاريخ الميلاد	التقدم بطلب للحصول على مزايا MSP؟	رقم الضمان الاجتماعي (في حالة التقدم بطلب للحصول على MSPs)
	لنفسي		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
	زوج		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
	آخر (حدد)		لا ينطبق	اختياري
	آخر (حدد)		لا ينطبق	اختياري

## معلومات عن التغطية التأمينية لبرنامج Medicare

هل أنت مسجل في التغطية التأمينية في برنامج Medicare؟	نوع التغطية التأمينية	رقم برنامج Medicare
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> القسم A	
	<input type="checkbox"/> القسم B	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> القسم A	
	<input type="checkbox"/> القسم B	

## معلومات أخرى عن التأمين الصحي

(مثل تأمين صاحب العمل، Tricare، Medigap، مزايا الرعاية الصحية (VA))

رقم الوثيقة	نوع التأمين	شركة التأمين	حامل الوثيقة

## الدخل

ادرج أي دخل تتلقاه أنت أو زوجك. حدد مبلغ الدخل قبل اقتطاع أي خصومات مثل الضرائب أو أقساط التأمين. تشمل أنواع الدخل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- |                               |                    |                                       |
|-------------------------------|--------------------|---------------------------------------|
| • استحقاقات الضمان الاجتماعي  | • المساعدات العامة | • رواتب من وظيفة                      |
| • ضمان إضافي (SSI)            | • تأمين البطالة    | • الدخل من العملات                    |
| • تعويضات العمال              | • العمل الحر       | • استحقاقات عمل السكك الحديدية        |
| • استحقاقات المحاربين القدامى | • الأرباح والفوائد | • استحقاقات التقاعد من الخدمة المدنية |
| • مدفوعات النفقة              | • دخل من الإيجار   |                                       |

[illegible]

## الأصول

إذا كان لديك أو لدى زوجك أصول، ادرج نوع الأصول، ومن يملك الأصول، وما إذا كانت الأصول مملوكة بشكل فردي أو مشترك. تشمل الأصول، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- المبالغ النقدية
- حسابات جاري
- حساب توفير
- حسابات سوق المال
- صناديق الاستثمار المشتركة
- سندات الإيداع
- الأسهم
- شهادات الإيداع (CD)
- حسابات التقاعد الفردية (IRAs)
- صناديق الدفن
- المنازل أو الأراضي التي تملكها
- (باستثناء محل الإقامة الرئيسي)

نوع الأصول	اسم المالك (الملاك)	الملكية	القيمة الحالية
		فردية، <input type="checkbox"/> مشتركة	\$
		فردية، <input type="checkbox"/> مشتركة	\$
		فردية، <input type="checkbox"/> مشتركة	\$
		فردية، <input type="checkbox"/> مشتركة	\$
		فردية، <input type="checkbox"/> مشتركة	\$
		فردية، <input type="checkbox"/> مشتركة	\$
		فردية، <input type="checkbox"/> مشتركة	\$
		فردية، <input type="checkbox"/> مشتركة	\$

هل تمتلك أنت أو زوجك أي مركبات (سيارة، شاحنة، قارب، منزل متنقل، دراجة نارية، عربة سكن متنقلة، و/أو مقطورة)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى إدراجها أدناه والإشارة إلى مركبتك الأساسية:

اسم المالك (الملاك)	الملكية	نوع المركبة	السنة	الماركة/ الموديل	القيمة	المبلغ المستحق
	فردية، <input type="checkbox"/> مشتركة				\$	\$
	فردية، <input type="checkbox"/> مشتركة				\$	\$
	فردية، <input type="checkbox"/> مشتركة				\$	\$
	فردية، <input type="checkbox"/> مشتركة				\$	\$

هل لديك و/أو لدى زوجك وثائق تأمين مدى الحياة بقيمة اسمية إجمالية تزيد عن 1500 دولار؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إدراج ما يلي:

الشخص المؤمن عليه	اسم شركة التأمين/رقم الوثيقة	هل تحتاج مساعدة في البحث عن قيمة الوثيقة؟	القيمة الإسمية	القيمة النقدية
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	\$	\$
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	\$	\$

## اقرأ بعناية قبل التوقيع

أنا أفهم أن:

- يجب علي الإبلاغ عن أي تغييرات في وضعي إلى وكالة برنامج Medicaid على الفور. قد يؤدي التأخر في الإبلاغ إلى الحصول على مزايا غير صحيحة.
  - يخضع وضعي للتحقق من قبل وكالة برنامج Medicaid أو وكالات الولاية أو وكالات فيدرالية أخرى.
  - قد تطلب مني وكالة برنامج Medicaid إظهار دليل على أهليتي. قد تساعدني وكالة برنامج Medicaid في الحصول على الدليل أو الاتصال بأشخاص أو وكالات أخرى للحصول عليه.
  - من خلال تقديم هذا الطلب، فإنني أسمح لوكالة برنامج Medicaid في الولاية بالاتصال بشركة التأمين على حياتي نيابة عني.
  - من خلال طلب الحصول على مزايا الرعاية الطبية فإنني أتنازل للولاية عن جميع الحقوق في أي دعم طبي وأي دفعات من طرف خارجي للرعاية الطبية.
  - إذا ثبت أنني مؤهل لبرنامج توفير Medicare فلن أكون خاضعاً لاسترداد التركة مقابل أي مساعدة أحصل عليها لدفع أقساطي التأمينية برنامج Medicare أو الاستقطاعات أو التأمين المشترك.
- سوف تتلقى إشعاراً بالأهلية في البريد بعد قيامنا بمعالجة طلبك. إذا كنت لا توافق على ما تتأهل له، يمكنك تقديم طلب طعن. راجع إشعار الأهلية الخاص بك للعثور على تعليمات الطعون الخاصة بكل شخص في أسرتك يتقدم بطلب للحصول على التغطية التأمينية، بما في ذلك عدد الأيام المتاحة لك لتقديم طلب الطعن. فيما يلي معلومات مهمة يجب مراعاتها عند طلب الطعن:
- يمكنك أن تجعل شخصاً ما يطلب أو يشارك في الطعن المقدم منك إذا رغبت في ذلك. يمكن أن يكون هذا الشخص صديق أو قريب أو محامي أو شخص آخر. أو يمكنك طلب الطعن والمشاركة فيه بنفسك.
- لطلب الطعن، اتصل بنا على (1-800-XXX-XXXX (TTY: 1-800-XXX-XXXX). أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني [medicaid.state.gov] للحصول على استمارة الطعون. أو يمكنك كتابة خطابك الخاص وإرساله أو تسليمه إلينا في State Medicaid Agency, 321 Any Road, Any City, Any State 00100.

## الإقرارات والتوقيعات

لقد قرأت وفهمت المعلومات الموجودة في هذا الطلب. أقر تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، بأن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية وصحيحة وكاملة على حد علمي.

توقيع مقدم الطلب/ الممثل:		التاريخ:
توقيع الزوج (إن وجد):		التاريخ:
اسم الممثل:	رقم هاتف الممثل:	العلاقة بمقدم الطلب:
عنوان بريد الممثل:		عنوان البريد الإلكتروني للممثل:

لديك الحق في الحصول على معلوماتك بصيغة يمكن الوصول إليها، مثل الطباعة بأحرف كبيرة، أو بطريقة برايل للمكفوفين، أو تسجيل صوتي. لديك أيضاً الحق في تقديم شكوى إذا شعرت أنك تعرضت للتمييز. لمزيد من المعلومات يُرجى زيارة Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice أو اتصل على (1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE -800) يمكن لمستخدمي TTY: الاتصال على الرقم 1-877-486-2048

اختياري: (لن يؤثر تقديم هذه المعلومات على الأهلية).

نفسى: حدد كل ما ينطبق

إذا كنت من أصل إسباني/لاتيني

☐ مكسيكي ☐ مكسيكي أمريكي ☐ تشيكانو ☐ بورتوريكي ☐ كوبي ☐ آخر \_\_\_\_\_

العرق

☐ أبيض ☐ أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐ فلبيني ☐ فيتنامي  
☐ غوامي أو تشامورو ☐ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ☐ آسيوي هندي ☐ ياباني  
☐ آسيوي آخر ☐ ساموي ☐ صيني ☐ كوري  
☐ من سكان هاواي الأصليين ☐ مواطن آخر من جزر المحيط الهادئ ☐ آخر \_\_\_\_\_

اختر إجابة واحدة.

الجنس المحدد عند الولادة (قد يوجد في شهادة ميلادك)

☐ أنثى ☐ ذكر ☐ آخر \_\_\_\_\_ ☐ غير متأكد ☐ أفضل عدم الإجابة

الجنس الحالي:

☐ أنثى ☐ ذكر ☐ أنثى متحولة جنسيًا ☐ ذكر متحول جنسيًا ☐ مصطلح مختلف \_\_\_\_\_ ☐ غير متأكد ☐ أفضل عدم الإجابة

التوجه الجنسي:

☐ ثنائي الجنس ☐ مثلية أو مثلي الجنس ☐ مستقيم (ليس مثلي أو مثلية) ☐ مصطلح مختلف \_\_\_\_\_ ☐ غير متأكد ☐ أفضل عدم الإجابة

اختياري: (لن يؤثر تقديم هذه المعلومات على الأهلية).

زوج: حدد كل ما ينطبق

إذا كنت من أصل إسباني/لاتيني

☐ مكسيكي ☐ مكسيكي أمريكي ☐ تشيكانو ☐ بورتوريكي ☐ كوبي ☐ آخر \_\_\_\_\_

العرق

☐ أبيض ☐ أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐ فلبيني ☐ فيتنامي  
☐ غوامي أو تشامورو ☐ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ☐ آسيوي هندي ☐ ياباني  
☐ آسيوي آخر ☐ ساموي ☐ صيني ☐ كوري  
☐ من سكان هاواي الأصليين ☐ مواطن آخر من جزر المحيط الهادئ ☐ آخر \_\_\_\_\_

اختر إجابة واحدة.

الجنس المحدد عند الولادة (قد يوجد في شهادة ميلادك)

☐ أنثى ☐ ذكر ☐ آخر \_\_\_\_\_ ☐ غير متأكد ☐ أفضل عدم الإجابة

الجنس الحالي:

☐ أنثى ☐ ذكر ☐ أنثى متحولة جنسيًا ☐ ذكر متحول جنسيًا ☐ مصطلح مختلف \_\_\_\_\_ ☐ غير متأكد ☐ أفضل عدم الإجابة

التوجه الجنسي:

☐ ثنائي الجنس ☐ مثلية أو مثلي الجنس ☐ مستقيم (ليس مثلي أو مثلية) ☐ مصطلح مختلف \_\_\_\_\_ ☐ غير متأكد ☐ أفضل عدم الإجابة