QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUALS (QI-1) APPLICATION

(طلب المستفيد من MEDICARE المؤهل (QMB)، والمستفيد من MEDICARE المحدد صاحب الدخل المنخفض (SLMB)، والأفراد المؤهلين (QI-1))

الاسم	رقم Social Security	رقم Medicare	التاريخ

رقم الهاتف	تاريخ الميلاد	الجنس	الحالة الاجتماعية
( )		❑ ذكر ❑ أنثى	❑ متزوج ❑ مطلق ❑ منفصل ❑ أعزب ❑ أرمل

العنوان (الرقم، الشارع)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

الهدف من هذه المعلومات هو مساعدتك على التقدم بطلبات إلى برامج Qualified Medicare Beneficiary (QMB) (طلب المستفيد من Medicare المؤهل) أو Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) (المستفيد من Medicare المحدد صاحب الدخل المنخفض) أو Qualifying Individual-1 (QI-1) (الأفراد المؤهلين1-). وستدفع الولاية أقساط Medicare Parts A و B والاستقطاعات ومبالغ التأمين المشترك للأشخاص المؤهلين لبرنامج QMB. كما ستدفع الولاية أقساط Medicare Part B للأشخاص المؤهلين لبرنامج SLMB أو QI-1. ويمكنك التقدم بطلب إلى برنامج QMB أو SLMB أو QI-1 من خلال إكمال هذا النموذج وإرساله عبر البريد إلى وكالة الخدمات الاجتماعية المحلية بمقاطعتك.

لتكون مؤهلاً للتقدم بطلب للحصول على برنامج QMB أو SLMB أو QI-1، يجب أن تتوافر لديك المتطلبات التالية

- التأهيل لـ Medicare Part A (تأمين المستشفى).
- التأهيل لـ Medicare Part B (التأمين الطبي).
- تلبية متطلبات الدخل التالية

☑ **QMB:** صافي الدخل المحتسب عند 100% أو أقل من Federal Poverty Level (FPL) (عند مبلغ 973$* دولار أو أقل للشخص الأعزب أو 1,311$* دولار للمتزوجين).

☑ **SLMB:** صافي الدخل المحتسب أقل من 120% من FPL (أقل من 1,167$* للشخص الأعزب أو 1,573$* للمتزوجين).

☑ **QI-1:** صافي الدخل المحتسب أقل من 135% من FPL (أقل من 1,313$* للشخص الأعزب أو 1,770$* للمتزوجين)

*إذا كان لديك طفل يعيش معك في المنزل، فقد تكون هذه المبالغ أعلى من تلك المحددة. ويتوقع أن تزيد هذه المبالغ كل عامٍ في شهر أبريل. فإذا تلقيت تعديلات على تكلفة المعيشة تتعلق بـ Title II Social Security في شهر يناير، فإن هذا المبلغ لن يتم احتسابه حتى شهر أبريل.

- امتلاك ما لا يزيد عن 7,160$ دولار في عقار غير معفي للشخص الأعزب أو 10,750$ دولار للشخص المتزوج.
- تلبية متطلبات وشروط محددة، مثل أن تكون مقيماً في ولاية California.

هام

قد تكون مؤهلاً للتقدم لبرامج Medi-Cal أخرى بالإضافة إلى برنامجي QMB و SLMB، مثل كوبونات الطعام و/أو برنامج Medi-Cal مع دخل شهري فائض (مشاركة في التكلفة). قد تكون مؤهلاً أيضاً للتقدم إلى برنامج Medi-Cal مع مشاركة شهرية في التكلفة إذا ***تجاوزت*** حدود الدخل الخاص ببرامج QMB و SLMB و QI-1. تتضمن هذه التغطية دفع قسط Medicare Part B. وإذا كنت ترغب في التقدم للحصول على هذه البرامج الأخرى، فأشر على "نعم" وسترسل لك المقاطعة نماذج أخرى لإكمالها. ❑ نعم ❑ لا

هل ترغب في التقدم للحصول على ثلاثة أشهر من التغطية بأثر رجعي لبرنامجي SLMB و QI-1 (لا توجد تغطية بأثر رجعي لبرنامج QMB). ❑ نعم ❑ لا

قم بإدراج كل الأشخاص الذين يعيشون في منزلك (زوجة/أطفال). إذا كان لديك أكثر من ثلاثة أشخاص يعيشون معك، فيمكنك إدراجهم في صفحة منفصلة.

الاسم	رقم Social Security	الجنس ذ=ذكر أ=أنثى	تاريخ الميلاد	العلاقة بك

أرسل الاستمارة المكتملة بالبريد إلى وكالة الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة. انظر الرابط أدناه لمعرفة العناوين.

http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/MEB%20Translated%20Forms/mc14a-cntylist-sp.pdf

A. الدخل المحتسب

1. قم بتحديد الدخل الشهري غير المكتسب الذي يحصل عليه مقدم طلب الحصول على برنامج QMB/SLMB/QI-1:

a. شيك Social Security $ _____

b. مزايا VA $ _____

c. فائدة متحصلة من حسابات بنكية أو شهادات إيداع $ _____

d. دخل من التقاعد $ _____

e. أي دخل آخر غير مكتسب $ _____

f. دخل غير مكتسب Total – أضف السطرين a. من خلال e. $ _____

2. إذا كنت متزوجاً وتعيش مع زوجك، فقم بملء الدخل الشهري غير المكتسب الذي يحصل عليه زوجك:

g. شيك Social Security $ _____

h. مزايا VA $ _____

i. فائدة متحصلة من حسابات بنكية أو شهادات إيداع $ _____

j. أي دخل آخر غير مكتسب $ _____

k. دخل من التقاعد $ _____

l. دخل غير مكتسب Total للزوجة – أضف السطرين g. من خلال k. $ _____

3. قم بتحديد الدخل الشهري المكتسب الذي يحصل عليه مقدم طلب برامج QMB/SLMB/QI-1 وزوجه:

m. الكسب الإجمالي للشخص الذي يرغب في الحصول على خدمات برنامج QMB أو SLMB أو QI-1 $ _____

n. الكسب الإجمالي للزوج $ _____

o. Total – أضف السطرين m. و n. $ _____

p. مطروحاً منه $65 $ _____

q. الباقي $ _____

r. مقسوماً على 2 $ _____

4. إجمالي الدخل:

أضف السطور f. و l. و r. $ _____

s. مطروحاً منه $20 (أي استقطاع من الدخل) $ _____

5. إجمالي الدخل المحتسب $ _____

6. المؤهلون المحتملون للحصول على برنامج QMB أو SLMB أو QI-1:

☑ أنت مؤهل محتمل للحصول على خدمات برنامج QMB إذا كان دخلك عند 100% أو أقل من FPL (عند $973* للشخص الأعزب أو عند $1,311* دولار للمتزوجين).

☑ أنت مؤهل محتمل للحصول على خدمات برنامج SLMB إذا كان دخلك أقل من 120% من FPL (أقل من $1,167* دولار للشخص الأعزب أو عند $1,573* دولار للمتزوجين).

☑ أنت مؤهل محتمل للحصول على خدمات برنامج QI-1 إذا كان دخلك أقل من 135% من FPL (أقل من $1,313* دولار للشخص الأعزب أو عند $1,770* دولار للمتزوجين).

*إذا كان لديك طفل يعيش في منزل، فقد تكون هذه المبالغ أعلى من تلك المحددة.

COUNTY USE

Applicant's unearned income (line f) $_____

Spouse's unearned income (line l) +_____

_____

Any Income deduction -_____

Net unearned income _____

Net earned income (line r) +_____

Total net income _____

MFBU size _____

Compare to QMB/SLMB/QI-1/QI-2 income limit.

If over income limit, is there a spouse and/or children in the home? Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI-1 form.

B. الملكية

قد يكون لدى المتلقي لخدمات برنامج QMB أو SLMB أو QI-1 غير المتزوج أو الذي لا يعيش مع الزوج/الزوجة ملكية محتسبة والتي تساوي مبلغ $7,160 أو أقل. ويتعين على أي متلقي برنامج QMB أو SLMB أو QI-1 متزوج ويعيش مع الزوج/الزوجة أن يكون لديه ملكية محتسبة تساوي $10,750 أو أقل.

فيما يلي أمثلة للملكية المحتسبة. **هام:** المنزل الذي تعيش فيه أنت و/أو زوجك غير محتسب. والسيارة المستخدمة للتنقل **غير** محتسبة. فإذا كنت ترغب في التقدم إلى إدارة الرفاهية بالمقاطعة كمتلقي لخدمات برنامج QMB أو SLMB أو QI-1، فإن المقاطعة قد تتعامل مع الملكية المدرجة في هذا النموذج على نحوٍ مختلف. وتوجد أنواعٌ أخرى من الملكية التي ستنظر إليها إدارة الرفاهية بالمقاطعة، مثل شهادات الإيداع. **وقد** تحسب هذه الملكية الأخرى أو **لا** تُحسب فيما يتعلق بحدود الملكية.

COUNTY USE

قم بتحديد قيمة الملكية التالية التي تخصك أنت او زوجك أو كليكما.

1. حسابات شيكات $_____
2. حساب التوفير $_____
3. شهادات إيداع $_____
4. الأسهم $_____
5. السندات $_____
6. سيارة ثانية (القيمة مطروحاً منها المبلغ المستحق) $_____
7. سيارة ثانية (القيمة مطروحاً منها المبلغ المملوك) $_____
8. القيمة الاستردادية النقدية لبوالص التأمين على الحياة، إذا كانت القيمة الاسمية ***لكل*** البوالص مجتمعة تزيد عن $1,500 (لا تتضمن البوالص "لفترة محدودة") $_____
9. إجمالي الملكية – أضف من السطر 1 حتى السطر 8 $_____**

**لا يمكن أن يتجاوز هذا الإجمالي مبلغ $7,160 دولار للشخص الأعزب أو $10,750 دولار للمتزوجين.

معلومات إضافية: قد تكون مؤهلاً للحصول على ***تغطية بأثر رجعي تصل إلى ثلاثة شهور*** من أقساط Medicare Part B بموجب برنامج SLMB و QI-1.

ملاحظة: قد يكون الأفراد المقيدون في برنامج Medi-Cal العادي، (لكن ليس في برامج QMB/SLMB/QI-1) خاضعين لاسترداد المصاريف من قيمة الملكية. ويجوز للولاية استرداد إعانات برنامج Medi-Cal التي حصل عليها أحد الأفراد بعد تجاوز سن 55. ويمكن استرداد المصاريف من الملكية أو الموزع عليهم/ورثة المنتفع ببرنامج Medi-Cal إذا لم يكن للمنتفع زوج على قيد الحياة أو طفل صغير أو ابن أو ابنة لديها إعاقة بصرية كاملة. **غير أنه لا يخضع الأفراد المقيدون في برامج QMB/SLMB/QI-1 (سواء بالاشتراك مع برنامج Medi-Cal أو بدونه) لاسترداد المصاريف من الملكية فيما يتعلق بأقساط برنامج Medicare أو الاستقطاعات أو مبالغ السداد الثابتة المشتركة.**

أقر بموجب عقوبة الحنث باليمين وبموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية و State of California أن المعلومات التي قدمتها في هذه الاستمارة حقيقية وصحيحة وكاملة.	
توقيع (رمز) مقدم الطلب ➤	التاريخ
County Use ❑ QMB/SLMB/QI-1-denied ❑ QI-1 approved ❑ SLMB approved ❑ QMB approved	
Eligibility Worker's signature ➤	Date

إفادة الخصوصية الخاصة بـ DHCS

هذه الاستمارة مخصصة لتلقي الإعانات من خلال Department of Health Care Services (DHCS). المعلومات الشخصية والطبية التي تقدمها على هذه الاستمارة سرية وخاصة. تحتاج DHCS إلى هذه الاستمارة للتعرف عليك وعلى الأشخاص الآخرين المذكورين في هذه الاستمارة وإدارة برامجنا. سوف نشارك معلوماتك مع وكالات تابعة للولايات ووكالات فيدرالية ومحلية ومقاولين وخطط صحية وبرامج من أجل إدارة البرامج فقط، ومع وكالات تابعة للولايات ووكالات وفيدرالية أخرى بحسب ما ينص عليه القانون.

يجب أن تجيب على كافة الأسئلة على هذه الاستمارة ما لم تكن محددة على أنها "اختيارية". إذا كانت استمارتك تفتقد أي شيء نحتاجه، فسوف نتصل بك للحصول عليه. إذا لم تقدم هذه الاستمارة، فلن نتمكن من اتخاذ قرار بخصوص إعاناتك. قد يتعين عليك تقديم طلب جديد أو قد يتم رفض تقديم الخدمات إليك.

وفي معظم الحالات، يحق لك رؤية المعلومات الشخصية الخاصة بك المحفوظة في السجلات الفيدرالية والسجلات الخاصة بالولايات. يمكنك الاطلاع على هذه المعلومات بصيغة بديلة (بطباعة كبيرة على سبيل المثال) إذا كنت بحاجة إليها. لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بـ DHCS Information Protection Unit على:

P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

تمنحك قوانين الولايات هذه الحق في تجميع المعلومات والاحتفاظ بها: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. يجب أن نعطيك Privacy Statement under CA Civil Code § 1798.17 هذه.