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

(ذینفع صلاحیت دار برای MEDICARE (QMB)، ذینفع صلاحیت دار کم درآمد برای MEDICARE (SLMB)، و افراد واجد شرایط تقاضانامه و (QI-1))

نام	Social Security شماره	Medicare شماره	تاریخ

شماره تلفن	تاریخ تولد	جنسیت	وضعیت تأهل
( )		❑ مرد ❑ زن	❑ جدا شده ❑ مجرد ❑ متأهل ❑ بیوه ❑ طلاق گرفته

آدرس (شماره خیابان)	شهر	ایالت	کد پستی

این اطلاعات به شما در ارتباط با ارسال تقاضانامه برای Qualified Medicare Beneficiary (QMB) (برنامه های ذینفع صلاحیت دار برای Medicare (QMB))، Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) (ذینفع صلاحیت دار کم درآمد برای Medicare (SLMB))، Qualifying Individuals (QI-1) (و فرد واجد شرایط -1 (QI-1)) کمک ارائه می دهد. دولت برای حق بیمه ها، کسورات و مشارکت در پرداخت هزینه بیمه Medicare Parts A و B برای افراد صلاحیت دار در برنامه QMB پرداخت خواهد کرد. دولت برای حق بیمه Medicare Part B افراد واجد شرایط برای SLMB یا QI-1 پرداخت خواهد کرد. شما می توانید با پر کردن و ارسال این فرم به اداره خدمات اجتماعی محلی شهرستان خود برای QMB, SLMB, یا QI-1 تقاضا ارسال نمایید.

جهت داشتن صلاحت برای QMB, SLMB یا QI-1، شما باید

- برای قسمت Medicare Part A (بیمه بیمارستان) واجد شرایط باشید.
- برای قسمت Medicare Part B (بیمه پزشکی) واجد شرایط باشید.
- شرایط درآمدی ذیل را برآورده نمایید:

☑ **QMB:** درآمد خالص قابل محاسبه درسطح یا زیر 100% خط فقر فدرال Federal Poverty Level (FPL)،(به مبلغ یا زیر $973* برای فرد مجرد یا $1,311* برای یک زوج).

☑ **SLMB:** درآمد خالص قابل محاسبه در سطح یا زیر 120% خط فقرفدرال یا FPL (کمتر از $1,167* برای یک فرد مجرد، یا $1,573* برای یک زوج).

☑ **QI-1:** درآمد خالص قابل محاسبه در سطح یا زیر 135% خط فقرفدرال یا FPL (کمتر از $1,313* برای یک فرد مجرد، یا $1,770* برای یک زوج).

*اگر فرزندی دارید که در خانه با شما زندگی می کند، این مبالغ ممکن است بیشتر باشند. انتظار می رود که این مبالغ هر سال در آوریل افزایش پیدا کنند. اگر شما در ماه ژانویه یک تعدیل در ارتباط با هزینه زندگی Title II Social Security دریافت کردید، این مبلغ تا ماه آوریل به حساب نخواهد آمد.

- بیش از $7,160 به عنوان دارایی غیر معاف برای یک نفر یا $10,750 برای یک زوج ندارید.
- برآوردن برخی شرایط و احتیاجات مانند سکونت در کالیفرنیا (California).

مهم

علاوه بر برنامه های QMB و SLMB، ممکن است برای برخی از برنامه های دیگر Medi-Cal، مانند کوپن غذا و/ یا Medi-Cal با سهمیه (پرداخت سهم هزینه) ماهانه صلاحیت داشته باشید. همچنین در صورتیکه درآمد شما از محدوده مقرر شده برای برنامه های QMB, SLMB, و QI-1 ***بیشتر*** باشد، ممکن است برای Medi-Cal با پرداخت سهم هزینه ماهانه صلاحیت داشته باشید. این پوشش پرداختهای حق بیمه Medicare Part B را شامل خواهد شد. اگر می خواهید برای این دسته از برنامه های دیگر تقاضا ارسال نمایید، بله را تیک بزنید و دفتر شهرستان به شما فرمهای دیگری برای تکمیل ارسال خواهد کرد.

آیا می خواهید برای برنامه های QI-1 و SLMB برای سه ماه پوشش عطف به ماسبق تقاضا ارسال نمایید (برای QMB پوشش عطف به ماسبق موجود نیست) ❑ بله ❑ خیر

نام تمامی افرادی که در خانوار شما زندگی می کنند را بنویسید (همسر/کودکان). اگر بیش از سه نفر با شما زندگی می کنند، می توانید نام آنها را در صفحه جداگانه ای بنویسید.

نام	شماره Social Security	جنسیت M=مرد F=زن	تاریخ تولد	نسبت او با شما

فرم تکمیل شده خود را به اداره خدمات اجتماعی بخشداری تان ارسال نمایید. برای آدرس ها به لینک ذیل مراجعه کنید.

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

A. درآمد قابل محاسبه یا قابل شمول

1. درآمد ماهانه که از مبنایی به غیر از کار توسط متقاضی QMB/SLMB/QI-1 دریافت می شود را درج کنید:

a. چک Social Security $ _____

b. مزایای VA $ _____

c. بهره از حسابها یا برگ (های) سپرده بانکی به مبلغ $ _____

d. درآمد بازنشستگی $ _____

e. هر گونه درآمد دیگری که از مبنایی به غیر از کار کسب می شود به مبلغ $ _____

f. Total درآمد کسب شده از مبنایی به غیر از کار – خط a. تا e. را جمع بزنید. $ _____

2. اگر متأهل هستید و با همسر خود زندگی می کنید، درآمد ماهانه کسب شده توسط همسرتان از مبنایی به غیر از کار را بنویسید:

g. چک Social Security $ _____

h. مزایای VA $ _____

i. بهره از حسابها یا برگ (های) سپرده بانکی به مبلغ $ _____

j. درآمد بازنشستگی $ _____

k. هر گونه درآمد دیگری که از مبنایی به غیر از کار کسب می شود به مبلغ $ _____

l. Total درآمد کسب شده توسط همسرتان از مبنایی به غیر از کار – خط g. تا k. را جمع بزنید. $ _____

3. درآمد ماهانه کسب شده توسط متقاضی QMB/SLMB/QI-1 و همسر وی را پر کنید.

m. درآمد ناخالص برای شخصی که می خواهد در QMB, SLMB یا QI-1 باشد. $ _____

n. درآمدهای ناخالص برای همسر به مبلغ $ _____

o. Total - خط m. و n. را جمع بزنید $ _____

p. منهای $65 $ _____

q. مابقی $ _____

r. تقسیم بر 2 $ _____

4. درآمد کل:

خط f.، l. و r. را جمع بزنید $ _____

s. منهای $20 (کسر هر گونه درآمد) $ _____

5. کل درآمد قابل محاسبه یا قابل شمول $ _____

6. داشتن صلاحیت احتمالی برای QMB, SLMB یا QI-1:

☑ اگر درآمد شما در سطح یا زیر 100% خط فقرفدرال یا FPL باشد ($973* برای یک نفر، و یا $1,311* برای یک زوج)، برای QMB واجد شرایط خواهید بود.

☑ اگر درآمد شما در سطح یا زیر 120% خط فقرفدرال یا FPL باشد (زیر $1,167* برای یک نفر، یا زیر $1,573* برای یک زوج)، احتمالاً برای SLMB واجد شرایط خواهید بود.

☑ درآمد شما در سطح یا زیر 135% خط فقرفدرال یا FPL باشد (زیر $1,313* برای یک نفر، و $1,770* برای یک زوج)، احتمالاً برای QI-1 واجد شرایط خواهید بود.

*اگر فرزندی در خانه دارید این مبالغ ممکن است بیشتر باشند.

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. دارایی

فرد واجد شرایط QMB, SLMB یا QI-1 که متأهل نیست یا با همسر خود زندگی نمی کند، می تواند دارایی قابل شمول داشته باشد که برابر با، یا کمتر از $7,160 است. فرد واجد شرایط QMB, SLMB یا QI-1 که متأهل است و با همسر خود زندگی می کند باید دارایی قابل شمول برابر با، یا کمتر از $10,750 داشته باشد.

در ذیل نمونه هایی از دارایی های قابل شمول درج شده است. **مهم**: خانه ای که شما و/یا همسرتان در آن زندگی می کنید به حساب نمی آید. یک اتومبیل که برای رفت و آمد استفاده می شود ***به حساب نمی آید***. اگر در اداره رفاه عامه یا "ولفر" شهرستان برای QMB, SLMB یا QI-1 تقاضا ارسال کنید، شهرستان مربوطه ممکن است با دارایی فهرست شده در این فرم به صورت متفاوتی برخورد نماید. دارایی های دیگری نیز وجود دارند که اداره رفاه عامه در نظر خواهد گرفت، مانند برگ (های) سپرده بانکی. این دارایی های دیگر ممکن است در محدودیت دارایی محسوب ***شوند*** یا ***نشوند***.

COUNTY USE

ارزش املاک ذیل که متعلق به شما، همسرتان، یا هر دو است را بنویسید.

1. حسابهای جاری $ _____
2. حسابهای سپرده $ _____
3. برگ (های) سپرده بانکی $ _____
4. سهام $ _____
5. اوراق قرضه $ _____
6. اتومبیل دوم (ارزش منهای مبلغ بدهکاری) $ _____
7. خانه دوم (ارزش منهای مبلغ بدهکاری) $ _____
8. ارزش نقدی یا قابل بازیافت بیمه نامه های عمر در صورتی که ارزش اسمی ***تمامی*** آنها بیشتر از $1,500 باشد (بیمه نامه های «ترم یا موقت» را ننویسید). $ _____
9. کل دارایی – خط 1 تا 8 را جمع بزنید $ _____**

**این مبلغ نمی تواند بیش از $7,160 برای یک نفر یا $10,750 برای یک زوج باشد.

اطلاعات مکمل: ممکن است تحت برنامه های SLMB و QI-1، برای ***تا سه ماه پوشش عطف به ماسبق*** حق بیمه های Medicare Part B واجد شرایط باشید.

توجه: افرادی که در Medi-Cal سنتی یا عادی ثبت نام هستند، (اما نه در برنامه های QMB/SLMB/QI-1) ممکن است مشمول بازیافت ماترک باشند. مزایای Medi-Cal که توسط فرد بالای 55 ساله دریافت می شود، ممکن است از سوی ایالت بازیافت شود. این بازیافت ممکن است از ماترک یا از مأمور انحصار وراثت/ وارث ذینفع Medi-Cal به انجام برسد، در صورتی که ذینفع مربوطه همسر، فرزندان صغیر، یا دختر یا پسر کاملاً معلول یا نابینا بازمانده نداشته باشد. **اما افرادی که در برنامه های QMB/SLMB/QI-1 ثبت نام هستند (چه با ترکیب Medi-Cal یا بدون آن)، مشمول بازیافت دارایی برای حق بیمه ها، کسورات یا مشارکت در پرداخت هزینه Medicare نیستند.**

با ادای سوگند در ارتباط با گواهی دروغ، تحت قوانین ایالات متحده آمریکا و State of California اعلام می کنم که اطلاعاتی که در این فرم ارائه داده ام درست، صحیح و کامل است.

امضاء (یا علامت گذاری) متقاضی	تاریخ
➤	

County Use

❑ QMB/SLMB/QI-1-denied ❑ QI-1 approved ❑ SLMB approved ❑ QMB approved

Eligibility Worker's signature	Date
➤	

B. دارایی

فرد واجد شرایط QMB, SLMB یا QI-1 که متأهل نیست یا با همسر خود زندگی نمی کند، می تواند دارایی قابل شمول داشته باشد که برابر با، یا کمتر از $7,160 است. فرد واجد شرایط QMB, SLMB یا QI-1 که متأهل است و با همسر خود زندگی می کند باید دارایی قابل شمول برابر با، یا کمتر از $10,750

بیانیه حفظ حریم خصوصی DHCS

این فرم برای دریافت مزایا از طریق Department of Health Care Services (DHCS) در نظر گرفته شده است. اطلاعات شخصی و پزشکی که در آن به ما ارائه می دهید خصوصی و محرمانه است. برای شناسایی شما و سایر افرادی که نامشان در این فرم درج شده است، و جهت اداره برنامه های مان DHCS به آن نیاز دارد ما اطلاعات شما را با سایر اداره های ایالتی، فدرال و محلی، پیمانکاران، طرحهای بهداشتی، و برنامه ها صرفاً بخاطر اداره برنامه ها، و مطابق با قانون با سایر اداره های ایالتی و فدرال به اشتراک خواهیم گذاشت.

شما باید به تمامی سؤالات در این فرم پاسخ دهید مگر اینکه به عنوان ''اختیاری'' مشخص شده باشند. اگر فرم شما فاقد هر یک از اطلاعات مورد نیاز ما باشد، برای دریافت اطلاعات مربوطه با شما تماس خواهیم گرفت. اگر آنرا ارائه ندهید ما قادر نخواهیم بود در مورد مزایای شما تصمیم گیری کنیم. ممکن است مجبور باشید فرم تقاضای جدیدی را ارسال نمایید، یا خدمات ممکن است متوقف شود.

در اکثر مواقع، شما حق دارید اطلاعات شخصی خود را که در پرونده های فدرال و ایالتی نگهداری می شود ببینید. در صورت لزوم می توانید آنرا در فرمت دیگری (مانند چاپ درشت) ببینید. برای کسب اطلاعات بیشتر، با DHCS Information Protection Unit در آدرس ذیل تماس بگیرید:

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

این قوانین ایالتی به ما حق گردآوری و نگهداری اطلاعات را می دهند: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. باید این Privacy Statement under CA Civil Code § 1798.17 را به شما ارائه دهیم.