

## طلب الحصول على برامج توفير MEDICAID أو MEDICARE

يرجى تحديد نوع برنامج Medicaid الذي تتقدم بطلب للحصول عليه، إذا كنت تعرفه:

برنامج Medicaid العادي

برنامج Medicaid مع الإعفاء من متطلبات (Waiver Medicaid)

برنامج Medicaid للرعاية الطويلة الأجل

برنامج Medicare للتوفير

برنامج Spend Down

أ لديك أسئلة؟ هل تحتاج إلى مساعدة؟  
اتصل بالرقم 1-855-306-8959

لضعاف السمع  
اتصل بالرقم 1-800-648-6056

### التعليمات:

1. أكمل النموذج بأكمله. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر للكتابة، قم بإرفاق صفحات إضافية.
2. قم بتضمين نسخ من المستندات عند الطلب.
3. اقرأ حقوقك ومسؤولياتك في الصفحة الأخيرة.
4. قم بالتوقيع على الطلب في أسفل الصفحة 6.
5. حدد ما إذا كنت ترغب في إكمال تقييم احتياجات موارد kynect التطوعية على الصفحات 7-9 والتي يمكن أن توفر لك برامج/خدمات/موارد مجتمعية إضافية.
6. ارجع إلى مكتب إدارة الخدمات المجتمعية (DCBS) المحلي في المقاطعة التي تعيش فيها. يمكنك تحديد موقع مكتبك المحلي عن طريق الاتصال بالرقم 855-306-8959- أو زيارة صفحة البحث عن المكتب المحلي لمكتب إدارة الخدمات المجتمعية (DCBS) على:  
[https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office\\_Phone/index.aspx](https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx)  
يمكنك أيضًا إرسال الطلب عبر الفاكس إلى غرفة البريد المركزية على الرقم 1-502-573-2005 أو 1-502-573-2007.

## أخبرنا عن نفسك:

اسم العائلة:	الاسم الأول:	أول حرف من اسم الأب:	الجنس:
العنوان الفعلي:	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
هل هذا منشأة/مؤسسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
رقم الضمان الاجتماعي:	رقم الهاتف:	المقاطعة التي تعيش فيها:	

كومونويلث مجلس ولاية كنتاكي  
للخدمات الصحية والأسرية  
إدارة الخدمات المجتمعية

<p>الأهلية الفنية: العمر (65 عامًا أو أكبر) <input type="checkbox"/> كفيف <input type="checkbox"/> صاحب إعاقة <input type="checkbox"/> في منشأة ترفيهية أو برنامج الإعفاء؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p>	<p>حالة دخل التكافل الاجتماعي (SSI): لم يتم طلب الحصول عليه قط <input type="checkbox"/> يتم تلقيه حاليًا <input type="checkbox"/> قيد الانتظار <input type="checkbox"/> تم رفضه/إيقافه <input type="checkbox"/> السبب:</p>	<p>الحالة الاجتماعية: أعزب <input type="checkbox"/> متزوج/ة ونعيش معًا <input type="checkbox"/> متزوج/ة ويعيش منفصلين <input type="checkbox"/> مطلق/ة <input type="checkbox"/> أرمل/ة <input type="checkbox"/></p>
<p>اللغة الأساسية التي يتحدث بها مقدم الطلب (إذا لم تكن الإنجليزية):</p>		<p>حالة الإيداع الضريبي:</p>

هل ساعدك شخص ما في هذا الطلب؟ إذا كانت الإجابة بنعم،  
يرجى تقديم معلوماته أدناه:

<p>صلة القرابة: <input type="checkbox"/> الزوج <input type="checkbox"/> مفوض قانوني <input type="checkbox"/> وصي <input type="checkbox"/> ممثل معتمد</p>			
<p>إذا كان غير ذلك، يرجى التوضيح:</p>			
<p>اسم العائلة:</p>	<p>الاسم الأول:</p>	<p>أول حرف من اسم الأب:</p>	<p>الهاتف رقم:</p>
<p>العنوان:</p>	<p>المدينة:</p>	<p>الولاية:</p>	<p>الرمز البريدي:</p>

أقوم بتعيين هذا الشخص ليكون ممثلًا معتمدًا لي لتقديم طلب للحصول على Medicaid نيابةً عني.

إمضاء مقدم الطلب: X \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

يرجى تقديم دليل على حالة الممثل المعتمد. تتضمن أمثلة التحقق المقبول من الممثل المعتمد ما يلي:

- نموذج MAP-14 لتعيين الممثل المعتمد - والذي يمكن العثور عليه هنا:  
<https://chfs.ky.gov/agency/dms/MAPForms/MAP14.pdf>
- وثائق التفويض القانوني
- وثائق المحكمة للتحقق من الوصاية

كومونولث مجلس ولاية كنتاكي  
للخدمات الصحية والأسرية  
إدارة الخدمات المجتمعية

معلومات حول الأسرة المقيمة في المنزل  
قم بإدراج كل من يعيش في منزلك

صلة القرابة	اسم العائلة	الاسم الأول	أول حرف من اسم الأب	تاريخ الميلاد	الجنس	رقم الضمان الاجتماعي	العرق*	اسباني / لاتيني؟	مواطن أمريكي؟
مقدم الطلب نفسه					ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
					ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
					ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
					ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
					ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

\*بالنسبة للعرق استخدم أيًا من هذه الرموز المنطبقة. لن تتأثر التغطية الخاصة بك إذا لم تقم بالرد. (A) أمريكي من أصل هندي/سكان ألاسكا الأصليين؛ (B) أسود؛ (P) سكان هاواي/جزر المحيط الهادئ الأصليين؛ (S) آسيوي؛ (W) أبيض.

هل لديك أنت أو زوجك تأمين صحي؟  
(أرسل نسًا من الجهة الأمامية والخلفية للبطاقات مع الطلب)

سار السريان:	رقم المطالبة (على البطاقة):	<input type="checkbox"/> MEDICARE الجزء أ
سار السريان:	رقم المطالبة (على البطاقة):	<input type="checkbox"/> مقدم الطلب نفسه <input type="checkbox"/> الزوج/ة
سار السريان:	رقم المطالبة (على البطاقة):	<input type="checkbox"/> MEDICARE، الجزء ب
سار السريان:	رقم المطالبة (على البطاقة):	<input type="checkbox"/> مقدم الطلب نفسه <input type="checkbox"/> الزوج/ة
سار السريان:	رقم المطالبة (على البطاقة):	<input type="checkbox"/> MEDICARE، الجزء ج
سار السريان:	رقم المطالبة (على البطاقة):	<input type="checkbox"/> مقدم الطلب نفسه <input type="checkbox"/> الزوج/ة
سار السريان:	رقم المطالبة (على البطاقة):	<input type="checkbox"/> MEDICARE، الجزء د
سار السريان:	رقم المطالبة (على البطاقة):	<input type="checkbox"/> مقدم الطلب نفسه <input type="checkbox"/> الزوج/ة
اسم مقدم التأمين:		
<input type="checkbox"/> مقدم الطلب نفسه <input type="checkbox"/> الزوج/ة		
تاريخ السريان:	رقم المطالبة (على البطاقة):	بوليصة تأمين أخرى
اسم وعنوان الشركة:		
تاريخ السريان:	رقم المطالبة (على البطاقة):	بوليصة التأمين الأخرى
اسم وعنوان الشركة:		

كومونولث مجلس ولاية كنتاكي  
للخدمات الصحية والأسرية  
إدارة الخدمات المجتمعية

دخلك ودخل زوجك، إذا كنت متزوجاً:

دخل غير مكتسب			
أمثلة: الضمان الاجتماعي، المحاربون القدامى، التقاعد بالسكك الحديدية، المعاشات التقاعدية، النفقة الزوجية أو نفقة الطفل، دخل الإيجار، تسوية التبغ، الدفع من المستحقات السنوية/الاستثمارات			
صاحب الدخل	نوع الدخل	المبلغ الإجمالي (قبل الخصومات)	معدل تلقيه

الدخل المكتسب				
أمثلة: أجور من وظيفة أو دخل العمل الحر				
صاحب الدخل	نوع الدخل	المبلغ الإجمالي (قبل الخصومات)	معدل تلقيه	اسم صاحب العمل وعنوانه

يرجى تقديم إثبات لكل الدخل. تتضمن أمثلة التحقق المقبول ما يلي:

- خطابات المخصصات من الضمان الاجتماعي، أو شؤون المحاربين القدامى، أو التقاعد بالسكك الحديدية
- نسخ من قسائم الدفع
- نسخ من السجلات الضريبية للعمل الحر
- أحكام المحكمة بالنفقة الزوجية أو نفقة الطفل
- بيانات الشركة الخاصة بالمعاشات والتقاعدات



كومونويلث مجلس ولاية كنتاكي  
للخدمات الصحية والأسرية  
إدارة الخدمات المجتمعية

بيان التفاهم والاتفاق

وأشهد أن هذه المعلومات صحيحة وحقيقية على حد علمي. أدرك أن قانون الضمان الاجتماعي يتطلب من جميع المستفيدين من المساعدة تقديم رقم ضمان اجتماعي والتعرف عليهم من خلاله، وإذا رفض الفرد التقدم بطلب للحصول على رقم، فلن تتمكن الإدارة من تقديم مدفوعات أو توفير خدمة Medicaid. أدرك أنه يجب استخدام أرقام الضمان الاجتماعي في مختلف المطابقات الحكومية والفدرالية من خلال نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS). تتضمن هذه المطابقات، على سبيل المثال لا الحصر، الضمان الاجتماعي، وإدارة الدخل الداخلية (IRS)، ودخل التكافل الاجتماعي (SSI)، وسجلات الأجور، وتأمين البطالة، والمطابقات الأخرى على النحو المنصوص عليه بموجب سلطة نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS). يمكن التحقق من هذه المعلومات من خلال الاتصال بين الجانبين عند العثور على تناقضات. قد تؤثر المعلومات المقدمة بموجب نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS)، بعد التحقق منها، على الأهلية للحصول على المزايا ومقدارها. ولا يجوز الكشف عن هذه المعلومات إلى الوكالات الأخرى إلا وفقاً لما يسمح به القانون. أقر أن جميع الأشخاص الذين تم تقديم الطلب لهم هم مواطنون أمريكيون أو تم قبولهم بموجب وضع أجنبي معتمد. أشهد، تحت عقوبة الحنث باليمين، أن المعلومات، بما في ذلك حالة المواطنة أو الحالة الأجنبية، التي قدمتها في هذا البيان صحيحة وقيمة على حد علمي وأعطي موافقتي لإدارة الخدمات المجتمعية لإجراء أي اتصالات ضرورية للتحقق تصريحاتي. أدرك أن المعلومات الواردة في هذا الطلب تُستخدم لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مزايا من إدارة الخدمات المجتمعية. أدرك أنه إذا قدمت معلومات كاذبة، أو قمت بحجب معلومات، أو لم أبلغ عن التغييرات في غضون 10 أيام، فقد أتعرض للملاحقة القضائية بتهمة الاحتيال أو تخفيض المزايا أو فقدانها، وقد يُطلب مني سداد المزايا التي تلقيتها. كما أُمّنح موافقتي لإدارة الخدمات المجتمعية لإجراء أي اتصالات ضرورية للتحقق من بياني أو الحصول على معلومات إضافية ذات صلة بأهليتي. يتم النظر في جميع طلبات المساعدة بغض النظر عن العرق أو اللون أو الجنس أو الإعاقة أو العقيدة الدينية أو الأصل القومي أو المعتقد السياسي. يجوز لك أو لممتلكك طلب جلسة استماع عادلة عن طريق الاتصال بالأخصائي الاجتماعي المتابع لك إذا كنت لا توافق على أي إجراء تم اتخاذه في قضيتك. يمكن لأي شخص تختاره عرض قضيتك في جلسة الاستماع.

التاريخ	X توقيع مقدم الطلب
التاريخ	X توقيع زوجة مقدم الطلب أو الممثل المعتمد
التاريخ	X توقيع الشاهد (إذا تم التوقيع عليه بالعلامة)

كومونويلث مجلس ولاية كنتاكي  
للخدمات الصحية والأسرية  
إدارة الخدمات المجتمعية

## تقييم احتياجات موارد kynect

فيما يلي تقييم إضافي لاحتياجات الموارد وهو تقييم طوعي ولا يؤثر على مزايا Medicaid الخاصة بك. يساعدنا هذا التقييم في تحديد وفهم الاحتياجات الأخرى التي قد تكون لديك أنت وأسرتك والتي يمكن أن تؤثر على صحتك وتوصيلك بالموارد / الخدمات / البرامج المجتمعية التي قد تكون مفيدة، مثل النقل والمرافق والغذاء ورعاية الأطفال، وما إلى ذلك. يمكنك مراجعة نتائجك عن طريق تسجيل الدخول إلى حساب kynect الخاص بك على <https://kynect.ky.gov/resources> أو عن طريق الاتصال بالرقم 1-1-2 لإحالتك إلى الموارد/الخدمات/البرامج المجتمعية.

يمكن لأي فرد إضافي من أفراد الأسرة إكمال تقييم احتياجاتهم الفردية عن طريق تسجيل الدخول إلى حساب kynect الخاص بهم عبر الإنترنت على <https://kynect.ky.gov/resources> أو عن طريق الاتصال بالرقم 1-1-2.

### ضع دائرة حول الحرف الذي يصف حالتك بشكل أفضل:

#### 1. ما هو أفضل وصف لوضعك السكني؟

- ليس لدي سكن مستقر.
- أعيش مؤقتًا مع صديق أو أحد أفراد العائلة.
- أنا لا أدفع حاليًا الإيجار/الرهن العقاري الخاص بي وأواجه خطر الإخلاء.
- أنا أدفع الإيجار/الرهن العقاري، لكنه لا يمكن تحمله (أكثر من 30% من الدخل).
- أستفيد حاليًا من برنامج المساعدة في الإيجار/الرهن العقاري.
- أنا أدفع الإيجار/الرهن العقاري دون صعوبة.

#### 2. ما هو أفضل وصف لوضع المرافق السكنية لديك (الماء، الكهرباء، التدفئة)؟

- ليس لدي سكن/ليس لدي مرافق لوضعي السكني.
- غالبًا ما يتم إيقاف المرافق الخاصة بي بسبب عدم الدفع.
- أستفيد من البرامج التي تساعد في دفع تكاليف المرافق الخاصة بي.
- أواجه صعوبة في دفع تكاليف المرافق الخاصة بي، ولكنني قادر على الدفع في الغالب.
- يمكنني دفع تكاليف المرافق الخاصة ومن ثم لا يتم إيقاف تشغيلها أبدًا.

#### 3. ما هو أفضل وصف لوضعك الوظيفي الحالي؟

- ليس لدي وظيفة.
- لدي عمل مؤقت أو موسمي أو بدوام جزئي لا يلبي احتياجاتي؛ أحتاج إلى مزيد من فرص العمل.
- دوام كامل بدون مزايا أو مزايا لا تلبي احتياجاتي.  
(ملحوظة: قد تشمل المزايا التأمين الطبي وتأمين الأسنان والتأمين على البصر وحزم التقاعد)
- لدي عمل مؤقت أو موسمي أو بدوام جزئي يلبي احتياجاتي؛ لا أحتاج إلى مزيد من فرص العمل.
- بدوام كامل مع المزايا التي تلبي احتياجاتي.

#### 4. ما هو أفضل وصف لوضع دخلك؟

- ليس لدي دخل.
- دخلي غير منتظم.
- دخلي لا يكفي لتلبية احتياجاتي.
- يمكنني تلبية احتياجاتي الأساسية بمساعدة برامج المساعدة.
- يمكنني تلبية احتياجاتي الأساسية دون مساعدة.
- دخلي يلبي احتياجاتي، ويتم إدارته بشكل جيد، ويمكنني الادخار.

كومونويلث مجلس ولاية كنتاكي  
للخدمات الصحية والأسرية  
إدارة الخدمات المجتمعية

5. ما هو أفضل وصف لوضعك الغذائي؟

- أنا غير قادر على الحصول على الطعام.
- أستطيع الحصول على الطعام، ولكن ليس لدي المساحة أو الوقت لإعداد وجبة.
- تتلقى أسرتي المساعدة للحصول على الطعام مثل SNAP (كوبونات الغذاء) أو غيرها من المساعدات الغذائية.
- أستطيع تلبية احتياجاتي الغذائية الأساسية، ولكنني أحتاج إلى مساعدة من حين لآخر مثل مخزن الطعام.
- أستطيع تلبية احتياجاتي الغذائية الأساسية دون مساعدة.
- يمكنني اختيار شراء أي طعام ترغب فيه أسرتي.

6. ما هو أفضل وصف لوضع خدمات رعاية طفلك؟

- أحتاج إلى خدمة رعاية الأطفال، لكنني غير قادر على تحمل تكاليف خدمة رعاية الأطفال في الوقت الحالي.
- أستطيع تحمل تكاليف خدمة رعاية الأطفال، ولكن خيارات خدمة رعاية الأطفال غير موثوقة أو لا يمكن الوصول إليها.
- يقوم صديق شخصي أو أحد أفراد الأسرة برعاية الأطفال.
- يمكنني اختيار خدمة رعاية أطفال عالية الجودة من اختياري.
- لا أحتاج لخدمة رعاية الأطفال في الوقت الحالي.

7. ما هو أفضل وصف لمستوى تعليمك؟

- ليس لدي شهادة الثانوية العامة/GED، أو أحتاج إلى مساعدة في القراءة والكتابة.
- لدي شهادة الثانوية العامة/GED، لكن اللغة تشكل عائقًا.
- لدي شهادة الثانوية العامة/GED، ولكنني بحاجة إلى تعليم/تدريب إضافي لتحسين وضعي الوظيفي.
- لقد أكملت التعليم/التدريب اللازم للتوظيف.
- أنا حاليًا في المدرسة الثانوية أو في مؤسسة تعليمية/تدريبية.

8. ما هو أفضل وصف لتغطية الرعاية الصحية الخاصة بك؟

- ليس لدي تغطية طبية وأحتاج إلى التغطية في أسرع وقت ممكن.
- ليس لدي أي تغطية طبية ولا حاجة فورية للتغطية.
- يتمتع بعض أفراد أسرتي (مثل الأطفال) بتغطية طبية، ولكنني أرغب في الحصول على مساعدة في فهم كيفية استخدامها.
- يتمتع بعض أفراد أسرتي (مثل الأطفال) بتغطية طبية، ونحن نفهم كيفية استخدامها.
- يتمتع جميع أفراد أسرتي بتغطية تأمين صحي ميسور التكلفة، ولكنني أرغب في المساعدة في فهم كيفية استخدامه.
- يتمتع جميع أفراد أسرتي بتأمين صحي ميسور التكلفة، ونحن نفهم كيفية استخدامه.

9. ما هو أفضل وصف لحالة وسائل الانتقال الخاصة بك؟

- ليس لدي أي إمكانية الوصول إلى وسائل الانتقال.
- لدي سيارة لكن لا أستطيع قيادتها أو أنها غير موثوقة.
- أستخدم وسائل النقل العام أو الدراجة، ولكنها غير مريحة أو محدودة.
- لا أحتاج إلى مساعدة في الانتقال.

10. هل تحتاج إلى موارد تتعلق بالصحة العقلية؟

- نعم، أنا بحاجة للمساعدة بشأن سلامتي العقلية.
- لا - لست بحاجة إلى مساعدة فيما يتعلق بسلامتي العقلية.



كومونويلث مجلس ولاية كنتاكي  
للخدمات الصحية والأسرية  
إدارة الخدمات المجتمعية

11. هل تحتاج إلى موارد تتعلق بتعاطي المخدرات؟

- a. نعم، أنا بحاجة إلى موارد تتعلق باستخدام المخدرات.  
b. لا، لست بحاجة إلى موارد تتعلق باستخدام المخدرات.

12. هل تحتاج إلى موارد تتعلق بالعنف المنزلي؟

- a. نعم، أنا بحاجة إلى موارد تتعلق بالعنف المنزلي.  
b. لا، لست بحاجة إلى موارد تتعلق بالعنف المنزلي.

13. ما هو أفضل وصف لوضعك فيما يتعلق برعاية كبار السن و/أو المعاقين؟

- a. أنا في حاجة فورية للمساعدة إما لنفسي أو لشخص تحت رعايتي بسبب السن أو الإعاقة.  
b. يمكنني أنا أو أي شخص تحت رعايتي الاستفادة من المساعدة في الرعاية بسبب السن أو الإعاقة.  
c. لست بحاجة إلى المساعدة بشأن رعاية كبار السن/المعاقين.

14. ما هو أفضل وصف لتجربة أطفالك المدرسية؟

- a. لدي طفل أو أكثر في سن المدرسة غير ملتحقين بالمدرسة.  
b. طفلي أو أطفالي مسجلون في المدرسة ولكنهم يحضرون فقط بعض الوقت.  
c. طفلي أو أطفالي مسجلون ويحضرون الفصول الدراسية معظم الوقت أو طوال الوقت.  
d. ليس لدي أطفال في سن المدرسة.

15. ما هو أفضل وصف لقدرتك على تلبية احتياجاتك الأساسية يوميًا؟

- a. ليس لدي القدرة على تلبية الاحتياجات الأساسية مثل الطعام أو الملابس أو مكان للاستحمام بانتظام.  
b. يمكنني تلبية عدد قليل من احتياجاتي الأساسية، ولكن ليس كلها.  
c. أنا قادر على تلبية معظم احتياجاتي الأساسية وليس كلها.  
d. أنا قادر على تلبية كل احتياجاتي الأساسية يوميًا.

16. ما هو أفضل وصف لعلاقاتك الاجتماعية وصدقاتك؟

- a. أنا منعزل و/أو لا أرغب في التفاعل مع الناس.  
b. أرغب في المشاركة بشكل أكبر مع العائلة أو المجموعات ولكني بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو الدعم.  
c. لدي دعم عائلي/اجتماعي قوي و/أو أشارك بنشاط في مجتمعي أو مجموعات الدعم.

17. ما هو أفضل وصف لحاجتك إلى الدعم القانوني؟

- a. لدي أمر (أوامر) ضبط وإحضار قيد الانتظار أو لدي تهمة معلقة.  
b. أنا ملتزم تمامًا بشروط المراقبة أو الإفراج المشروط.  
c. ليس لدي أي سجل إجرامي جنائي أو لم يكن لدي أي تورط في نظام العدالة الجنائية منذ أكثر من 12 شهرًا.

18. ما هو أفضل وصف لمهاراتك في التربية؟

- أ. أحتاج إلى موارد لتحسين مهاراتي في تربية الأطفال.  
ب. مهاراتي في تربية الأطفال كافية أو متطورة بشكل جيد.  
ج. ليس لدي أطفال.