



از این برنامه برای تمام برنامه های MO HealthNet استفاده کنید. همچنین اگر بالای 65 سال، نابینا، ناتوان هستید یا در خانه سالمندان یا مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می کنید، ممکن است نیاز به پر کردن مکمل سالمندان، نابینایان و معلولان (IM-1ABDS) داشته باشید.

از این برنامه استفاده کنید تا ببینید چه گزینه های پوشش را واجد شرایط می کنید

- بیمه رایگان یا کم هزینه از MO HealthNet.
- طرح های بیمه درمانی خصوصی مقرون به صرفه که پوشش جامعی را ارائه می دهد تا به شما کمک کند خوب بمانید.
- یک اعتبار مالیاتی جدید که می تواند بلافاصله به پرداخت حق بیمه شما برای پوشش سلامت کمک کند.

چه کسانی می توانند از این برنامه استفاده کنند؟

- از این برنامه برای درخواست هر شخصی در خانواده خود استفاده کنید.
- حتی اگر شما یا فرزند (فرزندان) تان قبلاً پوشش بهداشتی داشته باشید، درخواست دهید. شما می توانید برای پوشش ارزان تر یا رایگان واجد شرایط باشید.
- خانواده هایی که شامل مهاجران می شوند می توانند درخواست دهند. شما می توانید برای فرزند خود درخواست کنید حتی اگر شما واجد شرایط برای پوشش نیستید. درخواست پناهندگی بر وضعیت مهاجرت و یا شانس تبدیل شدن به یک اقامت دائم یا شهروند تأثیر نمی گذارد.
- اگر شخصی به شما در پر کردن این برنامه کمک می کند، ممکن است لازم باشد ضمیمه C را تکمیل کنید.
- اگر برای شریک خانگی مجرد خود درخواست می دهید، هر دوی شما باید ضمیمه C را تکمیل کنید.

درخواست سریع تر آنلاین

- درخواست سریع تر آنلاین در mydss.mo.gov

آنچه شما ممکن است نیاز به درخواست

- شماره های تأمین اجتماعی (یا شماره سند برای هر مهاجر قانونی که نیاز به بیمه دارد).
- اطلاعات صاحب کار و درآمد برای همه اعضای خانواده شما (به عنوان مثال، از دستمزد، فرم های W-2، یا صورت های دستمزد و مالیات).
- شماره بیمه نامه برای هر بیمه درمانی فعلی.
- اطلاعات مربوط به هر بیمه درمانی مرتبط با شغل در دسترس خانواده شما.

چرا ما این اطلاعات را می خواهیم؟

ما در مورد درآمد و سایر اطلاعات سؤال می کنیم تا به شما اطلاع دهیم که واجد شرایط چه پوششی هستید و آیا می توانید برای پرداخت آن کمک دریافت کنید. ما تمام اطلاعاتی را که شما ارائه می کنید، طبق قانون، خصوصی و ایمن نگه می داریم.

بعد چه اتفاقی می افتد؟

درخواست کامل و امضا شده خود را به آدرس صفحه 8 ارسال کنید. اگر تمام اطلاعاتی که از شما می خواهیم پر کنید را ندارید، به هر حال درخواست خود را امضا کرده و ارسال کنید. ما با شما پیگیری خواهیم کرد. دستورالعمل هایی در مورد مراحل بعدی برای تکمیل درخواست پوشش سلامت خود دریافت خواهید کرد. اگر از ما خبری ندارید، با شماره ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۹۴ تماس بگیرید. پر کردن این برنامه به این معنی نیست که شما مجبور به خرید پوشش سلامت هستید.

دریافت کمک با این نرم افزار

- آنلاین: mydss.mo.gov
- تلفن: با مرکز تماس با ما تماس بگیرید ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۹۴.
- شخصاً: در هر دفتر محلی بخش حمایت از خانواده و یا ممکن است مشاوران در منطقه شما وجود داشته باشند که می توانند کمک کند. برای اطلاعات بیشتر به Healthcare.gov مراجعه کنید یا با شماره ۸۰۰-۳۱۸-۲۵۹۶ تماس بگیرید.
- اسپانیایی: لامه مرکز ملی آیودا رایگان است ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۹۴
- کاربران TTY پاسخ ۸۰۰-۷۳۵-۲۹۶۶

مرحله 1

در مورد بزرگسالی که مخاطب اصلی ما برای این برنامه خواهد بود به ما بگویید

آیا این برنامه را از یک زیر دریافت کردید::

☐ مدرسه عمومی میسوری ☐ ارائه دهنده مراقبت از کودکان دارای مجوز ☐ دیگر

ما به یک فرد بزرگسال در خانواده نیاز داریم تا مخاطب درخواست شما باشد.

1. نام قانونی (نام، نام میانی، نام خانوادگی و پسوند)

2. آدرس منزل (اگر در حال حاضر بدون آدرس منزل هستید، HOMELESS را بنویسید)

شماره آپارتمان یا سوئیت

شهر

ایالت

کد پستی

شهرستان

3. ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا آدرس پستی شما با آدرس منزل شما متفاوت است یا خیر. اگر متفاوت است، آدرس پستی خود را در زیر ارائه دهید::

4. ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا آدرس پستی ارائه شده یک آدرس امن در خانه است یا خیر. کد مجوز امن در خانه

5. آدرس پستی

6. شماره آپارتمان یا سوئیت

7. شهر

8. ایالت

9. کد پستی

10. شهرستان محل اقامت

11. شماره تلفن

12. شماره تلفن دیگر و نوع (پیام، محل کار، سلول)

()

()

☐ خانه ☐ همراه ☐ کار ☐ پیام

☐ خانه ☐ همراه ☐ کار ☐ پیام

13. آدرس ایمیل:

14. روش مورد نظر شما برای تماس چیست؟

☐ USPS ایمیل

☐ ایمیل

☐ تلفن

☐ متن

15. زبان مورد نظر شما (اگر انگلیسی نیست) چیست؟:

16. چقدر خوب انگلیسی صحبت می کنید؟

☐ خیلی خوب

☐ خوب

☐ ترجیح می دهم پاسخ نه دهم

☐ بدون مهارت گفتاری

☐ نه خوب

تجدید پوشش در سال های آینده

برای اینکه تعیین و اجد شرایط بودن من برای کمک به پرداخت هزینه برای پوشش درمانی برای سالهای آینده آسانتر شود، من موافقت می کنم که به بخش حمایت خانواده اجازه دهم از داده های درآمد، از جمله اطلاعات مربوط به اظهارنامه مالیاتی استفاده کند. بخش حمایت از خانواده به من اطلاع می دهد، اجازه دهید من هر گونه تغییر، و من می توانم در هر زمان انتخاب کنید.

بله، از اظهارنامه مالیاتی من برای تمدید خودکار و اجد شرایط بودن برای موارد بعدی استفاده کنید:

☐ 5 سال (حداکثر تعداد سال مجاز)

☐ 4 سال ☐ 3 سال ☐ 2 سال ☐ 1 سال

☐ از اطلاعات اظهارنامه مالیاتی برای تمدید پوشش خود استفاده نکنید.

مرحله 2 از متقاضی و خانواده به ما بگویید

مرحله 2 را برای هر فرد در خانواده خود کامل کنید. از خودت شروع کن! سپس سایر بزرگسالان و کودکان را اضافه کنید. اگر بیش از 2 نفر در خانواده خود دارید، باید از صفحات 4 تا 5 برای هر فرد اضافی کپی کنید و آنها را پیوست کنید.

از تمام اعضای خانواده ای که با شما زندگی می کنند بگویید. میزان کمک یا نوع برنامه ای که برای آن و اجد شرایط هستید به تعداد افراد خانواده و درآمد آنها بستگی دارد. این اطلاعات به ما کمک می کند مطمئن شویم که همه بهترین پوشش ممکن را دریافت می کنند.

شما لازم نیست به فایل مالیات برای دریافت پوشش سلامت.

برای بزرگسالانی که نیاز به پوشش دارند:

این افراد را حتی اگر برای خودشان درخواست پوشش بهداشتی نمی دهند، بگنجانید:

• هر همسری که با آنها زندگی می کنند

• هر کودک زیر 21 سال که با آنها زندگی می کنند، از جمله فرزندان ناتنی

• هر شخص دیگری که در همان اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال باشد (از جمله

کودکان بالای 21 سال که در اظهارنامه مالیاتی والدین مطالبه شده اند).

• هر همسری که با آنها زندگی می کنند

• هر شخص دیگری در همان اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال.

برای کودکان زیر 21 سال که نیاز به پوشش دارند:

این افراد را حتی اگر خودشان درخواست پوشش درمانی نمی کنند، بگنجانید:

• هر پدر و مادر (یا ناتنی) که با آنها زندگی می کنند

• هر خواهر و برادری که با آنها زندگی می کنند

• هر کودکی که با آنها زندگی می کنند، از جمله فرزندان ناتنی

• هر همسری که با آنها زندگی می کنند

• هر شخص دیگری در همان اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال.

توجه: هر کس دیگری که با شما زندگی می کند - به عنوان مثال، دوست پسر، دوست دختر یا هم اتاقی - اگر می خواهد بیمه درمانی داشته باشد، باید درخواست خود را ثبت کند، مگر اینکه هر دوی شما ضمیمه C را پر کنید.

ما تمام اطلاعاتی را که شما ارائه می دهید، طبق قانون، خصوصی و ایمن نگه می داریم. ما از اطلاعات شخصی فقط برای بررسی اینکه آیا شما واجد شرایط برای پوشش درمانی هستید استفاده خواهیم کرد. شما لازم نیست به ارائه وضعیت مهاجرت و یا یک شماره تأمین اجتماعی (SSN) برای اعضای خانواده که پوشش بهداشتی نیاز ندارد.

آیا نیازمند کمک با نرم افزار خود را؟ بازدید mydss.mo.gov و یا با ما تماس بگیرید ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۹۴. برای به دست آوردن یک نسخه از این فرمول در اسپانیا، 855-Ilame-9994-373. کاربران TTY با ۸۰۰-۷۲۵-۹۶۶ تماس می گیرند



مرحله 2: شخص 1

(شروع با خود/متقاضی)

مرحله 2 را برای خود، همسر و فرزندان که با شما زندگی می کنند و/یا هر کسی که در همان اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال شما زندگی می کند، تکمیل کنید. صفحه 1 را برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه کسی باید شامل شود، ببینید. اگر اظهارنامه مالیاتی ارائه نمی کنید، به یاد داشته باشید که همچنان اعضای خانواده را که با شما زندگی می کنند اضافه کنید. برای اینکه یک بزرگسال واجد شرایط گروه توسعه بزرگسالان باشد، کودکان تحت مراقبت آنها که در یک خانه زندگی می کنند باید واجد شرایط MO HealthNet یا حداقل پوشش ضروری دیگر باشند. اطلاعات مربوط به مرحله 3 را در مورد پوشش پزشکی برای کودکان تحت مراقبت این شخص ارائه دهید.

1. نام قانونی (نام، نام میانی، نام خانوادگی و پسوند)	2. اختیاری- آیا شما: ☐ هرگز از نواج ☐ ازدواج کرده ☐ طلاق گرفته ☐ بیوه ☐ جدا ☐ از نظر قانونی از هم جدا ☐ دیگر	3. رابطه با تو؟ خود
4. تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	5. جنسیت: ☐ مرد ☐ مونث	6. اختیاری - آیا شما یک جانشین ایالات متحده هستید؟ ☐ بله ☐ نه ☐ ترجیح می دهم به پاسخ

7. شماره تامین اجتماعی (SSN) - - - - - اگر شما خواهان پوشش سلامت و داشتن SSN هستید، به این نیاز داریم. ارائه SSN شما می تواند مفید باشد حتی اگر پوشش بهداشتی نمی خواهید زیرا می تواند روند درخواست را سرعت بخشد. ما از SSN ها برای بررسی درآمد و سایر اطلاعات استفاده می کنیم تا ببینیم چه کسی واجد شرایط کمک در مورد هزینه های پوشش سلامت است. اگر شخصی می خواهد برای دریافت SSN کمک کند، با شماره ۱۲۱۳-۷۷۲-۸۰۰ تماس بگیرید یا به socialsecurity.gov مراجعه کنید. کاربران TTY باید به ۰۷۷۸-۳۲۵-۸۰۰ تماس بگیرند.

8. ☐ اگر یک سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هستید اینجا را تیک مارک کنید و ضمیمه D را پر کنید.

9. ☐ اگر برای پرداخت قبوض پزشکی 3 ماه قبل از این درخواست کمک می خواهید، اینجا را بررسی کنید و پیوست A را پر کنید.

10. آیا قصد دارید سال آینده اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال را ثبت کنید؟ (شما هنوز هم می توانید برای بیمه درمانی درخواست حتی اگر شما یک اظهارنامه مالیاتی بر درآمد فدرال فایل نیست.)
☐ بله اگر بله، پاسخ به سوالات a-c پاسخ دهید. ☐ نه اگر نه، به سوال c بروید.

a. آیا شما به طور مشترک با همسر خود پرونده می کنید؟ ☐ بله ☐ نه - اگر بله، نام همسر _____

b. آیا شما هر گونه وابستگان در اظهارنامه مالیاتی خود را ادعا می کنید؟ ☐ بله ☐ نه

c. آیا از شما به عنوان افراد تحت تکفل در اظهارنامه مالیاتی شخص دیگری درخواست می شود؟ ☐ بله ☐ نه

اگر بله، لیست نام فیلتر مالیاتی _____ رابطه شما با پرونده مالیاتی چگونه است؟ _____

11. آیا از این ماه به بعد درخواست پوشش بهداشتی دارید؟ حتی اگر شما بیمه ممکن است یک برنامه با پوشش بهتر و یا هزینه های پایین تر وجود دارد. ☐ بله. اگر بله، به تمام سوالات زیر پاسخ دهید.

12. اگر اسپانیایی/لاتین، قومیت را انتخاب کنید (اختیاری - بررسی همه که اعمال می شود).
☐ مکزیکی ☐ مکزیکی آمریکایی ☐ 0 شیکانو/ ☐ پورتوریکو ☐ کوبایی ☐ دیگر

13. نژاد (اختیاری - بررسی همه که اعمال می شود).
☐ سفید ☐ آمریکایی هندی یا ☐ فیلیپینی ☐ دیگر آسیایی: ☐ ساموا ☐ سیاه و سفید و یا آفریقایی ☐ آلاسکا بومی ☐ ژاپنی ☐ دیگر جزایر اقیانوس آرام: ☐ آسیایی هند ☐ کره ای ☐ بومی هاوایی ☐ 0 ☐ چینی ☐ ویتنامی ☐ گوامایی یا چامورو ☐ دیگر

14. آیا شما یک شهروند ایالات متحده یا ملی ایالات متحده هستید؟ ☐ بله ☐ نه

15. آیا شما یک شهروند ایالات متحده هستید یا دارای تابعیت هستید؟ (این معمولاً به این معنی است که شما در خارج از ایالات متحده به دنیا آمده اند.) ☐ بله ☐ بدون شماره بیگانه: شماره _____ گواهینامه: _____

16. ☐ اگر شهروند ایالات متحده یا ملی ایالات متحده نیستید، اینجا را بررسی کنید، اما وضعیت مهاجرت واجد شرایط را دارید. اطلاعات زیر را ارائه دهید. تاریخ شروع وضعیت مهاجرت: _____ نوع سند و شماره شناسایی خود را در زیر _____ پر کنید.

a. مهاجرت نوع سند _____ شماره _____ سند ID _____

b. آیا از سال 1996 در ایالات متحده زندگی می کنید؟ ☐ بله ☐ نه

c. آیا شما یا همسر یا والدینتان کهنه سرباز یا یکی از اعضای فعال ارتش ایالات متحده هستید؟ ☐ بله ☐ نه

d. اگر کمتر از 5 سال در ایالات متحده بوده اید، لطفاً وضعیت مهاجرت خود را وارد کنید (پناهنده، پناهندگی و غیره)

17. ☐ اگر برادر یا برادر یا برادر یا برادر بوده اید اینجا را بررسی کنید. اطلاعات زیر را ارائه دهید..

اگر بله، چند نوزاد در طول این بارداری انتظار می رود؟ _____ تاریخ مورد انتظار شما چیست؟ _____

اگر اخیراً برادر بودید، چه تاریخی بارداری به پایان رسید؟ _____

19. ☐ اگر حداقل با یک کودک زیر 19 سال زندگی می کنید و شما فردی هستید که از این کودک مراقبت می کنید، اینجا را تیک مارک کنید.

20. ☐ اگر دانش آموز تمام وقت دبیرستان، آموزش حرفه ای معادل یا آموزش فنی هستید، اینجا را تیک مارک کنید.

نوع مدرسه (دبیرستان، کالج، و غیره) _____

آیا نیازمند کمک با نرم افزار خود را؟ بازدید mydss.mo.gov و یا با ما تماس بگیرید ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۹۴. برای به دست آوردن یک نسخه از این فرمول در اسپانیا، 855-Ilame-9994-373. کاربران TTY با ۸۰۰-۷۲۵-۲۹۶۶ تماس می گیرند



21. ☐ اینجا را بررسی کنید که آیا در سن 18 سالگی یا بیشتر تحت سرپرستی بوده اید. در چه وضعیتی مراقبت می کردید؟

22. ☐ اگر زیر 19 سال سن دارید و واجد شرایط ثبت نام در مراقبت های بهداشتی به عنوان بخشی از طرح مزایای کارمندان دولتی هستید، اینجا را بررسی کنید.

23. ☐ اگر دریافت می کنید یا واجد شرایط دریافت Medicare هستید، اینجا را بررسی کنید. چه زمانی واجد شرایط شدید؟



شغل فعلی & اطلاعات درآمد

- ☐ صاحب وظیفه - اگر در حال حاضر مشغول به کار هستید، در مورد درآمد خود به ما بگویید. با سوال 24 شروع کن
- ☐ وظیفه آزاد - پرسش به سوال 34.
- ☐ بی وظیفه - پرسش به سوال 35.

شغل فعلی 1: ☐ اگر قبل از دریافت مالیات از این درآمد کسر نشده است، اینجا را تیک مارک کنید.

25. شماره تلفن صاحب کار
() —

24. نام و آدرس صاحب کار

26. دستمزد/بخششی (قبل از مالیات) ☐ ساعتی ☐ هفتگی ☐ 10 هر هفته ☐ دو بار در ماه ☐ ماهانه ☐ سالانه

\$

28. تاریخ شروع کار:

27. میانگین ساعات کار در هر هفته:

شغل فعلی 2: ☐ اگر قبل از دریافت مالیات از این درآمد کسر نشده است، اینجا را تیک مارک کنید.

30. شماره تلفن کارفرما
() —

29. نام و آدرس کار

31. دستمزد/بخششی (قبل از مالیات) ☐ ساعتی ☐ هفتگی ☐ 10 هر هفته ☐ دو بار در ماه ☐ ماهانه ☐ سالانه

\$

33. تاریخ شروع کار:

32. میانگین ساعات کار در هر هفته:

34. اگر خود شغل آزاد داشته باشید، به سوالات زیر پاسخ دهید:

a. نوع کار:

b. چه مقدار درآمد خالص (سود پس از پرداخت هزینه های تجاری) از خوداشتغالی در این ماه به دست خواهید آورد؟ \$

35. در سال گذشته، آیا شما: ☐ تغییر شغل ☐ توقف کار ☐ ساعات کمتری شروع به کار کرده اید ☐ هیچ یک از اینها

36. درآمد دیگر این ماه: همه موارد مربوطه را تیک مارک کنید و مقدار و تعداد دفعات دریافت این شخص را در نظر بگیرید.

☐ هیچ

☐ بیکاری

☐ حقوق بازنشستگی

☐ تامین اجتماعی

☐ حساب های بازنشستگی

☐ مزرعه خالص/ماهگیری

☐ نفقه دریافت

\$ چگونه اغلب؟

تاریخ سفارش یا آخرین اصلاح: /

☐ اجاره خالص/حق امتیاز \$ چگونه اغلب؟

☐ درآمد دیگر \$ چگونه اغلب؟

نوع \$ چگونه اغلب؟

\$ چگونه اغلب؟

\$ چگونه اغلب؟

\$ چگونه اغلب؟

\$ چگونه اغلب؟

37. کسر: همه موارد مربوطه را تیک مارک کنید و مقدار و تعداد دفعات دریافت این شخص را در نظر بگیرید..

اگر این شخص برای چیزهای خاصی که می تواند در اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال کسر شود، پرداخت کند، گفتن آنها در مورد آنها می تواند هزینه پوشش بهداشتی را کمی کمتر کند..

توجه: هزینه ای را که قبلاً در پاسخ این شخص به خوداشتغالی خالص در نظر گرفته شده است (سوال 34 ب) درج نکنید.

☐ نفقه پرداخت می شود

\$ هر چند وقت یک بار؟

☐ کسر های دیگر

\$ هر چند وقت یک بار؟

تاریخ سفارش یا آخرین اصلاح: /

\$ هر چند وقت یک بار؟

☐ بهره وام دانشجویی

37. درآمد سالانه: کامل تنها در صورتی که درآمد از ماه به ماه تغییر کند.

اگر انتظار تغییراتی در درآمد ماهانه ندارید، به نفر بعدی بروید.

درآمد کل شما در سال جاری

درآمد کل شما در سال آینده (اگر فکر می کنید متفاوت 0 خواهد بود)

\$

\$

با تشکر! این همه چیزیه که باید در مورد تو بدونیم

لطفاً صفحات 4 و 5 را برای اعضای دیگر خانواده تکمیل کنید، در صورت لزوم از آن کپی کنید.

مرحله 2: فرد

(لطفاً افراد دیگری را به عنوان شخص 2، 3، 4 و غیره لیست کنید)

مرحله 2 را برای همسر و فرزندان خود که با شما و/یا هر فردی در همان اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال شما زندگی می کنند، تکمیل کنید. صفحه 1 را برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه کسی باید شامل شود، ببینید. اگر اظهارنامه مالیاتی ارائه نمی کنید، به یاد داشته باشید که همچنان اعضای خانواده را که با شما زندگی می کنند اضافه کنید. برای اینکه یک بزرگسال واجد شرایط گروه توسعه بزرگسالان باشد، کودکان تحت مراقبت آنها که در یک خانه زندگی می کنند باید واجد شرایط MO HealthNet یا حداقل پوشش ضروری دیگر باشند. اطلاعات مربوط به مرحله 3 را در مورد پوشش پزشکی برای کودکان تحت مراقبت این شخص ارائه دهید.

1. نام قانونی (نام، نام میانی، نام خانوادگی و پسوند)	2. اختیاری- وضعیت تاهل: ☐ هرگز ازدواج کرده ☐ طلاق گرفته ☐ بیوه ☐ جدا ☐ از نظر قانونی از هم جدا ☐ دیگر	3. رابطه با تو؟
4. تاریخ تولد (میلی متر/DD/YYYY)	5. جنسیت: ☐ مرد ☐ مونث	6. اختیاری - آیا این شخص یک جانشین آمریکایی است؟ ☐ بله ☐ نه ☐ ترجیح می دهم پاسخ ندهید
7. آیا این شخص در همان آدرس شما زندگی می کند؟ ☐ بله ☐ نه اگر نه، آدرس را بنویسید: _____		
8. شماره تامین اجتماعی (SSN) _____ - - . ما برای هر فردی که خواهان پوشش بهداشتی و دارای SSN است به این نیاز داریم. اگر او شماره ای نداشته باشد برای آن درخواست کرده اید؟ ☐ بله ☐ نه. اگر نه، دلیل: _____		
9. زبان مورد نظر این شخص (اگر انگلیسی نیست) چیست؟	10. این شخص چقدر انگلیسی صحبت می کند؟ ☐ خیلی خوب ☐ خوب ☐ نه خوب ☐ بدون مهارت گفتاری ☐ ترجیح می دهم به پاسخ	
11. ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا این شخص یک سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا است و پیوست D را پر کنید.		
12. ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا این شخص برای پرداخت قیوض پزشکی برای 3 ماه قبل از این درخواست به کمک نیاز دارد و پیوست A را پر کنید.		
13. آیا این فرد قصد دارد سال آینده اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال را ارائه دهد؟ (این شخص حتی اگر اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال را ارائه نکند، همچنان می تواند برای بیمه درمانی اقدام کند). ☐ بله اگر بله، لطفاً به سوالات C-A پاسخ دهید. ☐ نه اگر نه، به سوال C بروید.		
a. آیا این شخص به طور مشترک با همسر پرونده می کند؟ ☐ بله ☐ نه اگر بله، نام همسر _____		
b. آیا این شخص در اظهارنامه مالیاتی شما وابستگی را مطالبه خواهد کرد؟ ☐ بله ☐ نه اگر بله، نام (ها) وابستگان: _____		
c. آیا این فرد به عنوان وابسته به اظهارنامه مالیاتی شخص دیگری ادعا می شود؟ ☐ بله ☐ نه		
اگر بله، نام(های) پرونده مالیاتی _____		
14. آیا این فرد نیاز به پوشش بهداشتی دارد؟ حتی اگر بیمه داشته باشد، ممکن است برنامه ای با پوشش بهتر یا هزینه کمتر وجود داشته باشد. ☐ بله. اگر بله، به تمام سوالات زیر پاسخ دهید. ☐ نه اگر نه، به سوال 29 بروید. 		
15. اگر اسپانیایی/لاتین، قومیت را انتخاب کنید (اختیاری - تیک مارک همه که اعمال می شود). ☐ مکزیکی ☐ مکزیکی آمریکایی ☐ 0 شیکانو ☐ پورتوریکو ☐ کوبایی ☐ دیگر		
16. مسابقه (اختیاری - بررسی همه که اعمال می شود). ☐ سفید ☐ آسیایی هندی یا ☐ فیلیپینی ☐ دیگر آسیایی: ☐ ساموا ☐ سیاه و سفید و یا آفریقایی ☐ آلاسکا بومی ☐ ژاپنی ☐ دیگر جزایر اقیانوس آرام: آمریکا ☐ آسیایی هند ☐ 4 ☐ 5 کره ای ☐ 0 ☐ چینی ☐ ویتنامی ☐ گوامایی یا چامورو ☐ دیگر		
17. آیا این فرد یک شهروند ایالات متحده یا ملی ایالات متحده است؟ ☐ بله ☐ نه		
18. آیا این شخص یک شهروند ایالات متحده است یا دارای تابعیت است؟ (این معمولاً به این معنی است که شما در خارج از ایالات متحده به دنیا آمده اند). ☐ بله ☐ بدون شماره بیگانه: شماره _____		
19. اینجا را بررسی کنید اگر این فرد شهروند ایالات متحده یا ملی ایالات متحده نیست، اما دارای وضعیت مهاجرت واجد شرایط است. اطلاعات زیر را ارائه دهید: وضعیت مهاجرت تاریخ شروع: نوع سند و شماره شناسایی زیر را _____ پر کنید.		
a. نوع سند مهاجرت _____ شماره شناسنامه _____		
b. آیا این فرد از سال 1996 در ایالات متحده زندگی کرده است؟ ☐ بله ☐ نه		
c. آیا این شخص با همسر یا والدینش کهنه سرباز یا یکی از اعضای فعال ارتش ایالات متحده است؟ ☐ بله ☐ نه		
d. اگر این شخص کمتر از 5 سال در ایالات متحده بوده است، لطفاً وضعیت مهاجرت خود را وارد کنید (پناهنده، پناهنده و غیره)		
20. اینجا را تیک مارک کنید که آیا این فرد باردار است یا اخیراً باردار بوده است. اطلاعات زیر را ارائه دهید: ☐ بله ☐ نه		
چند نوزاد در طول این بارداری انتظار می رود؟ _____ تاریخ مقرر این فرد چه انتظاری دارد؟ _____		
اگر این فرد اخیراً باردار بود، تاریخ بارداری به پایان رسید؟ _____		
22. اینجا را تیک مارک کنید که آیا این فرد حداقل با یک کودک زیر 19 سال زندگی می کند و فرد اصلی مراقبت از این کودک است. ☐ بله ☐ نه		

آیا نیازمند کمک با نرم افزار خود را؟ بازدید mydss.mo.gov و یا با ما تماس بگیرید ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۹۴. برای به دست آوردن یک نسخه از این فرمول در اسپانیا، 855-Ilame-373-9994. کاربران TTY با ۸۰۰-۷۲۵-۲۶۶۴ تماس می گیرند

23. ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا این فرد دانش آموز تمام وقت در دبیرستان، آموزش حرفه ای معادل یا آموزش فنی است.

نوع مدرسه (دبیرستان، کالج، و غیره)

24. ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا این فرد در سن 18 سالگی یا بیشتر تحت سرپرستی بوده است. آنها در چه وضعیتی تحت مراقبت بودند؟

25. ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا این فرد زیر 19 سال سن دارد و واجد شرایط ثبت نام در مراقبت های بهداشتی به عنوان بخشی از طرح مزایای کارمندان دولتی است.

26. ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا این شخص Medicare را دریافت می کند یا واجد شرایط دریافت آن است. چه زمانی این فرد واجد شرایط شد؟



شغل فعلی & اطلاعات درآمد

- ☐ صاحب وظیفه - اگر این فرد در حال حاضر مشغول به کار است، در مورد درآمد به ما بگویید. با سوال 27 شروع کن
- ☐ شغل آزاد - با سوال 37 شروع کن.
- ☐ بی وظیفه - با سوال 38 شروع کن.

شغل فعلی 1: ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا مالیات از این درآمد قبل از دریافت آن کسر نشده است.

27. نام و آدرس صاحب کار

28. شماره تلفن صاحب کار

() —

29. دستمزد / بخششی (قبل از مالیات) ☐ ساعتی ☐ هفتگی ☐ هر هفته دوبار ☐ دو بار در ماه ☐ ماهانه ☐ سالانه \$

30. میانگین ساعات کار در هر هفته: 31. تاریخ شروع کار: —

شغل فعلی 2: ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا مالیات از این درآمد قبل از دریافت آن کسر نشده است.

32. نام و آدرس صاحب کار

سی و سه. شماره تلفن صاحب کار

() —

34. دستمزد / بخششی (قبل از مالیات) ☐ ساعتی ☐ هفتگی ☐ هر هفته دوبار ☐ دو بار در ماه ☐ ماهانه ☐ سالانه \$

35. میانگین ساعات کار در هر هفته: 36. تاریخ شروع کار: —

37. اگر خود اشتغالی باشد، به سوالات زیر پاسخ دهید:

a نوع کار:
 ب چه مقدار درآمد خالص (سود زمانی که هزینه های کسب و کار پرداخت می شود) آیا این فرد در ماه جاری از خود اشتغالی دریافت می کند؟ \$

38. 38. در سال گذشته، آیا شما: ☐ تغییر شغل ☐ توقف کار ☐ ساعات کمتری شروع به کار کرده اید ☐ هیچ یک از اینها

39. درآمد دیگر این ماه: همه موارد مربوطه را تیک مارک کنید و مقدار و تعداد دفعات دریافت این شخص را در نظر بگیرید..

☐ هیچ کدام

☐ بیکاری

☐ حقوق بازنشستگی

☐ تامین اجتماعی

☐ حساب های بازنشستگی

☐ مزرعه خالص/ماهگیری

\$ هر چند وقت به بار؟
 تاریخ سفارش یا آخرین اصلاح:
 \$ هر چند وقت به بار؟
 \$ هر چند وقت به بار؟
 نوع
 \$ هر چند وقت به بار؟

\$ هر چند وقت به بار؟
 \$ هر چند وقت به بار؟
 \$ هر چند وقت به بار؟
 \$ هر چند وقت به بار؟
 \$ هر چند وقت به بار؟

40. کسر: همه موارد مربوطه را بررسی کنید و مقدار و تعداد دفعات پرداخت کسر این شخص را بفرمایید..

اگر این شخص برای چیزهای خاصی که می تواند در اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال کسر شود، پرداخت می کند، به ما در مورد آنها می تواند هزینه های پوشش درمانی را کمی پایین تر کند.

توجه: هزینه ای را که قبلاً در پاسخ این شخص به خوداشتغالی خالص در نظر گرفته شده است (سوال 26 ب) درج نکنید.

\$ هر چند وقت به بار؟
 تاریخ سفارش یا آخرین اصلاح:
 \$ هر چند وقت به بار؟
 \$ هر چند وقت به بار؟
 نوع:
 \$ هر چند وقت به بار؟

41. درآمد سالانه: کامل تنها در صورتی که درآمد از ماه به ماه تغییر کند.

اگر این فرد تغییرات در درآمد ماهانه را انتظار نداشته باشد، به شخص بعدی بروید.

درآمد کل این شخص در سال جاری درآمد کل این فرد در سال آینده (اگر فکر می کند فرق می کند)

\$ \$

با تشکر! این همه ما باید در مورد این شخص بدانیم.

اگر بیش از دو نفر دارید، از صفحات 4 و 5 یک کپی تهیه کنید تا برای هر فرد اضافی تکمیل شود.

مرحله 3: پوشش بهداشتی خانواده شما

1. آیا همه کودکانی که با شما زندگی می کنند (که تحت مراقبت شما هستند) حداقل پوشش ضروری (MEC) را دریافت می کنند؟ ☐ بله ☐ نه

اگر نه، کدام کودکان MEC را دریافت نمی کنند؟
ن نمونه هایی از طرح های بیمه ای که MEC در نظر گرفته می شوند عبارتند از MO HealthNet، طرح بیمه سلامت کودکان (CHIP)، Tricare، Medicare، پوشش از طریق کارفرمای والدین، و طرح های بهداشتی خصوصی.

آیا هرکسی که درخواست مراقبت های بهداشتی می کند اکنون از موارد زیر در پوشش بهداشتی ثبت نام کرده است؟

☐ نه. اگر نه، به #3 ادامه دهید. ☐ بله. اگر بله، نوع پوشش و نمودار کامل زیر را بررسی کنید.

MO HealthNet ☐

Tricare ☐ - آیا بررسی کنید که آیا شما مراقبت مستقیم برای خط از وظیفه

☐ بیمه حمایت ☐ صلح پارسیان ☐ VA بهداشت و درمان ☐ صاحب کار

مدیکر ☐ سایر بیمه درمانی (توضیح دهید): ☐

لطفا اطلاعات زیر را تکمیل کنید:

شماره سیاست/شماره ادعای مدیکر:	طرح 1:	طرح 2:
متقاضی (ها):		
تاریخ شروع خط مشی:		
نام گروه:		
شماره گروه:		
نام شرکت بیمه:		
نام دارنده سیاست:		
دارنده سیاست SSN:		
تاریخ تولد دارنده سیاست:		
آدرس دارنده سیاست:		
تاریخ تولد دارنده سیاست:		
آدرس دارنده سیاست:		

2. آیا این بیمه درمانی موارد زیر را پوشش می دهد: ☐ مراقبت های دوران بارداری ☐ کار/تحویل ☐ مراقبت پس از زایمان

3. آیا هرکسی که در این برنامه ذکر شده است، پوشش بهداشتی را از یک شغل ارائه می دهد؟ بررسی بله حتی اگر پوشش است از کار شخص دیگری، مانند پدر و مادر یا همسر. ☐ بله، شما همچنین باید پیوست B را تکمیل کنید.

☐ نه، به مرحله 4 ادامه بده

مرحله 4:

1. ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا فردی در برنامه در زندان یا زندان است. اگر چنین است، چه کسی؟ _____ آنها چی وخت زندانی شدند؟ _____

2. ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا کسی که برای دریافت مزایا در خانواده درخواست می کند نابینا است یا خیر. اگر چنین است، که؟ _____
اختیاری - آیا می خواهید برای بازنشستگی نابینایان یا کمک های تکمیلی به نابینایان (مزایای نقدی) درخواست دهید؟ ☐ نه ☐ بله

3. ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا کسی که برای دریافت مزایا در خانواده درخواست می کند از کار افتاده است.. اگر چنین است، که؟ _____

4. ☐ در اینجا بررسی کنید که آیا هر کس در خانواده ای که برای مزایا درخواست می کند، دارای وضعیت سلامت جسمی، روانی یا عاطفی است که باعث محدودیت در فعالیت ها می شود (مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، کارهای روزانه و غیره). اگر چنین است، که؟ _____

5. ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا فردی در خانواده متقاضی مزایا در یک مرکز پزشکی، مرکز مراقبت های طولانی مدت یا خانه سالمندان زندگی می کند..

a. اگر بله، کی؟ _____

آیا نیازمند کمک با نرم افزار خود را؟ بازدید mydss.mo.gov و یا با ما تماس بگیرید 855-373-9994. برای به دست آوردن یک نسخه از این فرمول در اسپانیا، 855-Ilame
9994-373. کاربران TTY با 800-735-2966 تماس می گیرند



b. نام تسهیلات

c. آدرس تسهیلات



MO حقوق و مسئولیت های HealthNet لطفا با دقت بخوانید و زیر را امضا کنید

- من/ما موافقت می کنیم که شماره های تأمین اجتماعی همه افرادی که درخواست MO HealthNet را طبق قانون مورد نیاز دارند، ارائه دهیم.
 - شماره تأمین اجتماعی برای تعیین واجد شرایط بودن و تأیید اطلاعات استفاده می شود.
 - من/ما توافق می کنیم که برای برنامه پرداخت حق بیمه درمانی (HIPP) مورد ارزیابی قرار گیرد اگر من یا اعضای خانواده شاغل یا از دست داده اشتغال در آخرین 30 روز و کارفرما یا کارفرمای سابق ارائه می دهد گروه بیمه درمانی.
 - من/ما به مدیر بخش حمایت خانواده یا منصوب او اجازه می دهیم که این شرایط و اظهارات را از طریق هر روش مجاز قانونی، از جمله دسترسی به پایگاه های اطلاعات عمومی و خصوصی، بررسی و تأیید کند.
 - من/ما هر گونه تغییر در شرایط را ظرف ده روز پس از وقوع آن گزارش خواهیم کرد.
 - من/ما می دانیم آن را خلاف قانون است برای به دست آوردن و یا تلاش برای به دست آوردن منافع که من هستم/ما حق ندارد. هر گونه ادعای دروغین، بیانیته یا پنهان کردن هر واقعیت مادی، به طور کامل یا جزئی، ممکن است من یا ما را به پیگرد کیفری و/یا مدنی سوق دهد.
 - من/ما درک می کنیم که پذیرش MO HealthNet به منزله واگذاری حقوق به بخش خدمات اجتماعی، بخش MO HealthNet برای پرداخت هزینه مراقبت پزشکی از طرف شخص ثالث است.
 - من/ما موافق هستیم که اطلاعات پزشکی در مورد من و/یا خانواده ام می تواند در صورت نیاز برای درمان، پرداخت هزینه های پزشکی، عملیات مراقبت های بهداشتی و/یا اداره این برنامه منتشر شود.
 - اگر من واجد شرایط MO HealthNet هستیم/می دانیم که ایالت میسوری هزینه خدمات تحت پوشش را از طرف من/ما پرداخت می کند و موافقت می کنیم که ایالت می تواند علیه املاک من/ما برای باز یابی هر گونه کمک دریافتی ادعایی ارائه کند.
 - با امضای این برنامه به صورت کاغذی یا الکترونیکی، به ما اجازه می دهید تا تماس های تلفنی و پیام های متنی خودکار مربوط به پرونده های ما را با شماره تلفن اولیه ای که در صفحه 1 ارائه کرده اید، ارسال کنیم، یا باعث می شوید که به آنها تحویل داده شود. شرط واجد شرایط بودن اگر نمی خواهید با این روش با شما تماس گرفته شود، می توانید از دریافت این تماس ها یا پیام ها انصراف دهید.
- اینجا را بررسی کنید: ☐ انصراف از تماس ها ☐ انصراف از پیامک ☐ انصراف از تماس ها و پیامک ها

حق من برای درخواست تجدید نظر

اگر فکر کنم بخش حمایت از خانواده اشتباه کرده، من می توانم در تصمیمش تجدید نظر کنم درخواست تجدید نظر به معنای این است که به فردی در بخش حمایت از خانواده بگویید که من فکر می کنم این عمل اشتباه است و درخواست یک بررسی عادلانه از عمل می کنید. من می دانم که می توانم با تماس با مرکز تماس با ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۹۴، چگونه درخواست تجدید نظر کنم. من می دانم که می توانم در این روند توسط شخصی غیر از خودم نمایندگی کنم. واجد شرایط بودن من و سایر اطلاعات مهم برای من توضیح داده خواهد شد.

اگر هر کس در این نرم افزار واجد شرایط برای MO HealthNet است:

من حقوق خود را برای پیگیری و دریافت هر گونه پول از سایر بیمه های درمانی، حل و فصل های قانونی یا سایر اشخاص ثالث به بخش حمایت خانواده می دهم. من همچنین حقوق بخش حمایت خانواده را برای پیگیری و دریافت حمایت پزشکی از همسر یا والدین می دهم.

آیا هیچ کودکی در این برنامه دارای والدینی است که خارج از خانه زندگی می کنند؟

☐ بله ☐ نه

اگر بله، می دانم که از من خواسته می شود با آزمایی که حمایت های پزشکی را از والدین غایب جمع آوری می کند، همکاری کنم. اگر فکر می کنم که همکاری برای جمع آوری حمایت های پزشکی به من یا فرزند نام آسب می رساند، می توانم به بخش حمایت از خانواده بگویم و ممکن است مجبور به همکاری نباشم.

☐ من با این بیانیه موافقم.

مرحله 5: خواندن و امضای این برنامه، ادامه

من این برنامه را تحت مجازات شهادت دروغ امضا می کنم، به این معنی که تا جایی که می دانم، پاسخ های واقعی به تمام سوالات موجود در این فرم ارائه کرده ام. من می دانم که در صورت ارائه اطلاعات نادرست یا نادرست، ممکن است تحت مجازات های قانون فدرال قرار بگیرم.

- من می دانم که من باید بخش حمایت خانواده بگویم اگر هر چیزی تغییر (متفاوت از آنچه که من در این نرم افزار نوشت). **من می توانم mydss.mo.gov را بازدید کنم و یا تماس به ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۹۴ شماره بگیرم تا از هر گونه تغییر اطلاع دهم.** من می دانم که تغییر در اطلاعات من می تواند بر واجد شرایط بودن اعضای خانواده من تأثیر بگذارد.

- من می دانم که طبق قوانین فدرال، تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، جنسیت، سن، گرایش جنسی، هویت جنسی یا معلولیت مجاز نیست. من می توانم شکایت تبعیض را با مراجعه به <http://dss.mo.gov/files/missouri-policy-nondiscrimination-statement.htm> ارسال کنم.

ما به این اطلاعات نیاز داریم تا واجد شرایط بودن شما برای دریافت کمک برای پرداخت پوشش بهداشتی در صورت تمایل به درخواست، بررسی شود. ما پاسخ های شما را با استفاده از اطلاعات موجود در پایگاه های اطلاعاتی الکترونیکی و پایگاه های داده خدمات درآمد داخلی (IRS)، تامین اجتماعی، وزارت امنیت داخلی و/یا آژانس گزارش دهی مصرف کننده بررسی می کنیم. اگر اطلاعات مطابقت نداشت، ممکن است از شما بخواهیم مدرکی را برای ما ارسال کنید. در صورت امضای الکترونیکی با امضای الکترونیکی این درخواست، من تحت مجازات شهادت دروغ گواهی می دهم که تمام اظهارات ارائه شده در این بیانیه واجد شرایط بودن، تا جایی که می دانم، درست، دقیق و کامل هستند. من درک می کنم که امضای الکترونیکی همان اثر حقوقی را دارد و می تواند به همان شیوه امضای کتبی اجرا شود.

☐ موافقم

امضای متقاضی شخصی که مرحله 1 را پر کرده است باید این درخواست را امضا کند. اگر شما یک نماینده مجاز هستید، می توانید اینجا را امضا کنید، به شرطی که اطلاعات مورد نیاز در ضمیمه C را ارائه کرده باشید.

امضای متقاضی	تاریخ (ماه/روز/سال)
اختیاری - امضای همسر یا والد دوم	
این امضا برای اعمال اختیاری است، اما اگر متقاضیان خاصی درخواست پوشش مسن، نابینا و ناتوان را داشته باشند، ممکن است بعداً درخواست شود. FSD برای درخواست هرگونه سوابق تأیید الکترونیکی موجود از مؤسسات مالی، دفاتر گزارش اعتبار و سایر آژانس ها برای همسر، والدین، ناتنی، والدین خوانده یا سایر بزرگسالان 18 سال یا بالاتر در گروه کمکی که اطلاعات آنها برای واجد شرایط بودن برنامه محسوب می شود، به مجوز نیاز دارد.	
امضای همسر یا والد دوم (اختیاری)	تاریخ (ماه/روز/سال)

مرحله 6: درخواست تکمیل شده خود را ارسال کنید.

سند خود را آپلود کنید: برای آپلود یک کپی از سند خود، mydssupload.mo.gov را مشاهده کنید. پست

الکترونیکی به: بخش حمایت از خانواده

صندوق پستی 2700

شهر جفرسون، MO 65102

فکس به: 526-940 (573)

اختیاری - آیا شما یا یکی از اعضای خانواده نزدیک تا به حال در نیروهای مسلح ایالات متحده خدمت کرده اید؟ ☐ بله ☐ نه

اگر بله، آیا اطلاعات مربوط به خدمات نظامی در میسوری را می خواهید؟ ☐ بله ☐ نه



درخواست پوشش سه ماهه قبلی: شخص #
(لطفا فرد اضافی را به عنوان فرد 2، 3، 4 و غیره لیست کنید)

پیوست A برای درخواست اولیه شما برای مزایای مداوم اختیاری است. شما می توانید تا 12 ماه پس از درخواست اولیه خود، پوشش سه ماهه قبلی را درخواست کنید. برای خدمات سریعتر: این فرم را فقط برای افرادی که برای 3 ماه قبل از این درخواست درخواست پوشش بهداشتی دارند تکمیل کنید.

1. نام قانونی (نام، نام میانی، نام خانوادگی و پسوند):		2. SSN یا DCN:																																																													
3. این شخص برای چه ماههایی درخواست پوشش داده است؟ ☐ 3 ماه قبل ☐ 2 ماه قبل ☐ 1 ماه قبل																																																															
4. برای چه ماه این شخص صورتحساب های پزشکی پرداخت نشده دارد؟ ☐ 3 ماه قبل ☐ 2 ماه قبل ☐ 1 ماه قبل																																																															
5. برای کدام ماه این فرد ساکن میسوری بود؟ ☐ 3 ماه قبل ☐ 2 ماه قبل ☐ 1 ماه قبل																																																															
اطلاعات درآمد		☐ صاحب وظیفه: اگر این فرد در 3 ماه گذشته مشغول به کار بوده است، در مورد درآمد به ما بگویید.																																																													
☐ بی وظیفه: به سوال 13 بروید.		☐ وظیفه آزاد: به سوال 12 بروید.																																																													
6. نام و آدرس صاحب کار:																																																															
7. شماره تلفن صاحب کار: () —																																																															
8. دستمزد/نکات (قبل از مالیات) برای هر یک از ماه پوشش درخواست شده است:																																																															
3 ماه قبل \$		2 ماه قبل \$																																																													
9. نام و آدرس صاحب کار:																																																															
10. شماره تلفن صاحب کار: () —																																																															
11. دستمزد/نکات (قبل از مالیات) برای هر یک از ماه پوشش درخواست شده است:																																																															
3 ماه قبل \$		2 ماه قبل \$																																																													
12. اگر شغل آزاد باشد، به سوالات زیر پاسخ دهید:																																																															
a. نوع کار																																																															
b. چه مقدار درآمد خالص (سود یک بار هزینه های کسب و کار پرداخت شد) آیا این فرد از خود اشتغالی برای هر یک از ماه پوشش درخواست شده است:																																																															
3 ماه قبل \$		2 ماه قبل \$																																																													
13. درآمد دیگر: همه موارد مربوط را انتخاب کنید و مبلغی را که این شخص برای هر پوشش درخواستی دریافت کرده است، ارائه دهید.																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>هیچ</th> <th>3 ماه قبل</th> <th>2 ماه قبل</th> <th>1 ماه قبل</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				هیچ	3 ماه قبل	2 ماه قبل	1 ماه قبل	☐	N/A	N/A	N/A	☐				☐				☐				☐				☐				☐				☐				☐				☐				☐				☐				☐				☐			
هیچ	3 ماه قبل	2 ماه قبل	1 ماه قبل																																																												
☐	N/A	N/A	N/A																																																												
☐																																																															
☐																																																															
☐																																																															
☐																																																															
☐																																																															
☐																																																															
☐																																																															
☐																																																															
☐																																																															
☐																																																															
☐																																																															
☐																																																															
☐																																																															
14. کسر: همه مواردی که اعمال می شود را بررسی کنید و مبلغی را که این شخص به عنوان کسر برای هر پوشش درخواستی پرداخت کرده است، ارائه دهید.																																																															
اگر این شخص برای چیزهای خاصی که می تواند در اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال کسر شود، پرداخت کند، گفتن آنها در مورد آنها می تواند هزینه پوشش بهداشتی را کمی کمتر کند.																																																															
توجه: هزینه ای را که قبلاً در پاسخ این شخص به خوداشتغالی خالص در نظر گرفته شده است (سوال 12 ب) لحاظ نکنید.																																																															
☐ نفقه پرداخت شده: 3 ماه قبل \$ 2 ماه قبل \$ 1 ماه پیش \$ ☐ بهره وام دانشجویی: 3 ماه قبل \$ 2 ماه پیش \$ 1 ماه 0 پیش \$ ☐ کسر دیگر: نوع:																																																															
3 ماه قبل \$ 2 ماه قبل \$ 1 ماه قبل 0 \$																																																															

با تشکر! این همه ما باید در مورد این شخص بدانیم.
اگر بیش از دو نفر دارید، یک کپی از این صفحه تهیه کنید تا برای هر فرد دیگر تکمیل شود.

ضمیمه A

درخواست پوشش سه ماهه قبلی: شخص

(لطفا فرد اضافی را به عنوان فرد 2، 3، 4 و غیره لیست کنید)

پیوست A برای درخواست اولیه شما برای مزایای مداوم اختیاری است. شما می توانید تا 12 ماه پس از درخواست اولیه خود، پوشش سه ماهه قبلی را درخواست کنید.
برای خدمات سریعتر: این فرم را فقط برای افرادی که برای 3 ماه قبل از این درخواست درخواست پوشش بهداشتی دارند تکمیل کنید..

1. نام قانونی (نام، نام میانی، نام خانوادگی و پسوند):
2. SSN یا DCN:

3. این شخص برای چه ماههایی درخواست پوشش داده است؟ ☐ 3 ماه قبل ☐ 2 ماه قبل ☐ 1 ماه قبل

4. برای چه ماه این شخص صورتحساب های پزشکی پرداخت نشده دارد؟ ☐ 3 ماه قبل ☐ 2 ماه قبل ☐ 1 ماه قبل

5. برای کدام ماه این فرد ساکن میسوری بود؟ ☐ 3 ماه قبل ☐ 2 ماه قبل ☐ 1 ماه قبل

اطلاعات درآمد

☐ صاحب وظیفه: ☐ وظیفه آزاد: به سوال 12 بروید. ☐ بی وظیفه: به سوال 13 بروید.
اگر این فرد در 3 ماه گذشته مشغول به کار بوده است، در مورد درآمد به ما بگویید.

وظیفه 1: ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا مالیات از این درآمد کسر نشده است، قبل از اینکه این شخص آن را دریافت کند.

6. نام و آدرس صاحب کار:

7. شماره تلفن صاحب کار:

() —

8. دستمزدها/نکات (قبل از مالیات) برای هر یک از ماه پوشش درخواست شده است:

3 ماه قبل \$ 2 ماه قبل \$ 1 ماه قبل \$

شغل 2: ☐ اینجا را تیک مارک کنید که آیا مالیات از این درآمد کسر نشده است، قبل از اینکه این شخص آن را دریافت کند.

9. نام و آدرس صاحب کار:

10. شماره تلفن صاحب کار:

() —

11. دستمزدها/نکات (قبل از مالیات) برای هر یک از ماه پوشش درخواست شده است:

3 ماه قبل \$ 2 ماه قبل \$ 1 ماه قبل \$

13. اگر شغل آزاد باشد، به سوالات زیر پاسخ دهید:

a. نوع کار

b. چه مقدار درآمد خالص (سود یک بار هزینه های کسب و کار پرداخت شد) آیا این فرد از خود اشتغالی برای هر یک از ماه پوشش درخواست شده است:

3 ماه قبل \$ 2 ماه قبل \$ 1 ماه قبل \$

14. درآمد دیگر: همه موارد مربوط را انتخاب کنید و مبلغی را که این شخص برای هر پوشش درخواستی دریافت کرده است، ارائه دهید..

1 ماه قبل	2 ماه قبل	3 ماه قبل	
N/A	N/A	N/A	☐ هیچ
			☐ بیکاری
			☐ حقوق بازنشستگی
			☐ تأمین اجتماعی
			☐ حساب های بازنشستگی
			☐ نفقه دریافت
			☐ خالص کشاورزی/ماهگیری
			☐ اجاره خالص/حق امتیاز
			☐ نوع درآمد دیگر

14. کسر: همه مواردی که اعمال می شود را بررسی کنید و مبلغی را که این شخص به عنوان کسر برای هر پوشش درخواستی پرداخت کرده است، ارائه دهید.

اگر این شخص برای چیزهای خاصی که می تواند در اظهارنامه مالیات بر درآمد فردا کسر شود، پرداخت کند، گفتن آنها در مورد آنها می تواند هزینه پوشش بهداشتی را کمی کمتر کند..

توجه: هزینه ای را که قبلاً در پاسخ این شخص به خوداشتغالی خالص در نظر گرفته شده است (سوال 12 ب) لحاظ نکنید.

☐ نفقه پرداخت شده: 3 ماه قبل \$ 2 ماه قبل \$ 1 ماه پیش
☐ بهره وام دانشجویی: 3 ماه قبل \$ 2 ماه پیش \$ 1 ماه پیش \$ 0

3 ماه قبل \$ 2 ماه قبل \$ 1 ماه قبل \$ 0

با تشکر! این همه ما باید در مورد این شخص بدانیم.
اگر بیش از دو نفر دارید، یک کپی از این صفحه تهیه کنید تا برای هر فرد دیگر تکمیل شود.

پوشش بهداشتی از مشاغل

نیازی نیست به این سوالات پاسخ دهید، مگر اینکه فردی در خانواده واجد شرایط پوشش بهداشتی شغلی باشد. برای هر شغلی که پوشش ارائه می دهد یک کپی از این صفحه پیوست کنید..

در مورد کار ارائه می دهد که پوشش به ما بگوید.
ابزار پوشش کارفرما را در صفحه بعد نزد کارفرمایی ببرید که پوشش ارائه می دهد تا به شما در پاسخ به این سوالات کمک کند. شما فقط باید این صفحه را هنگام ارسال درخواست خود وارد کنید، نه ابزار پوشش کارفرما.

اطلاعات کارکنان

1. نام قانونی کارمند	2. شماره تأمین اجتماعی کارمند
----------------------	-------------------------------

اطلاعات کارفرما

3. نام صاحب کار	4. شماره شناسایی صاحب کار
5. آدرس صاحب کار	6. شماره تلفن صاحب کار ()
7. شهر	8. ایالت
	9. کد پستی

10. در مورد پوشش سلامت کارکنان در این کار با چه کسانی می توانیم تماس بگیریم؟

11. شماره تلفن (اگر متفاوت از بالا) ()	12. آدرس ایمیل
--	----------------

13. آیا در حال حاضر واجد شرایط پوشش ارائه شده توسط این کارفرما هستید یا در 3 ماه آینده واجد شرایط خواهید شد؟

☐ بله (ادامه)

a اگر در دوره انتظار یا آزمایشی هستید، چه زمانی می توانید در پوشش ثبت نام کنید؟ (ماه/روز/سال)

نام هر کس دیگری که واجد شرایط پوشش از این کار است، را فهرست کنید.

نام ها:

☐ خیر (توقف در اینجا و رفتن به مرحله 5 در نرم افزار)

در مورد طرح بهداشتی ارائه شده توسط این صاحب کار به ما بگوید.

14. آیا این بیمه درمانی موارد زیر را پوشش می دهد: ☐ مراقبت های دوران بارداری ☐ زایمان / زایمان ☐ مراقبت های پس از زایمان

15. آیا کارفرما یک طرح بهداشتی ارائه می دهد که با حداقل استاندارد ارزش * مطابقت داشته باشد؟ ☐ بله ☐ نه

16. برای طرح کم هزینه ای که حداقل استاندارد ارزش را رعایت می کند* که فقط به کارمند ارائه می شود (شامل طرح های خانواده نمی شود): اگر کارفرما برنامه های سلامتی دارد، حق بیمه ای را که کارمند در صورت دریافت حداقل تخفیف برای هر تنباکو پرداخت می کند، ارائه دهید. برنامه های توقف، و هیچ تخفیف دیگری بر اساس برنامه های سلامتی دریافت نکردند..

a. کارمند چقدر باید برای این طرح حق بیمه پرداخت کند؟ \$
b. هر چند وقت به بار؟ ☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دو بار در ماه ☐ سه ماهه ☐ سالانه

17. صاحب کار برای سال طرح جدید (در صورت اطلاع) چه تغییری ایجاد خواهد کرد؟

☐ صاحب کار پوشش بهداشتی را ارائه نمی دهد

☐ کارفرما شروع به ارائه پوشش بهداشتی به کارمندان خواهد کرد یا حق بیمه را برای طرحی با کمترین هزینه که فقط برای کارمندی که حداقل استاندارد ارزش را برآورده می کند تغییر می دهد. (حق بیمه باید تخفیف برای برنامه های سلامتی را منعکس کند. سوال 15 را ببینید.)

a. چقدر کارمند باید برای این طرح حق بیمه پرداخت کند؟ \$
b. هر چند وقت به بار؟ ☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دو بار در ماه ☐ سه ماهه ☐ سالانه
c. تاریخ تغییر (ماه/روز/سال):

*اگر سهم طرح از کل هزینه های مزایای مجاز تحت پوشش طرح کمتر از 60 درصد از این هزینه ها نباشد، یک طرح بهداشتی تحت حمایت کارفرما با «استاندارد حداقل ارزش» مطابقت دارد (بخش 36(ii)(C)(2)(b) قانون درآمد داخلی سال 1986)

ابزار پوشش صاحب کار

از این ابزار برای کمک به پاسخ به سؤالات ضمیمه B در مورد هر پوشش بهداشتی کارفرمایی که واجد شرایط آن هستید (حتی اگر از شغل شخص دیگری باشد، مانند همسر) استفاده کنید. اطلاعات موجود در کادرهای شماره گذاری شده زیر با کادرهای پیوست B مطابقت دارد. برای مثال، پاسخ به سوال 14 در این صفحه باید با سوال 14 در پیوست B مطابقت داشته باشد.

نام و شماره تامین اجتماعی خود را در کادر 1 و 2 بنویسید و از کارفرما بخواهید که بقیه فرم را پر کند. برای هر کارفرمایی که پوشش بهداشتی ارائه می دهد، یک ابزار کامل کنید.

اطلاعات کارمند (کارمند باید این بخش را پر کند.)

1. نام قانونی کارمند (اول، میانه، آخر)	2. شماره تامین اجتماعی کارمند
_____	-

اطلاعات کارفرما (از صاحب کار برای این اطلاعات بپرسید.)

3. نام صاحب کار	4. شماره شناسایی صاحب کار
_____	-
5. آدرس صاحب (بخش حمایت خانواده اعلامیه هایی را به این آدرس ارسال می کند)	6. شماره تلفن صاحب کار
_____	() _____
7. شهر	8. ایالت
_____	9. کد پستی
_____	_____

10. در مورد پوشش سلامت کارکنان در این کار با چه کسانی می توانیم تماس بگیریم؟

11. شماره تلفن (اگر متفاوت از بالا)	12. آدرس ایمیل
() _____	_____

13. آیا کارمند در حال حاضر واجد شرایط پوشش ارائه شده توسط این کارفرما است یا شما در 3 ماه آینده واجد شرایط خواهید شد؟

☐ بله (ادامه)

a. اگر کارمند امروز واجد شرایط نباشد، از جمله در نتیجه دوره انتظار یا آزمایشی، چه زمانی کارمند واجد شرایط پوشش است؟

_____ (ماه/روز/سال) (ادامه)

☐ خیر (اینجا را متوقف کنید و این فرم را به کارمند بازگردانید)

در مورد طرح بهداشتی ارائه شده توسط این صاحب کار به ما بگویید.

آیا کارفرما یک طرح بهداشتی ارائه می دهد که همسر یا افراد تحت تکفل کارمند را پوشش دهد؟

☐ بله ☐ کدام مردم؟ ☐ همسر ☐ وابسته (بازدید کنندگان)

☐ No (برو به سوال 14)

14. آیا این بیمه درمانی موارد زیر را پوشش می دهد:	☐ مراقبت های دوران بارداری	☐ زایمان	☐ مراقبت های پس از زایمان
---	---	---------------------------------	--

15. آیا کارفرما یک طرح بهداشتی ارائه می دهد که با حداقل استاندارد ارزش* مطابقت داشته باشد؟

a. چقدر کارمند باید برای این طرح حق بیمه پرداخت کند؟ \$ _____

b. هر چند وقت یک بار؟ ☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دو بار در ماه ☐ سه ماهه ☐ سالانه

16. برای طرح کم هزینه ای که حداقل استاندارد ارزش را رعایت می کند* که فقط به کارمند ارائه می شود (شامل طرح های خانواده نمی شود): اگر کارفرما برنامه های سلامتی دارد، حق بیمه ای را که کارمند در صورت دریافت حداقل تخفیف برای هر تنباکو پرداخت می کند، ارائه دهید. برنامه های توقف، و هیچ تخفیف دیگری بر اساس برنامه های سلامتی دریافت نکردند.

a. کارمند چقدر باید برای این طرح حق بیمه پرداخت کند؟ \$ _____

b. هر چند وقت یک بار؟ ☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دو بار در ماه ☐ سه ماهه ☐ سالانه

اگر سال برنامه به زودی به پایان می رسد و می دانید که برنامه های بهداشتی ارائه شده تغییر می کند، به سوال 16 بروید. اگر نمی دانید، توقف کنید و فرم را به کارمند بازگردانید.

17. صاحب کار برای سال طرح جدید (در صورت اطلاع) چه تغییری ایجاد خواهد کرد؟

☐ صاحب کار پوشش بهداشتی را ارائه نمی دهد

☐ کارفرما شروع به ارائه پوشش بهداشتی به کارمندان خواهد کرد یا حق بیمه را برای طرحی با کمترین هزینه که فقط برای کارمندی که حداقل استاندارد ارزش را برآورده می کند تغییر می دهد. (حق بیمه باید تخفیف برای برنامه های سلامتی را منعکس کند. سوال 15 را ببینید.)

a. چقدر کارمند باید برای این طرح حق بیمه پرداخت کند؟ \$ _____

b. هر چند وقت یک بار؟ ☐ هفتگی ☐ هر 2 هفته ☐ دو بار در ماه ☐ سه ماهه ☐ سالانه

c. تاریخ تغییر (ماه/روز/سال): _____

* اگر سهم طرح از کل هزینه های مزایای مجاز تحت پوشش طرح کمتر از 60 درصد از این هزینه ها نباشد، یک طرح بهداشتی تحت حمایت کارفرما با «استاندارد حداقل ارزش» مطابقت دارد (بخش

36(ii)(C)(2)(B) قانون درآمد داخلی سال 1986)



اگر می‌خواهید کسی را نام ببرید که به شما کمک کند برای پوشش MO HealthNet درخواست دهید و/یا در صورت دریافت پوشش MO HealthNet از طرف شما اقدام کنید. بخش حمایت خانواده این شخص را نماینده مجاز می‌خواند. شما می‌توانید انتخاب کنید که یک نماینده مجاز داشته باشید یا می‌توانید از طرف خود اقدام کنید. حتی اگر یک نماینده مجاز داشته باشید، FSD ممکن است گاهی نیاز داشته باشد مستقیماً با شما تماس بگیرد.

اگر همسر دارید، هم شما و هم همسران می‌توانید با ذکر هر دو نام در بخش 1 و امضای هر دو در بخش 2، یک نماینده مجاز را نام ببرید. اگر هر دو نام را ذکر نکنید و هر دو امضا کنید، نماینده مجاز فقط برای شخصی که نامش درج شده و امضا کرده است.

اگر شما یک سرپرست و/یا کنسرواتور دارید، آنها باید نماینده مجاز را تعیین کنند. اگر شما یک وکیل-در واقع توسط یک وکالتنامه معتبر تحت قانون میسوری منصوب، آنها ممکن است یک نماینده مجاز از طرف شما تعیین، یا شما ممکن است خود را تعیین.

دستورالعمل‌ها:

- بخش 1: اطلاعات خود را پر کنید
- بخش 2: اطلاعات مجوز را مرور کرده و نام خود را امضا کنید.
- بخش 3: از شخص، تسهیلات یا سازمانی که در آن قرار دارید پر کنید و نام خود را امضا کنید تا تأیید شود که مسئولیت های ذکر شده در زیر را قبول می‌کند.
- فرم تکمیل شده را ظرف 90 روز از تاریخ (های) شما و نماینده مجاز خود به FSD بازگردانید و فرم را تاریخ گذاری کنید.

بخش 1: اطلاعات شما

نام شما (ها)	
تاریخ تولد یا DCN	
آدرس خانه	
آدرس پستی	
آدرس ایمیل	شماره تلفن

من به عنوان نماینده/مجاز ما تعیین می‌کنم:

نام	
نماینده مجاز من یک یا چند مورد از موارد زیر است (همه را انتخاب کنید که قابل تطبیق است):	
☐ همسر	☐ نگهبان حقوقی
☐ گروه روان	☐ کنسرواتور
☐ سلامت	☐ وکیل
☐ مدیر عمومی	☐ وکالتنامه
☐ هیچ کدام از اینها	

من/ما اجازه می‌دهیم که این شخص یا سازمان مسئول باشد (یک یا چند انتخاب را علامت بزنید):

- ☐ به من کمک کنید/ما برای MO HealthNet درخواست
- ☐ اگر از MO HealthNet استفاده کنیم، از طرف من عمل کنید، از جمله تمدید سالانه و گزارش تغییرات.
- ☐ درخواست خود را از طرف من ارسال کنید، اما هیچ اختیار دیگری برای اقدام از طرف من یا دریافت مکاتبات از FSD ندارید. این شخص مجاز به دریافت اطلاعات بهداشتی محافظت شده من نیست.
- ☐ دسترسی به ارتباطات آنلاین حساب FSD.
- ☐ دسترسی به حساب FSD ارتباطات آنلاین پس از مرگ من.

بخش 2: مجوز شما برای نمایندگی

بر اساس انتخاب های شما در بالا، نماینده مجاز شما ممکن است اعلامیه ها و فرم ها، اطلاعات مربوط به تمام سوابق پزشکی دارای FSD، از جمله سوابق حاوی اطلاعات مربوط به تشخیص ها یا بیماری های خاص، بیماری های مقایسه ای و سلامت روان را دریافت کند. این همچنین شامل اطلاعات سوء مصرف دارو/الکل و درمان (به ازای CFR 2.31 42) می شود. شما رضایت می‌دهید که نماینده مجاز شما اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) را ارائه و دریافت کند..

شخص یا سازمانی که من / ما منصوب کرده‌ایم 18 سال یا بیشتر دارد و وضعیت من را به اندازه کافی می‌داند که بتواند درخواست من / ما را تکمیل کند و از طرف من / ما اقدام کند. آنها آگاهانه اظهارات نادرست یا گمراه کننده ای نمی‌کنند، اطلاعات را مخفی نمی‌کنند، یا هیچ واقعبینی یا رویدادی را گزارش نمی‌کنند که طبق قوانین، مقررات یا قوانین این ایالت یا ایالات متحده باید گزارش شود.

بخش 2: مجوز شما برای نمایندگی (ادامه)	
من/ما می فهمیم: • من/ما در قبال اطلاعاتی که توسط نماینده مجاز خود/مان ارائه می شود، از جمله هر گونه اطلاعاتی که ممکن است نادرست باشد، مسئولیم. • این مجوز داوطلبانه است و در هر زمانی قابل لغو است. برای دریافت خدمات FSD نیازی به امضای این فرم نیست. • من/ما می توانیم یک کپی از اطلاعات افشا شده به نماینده مجاز خود را درخواست کنیم. • FSD هیچ کنترلی بر استفاده از اطلاعات پس از ارائه آن به نماینده مجاز ندارد. اگر ارسال الکترونیکی — من موافقت کرده اند برای ارسال این فرم از طریق وسایل الکترونیکی. من درک می کنم که یک امضای الکترونیکی دارای همان اثر قانونی است و می تواند به همان شیوه به عنوان یک امضای کتبی اجرا شود. ☐ موافقم	
امضا:	تاریخ:
همسر یا امضای والد دوم:	تاریخ:
بخش 3: موافقت نامه نمایندگی مجاز و پذیرش	
فردی که به عنوان نماینده مجاز عمل می کند: این بخش را پر کنید و امضا کنید.	
نام نماینده	
آدرس پستی نماینده	
آدرس ایمیل نماینده	شماره تلفن نماینده
من سن دارم 18 یا مسن تر و می دانم که وضعیت شرکت کنندگان به اندازه کافی برای تکمیل درخواست خود و یا عمل از طرف آنها. من آگاهانه نمی خواهم یک بیانییه نادرست یا گمراه کننده را، پنهان کردن اطلاعات، و یا شکست به گزارش هر واقعیت یا رویداد است که مورد نیاز است که توسط هر قانون، مقررات، یا حکومت این ایالت یا ایالات متحده گزارش شود. من موافقت می کنم که نماینده مجاز متقاضی باشم. من از حریم خصوصی هر اطلاعاتی که در حین فعالیت به عنوان نماینده مجاز به دست می آورم، همانطور که توسط قوانین، مقررات، احکام و دستورالعمل های فدرال، ایالتی و محلی در مورد حریم خصوصی لازم است، محافظت می کنم. اگر ارسال الکترونیکی — من موافقت کرده اند برای ارسال این فرم از طریق وسایل الکترونیکی. من درک می کنم که یک امضای الکترونیکی دارای همان اثر قانونی است و می تواند به همان شیوه به عنوان یک امضای کتبی اجرا شود. ☐ موافقم	
امضای نماینده مجاز	تاریخ
فردی که به عنوان نماینده مجاز برای یک سازمان یا مرکز فعالیت می کند: این بخش را پر کرده و امضا کنید.	
نام سازمان یا تسهیلات	
آدرس سازمان یا تسهیلات	
ایمیل سازمان یا تسهیلات	شماره تلفن سازمان
• من نماینده سازمان یا مرکز ذکر شده در بالا هستم. من مدرک هویت خود را به FSD ارائه کرده ام. • من به اندازه کافی از وضعیت شرکت کننده اطلاع دارم تا درخواست او را تکمیل کنم یا از طرف او اقدام کنم. • من آگاهانه اظهارات نادرست یا گمراه کننده ای نمی کنم، اطلاعات را مخفی نمی کنم، یا هیچ واقعیت یا رویدادی را گزارش نمی کنم که طبق قوانین، مقررات، یا قوانین این ایالت یا ایالات متحده باید گزارش شود. • اگر من مجاز به ارائه یک درخواست باشم، مجاز به اقدام از طرف آنها نخواهم بود و مکاتبات FSD را دریافت نخواهم کرد. • در صورت نیاز تغییرات FSD را از طرف شرکت کننده گزارش خواهم کرد. اگر دیگر نماینده مجاز نباشم به FSD اطلاع خواهم داد. من موافقت می کنم که نماینده مجاز شرکت کننده باشم. من از حریم خصوصی هر اطلاعاتی که در حین فعالیت به عنوان نماینده مجاز به دست می آورم، همانطور که توسط قوانین، مقررات، احکام و دستورالعمل های فدرال، ایالتی و محلی در مورد حریم خصوصی لازم است، محافظت می کنم. اگر ارسال الکترونیکی — من موافقت کرده اند برای ارسال این فرم از طریق وسایل الکترونیکی. من درک می کنم که یک امضای الکترونیکی دارای همان اثر قانونی است و می تواند به همان شیوه به عنوان یک امضای کتبی اجرا شود. ☐ موافقم	
امضای نماینده مجاز	تاریخ

هند آمریکایی و یا آلاسکا بومی خانواده عضو (AI/AN)

اگر شما یا یکی از اعضای خانواده شما سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا هستید، این پیوست را تکمیل کنید. این را همراه با درخواست خود برای پوشش سلامت و کمک به پرداخت هزینه ها ارسال کنید.

در مورد اعضای خانواده آمریکایی هندی یا آلاسکا بومی خود به ما بگویید.

سرخپوستان آمریکا و بومیان آلاسکا می توانند از خدمات بهداشتی هند، برنامه های بهداشت قبیله ای یا برنامه های بهداشت شهری هندی خدمات دریافت کنند. آنها همچنین ممکن است مجبور به پرداخت اشتراک هزینه نباشند و ممکن است دوره های ثبت نام ماهانه ویژه ای دریافت کنند. به سوال زیر پاسخ دهید تا مطمئن شوید خانواده شما بیشترین کمک ممکن را دریافت می کند.

توجه: اگر افراد بیشتری برای گنجاندن دارید، از این صفحه کپی کنید و پیوست کنید.

هوش مصنوعی/یک نفر 2	هوش مصنوعی/یک نفر 1	
اولین میانه	اولین میانه	1. نام (ها) را در ستون (های) بعدی وارد کنید
آخرین	آخرین	
☐ بله ☐ نه اگر بله، نام قبیله: _____ دولت که در آن صندلی از دولت قبیله ای است واقع شده است: _____	☐ بله ☐ نه اگر بله، نام قبیله: _____ دولت که در آن صندلی از دولت قبیله ای است واقع شده است: _____	2. عضو یک دولت فدرال به رسمیت شناخته شده قبیله؟
☐ بله ☐ نه اگر خیر، آیا این شخص واجد شرایط دریافت خدمات از سرویس بهداشت هند، برنامه های بهداشت قبیله ای، یا برنامه های بهداشت شهری هند یا از طریق ارجاع از یکی از این برنامه ها است؟ ☐ بله ☐ نه	☐ بله ☐ نه اگر خیر، آیا این شخص واجد شرایط دریافت خدمات از سرویس بهداشت هند، برنامه های بهداشت قبیله ای، یا برنامه های بهداشت شهری هند یا از طریق ارجاع از یکی از این برنامه ها است؟ ☐ بله ☐ نه	3. آیا این شخص تا به حال از خدمات بهداشتی هند، یک برنامه بهداشت قبیله ای یا یک برنامه بهداشت شهری هندی یا از طریق ارجاع یکی از این برنامه ها خدمات دریافت کرده است؟
نوع _____ \$ _____ چند وقت؟ نوع _____ \$ _____ چند وقت؟ نوع _____ \$ _____ چند وقت؟	نوع _____ \$ _____ چند وقت؟ نوع _____ \$ _____ چند وقت؟ نوع _____ \$ _____ چند وقت؟	4. برخی از پول های دریافتی ممکن است برای MO HealthNet محاسبه نشود. هر گونه درآمد (نوع، مقدار و تعداد دفعات) گزارش شده در برنامه خود را که شامل پول از این منابع است فهرست کنید: • پرداخت سرانه از یک قبیله که از منابع طبیعی، حقوق استفاده، اجاره نامه یا حق امتیاز می آید. • پرداخت از منابع طبیعی، کشاورزی، دامداری، ماهیگیری، اجاره، یا حق امتیاز از زمین های تعیین شده به عنوان زمین های امانت هندی توسط وزارت کشور (شامل رزروها و رزروهای قبلی) • پول حاصل از فروش چیزهایی که اهمیت فرهنگی دارند