



دا غوښتنلیک د ټولو MO HealthNet پروګرامونو لپاره وکاروئ. تاسو ممکن د زړو، رندو، او معلولينو ضمیمه (IM-1ABDS) ډکولو ته هم اړتیا ولرئ که تاسو له 65 څخه پورته یاست، رانده، معیوب، یا د نرسنگ کور یا اوردمهاله پاملرنې تاسیساتو کې ژوند کوئ.

دا غوښتنلیک وکاروئ ترڅو وګورئ چې د پوښښ کوم انتخابونه تاسو لپاره وړ یاست

- د MO HealthNet څخه وړیا یا ټیټ بېمه.
- د ارزانه خصوصي روغتیا بېمي پلانونه چې تاسو سره د ښه پاتې کېدو کې د مرستې لپاره هر اړخیز پوښښ وړاندیز کوي.
- یو نوی مالیې کرډیټ چې کولی شي سمدلاسه ستاسو د روغتیا پوښښ لپاره د پریمیم تادیې کولو کې مرسته وکړي.

څوک کولی شي دا غوښتنلیک وکاروي؟

- ستاسو په کورنۍ کې د هر چا لپاره د درخواست کولو لپاره دا غوښتنلیک وکاروئ.
- غوښتن لیک ورکړئ حتی که تاسو یا ستاسو ماشوم (ماشوم) دمخه روغتیا پوښښ لرئ. تاسو کولی شئ د ټیټ لګښت یا وړیا پوښښ لپاره وړ یاست.
- هغه کورنۍ چې مهاجر پکې شامل وي درخواست کولی شي. تاسو کولی شئ د خپل ماشوم لپاره غوښتنه وکړئ حتی که تاسو د پوښښ وړ نه یاست. درخواست کول به ستاسو د کډوالۍ وضعیت یا د دایمي اوسیدونکي یا تبعه کېدو امکانات اغیزه ونکړي.
- که څوک تاسو سره د دې غوښتنلیک په ډکولو کې مرسته کوي، تاسو ممکن د ضمیمې C بشپړولو ته اړتیا ولرئ.
- که تاسو د خپل غیر واده شوي کورني ملګري لپاره غوښتنه کوئ، نو تاسو دواړه به د ضمیمه C بشپړولو ته اړتیا ولرئ.

ګړندی آنلاین غوښتنه وکړئ

- په mydss.mo.gov کې ګړندي آنلاین غوښتنه وکړئ.

هغه څه چې تاسو یې غوښتنه کولو ته اړتیا لرئ

- د ټولنیز امنیت شمیرې (یا د هر هغه قانوني مهاجر لپاره د اسنادو شمیرې چې بېمي ته اړتیا لري).
- ستاسو په کورنۍ کې د هر چا لپاره د کار ګمارونکي او عاید معلومات (د مثال په توګه، د تادیاتو، W-2 فورمو، یا د معاش او مالیاتو بیانواتو څخه).
- د هرې اوسنۍ روغتیا بېمي لپاره د پالیسي شمیرې.
- ستاسو کورنۍ ته د دندې اړونده روغتیا بېمي په اړه معلومات.

ولي موږ د دې معلوماتو غوښتنه کوو؟

موږ د عاید او نورو معلوماتو په اړه پوښتنه کوو ترڅو تاسو ته خبر درکړو چې تاسو د کوم پوښښ لپاره وړ یاست او که تاسو د دې لپاره تادیې کولو کې کومه مرسته ترلاسه کولی شئ. موږ به ټول هغه معلومات چې تاسو یې چمتو کوئ شخصي او خوندي وساتو، لکه څنګه چې د قانون له مخې اړتیا ده.

بیا څه پیښېږي؟

خپل بشپړ لاسلیک شوی غوښتنلیک د 8 پانې پټي ته واستوئ. که تاسو ټول هغه معلومات نلرئ چې موږ یې له تاسو څخه غوښتنه کوو چې ډک کړئ، لاسلیک کړئ او په هر صورت خپل غوښتنلیک وسپارئ. موږ به ستاسو سره تعقیب کړو. تاسو به د خپل روغتیا پوښښ غوښتنلیک بشپړولو لپاره د راتلونکو ګامونو لارښوونې ترلاسه کړئ. که تاسو زموږ څخه نه اورئ، ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۹۴ ته زنگ ووهئ. د دې غوښتنلیک ډکول پدې معنی ندي چې تاسو باید د روغتیا پوښښ واخلئ.

د دې غوښتنلیک سره مرسته ترلاسه کړئ

- آنلاین: mydss.mo.gov.
- تلیفون: زموږ د تماس مرکز ته زنگ ووهئ ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۹۴.
- په شخصي ډول: د کورنۍ د ملاتړ په سیمه ایز دفتر کې یا ستاسو په سیمه کې ممکن مشاورین وي څوک چې مرسته کولی شي. HealthCare.gov ته مراجعه وکړئ یا زنگ ووهئ.
- د نورو معلوماتو لپاره ۸۰۰-۳۱۸-۲۵۹۶.
- En Español: Llame a nuestro centro de ayuda gratis al 855-373-9994.
- د TTY کاروونکي ۸۰۰-۷۳۵-۲۹۶۶ ته زنگ ووهي.

مرحله 1

مور ته د هغه بالغ په اړه ووايست چې د دې غوښتنلیک لپاره به زموږ اصلي اړیکه وي

مور په کورنۍ کې یو بالغ ته اړتیا لرو ترڅو ستاسو د غوښتنلیک لپاره د اړیکې شخص وي.

ایا تاسو دا غوښتنلیک له څخه تر لاسه کړئ:

☐ د میسوري عامه ښوونځي ☐ د ماشوم پاملرنې جواز لرونکی ☐ نور

1. قانوني نوم (لومړی نوم، منځنی نوم، وروستی نوم، او ضمیمه)

2. د کور پته (بې کوره ولیکئ که تاسو اوس مهال د کور پته پرته یاست)

اپارتمان یا سویټ نمبر

ښار

دولت

زېږ کود

کاؤنټي

3. ☐ دلته ټیک مارک کړئ که ستاسو د برېښنالیک پته ستاسو د کور پته څخه توپیر ولري. که دا توپیر ولري، لاندې خپل برېښنالیک پته چمتو کړئ:

4. ☐ دلته ټیک مارک کړئ چې ایا چمتو شوی د برېښنالیک پته د کور پته خوندي ده. په کور کې د اجازې کود خوندي دی

5. استوګنې پته 6. اپارتمان یا سویټ نمبر

7. ښار

8. د بهرنیو چارو وزارت

9. زېږ کود

10. د استوګنې کاؤنټي

11. د تلیفون شمېره

12. د تلیفون نور شمېره او ډول (پیغام، کار، ګرځنده)

()

()

☐ کور ☐ سیل ☐ کار ☐ پیغام

☐ کور ☐ سیل ☐ کار ☐ پیغام

13. برېښلیک پته:

14. ستاسو د اړیکې غوره طریقه څه ده؟

☐ د USPS میل

☐ برېښنالیک

☐ تلیفون

☐ متن

15. ستاسو غوره ژبه کومه ده (که انګلیسي نه وي):

16.

تاسو په انګلیسي ژبه څومره ښه خبرې کوئ؟

☐ ډیر ښه

☐ ښه

☐ ځواب نه ورکول 0 غوره کوي

په راتلونکو کلونو کې د پوښښ نوي کول

د راتلونکو کلونو لپاره د روغتیا پوښښ لپاره د مرستې لپاره زما وړتیا ټاکلو لپاره اسانه کولو لپاره، زه موافق یم چې د کورنۍ ملاتړ څانګې ته اجازه ورکړم چې د عایداتو ډیټا وکاروي، پشمول د ماليې بیرته ستنیدو معلومات. د کورنۍ ملاتړ څانګه به ماته یو خبرتیا واستوي، اجازه راکړئ کوم بېلون راکړم، او زه کولی شم په هر وخت کې غوره کړم.

هو، زما د ماليې بیرته ستنیدنه وکارو ترڅو زما وړتیا په اوتومات ډول د راتلونکي لپاره نوي کړئ:

☐ 5 کاله (د اجازه ورکول شوي کلونو اعظمي شمیر)

☐ 4 کاله ☐ 3 کاله ☐ 1 کاله

☐ زما د پوښښ نوي کولو لپاره د ماليې بیرته ستنیدو څخه معلومات مه کاروئ.

مرحله 2 مور ته د غوښتونکي او کورنۍ په اړه ووايست

ستاسو په کورنۍ کې د هر فرد لپاره 2 ګام بشپړ کړئ. له ځانه یې پیل کړئ! بیا نور لویان او ماشومان اضافه کړئ. که تاسو په کورنۍ کې له 2 څخه ډیر کسان لرئ، تاسو اړتیا لرئ چې د هر اضافي کس لپاره د 4 - 5 پانې اضافي کاپي جوړ کړئ او ضمیمه کړئ.

مور ته د کورنۍ د ټولو غړو په اړه ووايست چې ستاسو سره ژوند کوي. د مرستې اندازه یا د پروګرام ډول چې تاسو یې وړتیا لرئ ستاسو په کورنۍ کې د خلکو په شمیر او د دوی عاید پورې اړه لري. دا معلومات مور سره مرسته کوي چې ډاډ تر لاسه کړو چې هر څوک تر ټولو ښه پوښښ تر لاسه کوي چې دوی یې کولی شي.

تاسو اړتیا نلرئ د روغتیا پوښښ تر لاسه کولو لپاره مالیه ثبت کړئ.

د لویانو لپاره چې پوښښ ته اړتیا لري:

دا خلک شامل کړئ حتی که دوی د ځان لپاره د روغتیا پوښښ لپاره غوښتنه نه کوي:

• هر هغه ښځه چې دوی ورسره ژوند کوي

• هر هغه ماشوم چې عمر یې د 21 کالو څخه کم وي، دوی ورسره ژوند کوي،

پشمول د مور ماشومان

• کوم بل کس چې د ورته فدرالي عایداتو مالیه بیرته ستنیدنه کوي (پشمول د 21

کالو څخه ډیر عمر لرونکي ماشومان چې د مور او پلار په مالیه کې ادعا شوي

وي).

د 21 کالو څخه کم عمر ماشومانو لپاره چې پوښښ ته اړتیا لري:

دا خلک شامل کړئ حتی که دوی پخپله د روغتیا پوښښ لپاره غوښتنه نه کوي:

• کوم مور او پلار (یا ناڅاپه مور) چې دوی ورسره ژوند کوي

• کوم وروڼه چې دوی ورسره ژوند کوي

• هر هغه ماشوم چې دوی ورسره ژوند کوي، پشمول د قدمونو ماشومان

• هر هغه ښځه چې دوی ورسره ژوند کوي

• کوم بل کس چې په ورته فدرالي عایداتو مالیه کې بیرته راستننږي.

یادونه: بل څوک چې ستاسو سره ژوند کوي - د بیلګې په توګه، یو هلک ملګری، ملګری، یا د کوټي ملګری - به اړتیا ولري چې خپل غوښتنلیک وسپاري که دوی روغتیا بیمه غواړي، پرته لدې چې تاسو دواړه ضمیمه C ډک کړئ.

مور به ټول هغه معلومات چې تاسو یې چمتو کوئ شخصي او خوندي وساتو لکه څنګه چې د قانون اړتیا ده. مور به یوازې شخصي معلومات وکارو ترڅو وګورو چې ایا تاسو د روغتیا پوښښ وړ یاست. تاسو اړتیا نلرئ د کډوالۍ وضعیت یا د ټولنیز امنیت شمیره (SSN) د کورنۍ غړو لپاره چې روغتیا پوښښ ته اړتیا نلري چمتو کړئ.

ستاسو د غوښتنلیک سره مرستې ته اړتیا لرئ؟ mydss.mo.gov څخه لیدنه وکړئ یا مور ته په ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۹۴ زنگ ووهئ. پارا اوتینر یو کاپیا دی ایست فارمولاریو en 9994-373-Español, lame 855 د TTY کاروونکی ۸۰۰-۷۳۵-۲۹۶۶ ته زنگ ووهئ



مرحله 2: لومړی شخص (د خپل خان/غوښتونکي سره پیل کړئ)

د خپل خان، ستاسو د میره او ماشومانو لپاره چې تاسو سره ژوند کوي او/یا ستاسو په ورته فدرالي عایداتو مالیه کې د هر چا لپاره 2 ګام بشپړ کړئ که تاسو دوسیه وکړئ. د نورو معلوماتو لپاره 1 مخ وګورئ چې څوک پکې شامل شي. که تاسو د مالیه بیرته ستنېدنه نه کوئ، په یاد ولرئ چې لاهم د کورنۍ غړي شامل کړئ چې ستاسو سره ژوند کوي. د دې لپاره چې یو بالغ د بالغ توسیع ګروپ لپاره وړتیا ولري، هغه ماشومان چې په ورته کور کې د دوی پاملرنې کې ژوند کوي باید د MO HealthNet لپاره وړتیا ولري یا نور لږ تر لږه اړین پوښتنې ترلاسه کړي. د دې شخص په پاملرنې کې د ماشومانو لپاره د طبي پوښتنې په اړه د 3 ګام په اړه معلومات چمتو کړئ.

1. قانوني نوم (لومړی نوم، مینځنی نوم، وروستی نوم، او ضمیمه)	2. اختیاري- ایا تاسو: ☐ هیڅکله واده نه دی کړی ☐ واده شوی ☐ طلاقی شوی ☐ کونډه ☐ جلا شوی ☐ په قانوني ډول جلا شوی ☐ نور	3. تاسو سره اړیکه؟ خان
4. د زیږون نېټه (مياشت/ورځ/کال)	5. جنس: ☐ نارینه ☐ ښځینه	6. اختیاري - ایا تاسو د متحده ایالاتو تجربه کونکي یاست؟
☐ نه ☐ هو ☐ د خواب ویلو غوره مه کوئ		

7. د ټولنیز امنیت شمېره (SSN) - - - - -
 ستاسو د SSN چمتو کول ګټور کیدی شي حتی که تاسو روغتیا پوښتنې نه غواړئ ځکه چې دا کولی شي د غوښتنلیک پروسه ګړندی کړي. موږ SSNs کاروو ترڅو عاید او نور معلومات وګورو ترڅو وګورو چې څوک د روغتیا پوښتنې لګښتونو کې د مرستې لپاره وړ دی.
 که څوک د SSN ترلاسه کولو کې مرسته غواړي، ۸۰۰-۷۷۲-۱۲۱۳ ته زنگ ووهئ یا لینډه وکړئ socialsecurity.gov. د TTY کاروونکي باید ۸۰۰-۳۲۵-۰۷۷۸ ته زنگ ووهي.

8. ☐ دلته چیک کړئ که تاسو امریکایي هندي یا د الاسکا اصلي یاست او ضمیمه D ډک کړئ.
9. ☐ دلته چیک کړئ که تاسو د دې غوښتنلیک څخه د 3 میاشتو دمخه د طبي بیولو تادیه کولو کې مرسته غواړئ او ضمیمه A ډک کړئ.
10. ایا تاسو پلان لرئ چې راتلونکي کال د فدرالي عایداتو مالیه بیرته ورکړئ؟ (تاسو لاهم کولی شئ د روغتیا بیمې لپاره غوښتنه وکړئ حتی که تاسو د فدرالي عایداتو مالیه بیرته نه کړئ.) ☐ هو. که هو، پوښتنو ته ځواب ووايست. ☐ نه. که نه، پوښتنې ته لارښی C. a. ایا تاسو به د یوې میرمنې سره په ګډه دوسیه وکړئ؟ ☐ هو ☐ نه ☐ که هو، د میرمنې نوم _____ b. ایا تاسو به د خپل مالیه بیرته ستنېدو پورې اړوند ادعا وکړئ؟ ☐ هو ☐ نه c. ایا تاسو به د بل چا د مالیه بیرته ستنېدو پورې تړلي په توګه ادعا وکړئ؟ ☐ هو ☐ نه که هو، د مالیه فایل نوم لیست کړئ تاسو د مالیه فایل سره _____ تاسو د مالیه ورکوونکي سره څنګه تړاو لرئ؟ _____

11. ایا تاسو د دې میاشتې څخه مخکې د روغتیا پوښتنې غوښتنه کوئ؟ حتی که تاسو بیمه ولرئ، ممکن یو برنامه د غوره پوښتنې یا ټیټ لګښتونو سره وي. ☐ هو. که هو، لاندې ټولو پوښتنو ته ځواب ورکړئ.

12. که هسپاني/لاتینو، توکم غوره کړئ (اختیاري - ټول هغه څه چیک کړئ چې پلي کيږي.) ☐ مکسیکو ☐ مکسیکن امریکایي ☐ 0 چیکانو ☐ پورتو ریکان ☐ کیوبا ☐ نور
13. ریس (اختیاري - ټول هغه څه چیک کړئ چې پلي کيږي.) ☐ سپین ☐ امریکایي هندي یا ☐ فلپین ☐ نور آسیا: ☐ ساموان ☐ نور پیسفاک ټاپو: امریکایي ☐ تور یا افریقي ☐ الاسکان اصلي ☐ جاپاني ☐ اصلي هوابی ☐ آسیایي هندي ☐ کوریا ☐ ویتنامی ☐ چینایي ☐ گوامانیا یا چامورو ☐ نور ☐ نور

14. ایا تاسو د متحده ایالاتو اتباع یاست یا د متحده ایالاتو اتباع یاست؟ ☐ هو ☐ نه

15. ایا تاسو طبیعي یا ترلاسه شوي د متحده ایالاتو اتباع یاست؟ (دا معمولاً پدې معنی ده چې تاسو د متحده ایالاتو څخه بهر زیږیدلي یاست.) ☐ هو ☐ نه

د ایلین شمېره: _____ د سند شمېره: _____

16. ☐ دلته چیک کړئ که تاسو د متحده ایالاتو اتباع یا د متحده ایالاتو اتباع نه یاست، مګر تاسو د کډوالۍ وړ حالت لرئ. لاندې معلومات چمتو کړئ. د مهاجرت حالت د پیل نېټه: لاندې د خپل

سند ډول او د ID شمېره _____ ډک کړئ.

a. د مهاجرت سند ډول _____ د _____ سند ID شمېره _____

b. ایا تاسو له 1996 راهیسې په متحده ایالاتو کې ژوند کوئ؟ ☐ هو ☐ نه

c. ایا تاسو یا ستاسو میرمن یا مور او پلار د متحده ایالاتو اردو تجربه کونکي یا فعال دنده غری یاست؟ ☐ هو ☐ نه

d. که تاسو په متحده ایالاتو کې له 5 کلونو څخه کم یاست نو مهرباني وکړئ خپل د کډوال حالت (کډوال، پناه غوښتونکي، او نور) داخل کړئ.

17. ☐ دلته چیک کړئ که تاسو امیندواره یاست، یا په دې وروستیو کې امیندواره یاست. لاندې معلومات وړاندې کړئ.

که هو، د دې حمل په جریان کې څومره ماشومان تمه کيږي؟ _____ ستاسو تمه شوې ټاکل شوې نېټه څه ده؟ _____

که تاسو پدې وروستیو کې امیندواره یاست، نو د امیندواری پای ته رسیدو نېټه څه وه؟ _____

19. ☐ دلته چیک کړئ که تاسو لږترلږه د 19 کلنۍ څخه کم عمر لرونکي ماشوم سره ژوند کوئ، او تاسو اصلي کس یاست چې د دې ماشوم پالنه کوي.

ستاسو د غوښتنلیک سره مرستې ته اړتیا لرئ؟ mydss.mo.gov څخه لینډه وکړئ یا موږ ته په ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۹۴ زنگ ووهئ. پارا اوتینر یو کلیپا دی ایست فارمولاریو en 9994-373-Español, lame 855. د TTY کاروونکي ۸۰۰-۷۷۲-۲۹۶۶ ته زنگ ووهئ



20. □ دلته چيک کړئ که تاسو په عالي لېسه کې د بشپړ وخت زده کونکي یاست، مساوي حرفوي زده کړې، یا تخنیکي روزنه.

د ښوونځي ډول (عالي لېسه، کالج، او نور)

21. □ دلته چيک کړئ که تاسو په 18 کلنۍ یا ډیر عمر کې د پالونکي پاملرنې کې یاست. تاسو په کوم حالت کې پاملرنه کوئ؟

22. □ دلته چيک کړئ که تاسو د 19 کالو څخه کم عمر لری او د دولتي کارمندانو ګټې پالن برخې په توګه د روغتیا پاملرنې کې د نوم لیکنې وړ یاست.

23. □ دلته چيک کړئ که تاسو تر لاسه کوئ یا تاسو د درملنې تر لاسه کولو وړ یاست. تاسو کله د شرایطو وړ سواست؟



مرحله 2: لومړی شخص (دوام ورکړئ)

د دندې او عاید اوسني معلومات

- ☐ گمارل شوی - که تاسو اوس مهال گمارل شوي یاست، موږ ته د خپل عاید په اړه وواياست. د 24 پوښتنې سره پیل کړئ.
- ☐ پخپله گمارنه - 34 پوښتنې ته لار شئ.
- ☐ نه گمارل شوی - د 35 پوښتنې ته لار شئ.

اوسنی دنده 1: ☐ دلته وگورئ که چیرې د دې عاید څخه مالیه نه وي مخکې له دې چې تاسو یې ترلاسه کړئ.

24. د کار گمارونکي نوم او پته

25. د کار گمارونکي تلیفون شمیره

() -

26. معاشونه/بحش (د مالیاتو دمخه) ☐ ساعته ☐ اونۍ ☐ هر 2 اونۍ ☐ په میاشت کې 2 دوه ځله ☐ میاشتني ☐ کلني ☐

\$

27. اوسط ساعتونه هره اونۍ کار کوي:

28. د دندې پیل نیټه:

اوسنی دنده 2: ☐ 0 دلته وگورئ که چیرې د دې عاید څخه مالیه نه وي مخکې له دې چې تاسو یې ترلاسه کړئ.

29. د کار گمارونکي نوم او پته

30. د کار گمارونکي تلیفون شمیره

() -

31. معاشونه/بحش (د مالیاتو دمخه) ☐ ساعته ☐ اونۍ ☐ هر 2 اونۍ ☐ په میاشت کې 2 دوه ځله ☐ میاشتني ☐ کلني ☐

\$

32. اوسط ساعتونه هره اونۍ کار کوي:

33. د دندې پیل نیټه:

34. که پخپله گمارنه وي، لاندې پوښتنو ته ځواب ووايئ:

- a. د کار ډول:
- b. څومره خالص عاید (کټه کله چې د سوداګرۍ لګښتونه تادیه کيږي) تاسو به پدې میاشت کې د ځان گمارنې څخه ترلاسه کړئ؟ \$

35. تیر کال، ایا تاسو: ☐ دندې بدل کړئ ☐ کار بند کړئ ☐ لږ ساعت کار پیل کړئ ☐ له دې څخه هیڅ

36. پدې میاشت کې نور عاید: ټول هغه څه چېک کړئ چې پلي کيږي، او مقدار ورکړئ او دا شخص څو ځله عاید ترلاسه کوي.

☐ هیڅ یو	☐ نفقه ترلاسه نه کړه	\$ څو ځله؟
☐ بیروزګاري	د امر نیټه یا وروستی ترمیم:	/ /
☐ تقاعد	خالص کرایه/امتیاز \$ څو ځله؟	-
☐ ټولنیز امنیت	نور عاید	\$ څو ځله؟
☐ د	ټول	\$ څو ځله؟
☐ خالص کرښه/کب نیول		\$ څو ځله؟

37. کسرونه: ټ ټول هغه چېک کړئ چې پلي کيږي، او مقدار ورکړئ او دا کس څو ځله کس ورکوي.

که چیرې دا سړی د ځانګړو شیانو لپاره تادیه وکړي چې د فدرالي عایداتو مالیه بیرته ورکولو کې کسر کیدی شي، موږ ته د دوی په اړه ویل کولی شي د روغتیا پوښښ لګښت یو څه ټیټ کړي.

یادونه: هغه لګښت شامل نه کړئ چې دمخه یې د خالص ځان گمارنې لپاره د دې شخص په ځواب کې په پام کې نیول شوی وي (پوښتنه 34b).

☐ نفقه ورکړل شوی	\$ څو ځله؟	☐ نور کسرونه	\$ څو ځله؟
د امر نیټه یا وروستی ترمیم:	/ /	ټول:	
☐ د زده کونکي پور سود	\$ څو ځله؟		

38. کلني عاید: یوازې هغه وخت بشپړ کړئ که عاید له میاشتني څخه تر میاشتني پورې بدل شي. که تاسو په میاشتني عاید کې د بدلونونو تمه نه لرئ، راتلونکي کس ته لار شئ.

سرکال ستاسو ټول عاید راتلونکي کال ستاسو ټول عاید (که تاسو فکر کړئ چې دا به توپیر ولري)

مننه! دا ټول هغه څه دي چې موږ ورته اړتیا لرو ستاسو په اړه پوه شو.

مهرباني وکړئ د کورنۍ د اضافي غړو لپاره 4 او 5 مخونه ډک کړئ، که اړتیا وي نو کاپي یې جوړ کړئ.

مرحله 2: شخص

((مهرباني وکړئ اضافي فرد د شخص 2، 3، 4 او داسې نورو په توګه لیست کړئ))

ستاسو د میره او ماشومانو لپاره چې تاسو سره ژوند کوي او/یا ستاسو په ورته فدرالي عایداتو مالیه کې د هر چا لپاره 2 ګام بشپړ کړئ، که تاسو دوسیه وکړئ. د نورو معلوماتو لپاره 1 مخ وګورئ چې څوک پکې شامل شي. که تاسو د مالي بېرته ستندینه نه کوئ، په یاد ولرئ چې لاهم د کورنۍ غړي شامل کړئ چې ستاسو سره ژوند کوي. د دې لپاره چې یو بالغ د بالغ توسیع ګروپ لپاره وړتیا ولري، هغه ماشومان چې په ورته کور کې د دوی پاملرنې کې ژوند کوي باید د MO HealthNet لپاره وړتیا ولري یا نور لږ تر لږه اړین پوښتنې ترلاسه کړي. د دې شخص په پاملرنې کې د ماشومانو لپاره د طبي پوښتنې په اړه د 3 ګام په اړه معلومات چمتو کړئ.

1. قانوني نوم (لومړی نوم، منځنی نوم، وروستی نوم، او ضمیمه)	2. اختیاري- ازدواجي حالت: ☐ هیڅکله واده نه دی کړی ☐ واده شوی ☐ طلاق شوی ☐ کونډه ☐ جلا شوی ☐ په قانوني ډول جلا شوی ☐ نور	3. تاسو سره اړیکه؟
4. د زیږون نېټه (مياشت/ورځ/کال)	5. جنس: ☐ نارینه ☐ ښځینه	6. اختیاري - ایا دا سړی د متحده ایالاتو تجربه کونکی دی؟ ☐ هو ☐ نه ☐ غوره نده چې ځواب ورکړئ

7. ایا دا سړی ستاسو په څیر په ورته پته کې ژوند کوي؟ ☐ نه ☐ هو ☐ نه ☐ که نه، آدرس ولیکئ

8. د ټولنیز امنیت شمیره (SSN) _____ - _____ - _____. موږ دې ته د هر هغه فرد لپاره اړتیا لرو څوک چې روغتیا پوښتنې غواړي او SSN لري.

که چېرې هغه شمیره ونه لري، تاسو د یو لپاره غوښتنه کړئ؟ ☐ هو ☐ نه ☐ که نه، دلیل: _____

9. د دې شخص غوره ژبه څه ده (که انګلیسي نه وي)؟	10. دا سړی څومره ښه انګلیسي خبرې کوي؟ ☐ ډیر ښه ☐ ښه ☐ ښه نه ☐ هیڅ ویل شوی مهارت نشته ☐ غوره نه ویل کېږي چې ځواب ووايي
--	---

11. ☐ دلته چیک کړئ که تاسو امریکایي هندي یا د الاسکا اصلي یاست او ضمیمه D ډک کړئ.

12. ☐ دلته چیک کړئ که تاسو د دې غوښتنلیک څخه د 3 میاشتو دمخه د طبي بیلونو تادیه کولو کې مرسته غواړئ او ضمیمه A ډک کړئ.

13. ایا دا شخص پلان لري چې راتلونکي کال د فدرالي عایداتو مالیه بیرته ورکړي؟ (تاسو لاهم کولی شئ د روغتیا بیمې لپاره غوښتنه وکړئ حتی که تاسو د فدرالي عایداتو مالیه بیرته نه کړئ.)
هو. که هو، پوښتنو ته ځواب ووايست. نه. که نه، پوښتنې ته لاړشئ: C.

a. ایا دا شخص به د یوې میرمنې سره په ګډه دوسیه وکړي؟ ☐ هو ☐ نه ☐ که هو، د میرمنې نوم _____

b. ایا دا سړی به ستاسو د مالي بېرته ستندینو په اړه د کوم انحصار ادعا وکړي؟ ☐ هو ☐ نه ☐ که هو، د انحصار کونکو نومونه: _____

c. ایا دا کس به د بل چا د مالي بېرته ستندینو پورې تړلي په توګه ادعا کېږي؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، د مالي فایل نوم لیست کړئ تاسو د مالي فایل سره _____

14. ایا دا سړی روغتیا پوښتنې ته اړتیا لري؟ (حتی که هغه بیمه ولري، ممکن یو برنامه د 0 غوره 1 پوښتنې 2 یا 3 ټیټ 4 لګښتونو سره وي.)
☐ هو. که هو، لاندې ټولو پوښتنو ته ځواب ورکړئ. ☐ نه. که نه، 29 پوښتنې ته لاړشئ. 

15. که هسپانې/لاتینو، توکم غوره کړئ (اختیاري - ټول هغه څه چیک کړئ چې پلي کېږي.)

☐ مکسیکو ☐ مکسیکن امریکایی ☐ 0 چیکانو ☐ پورتو ریکان ☐ کیوبا ☐ نور	16. ریس (اختیاري - ټول هغه څه چیک کړئ چې پلي کېږي.)
---	---

☐ سپین ☐ امریکایی هندي یا	☐ فلپین ☐ نور آسیا:	☐ ساموان ☐ نور پیسفک ټاپو: امریکایی
---	---	---

☐ تور یا افریقي ☐ الاسکان اصلي	☐ جاپاني ☐ اصلي هوايي	☐ کوریا ☐ آسیایي هندي
--	---	---

☐ چینایي ☐ ویتنامي	☐ ګوامانیا یا چامورو ☐ نور
--	--

17. ایا دا شخص د متحده ایالاتو تبعه دی یا د متحده ایالاتو ملیت یاست؟ ☐ هو ☐ نه

18. ایا دا شخص طبیعي یا تر لاسه شوی د متحده ایالاتو تبعه دی؟ (دا معمولاً پدې معنی ده چې تاسو د متحده ایالاتو څخه بهر زیږیدلی یاست.) ☐ هو ☐ نه

د ایلین شمیره: _____ د سند شمیره: _____

19. ☐ دلته چیک کړئ که تاسو د متحده ایالاتو اتباع یا د متحده ایالاتو اتباع نه یاست، مګر تاسو د کډوالۍ وړ حالت لری. لاندې معلومات چمتو کړئ. د مهاجرت حالت د پیل نېټه: لاندې د

څپل سند ډول او د ID شمیره _____ ډک کړئ.

a. د مهاجرت سند ډول _____ د _____ سند ID شمیره _____.

b. ایا تاسو له 1996 راهیسې په متحده ایالاتو کې ژوند کوئ؟ ☐ هو ☐ نه

c. ایا تاسو یا ستاسو میرمن یا مور او پلار د متحده ایالاتو اردو تجربه کونکی یا فعال دنده غری یاست؟ ☐ هو ☐ نه

d. که تاسو په متحده ایالاتو کې له 5 کلونو څخه کم یاست نو مهرباني وکړئ څپل د کډوال حالت (کټوال، پناه غوښتونکي، او نور) داخل کړئ.

20. ☐ دلته چیک کړئ که دا شخص امیندواره وي، یا په دې وروستیو کې امیندواره سوی وی. لاندې معلومات وړاندې کړئ.

که هو، د دې حمل په جریان کې څومره ماشومان تمه کېږي؟ _____

د زیږون تمه شوي ټاکل شوي نېټه څه ده؟ _____

که تاسو پدې وروستیو کې امیندواره وي، نو د امیندوارۍ پای ته رسیدو نېټه څه ده؟ _____

22. ☐ دلته چیک کړئ چې ایا دا سړی لږترلږه د 19 کالو څخه کم عمر لرونکي ماشوم سره ژوند کوي، او اصلي کس دی چې د دې ماشوم پالنه کوي.

23. □ دلته چيک کړئ چې ایا دا سړی په عالي لیسه کې د بشپړ وخت زده کونکی دی، مساوي حرفوي زده کړې، یا تخنیکي زده کړې..

د ښوونځي ډول (عالي لیسه، کالج، او نور)

24. □ دلته چيک کړئ چې ایا دا سړی په 18 کلنۍ یا ډیر عمر کې د پالونکي پاملرنې کې و. دوی په کوم حالت کې ساتل شوي وو؟

25. □ دلته ر چې ایا دا سړی د 19 کلونو څخه کم عمر لري او د دولتي کارمندانو ګټې پالن برخې په توګه د روغتیا پاملرنې کې د نوم لیکنې وړ دی.

26. □ دلته چيک کړئ چې ایا دا سړی د درملنې ترلاسه کولو وړ یا وړ دی. دا سړی کله وړ شو؟



مرحله 2: شخص

(مهرباني وکړئ اضافي فرد د شخص 2، 3، 4 او داسي نورو په توګه لیست کړئ)

د دندې او عاید اوسني معلومات

- ☐ ګمارل شوی - که چیرې دا سړی اوس مهال په کار ګمارل شوی وي، موږ ته د دوی عاید په اړه ووايست. د 27 پوښتنې سره پیل کړئ.
- ☐ پخپله ګمارنه - 37 پوښتنې ته لارښی.
- ☐ نه ګمارل شوی - 38 پوښتنې ته لارښی.

اوسنی دنده 1: ☐ دلته وګورئ که چیرې مالیه د دې عاید څخه د ترلاسه کولو دمخه نه وي ساتل شوي.

27. د کار ګمارونکي نوم او پته	28. د کار ګمارونکي تلیفون شمېره () -
-------------------------------	--

29. معاشونه/بحش (د مالیاتو دمخه) ☐ ساعته ☐ اونی ☐ هر 2 اونی ☐ په میاشت کې 2 دوه ځله ☐ میاشتني ☐ کلنی ☐	30. اوسط ساعتونه هره اونی کار کوي: _____	31. د دندې پیل نیټه: _____
---	--	----------------------------

اوسنی دنده 2: ☐ دلته وګورئ که چیرې مالیه د دې عاید څخه د ترلاسه کولو دمخه نه وي ساتل شوي.

32. د کار ګمارونکي نوم او پته	33. د کار ګمارونکي تلیفون شمېره () -
-------------------------------	--

34. معاشونه/بحش (د مالیاتو دمخه) ☐ ساعته ☐ اونی ☐ هر 2 اونی ☐ په میاشت کې 2 دوه ځله ☐ میاشتني ☐ کلنی ☐	35. اوسط ساعتونه هره اونی کار کوي: _____	36. د دندې پیل نیټه: _____
---	--	----------------------------

37. که پخپله ګمارنه وي، لاندې پوښتنو ته ځواب ووايي:

الف. د کار ډول: _____
ب. دا شخص به پدې میاشت کې څومره خالص عاید (د سوداګرۍ لګښتونه تادیه شي) دا شخص به پدې میاشت کې د ځان ګمارني څخه ترلاسه کړي؟
\$ _____

38. تیر کال، ایا دا شخص: ☐ دندې بدل کړئ ☐ کار بند کړئ ☐ لږ ساعت کار پیل کړئ ☐ له دې څخه هیڅ

39. پدې میاشت کې نور عاید: ټول هغه څه چېک کړئ چې پلي کيږي، او اندازه ورکړئ او دا کس څو ځله عاید ترلاسه کوي.

هیڅ نه ☐	څو ځله؟ ☐	\$ _____	ننګه ترلاسه شوه ☐	څو ځله؟ ☐	\$ _____
بی روزګاري ☐	څو ځله؟ ☐	\$ _____	د امر نیټه یا وروستی ترمیم: _____	څو ځله؟ ☐	\$ _____
تقاعد ☐	څو ځله؟ ☐	\$ _____	خالص کرایه/امتیاز ☐	څو ځله؟ ☐	\$ _____
ټولنیز امنیت ☐	څو ځله؟ ☐	\$ _____	نور عاید ☐	څو ځله؟ ☐	\$ _____
د تقاعد حسابونه ☐	څو ځله؟ ☐	\$ _____	ډول _____	څو ځله؟ ☐	\$ _____
خالص کرښه/کب نیول ☐	څو ځله؟ ☐	\$ _____			

40. کسرونه: ټول هغه وګورئ چې پلي کيږي، او مقدار ورکړئ او دا کس څو ځله کسر ورکوي.

که چیرې دا سړی د ځانګړو شیانو لپاره تادیه وکړي چې د فدرالي عایداتو مالیه بیرته ورکولو کې کسر کیدی شي، موږ ته د دوی په اړه ویل کولی شي د روغتیا پوښتن لګښت یو څه ټیټ کړي.

یادونه: هغه لګښت شامل نه کړئ چې دمخه یې د خالص ځان ګمارني لپاره د دې شخص په ځواب کې په پام کې نیول شوی وي (b26 پوښتنه).

ننګه ورکړل شوي ☐	څو ځله؟ ☐	\$ _____	نور کسرونه ☐	څو ځله؟ ☐	\$ _____
د امر نیټه یا وروستی ترمیم: _____	څو ځله؟ ☐	\$ _____	ډول: _____	څو ځله؟ ☐	\$ _____
د زده کونکي پور سود ☐	څو ځله؟ ☐	\$ _____			

41. کلنی عاید: یوازې هغه وخت بشپړ کړئ که عاید له میاشتي څخه تر میاشتي پورې بدل شي.
که دا سړی په میاشتني عاید کې د بدلونونو تمه ونه کړي، راتلونکی کس ته لار شي.

سړ کال د دې کس ټول عاید	راتلونکی کال د دې کس ټول عاید (که هغه/هغه فکر وکړي چې دا به توپیر 0 ولري)
\$ _____	\$ _____

مننه! دا ټول هغه څه دي چې موږ ورته اړتیا لرو د دې شخص په اړه پوه شو.

که تاسو د دوه څخه زیات کسان لرئ چې پکې شامل کړئ، د هر اضافي فرد لپاره د بشپړولو لپاره د 4 او 5 مخونو یوه کاپي جوړه کړئ.

دریم گام: ستاسو د کورنی روغتیا پوښښ

1. ایا ټول هغه ماشومان چې ستاسو سره ژوند کوي (څوک چې ستاسو په پاملرنې کې دي) لږترلږه اړین پوښښ (MEC) روغتیایی پاملرنې ترلاسه کوي؟ ☐ نه ☐ هو

که نه، کوم ماشومان MEC نه ترلاسه کوي؟
د بیمې پالونو بیلګې چې MEC ګڼل کېږي د MO Health Net، د ماشومانو د روغتیا بیمې پلان (CHIP)، Medicare، Tricare، د مور او پلار د کار ګمارونکي لخوا پوښښ، او شخصي روغتیا پالونه دي.

2. ایا هغه څوک چې د روغتیا پاملرنې غوښتنه کوي اوس له لاندې څخه روغتیا پوښښ کې نوم لیکنه کوي؟؟

☐ نه. که نه، #3 ته دوام ورکړئ. ☐ هو. که هو، لاندې د پوښښ ډول او بشپړ چارټ وګورئ.

☐ تریکیر - مه ګورئ چې ایا تاسو د دندې لپاره مستقیم ☐ MO روغتیا نیټ ☐ د سولې کارپوریشن ☐ VA روغتیا پاملرنې ☐ ګمارونکي سپانسر شوی بیمه پاملرنه لرئ

☐ درمل ☐ نور روغتیا بیمه (تشریح کړئ):

مهرباني وکړئ لاندې معلومات بشپړ کړئ:

د پالیسي شمېره/د درملنې ادعا شمېره:	پلان 1:	پلان 2:
غوښتونکي (ونه):		
د پالیسي د پیل نیټه:		
د ډلې نوم:		
ګروپ نمبر:		
د بیمې شرکت نوم:		
د پالیسي لرونکي نوم:		
د پالیسي لرونکي SSN:		
د پالیسي لرونکي د زیږون نیټه:		
د پالیسي لرونکي پته:		
د پالیسي لرونکي د زیږون نیټه:		
د پالیسي لرونکي پته:		

3. ایا دا روغتیا بیمه لاندې پوښښ لري: ☐ د زیږون دمخه پاملرنه ☐ کار/تحویل ☐ د زیږون وروسته پاملرنه

4. ایا کوم څوک چې پدې غوښتنلیک کې لیست شوي د دندې څخه روغتیا پوښښ وړاندیز کوي؟ هو چېک کړئ حتی که پوښښ د بل چا دندې څخه وي، لکه والدین یا میرمن.
☐ هو، تاسو به د ضمیمه B بشپړولو ته هم اړتیا ولرئ.
☐ نه، څلورم ګام ته دوام ورکړئ.

څلورم ګام:

1. دلته چېک کړئ که چیرې په غوښتنلیک کې څوک په زندان یا زندان کې وي. که داسې وي، څوک؟ دوی کله بندیان شول؟

2. دلته چېک کړئ که څوک په کورنۍ کې د ګټو لپاره غوښتنه کوي روند دی. که داسې وي، څوک؟
اختیاري - ایا تاسو غواړئ د رندو لپاره د تقاعد یا اضافي مرستې لپاره غوښتنه وکړئ (نقدې ګټې)؟ ☐ نه ☐ هو

3. دلته چېک کړئ که څوک په کورنۍ کې د ګټو لپاره غوښتنه کوي معیوب دی. که داسې وي، څوک؟

4. دلته وګورئ چې په کورنۍ کې څوک چې د ګټو لپاره غوښتنه کوي فزیکي، رواني، یا احساساتي روغتیا حالت لري چې په فعالیتونو کې د محدودیتونو لامل کېږي (لکه حمام، جامي، ورځني کارونه، او نور). که داسې وي، څوک؟

5. دلته چېک کړئ که په کورنۍ کې څوک د ګټو لپاره غوښتنه کوي په طبي تاسیساتو، اوږدمهاله پاملرنې تاسیساتو، یا د نرسنګ کور کې ژوند کوي..

a. که هو، څوک؟

b. د اسانتیا نوم
ستاسو د غوښتنلیک سره مرستې ته اړتیا لرئ؟ mydss.mo.gov څخه لینډه وکړئ یا موږ ته په 9994-373-855 زنگ ووهئ. پرا اوټینر یو کلپیا ډی ایسټ فارمولاریو en
9994-373-Español، lame 855 د TTY کاروونکي 2966-735-800 ته زنگ ووهئ





ستاسو د غوښتنلیک سره مرستې ته اړتیا لرئ؟ mydss.mo.gov څخه لیږنه وکړئ یا موږ ته په 9994-373-855 زنگ ووهئ. پرا اوټینر یو کاپیا دی ایست فارمولاریو en
9994-373-Español, lame 855. د TTY کاروونکي 2966-735-800 ته زنگ ووهئ

د MO روغتیا نېټ حقونه او مسوولیتونه

مهرباني وکړئ په دقت سره ولولئ او لاندې لاسلیک وکړئ

- زه/موږ موافق یو چې د ټولو هغو کسانو ټولنیز امنیت شمیرې چمتو کړو چې د MO HealthNet لپاره د اړتیا سره سم د قانون له مخې غوښتنه کوي. د ټولنیز امنیت شمیره د وړتیا ټاکلو او معلوماتو تصدیق کولو لپاره کارول کېږي.
- زه/موږ موافق یو چې د روغتیا بیمې د پرمیم تادیاتو پروګرام (HIPA) لپاره ارزونه وشي که چېرې زه یا د کورنۍ غړي په تېرو 30 ورځو کې په کار ګمارل شوي یا کار له لاسه ورکړو او ګمارونکي یا پخوانی کارګمارونکي ډله ایز روغتیا بیمه وړاندې کوي.
- زه/موږ د کورنۍ د ملاتړ څانګې رییس یا د هغه ګمارونکي ته اجازه ورکړو چې دا شرایط او بیانات د قانون لخوا مجاز شوي هرې وسیلې له لارې وڅیړي، په شمول عامه او شخصي ډیټابیسونو ته لاسرسی.
- زه/موږ به په شرایطو کې د هر ډول بدلون په اړه د لسو ورځو دننه راپور ورکړو کله چې پېښ شي.
- زه/موږ پوهیږو چې دا د قانون خلاف کار دی چې د ګټو تر لاسه کولو یا تر لاسه کولو هڅه وکړي چې زه یې حق نه لرم. هر ډول غلط ادعا، بیان، یا د هر مادي حقیقت پټول، په بشپړ یا برخه کې، کیدای شي ما تابع کړي/ موږ جنایي او/یا مدني څارنوالۍ ته.
- زه/موږ پوهیږو چې د MO HealthNet منل د دریمې ډلې څخه د طبي پاملرنې لپاره د تادیې لپاره د ټولنیزو خدماتو څانګې، MO HealthNet څانګې ته د حقونو یوه دنده تشکیلوي.
- زه/موږ موافق یم چې زما او/یا زما د کورنۍ په اړه طبي معلومات د درملنې، طبي لګښتونو تادیاتو، د روغتیا پاملرنې عملیات، او/یا د دې پروګرام اداره کولو لپاره د اړتیا په صورت کې خپاره کیدی شي.
- که زه/موږ د MO HealthNet I لپاره وړ وموم/مونږ پوهیږو چې د میسوري ایالت به زما/زموږ په استازیتوب د پوښښ خدماتو لپاره پیسې ورکړي او موافقه وکړي چې دولت کولی شي زما/زموږ د ملکیت په وړاندې دعوه وکړي ترڅو تر لاسه شوي مرستې بیرته تر لاسه کړي.
- په کاغذ یا الکترونیکي ډول د دې غوښتنلیک په لاسلیک کولو سره، تاسو موږ ته اجازه درکړو چې ستاسو د قضیې په اړه د اتوماتیک تلیفون کالونه او متن پیغامونه د هغه لومړني تلیفون شمیره کې چې تاسو په 1 پانه کې چمتو کړي دي، تاسو ته اجازه درکړي. د وړتیا د شرط په توګه. که تاسو نه غواړئ په دې ډول اړیکه ونیسئ، تاسو کولی شئ د دې تلیفونونو یا پیغامونو تر لاسه کولو څخه ډډه وکړئ.

دلته چیک کړئ: ☐ تاسو نه غوره کړئ ☐ متنونه غوره کړئ ☐ تلیفونونه او متنونه غوره کړئ

زما د استیناف حق

که زه فکر کوم د کورنۍ ملاتړ څانګې غلطې کړي، زه کولی شم د هغې پریکړې غوښتنه وکړم. د اپیل کولو معنی دا ده چې د کورنۍ ملاتړ څانګې کې چا ته ووايست چې زه فکر کوم عمل غلط دی، او د عمل عادلانه بیاکتنې غوښتنه وکړئ. زه پوهیږم چې زه کولی شم په ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۹۴ کې د تماس مرکز ته زنگ وځو او هلو سره د اپیل کولو څرنګوالی وموم. زه پوهیږم چې زه پخپله پرته د بل چا لخوا په پروسه کې استازیتوب کولی شم. زما وړتیا او نور مهم معلومات به ما ته تشریح شي.

که چېرې پدې غوښتنلیک کې څوک د MO روغتیا نېټ لپاره وړ وي:

زه د کورنۍ ملاتړ څانګې ته زموږ حقونه درکوم چې د نورو روغتیا بیمې، قانوني جوړجاړي، یا نورو دریمې ډلې څخه کومې پیسې تعقیب او تر لاسه کړم. زه د کورنۍ ملاتړ څانګې ته حقونه هم ورکوم چې د میرمن یا والدین څخه طبي ملاتړ تعقیب او تر لاسه کړم.

ایا پدې غوښتنلیک کې کوم ماشوم موږ او پلار لري چې له کور څخه بهر ژوند کوي؟

☐ هو ☐ نه

که هو، زه پوهیږم چې له ما څخه به وغوښتل شي چې د هغه ادارې سره همکاري وکړم چې د غیر حاضر والدین څخه طبي مرستې راټولوي. که زه فکر کوم چې د طبي مرستې راټولولو کې همکاري کول به ما یا زما ماشومانو ته زیان ورسوي، زه کولی شم د کورنۍ ملاتړ څانګې ته ووايم او زه ممکن همکاري ونه کړم.

☐ زه د دې بیان سره موافق یم.

5 گام: دا غوښتنلیک ولولئ او لاسلیک کړئ، دوام ورکړئ

زه دا غوښتنلیک د دروغو د جزا له مخې لاسلیک کوم پدې معنی چې ما په دې فورمه کې ټولو پوښتنو ته زما د غوره پوهې سره سم ځوابونه وړاندې کړي دي. زه پوهیږم چې زه ممکن د فدرالي قانون له مخې د جزا تابع شم که زه غلط یا غلط معلومات چمتو کړم.

- زه پوهیږم چې زه باید د کورنۍ ملاتړ ځانګې ته ووايم که چیرې کوم څه بدل شي (د هغه څه څخه چې ما پدې غوښتنلیک کې لیکلي دي توپیر لري). زه کولی شم mydss.mo.gov ته لار شم یا د هر ډول بدلونونو راپور ورکولو لپاره ۸۵۵-۳۷۳-۹۹۴ ته زنگ ووهم. زه پوهیږم چې زما په معلوماتو کې بدلون کولی شي زما د کورنۍ د غړو په وړتیا اغیزه وکړي.

- زه پوهیږم چې د فدرالي قانون له مخې، تبعیض د نسل، رنگ، ملي اصل، جنس، عمر، جنسي تمایل، جنډر پیژندنې یا معلولیت پر اساس اجازه نلري. زه کولی شم د لیدنې له لارې د تبعیض شکایت ثبت کړم <http://dss.mo.gov/files/missouri-statement.htm-policy-nondiscrimination>.

موږ دې معلوماتو ته اړتیا لرو ترڅو د روغتیا پوښتنې لپاره تادیبه کولو کې د مرستې لپاره ستاسو وړتیا وګورو که تاسو غوښتنلیک غوره کړئ. موږ به ستاسو ځوابونه زموږ په برېښنایي ډیټابیسونو او ډیټابیسونو کې د داخلي عوایدو خدماتو (IRS)، ټولنیز امنیت، د کورنۍ امنیت ریاست، او/یا د مصرف کونکي راپور ورکونې ادارې څخه د معلوماتو په کارولو سره وګورو. که معلومات سره سمون نه خوري، موږ ممکن له تاسو څخه وغواړو چې موږ ته ثبوت واستوو.

که په برېښنایي ډول لاسلیک کول. د دې غوښتنلیک په برېښنایي توګه لاسلیک کولو سره، زه د دروغو د جزا لنډې تصدیق کوم چې د وړتیا په دې بیان کې ټولې اعالمیې ریښتینې، دقیقې او بشپړې دي، زما د غوره پوهې سره سم. زه پوهیږم چې برېښنایي لاسلیک ورته قانوني اغیزه لري او د لیکل شوي لاسلیک په څیر پلي کیدی شي. ☐ زه موافق یم

د غوښتونکي لاسلیک. هغه څوک چې لومړی ګام پې ډک کړی باید دا غوښتنلیک لاسلیک کړي. که تاسو یو مجاز استازی یاست، تاسو کولی شئ دلته لاسلیک کړئ، تر هغه چې تاسو په ضمیمه C کې اړین معلومات چمتو کړي.

د غوښتونکي لاسلیک	نېټه (مياشت/ورځ/کال)
اختیاري - د میره یا دوهم والدین لاسلیک دا لاسلیک د درخواست کولو لپاره اختیاري دی، مګر کیدای شي په وروسته وخت کې غوښتنه وشي که چیرې ځینې غوښتونکي د عمر، روند، او معلولیت پوښتنې غوښتنه وکړي. FSD اجازه نه اړتیا لري چې د مالي موسسو، کریډیټ راپور ورکولو بیورو او نورو ادارو څخه د میره، مور، پلار، میندو، پالونکي والدین یا د مرستې ګروپ کې د 18 کلن یا ډیر عمر لپاره د برېښنایي تایید ریکارډونو غوښتنه وکړي چې معلومات د پروګرام وړتوب کې حساب کوي.	
د میره یا دوهم والدین لاسلیک (اختیاري)	نېټه (مياشت/ورځ/کال)

شپږم ګام: خپل بشپړ شوی غوښتنلیک واستوئ.

خپل سند اېلوډ کړئ: د خپل سند کاپي اېلوډ کولو لپاره mydssupload.mo.gov څخه لیدنه وکړئ.

کورنۍ د ملاتړ ځانګې ته برېښنالیک وکړئ
پو بکس 2700
جیفرسن ښار، MO 65102

فکس له پاره: (573) 526-9400

اختیاري - ایا تاسو یا د کورنۍ نږدې غړي کله هم د متحده ایالاتو په وسله والو ځواکونو کې خدمت کړی؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، ایا تاسو په میسوري کې د اردو اړوند خدماتو په اړه معلومات غواړئ؟ ☐ هو ☐ نه

د لومړۍ ربع پوښښ غوښتنه: شخص #
(مهرباني وکړئ اضافي فرد د 2، 3، 4 او داسې نورو په توګه لیست کړئ)

ضمیمه A د روانو ګټو لپاره ستاسو د لومړني غوښتنلیک لپاره اختیاري ده. تاسو کولی شئ د خپل لومړني غوښتنلیک څخه تر 12 میاشتو پورې د مخکینۍ ربع پوښښ غوښتنه وکړئ.

د ګړندي خدمت لپاره: دا فورمه یوازې د هغو کسانو لپاره ډکه کړئ چې د دې غوښتنلیک څخه د 3 میاشتو لپاره د روغتیا پوښښ غوښتنه کوي.

1. قانوني نوم (لومړی نوم، منځنی نوم، وروستی نوم، او ضمیمه):		2. SSN یا DCN:	
3. د کومو میاشتو لپاره دا سړی د پوښښ غوښتنه کوي؟		3 میاشتنۍ دمخه ☐ 2 میاشتنۍ دمخه ☐ 1 میاشت دمخه ☐	
4. د کومو میاشتو لپاره دا سړی غیر تادیه شوي طبي بیلونه لري؟		3 میاشتنۍ دمخه ☐ 2 میاشتنۍ دمخه ☐ 1 میاشت دمخه ☐	
5. د کومو میاشتو لپاره دا کس د میسوري اوسیدونکی و؟		3 میاشتنۍ دمخه ☐ 2 میاشتنۍ دمخه ☐ 1 میاشت دمخه ☐	
د عاید معلومات			
☐ ګمارل شوی: که دا کس په تېرو 3 میاشتو کې په کار ګمارل شوی وي، نو موږ ته د هغې د عاید په اړه ووايست.		☐ پخپله ګمارنه: 12 پوښتنې ته لارښی. ☐ بې کار وي: 13 پوښتنې ته لارښی.	
دنده 1: ☐ دلته وګورئ که چیرې د دې عاید څخه مالیه نه وي		ځنګې له دې چې دا کس ترلاسه کړي.	
6. د کار ګمارونکي نوم او پته:		7. د کار ګمارونکي تلیفون شمېره:	

8. د هرې میاشتنۍ پوښښ لپاره معاش/لارښوونې (د مالیاتو دمخه) غوښتنه کيږي:

3 میاشتنۍ دمخه \$	2 میاشتنۍ دمخه \$	1 میاشت دمخه \$
دنده 2: ☐ دلته وګورئ که چیرې د دې عاید څخه مالیه نه وي		
ځنګې له دې چې دا کس ترلاسه کړي.		
9. د کار ګمارونکي نوم او پته:		
10. د کار ګمارونکي تلیفون شمېره:		

11. د هرې میاشتنۍ پوښښ لپاره معاش/لارښوونې (د مالیاتو دمخه) غوښتنه کيږي:

3 میاشتنۍ دمخه \$	2 میاشتنۍ دمخه \$	1 میاشت دمخه \$ 0
12. که پخپله ګمارنه وي، لاندې پوښتنو ته ځواب ووايي:		
a. د کار ډول		
b. څومره خالص عاید (کټي یوځل چې د سوداګرۍ لګښتونه تادیه شوي) ایا دا شخص د هرې میاشتنۍ پوښښ لپاره د ځان ګمارنې څخه ترلاسه کړی:		
3 میاشتنۍ دمخه \$	2 میاشتنۍ دمخه \$	1 میاشت دمخه \$

13. نور عاید: ټول هغه وګورئ چې پلي کيږي، او هغه مقدار ورکړئ چې دا کس د هرې میاشتنۍ پوښښ لپاره ترلاسه کوي غوښتنه کيږي.

1 میاشت دمخه	2 میاشتنۍ دمخه	3 میاشتنۍ دمخه	
N/A	N/A	N/A	☐ هیڅ نه
			☐ بې روزګاري
			☐ تقاعد
			☐ ټولنیز امنیت
			☐ د تقاعد حسابونه
			☐ نفقه تر لاسه شوه
			☐ خالص کرښه/کب نیول
			☐ خالص کرښه/امتیاز
			☐ د عاید نور ډول

14. کسرونه: ټول هغه وګورئ چې پلي کيږي، او هغه مقدار ورکړئ چې دې کس ته د هرې میاشتنۍ پوښښ لپاره په کسرونو کې تادیه کيږي.

که چیرې دا شخص د ځینې شیانو لپاره پېسې ورکړي چې د فدرالي عایداتو ماليي بیرته ستندیدو کې کم کیدی شي، د دوی په اړه موږ ته ویل کیدی شي د روغتیا پوښښ لګښت لږ څه کم کړي. یادونه: هغه لګښت شامل نه کړئ چې دمخه د دې شخص په ځواب کې خالص ځان ګمارنې ته په پام کې نیول شوی وي (د b12 پوښتنه).

☐ تادیه شوي پېسې:	3 میاشتنۍ دمخه \$	2 میاشتنۍ دمخه \$	1 میاشت دمخه \$
☐ د زده کونکي پور سود:	3 میاشتنۍ دمخه \$	2 میاشتنۍ دمخه \$	1 میاشت دمخه \$
☐ نور کسرونه: ډول:			

3 میاشتنۍ دمخه \$	2 میاشتنۍ دمخه \$	1 میاشت دمخه \$
-------------------	-------------------	-----------------

مننه! دا ټول هغه څه دي چې موږ ورته اړتيا لرو د دې شخص په اړه پوه شو.
که تاسو د دوه څخه ډیر کسان لری چې شامل کړئ، د دې پاڼې یوه کاپي د هر اضافي فرد لپاره بشپړ کړئ.

ضمیمه A

د لومړۍ ربع پوښښ غوښتنه: شخص #
(مهرباني وکړئ اضافي فرد د 2، 3، 4 او داسې نورو په توګه لیست کړئ)

ضمیمه A د روانو ګټو لپاره ستاسو د لومړني غوښتنلیک لپاره اختیاري ده. تاسو کولی شئ د خپل لومړني غوښتنلیک څخه تر 12 میاشتو پورې د مخکینۍ ربع پوښښ غوښتنه وکړئ.

د ګړندي خدمت لپاره: دا فورمه یوازې د هغو کسانو لپاره ډکه کړئ چې د دې غوښتنلیک څخه د 3 میاشتو لپاره د روغتیا پوښښ غوښتنه کوي..

1. قانوني نوم (لومړی نوم، منځنی نوم، وروستی نوم، او ضمیمه):	2. SSN یا DCN:
3. د کومو میاشتو لپاره دا سری د پوښښ غوښتنه کوي؟	☐ 3 میاشتې دمخه ☐ 2 میاشتې دمخه ☐ 1 میاشت دمخه
4. د کومو میاشتو لپاره دا سری غیر تادیه شوي طبي بیلونه لري؟	☐ 3 میاشتې دمخه ☐ 2 میاشتې دمخه ☐ 1 میاشت دمخه
5. د کومو میاشتو لپاره دا کس د میسوري اوسیدونکی و؟	☐ 3 میاشتې دمخه ☐ 2 میاشتې دمخه ☐ 1 میاشت دمخه
د عاید معلومات	
☐ ګمارل شوی: که دا کس په تیرو 3 میاشتو کې په کار ګمارل شوی وي، نو موږ ته د هغې د عاید په اړه ووايست.	☐ پخپله ګمارنه: 12 پوښتنې ته لار شئ. ☐ بې کار وي: 13 پوښتنې ته لار شئ.

دنده 1: ☐ دلته وګورئ که چیرې د دې عاید څخه مالیه نه وي مخکې له دې چې دا کس ترلاسه کړي.

6. د کار ګمارونکي نوم او پته:	7. د کار ګمارونکي تلیفون شمېره:
	() -

8. د هرې میاشتې پوښښ لپاره معاش/لارښوونې (د مالیاتو دمخه) غوښتنه کړي:

3 میاشتې دمخه \$	2 میاشتې دمخه \$	1 میاشت دمخه \$
دنده 2: ☐ دلته وګورئ که چیرې د دې عاید څخه مالیه نه وي مخکې له دې چې دا کس ترلاسه کړي.		
9. د کار ګمارونکي نوم او پته:	10. د کار ګمارونکي تلیفون شمېره:	
	() -	

11. د هرې میاشتې پوښښ لپاره معاش/لارښوونې (د مالیاتو دمخه) غوښتنه کړي:

3 میاشتې دمخه \$	2 میاشتې دمخه \$	1 میاشت دمخه \$ 0
13. که پخپله ګمارنه وي، لاندې پوښتنو ته ځواب ووايي:		
a. د کار ډول		
b. څومره خالص عاید (ګټې یوځل چې د سوداګرۍ لګښتونه تادیه شوي) ایا دا شخص د هرې میاشتې پوښښ لپاره د ځان ګمارنې څخه ترلاسه کړی:		
3 میاشتې دمخه \$	2 میاشتې دمخه \$	1 میاشت دمخه \$

14. نور عاید: ټول هغه وګورئ چې پلي کړي، او هغه مقدار ورکړئ چې دا کس د هرې میاشتې پوښښ لپاره ترلاسه کوي غوښتنه کړي.

1 میاشت دمخه	2 میاشتې دمخه	3 میاشتې دمخه	
N/A	N/A	N/A	☐ هیڅ نه
			☐ بې روزګاري
			☐ تقاعد
			☐ ټولنیز امنیت
			☐ د تقاعد حسابونه
			☐ نفقه تر لاسه شوه
			☐ خالص کرښه/کب نیول
			☐ خالص کرایه/امتیاز
			☐ د عاید نور ډول

14. کسرونه: ټول هغه وګورئ چې پلي کړي، او هغه مقدار ورکړئ چې دې کس ته د هرې میاشتې پوښښ لپاره په کسرونو کې تادیه کړي.

که چیرې دا شخص د ځینې شیانو لپاره پیسې ورکړي چې د فدرالي عایداتو مالیه بیرته ستښېدو کې کم کیدی شي، د دوی په اړه موږ ته ویل کیدی شي د روغتیا پوښښ لګښت لږ څه کم کړي..

یادونه: هغه لګښت شامل نه کړئ چې دمخه د دې شخص په ځواب کې خالص ځان ګمارنې ته په پام کې نیول شوی وي (د b12 پوښتنه).

☐ تادیه شوي پیسې: 3 میاشتې دمخه \$ 2 میاشتې دمخه \$ 1 میاشت دمخه \$

☐ د زده کونکي پور سود: 3 میاشتي دمخه \$ 2 میاشتي دمخه \$ 1 میاشت دمخه \$
☐ نور کسرونه: ډول: _____

3 میاشتي دمخه \$ 2 میاشتي دمخه \$ 1 میاشت دمخه \$

مننه! دا ټول هغه څه دي چي موږ ورته اړتيا لرو د دي شخص په اړه پوه شو.
که تاسو د دوه څخه ډیر کسان لری چي شامل کړئ، د دي پاڼي یوه کاپي د هر اضافي فرد لپاره بشپړ کړئ.

د دندو څخه روغتیایی پوښښ

تاسو اړتیا لرئ چې دې پوښتنو ته ځواب ووايست پرته لدې چې په کورنۍ کې څوک د دندې څخه د روغتیا پوښښ وړ وي. د هرې دندې لپاره چې پوښښ وړاندې کوي د دې پاڼې یوه کاپي ضمیمه کړئ.

موږ ته د هغه دندې په اړه ووايست چې پوښښ وړاندې کوي. په راتلونکې پاڼه کې د کارمند د پوښښ وسیله واخلئ هغه کارمند ته چې تاسو سره د دې پوښتنو ځوابونو کې د مرستې لپاره پوښښ وړاندیز کوي. تاسو یوازې دا پاڼه شاملولو ته اړتیا لرئ کله چې تاسو خپل غوښتنلیک واستوئ، نه د ګمارونکي پوښښ وسیله.

د کارمندانو معلومات

1. د کارمند قانوني نوم	2. د کارمند ټولنیز امنیت شمېره
------------------------	--------------------------------

د کار ګمارونکي معلومات

3. د کار ګمارونکي نوم	4. د کار ګمارونکي پېژندنې شمېره (EIN)
5. د کار ګمارونکي پته	6. د کار ګمارونکي تېلېفون شمېره () -
7. ښار	8. د بهرنیو چارو وزارت
9. زېږ کد	

10. موږ پدې دنده کې د کارمندانو روغتیا پوښښ په اړه له چا سره اړیکه نیولی شو؟

11. د تېلېفون شمېره (که له پورته څخه توپیر ولري) () -	12. برېښلیک پته
---	-----------------

13. ایا تاسو اوس مهال د دې ګمارونکي لخوا وړاندیز شوي پوښښ لپاره وړ یاست، یا تاسو به په راتلونکو 3 میاشتو کې وړ شئ؟

☐ هو (دوام ورکړئ)

a که تاسو په انتظار یا امتحاني دوره کې یاست، تاسو کله کولی شئ په پوښښ کې نوم لیکنه وکړئ؟ (میاشت/ورځ/کال)

د بل چا نومونه لیست کړئ چې د دې دندې پوښښ لپاره وړ وي.

نومونه:

☐ نه (دلته ودریږئ او په غوښتنلیک کې 5 مرحلې ته لارښئ)

موږ ته د دې کار ګمارونکي لخوا وړاندیز شوي روغتیایی پلان په اړه ووايست.

14. ایا دا روغتیا بیمه لاندې پوښښ لري: ☐ د زیږون دمخه پاملرنه ☐ کار / زیږون ☐ د زیږون وروسته پاملرنه
15. ایا ګمارونکي د روغتیا پلان وړاندیز کوي چې د لږ تر لږه ارزښت معیار * پوره کوي؟؟ ☐ هو ☐ نه

16. د ټیټ لګښت پلان لپاره چې د لږ تر لږه ارزښت معیار پوره کوي * یوازې کارمند ته وړاندیز شوی (د کورنۍ پلانونه پکې شامل نه دي): که چیرې ګمارونکي د هوسایني برنامې ولري، هغه پریمیم چمتو کړئ چې کارمند به یې تادیه کړي که چیرې هغه د دې لپاره اعظمي تخفیف تر لاسه کړي. د تنباکو د بندولو کوم پروګرامونه، او د روغتیایی پروګرامونو پر بنسټ کوم بل تخفیف ندی تر لاسه کړی.

a. کارمند به د دې پلان لپاره په پریمیم کې څومره پیسې ورکړي؟ \$
b. څو ځله؟ ☐ اونی ☐ هر 2 اونی ☐ په میاشت کې دوه ځله ☐ درې میاشتني ☐ کلني

17. ګمارونکي به د نوي پلان کال لپاره کوم بدلون راولي (که پېژندل شوی وي)؟

☐ ګمارونکي به د روغتیا پوښښ وړاندیز ونه کړي

☐ کار ګمارونکي به کارمندانو ته د روغتیا پوښښ وړاندیز پیل کړي یا یوازې د هغه کارمند لپاره شتون لرونکي تر ټولو ټیټ لګښت پلان لپاره پریمیم بدل کړي چې د لږ تر لږه ارزښت معیار سره سم وي. * (پریمیم باید د هوسایني برنامو لپاره تخفیف منعکس کړي. 15 پوښتنه وګورئ.)

a. کارمند به د دې پلان لپاره په پریمیم کې څومره پیسې ورکړي؟ \$
b. څو ځله؟ ☐ اونی ☐ هر 2 اونی ☐ په میاشت کې دوه ځله ☐ درې میاشتني ☐ کلني
c. د بدلون نېټه (میاشت/ورځ/کال):

* د کار ګمارونکي لخوا تمویل شوی روغتیا پلان د "لږ تر لږه ارزښت معیار" سره سمون لري که چیرې د پلان لخوا پوښل شوي د ټولو اجازه ورکړل شوي ګټي لګښتونو د پلان برخه د ورته لګښتونو 60 سلنې څخه کمه نه وي (د B36 برخه (ii) (C) (2) (c) د 1986 د داخلي عوایدو (کود))

د کار ګمارونکي پوښښ وسیله

د دې وسیلې څخه کار واخلئ ترڅو په ضمیمه B کې د کوم کار ګمارونکي روغتیا پوښښ په اړه پوښتنو ته ځواب وواړئ چې تاسو یې وړ یاست (حتی که دا د بل چا دنده وي لکه د میرمنې په توګه). په لاندې شمېره شویو بکسونو کې معلومات د ب ضمیمې بکسونو سره سمون لري. د بیلګې په توګه، پدې پاڼه کې د 14 پوښتنې ځواب باید د B ضمیمه 14 پوښتنې سره سمون ولري.

خپل نوم او د ټولنیز امنیت شمېره په 1 او 2 بکسونو کې ولیکئ او له کارمند څخه وغواړئ چې پاتې فورمه ډکه کړي. د هر کار ګمارونکي لپاره یوه وسیله بشپړه کړئ چې روغتیا پوښښ وړاندې کوي.

1. د کارمند قانوني نوم (لومړی، منځنی، وروستی)	2. د کارمند ټولنیز امنیت شمېره
_____	_____

د کار ګمارونکي معلومات (د دې معلوماتو لپاره د کار ګمارونکي څخه پوښتنه وکړئ.)

3. د کار ګمارونکي نوم	4. د کار ګمارونکي پیژندنې شمېره (EIN)
_____	_____
5. د کار ګمارونکي پته (د کورنۍ ملاتړ څانګه به دې پتې ته خبرتیاوې واستوي)	6. د کار ګمارونکي تېلېفون شمېره
_____	_____ () _____
7. ښار	8. د بهرنیو چارو وزارت
_____	9. زېږ کد
10. موږ پدې دنده کې د کارمندانو روغتیا پوښښ په اړه له چا سره اړیکه نیولی شو؟	

11. د تېلېفون شمېره (که له پورته څخه توپیر ولري)	12. برېښلیک پته
_____ () _____	_____

13. ایا تاسو اوس مهال د دې ګمارونکي لخوا وړاندیز شوي پوښښ لپاره وړ یاست، یا تاسو به په راتلونکو 3 میاشتو کې وړ شئ؟

☐ هو (دواړه ورکړئ)

a که تاسو په انتظار یا امتحاني دوره کې یاست، تاسو کله کولی شئ په پوښښ کې نوم لیکنه وکړئ؟؟ _____ (میاشت/ورځ/کال)

د بل چا نومونه لیست کړئ چې د دې دندې پوښښ لپاره وړ وي.

نومونه:

☐ نه (دلته ودرېږئ او په غوښتنلیک کې 5 مرحلې ته لاړئ)

موږ ته د دې کار ګمارونکي لخوا وړاندیز شوي روغتیايي پلان په اړه وواياست.

ایا کار ورکونکی یو روغتیايي پلان وړاندیز کوي چې د کارمند میره یا انحصار پوښي؟

☐ هو کوم خلک؟ ☐ خاوند ☐ انحصاري

☐ نه (14 پوښتنې ته لاړئ)

14. ایا دا روغتیا بیمه لاندې پوښښ لري:	☐ د زیږون دمخه پاملرنه	☐ کار / زیږون	☐ د زیږون وروسته پاملرنه
--	---	--------------------------------------	---

15. ایا ګمارونکی روغتیايي پلان وړاندیز کوي چې د لږترلږه ارزښت معیار* پوره کوي؟

a. کارمند به د دې پلان لپاره په پرمیم کې څومره پیسې ورکړي؟ \$ _____

b. څو ځله؟ ☐ اونۍ ☐ هر 2 اونۍ ☐ په میاشت کې دوه ځله ☐ درې میاشتني ☐ کلنۍ

16. د ټیټ لګښت پلان لپاره چې د لږ تر لږه ارزښت معیار پوره کوي * یوازې کارمند ته وړاندیز شوی (د کورنۍ پلانونه پکې شامل نه دي): که چیرې ګمارونکي د هوساینې برنامې ولري، هغه پرمیم چمتو کړئ چې کارمند به یې تادیه کړي که چیرې هغه د دې لپاره اعظمي تخفیف تر لاسه کړي. د تنباکو د بندولو کوم پروګرامونه، او د روغتیايي پروګرامونو پر بنسټ کوم بل تخفیف ندی تر لاسه کړی.

a. کارمند به د دې پلان لپاره په پرمیم کې څومره پیسې ورکړي؟ \$ _____

b. څو ځله؟ ☐ اونۍ ☐ هر 2 اونۍ ☐ په میاشت کې دوه ځله ☐ درې میاشتني ☐ کلنۍ

که چیرې د پلان کال ډیر ژر پای ته ورسېږي او تاسو پوهیږئ چې وړاندیز شوي روغتیا پلانونه به بدل شي، 16 پوښتنې ته لاړ شئ. که تاسو نه پوهیږئ، ودرئ او کارمند ته فورمه بیرته ورکړئ.

17. ګمارونکي به د نوي پلان کال لپاره کوم بدلون راولي (که پېژندل شوی وي)؟

☐ ګمارونکی به د روغتیا پوښښ وړاندیز ونه کړي

☐ کارګمارونکي به کارمندانو ته د روغتیا پوښښ وړاندیز پیل کړي یا یوازې د هغه کارمند لپاره شتون لرونکي تړولو ټیټ لګښت پلان لپاره پرمیم بدل کړي چې د لږترلږه ارزښت معیار سره سم وي. * (پرمیم باید د هوساینې برنامو لپاره تخفیف منعکس کړي. 15 پوښتنه وګورئ.)

a. کارمند به د دې پلان لپاره په پرمیم کې څومره پیسې ورکړي؟ \$ _____

b. څو ځله؟ ☐ اونۍ ☐ هر 2 اونۍ ☐ په میاشت کې دوه ځله ☐ درې میاشتني ☐ کلنۍ

c. د بدلون نېټه (میاشت/ورځ/کال): _____

* د کارګمارونکي لخوا تمویل شوی روغتیا پلان د "لږترلږه ارزښت معیار" سره سمون لري که چیرې د پلان لخوا پوښل شوي د ټولو اجازه ورکړل شوي کټي لګښتونو د پلان برخه د ورته لګښتونو 60 سلنې څخه کمه نه وي (د B36 برخه (ii) (C) (2) (c) د 1986 د داخلي عوایدو کوډ)



ضمیمه C - د MO HealthNet د مجاز استازی ټاکل

دا فورمه وکاروئ که تاسو غواړئ د یو چا نوم ورکړئ ترڅو تاسو سره د MO روغتیا نیټ پوښښ لپاره غوښتنه کولو کې مرسته وکړي او/یا ستاسو په استازیتوب عمل وکړئ که تاسو د MO روغتیا نیټ پوښښ ترلاسه کړئ. د کورنی د ملاتړ څانګه دا شخص ته یو مجاز استازی وایی. تاسو کولی شئ یو مجاز استازی غوره کړئ یا تاسو کولی شئ پخپله عمل وکړئ. حتی که تاسو یو مجاز استازی غوره کړئ، FSD ممکن ځینې وختونه تاسو سره مستقیم اړیکه ونیسي.

که تاسو ښځه لری، تاسو او ستاسو میرمن دواړه کولی شئ ورته مجاز استازی په لومړۍ برخه کې د دواړو نومونو لیست کولو او دواړه په 2 برخه کې لاسلیک کولو سره نوم ورکړئ. که تاسو دواړه نومونه او دواړه ښځې لیست نه کړئ، مجاز استازی به یوازې د هغه چا لپاره وي چې نوم یې لیست شوی او چا لاسلیک کړی.

که تاسو سرپرست او/یا محافظه کار لری، دوی باید یو څوک وي چې یو مجاز استازی وټاکي. که تاسو یو څارنوال لری - په حقیقت کې د میسوري قانون سره سم د معتبر وکیل لخوا ټاکل شوی، دوی ممکن ستاسو په استازیتوب یو باوري استازی وټاکي، یا تاسو ممکن خپل ځان وټاکئ.

لارښوونې:

- برخه 1: خپل معلومات ډک کړئ
- برخه 2: د واک ورکولو معلومات بېلګته وکړئ او خپل نومونه لاسلیک کړئ.
- دریمه برخه: هغه شخص، اسانتیا، یا سازمان ولری چې تاسو یې ګمارئ د دوی نوم ډک کړئ او لاسلیک کړئ ترڅو تایید کړي چې دوی لاندې لیست شوي مسؤلینونه مني.
- بشپړ شوی فورمه FSD ته د نېټې څخه 90 ورځو کې دننه بیرته ورکړئ تاسو او ستاسو مجاز نماینده لاسلیک او نېټه فورمه.

برخه 1: ستاسو معلومات

ستاسو نوم

د زیږون نېټه یا DCN

د کور پته

استوګنې پته

برېښنالیک پته

د تلیفون شمېره

زه زما/زموږ د واک لرونکي استازي په توګه ټاکم:

نوم

زما مجاز استازی له لاندې څخه یو یا ډیر دی (ټول هغه څه چېک کړئ چې پلي کیږي):

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|
| ☐ خاوند | ☐ قانوني ساتونکی | ☐ څارنوال | ☐ عامه اداره |
| ☐ دماغي څانګه | ☐ محافظه کار | ☐ د څارنوال ځواک | ☐ له دې څخه هیڅ یو |
| ☐ روغتیا | | | |

زه/موږ دې شخص یا سازمان ته اجازه ورکوم چې مسؤلیت ولري (یو یا څو بکسونه چېک کړئ):

- | | |
|--|---|
| ☐ له ما سره مرسته وکړئ/موږ د MO روغتیا نیټ لپاره غوښتنه وکړئ | ☐ د FSD حساب آنلاین مخابراتو ته لاسرسی ومومئ. |
| ☐ زما په استازیتوب عمل وکړئ که چېرې I/موږ MO روغتیا نیټ ترلاسه کړو، پشمول د کلني نوي کولو او راپور ورکولو بدلونونو. | ☐ زما د مرګ وروسته د FSD حساب آنلاین مخابراتو ته لاسرسی ومومئ. |
| ☐ زما په استازیتوب غوښتنلیک وسپارئ، مګر نور هیڅ واک نلري چې زما په استازیتوب عمل وکړي یا د FSD څخه لیک ترلاسه کړي. دا کس ته اجازه نه ورکول کیږي چې زما خوندي روغتیايي معلومات ترلاسه کړي. | |

دوهمه برخه: ستاسو واک د استازیتوب لپاره

ستاسو د پورته انتخابونو پر اساس، ستاسو مجاز استازی ممکن خبرتیاوي او فورمي ترلاسه کړي، د FSD په ملکیت کې د ټولو طبي ریکاردونو په اړه معلومات، پشمول هغه ریکاردونه چې د ځانګړي تشخیصونو یا ناروغيو، جنسي لیرد شوي ناروغيو، او رواني روغتیا په اړه معلومات لري. پدې کې د مخدره توکو/الکول ناروګه ګټه اخیستنې او درملنې معلومات هم شامل دي (په CFR 2.31 42 کې). تاسو د خپل مجاز استازي لپاره موافق یاست چې خوندي روغتیايي معلومات چمتو او ترلاسه کړئ 0 (PHI).

هغه شخص یا سازمان چې I/موږ ټاکلی دی 18 کلن یا ډیر عمر لري او زما/زموږ وضعیت په کافي اندازه پوهیږي چې دوی کولی شي زما/زموږ غوښتنلیک بشپړ کړي او زما/زموږ په استازیتوب عمل وکړي. دوی به په پوهه سره غلط یا غلط بیان ونه کړي، معلومات پټ کړي، یا د کوم حقیقت یا پېښې په راپور ورکولو کې پاتې راشي چې د دې ایالت یا متحده ایالاتو د کوم قانون، مقرراتو، یا قاعدې لخوا راپور شوي وي.

دوهمه برخه: ستاسو د استازيتوب اجازه ورکول (دوام لري)	
زه/موږ پوهيږو: - زه/موږ د هغه معلوماتو لپاره مسؤل یم چې زما/زموږ د مجاز استازي لخوا ورکړل شوي، په شمول هر هغه معلومات چې ممکن غلط وي. - دا اجازه په خپله خوښه ده او هر وخت لغوه کېدای شي. زه اړتیا نلرم چې د FSD خدماتو تر لاسه کولو لپاره دا فورمه لاسلیک کړم. - زه/موږ کولی شو د هغه معلوماتو د کاپي غوښتنه وکړو چې زما مجاز استازي ته افشا شوي وي. - FSD د معلوماتو د کارولو کنټرول نه لري وروسته له دې چې مجاز استازي ته ورکړل شي. که چیرې په برېښنایی ډول وسپارم - ما موافقه کړې چې دا فورمه د برېښنایی وسیلو له لارې وسپارم. زه پوهیږم چې برېښنایی لاسلیک ورته قانوني اغیزه لري او د لیکلي لاسلیک په څیر پلي کېدای شي. ☐ زه موافق یم	
لاسلیک:	نېټه:
د میره یا دوهم والدين لاسلیک:	نېټه:
دریمه برخه: د نماینده گانو موافقه او منل	
انفرادي د مجاز استازي په توګه عمل کول: دا برخه ډک کړئ او لاسلیک کړئ.	
د استازي نوم	
د استازي استوګنځای	
د استازي برېښنالیک پته	د استازي د تلیفون شمېره
زه 18 کلن یا ډیر عمر لرم او د برخه اخیستونکي وضعیت دومره ښه پوهیږم چې د دوی غوښتنلیک بشپړ کړي یا د دوی په استازیتوب عمل وکړي. زه به په پوهه سره غلط یا غلط بیان نه کړم، معلومات پټ کړم، یا د کوم حقیقت یا پېښې په راپور ورکولو کې پاتې راغلم چې د دې ایالت یا متحده ایالاتو د کوم قانون، مقرراتو، یا قاعدې لخوا راپور شوي وي. زه موافق یم چې د غوښتنلیک ورکونکي مجاز استازي شم. زه به د هر هغه معلوماتو محرمیت خوندي کړم چې زه یې تر لاسه کوم کله چې د یوه یا اختیار استازي په توګه عمل وکړم لکه څنګه چې د فدرالي، ایالتي او محلي قوانینو، مقرراتو، مقرراتو، او د محرمیت په اړه لارښوونې اړتیا لري.. که چیرې په برېښنایی ډول وسپارم - ما موافقه کړې چې دا فورمه د برېښنایی وسیلو له لارې وسپارم. زه پوهیږم چې برېښنایی لاسلیک ورته قانوني اغیزه لري او د لیکلي لاسلیک په څیر پلي کېدای شي. ☐ زه موافق یم	
د واک لرونکي استازي لاسلیک	نېټه:
فرد چې د یوې ادارې یا تاسیساتو لپاره د مجاز نماینده په توګه کار کوي: دا برخه ډکه او لاسلیک کړئ.	
د سازمان یا اسانتیا نوم	
د سازمان یا تاسیساتو پته	
د سازمان یا د اسانتیا برېښنالیک	د سازمان تلیفون شمېره
- زه د پورته نومول شوي سازمان یا تاسیساتو استازیتوب کوم. ما د خپل هویت ثبوت FSD ته وړاندې کړی دی. - زه د ګډون کونکي وضعیت په اړه دومره ښه پوهه لرم چې د دوی غوښتنلیک بشپړ کړم یا د دوی په استازیتوب عمل وکړم. - زه به په عمدي توګه غلط یا ګمراه کونکی بیان ونه کړم، معلومات پټ کړم، یا د کوم حقیقت یا پېښې راپور ورکولو کې پاتې راغلم چې د دې ریاست یا متحده ایالاتو د کوم قانون، مقرراتو یا قواعدو لخوا راپور ورکول اړین وي. - که زه یوازې د غوښتنلیک سپارلو واک لرم، زه به د دوی په استازیتوب عمل کولو ته اجازه ور نکړم او د FSD لیکس تر لاسه نکړم. - زه به د اړتیا په صورت کې د ګډون کونکي په استازیتوب FSD ته د بدلونونو راپور ورکړم. زه به FSD ته خبر ورکړم که زه نور مجاز استازي نه یم. زه موافق یم چې د ګډون کونکي مجاز استازي شم. زه به د هر هغه معلوماتو محرمیت خوندي کړم چې زه یې تر لاسه کوم کله چې د یوه یا اختیار استازي په توګه عمل وکړم لکه څنګه چې د فدرالي، ایالتي او محلي قوانینو، مقرراتو، مقرراتو، او د محرمیت په اړه لارښوونې اړتیا لري. که چیرې په برېښنایی ډول وسپارم - ما موافقه کړې چې دا فورمه د برېښنایی وسیلو له لارې وسپارم. زه پوهیږم چې برېښنایی لاسلیک ورته قانوني اغیزه لري او د لیکلي لاسلیک په څیر پلي کېدای شي. ☐ زه موافق یم	
د واک لرونکي استازي لاسلیک	نېټه:

امریکایی هندي يا الاسکا اصلي کورنی غړی (AI/AN)

دا ضمیمه ډکه کړئ که تاسو یا د کورنی غړی یو امریکایی هندي یا د الاسکا اصلي اوسیدونکي یاست. دا د روغتیا پوښښ لپاره د خپل غوښتنلیک سره وسپارئ او د لگښتونو په ورکولو کې مرسته وکړئ.

موږ ته د خپل امریکایی هندي يا الاسکا اصلي کورنی غړو په اړه ووايست.

امریکایی هنديان او د الاسکا اوسیدونکي کولی شي د هند روغتیايي خدماتو، قبایلي روغتیا پروگرامونو، یا د ښاري هندي روغتیا پروگرامونو څخه خدمات ترلاسه کړي. دوی ممکن د لگښت شریکولو تادیه هم ونه کړي او ممکن د میاشتني نوم لیکنې ځانګړي دورې ترلاسه کړي. لاندې پوښتنې ته ځواب ورکړئ ترڅو ډاډ ترلاسه کړئ چې ستاسو کورنی ترټولو ممکنه مرسته ترلاسه کوي.

یادښت: که تاسو د شاملولو لپاره ډیر خلک لرئ، د دې پاڼې یوه کاپي جوړه کړئ او ضمیمه کړئ.

AI/AN شخص 1	AI/AN شخص 2
1. په راتلونکي کالم کې نوم ولیکئ لومړی _____ آخری _____	لومړی _____ آخری _____
2. د فدرالي پېژندل شوی غړی قبیلې؟ که هو، د قبیلې نوم: _____ ایالت چیرې چې د قبایلي حکومت څوکۍ ده موقعیت لري: _____	که هو، د قبیلې نوم: _____ ایالت چیرې چې د قبایلي حکومت څوکۍ ده موقعیت لري: _____
3. ایا دې کس کله هم د هند روغتیايي خدماتو، د قبیلوي روغتیا پروگرام، یا د ښاري هند روغتیا پروگرام، یا د دې پروگرامونو څخه د راجع کولو له لارې خدمت ترلاسه کړی دی؟ که نه، ایا دا سړی د دې وړ دی چې د هند روغتیايي خدماتو، د قبایلي روغتیا پروگرامونو، یا د ښاري هند روغتیا پروگرامونو څخه خدمتونه ترلاسه کړي، یا د دې پروگرامونو څخه د راجع کولو له لارې؟ که نه، ایا دا سړی د دې وړ دی چې د هند روغتیايي خدماتو، د قبایلي روغتیا پروگرامونو، یا د ښاري هند روغتیا پروگرامونو څخه خدمتونه ترلاسه کړي، یا د دې پروگرامونو څخه د راجع کولو له لارې؟	که نه، ایا دا سړی د دې وړ دی چې د هند روغتیايي خدماتو، د قبایلي روغتیا پروگرامونو، یا د ښاري هند روغتیا پروگرامونو څخه خدمتونه ترلاسه کړي، یا د دې پروگرامونو څخه د راجع کولو له لارې؟
4. ترلاسه شوي ځینې پیسې ممکن د MO HealthNet لپاره نه شمیرل کېږي. ستاسو په غوښتنلیک کې راپور شوي هر عاید (ډول، مقدار او څو ځله) لیست کړئ چې پدې کې د دې سرچینو څخه پیسې شاملې دي: - د یوې قبیلې څخه د سړي سر تادیات چې د طبیعي سرچینو، کاروني حق، اجارې، یا امتیازاتو څخه راځي - د طبیعي زیرمو تادیات، کرڼه، مالداري، کب نیولو، اجارې، یا د هغه ځمکې څخه چې د کورنیو چارو وزارت لخوا د هند د باور ځمکې په توګه ټاکل شوي (د ریزرویشنونو او پخوانیو ریزرویشنونو په شمول) - د هغو شیانو د پلورلو پیسې چې کلتوري اهمیت لري	ډول _____ \$ _____ څو ځله؟ ډول _____ \$ _____ څو ځله؟ ډول _____ \$ _____ څو ځله؟ ډول _____ \$ _____ څو ځله؟