

درخواست برنامه پس اندازهای خدمات درمانی/ تعیین دوباره کمکهای بهداشتی

معلومات می‌توانند این فرم را در یک فرمت جایگزین دریافت کنند. فرمهای جایگزین در دسترس عبارتند از: چاپ درشت، بریل، ضبط صدا روی نوار، فرمت الکترونیک، و عرضه گفتاری. برای دریافت این فرمها یکی از کارکنان را آگاه کنید یا درخواستتان را با تلفن، فاکس، یا TTY (خط شنوایی مخصوص افراد کم شنوا) به ما منتقل نمایید.

Seniors and
People with
Disabilities

SDS 539C

Client

نام	مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد	SSN
نام همسر			SSN
نشانی خانه		تلفن	
شهر	ایالت	کد پستی	
نشانی پستی (اگر متفاوت از نشانی بالا است)	مشتری		
طفا مشخصات هر یک از وابستگانتان را در یک برگ کاغذ جداگانه بنویسید.			
آیا شما یا یکی از اعضای خانوارتان کهنسرباز هستید؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> نه			

درآمدتان را بنویسید:

Date sent	\$	مزایای کهنسربازی	\$	مزایای تامین اجتماعی
Case number	\$	درآمد از کار	\$	مزایای بازنشستگی یا مستمری
	\$	سایر	\$	سایر

درآمد همسرتان را بنویسید:

Prime number	\$	مزایای کهنسربازی	\$	مزایای تامین اجتماعی
Date of birth	\$	درآمد از کار	\$	مزایای بازنشستگی یا مستمری
	\$	سایر	\$	سایر

من یا درخواست کنندگان دیگر، یکی از داراییهای زیر را داریم یا در آن شریک هستیم:

Program	\$	حساب(های) جاری
Branch code	\$	حساب(های) پس انداز
	\$	سپرده کوتاه مدت، گواهی سپرده، صندوق بازنشستگی، سپرده بلندمدت
	\$	سایر

من یا درخواست کنندگان دیگر در ۶۰ ماه گذشته یکی از موارد زیر را فروخته، دادوستد کرده، یا واگذار کرده‌ایم: دارایی شخصی، پول نقد، ملک (زمین، ساختمان، یا بهره ملک) یا سود وام برابری خانه. آری نه

اگر پاسختان آری است لطفا بخش زیر را پر کنید:

Worker phone #	مبلغ دریافتی هر ماه	مبلغ بدهی	ارزش هنگام مبلغ دریافت شده	تاریخ انتقال	شرح دارایی
	\$	\$	\$	ب	
	\$	\$	\$	ب	
	\$	\$	\$	ب	

اداره خدمات انسانی (DHS) درباره هیچکس تبعیض نمی‌گذارد. یعنی DHS به همه کسانی که شایستگی دارند کمک می‌کند. این اداره بر پایه سن، نژاد، رنگ، ریشه، ملیت، جنس، گرایش جنسی، مذهب، باورهای سیاسی یا معلولیت از کمک به هیچکس خودداری نمی‌کند. اگر گمان می‌کنید DHS به هر یک از این دلایل، علیه شما تبعیض قائل شده می‌توانید شکایت کنید.

من یا درخواست کنندگان دیگر، دارایی(های) زیر را داریم یا در حال خریدشان هستیم: خودرو سواری، خودرو باری، موتورسیکلت، قایق، خودرو اردویی، خودرو برف پیما، یدککش، ابزار کار، ابزار کشاورزی یا بازرگانی، دام، چوب یا داراییهای دیگر.

آری نه

دارایی	کارخانه، مدل و سال ساخت	ارزش	مبلغ بدهی
		\$	\$
		\$	\$

من یا درخواست کنندگان دیگر، دارایی(های) زیر را داریم، در حال خرید هستیم یا در آن شریکیم:

خانه خانه سیار زمین یا ساختمان دیگر هیچکدام

بخش زیر را برای هر دارایی، پر کنید	دارایی شماره ۱	دارایی شماره ۲
الف. نشانی:		
ب. کاربری ملک:		
پ. پرداختهای ماهانه:	\$	\$
ت. مالیاتهای ملک:	\$	\$
ث. بیمه آتش سوزی ساختمان:	\$	\$
ج. ارزش برابری	\$	\$

من یا درخواست کنندگان دیگر، کرایه خانه یا بخشی از آن را می‌پردازیم.

اگر "آری"، مبلغ ماهانه \$ پرداخت به

من یا درخواست کنندگان دیگر، برای کرایه خانه یا هزینه خدمات، کمک دریافت می‌کنیم آری نه

شخص پرداخت کننده	مورد	هر چند وقت یکبار	مبلغ
			\$
			\$

من یا درخواست کنندگان دیگر، بیمه درمان داریم. آری نه

اگر پاسختان آری است نوع بیمه را انتخاب و بخش زیر را پر کنید.

<input type="checkbox"/> پوشش فردی	<input type="checkbox"/> مزایای دولتی	<input type="checkbox"/> ادعاهای ویژه
شرکت	شماره بیمه نامه	میزان حق بیمه
		\$
		\$

من یا درخواست کنندگان دیگر، ادعای بیمه آسیب دیدگی داریم. آری نه

اگر پاسختان آری است نام شخص/اشخاص آسیب دیده و تاریخ آسیب را بنویسید.

اگر پاسختان آری است لطفا فرم مربوطه DHS 0451 را پر کنید.

من یا درخواست کنندگان دیگر، بیمه عمر یا کفن و دفن داریم. آری نه

اگر پاسختان آری است بخش زیر را پر کنید.

شرکت	شماره بیمه نامه	ارزش اسمی	مبلغ نقدی	شخص بیمه شده
		\$	\$	
		\$	\$	

من یا درخواست کنندگان دیگر، از خدمات درمانی که در ۹۰ روز گذشته دریافت کرده‌ایم صورتحساب پرداخت نشده داریم.

آری نه

من یا درخواست کنندگان دیگر، سپرده کفن و دفن، مانند بیمه عمر داریم یا هزینه کفن و دفن خود را از

پیش پرداخته‌ایم یا نزد دیگران، پول گذاشته‌ایم تا هزینه کفن و دفن را بدهند. آری نه

نام شرکت
نشانی
مبلغ \$

- آشنایی برای تماس اضطراری
 آشنایی برای تماس اضطراری
 قیام
 نماینده قانونی
 وکالتنامه
 سرپرست

تلفن

نام

هر چند ناچار نیستید بخش زیر را پر کنید همکاری شما به تعیین میزان پیروی از قانون حقوق مدنی کشوری، کمک خواهد کرد. این اطلاعات هنگام بررسی درخواست شما به کار گرفته نخواهد شد. شما می‌توانید از دادن این اطلاعات خودداری کنید؛ خودداری شما بر رسیدگی به درخواستتان اثر نخواهد گذاشت. ما بر پایه عنوان ۶ قانون حقوق مدنی سال ۱۹۶۴ حق داریم این اطلاعات را بخواهیم.

برای قومیت (یک گزینه را انتخاب کنید): اسپانیولی یا لاتین غیر اسپانیولی یا لاتین
 برای پیشینه نژادی (یک یا چند گزینه را انتخاب کنید): سیاه یا آمریکایی آفریقایی آسیایی سفید
 سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا بومی هاوایی یا جزیره‌های دیگر اقیانوس آرام

اطلاعاتی که در این فرم می‌نویسید از سوی مقامهای کشوری، ایالتی و محلی و با به کارگیری نظام تایید شایستگی و درآمد ایالتی، بازبینی و تایید خواهد شد. ممکن است این اطلاعات برای تایید به سازمان خدمات مهاجرت و شهروندی آمریکا نیز داده شود.

"واگذاری" پرداختها. برای دریافت کمک دولتی باید حق برداشت هر پولی که از جاهای زیر دریافت می‌کنید یا حق دارید دریافت کنید را به اداره خدمات انسانی بدهید: (۱) بیمه درمان خصوصی، و (۲) اشخاص یا منابع دیگری که مسئولیت پوشش هزینه‌های مربوط به یک آسیب که اداره خدمات انسانی می‌پردازد را دارند یا شاید مسئول آن باشند.

با امضای این فرم، شما می‌پذیرید همه حقوق این پرداختها را برای همه کسانی که زیر پوشش کمک دولتی شما هستند به اداره خدمات انسانی "واگذار" نمایید. یعنی خودتان و دیگر اعضای خانواده.

با امضای این فرم می‌پذیرید که برای یافتن و دریافت این پولها به اداره خدمات انسانی کمک کنید. پولی که اداره خدمات انسانی می‌تواند دریافت نماید محدود است و نمی‌تواند بیش از پولی که به شما و خانواده‌تان کمک کرده بگیرد.

همچنین می‌پذیرید که فراهم کنندگان درمان، بیمارستانها، کارفرمایان و سازمانهای دولتی می‌توانند سابقه پزشکی را به شرکتهای بیمه بدهند. این بند، سابقه پزشکی شما و دیگر اعضای خانواده‌تان که کمک بهداشتی دریافت می‌کنند را دربرمی‌گیرد. این کار، تنها با هدف دریافت پول انجام خواهد شد.

اگر بیمه دیگری دارید. اگر خودتان یا یکی دیگر از اعضای خانواده‌تان بیمه درمانی دیگری دارید پیش از دریافت خدمات به فراهم کننده خدمات (پزشک، درمانگاه یا بیمارستان) بگویید. آنها باید پیش از درخواست هزینه از اداره خدمات انسانی، آن را از آن شرکت بیمه درخواست کنند.

اگر فرزند دارید و پدر یا مادر فرزندان با شما زندگی نمی‌کند شاید برای گرفتن کمک نقدی بهداشتی یا پوشش خدمات درمانی برای فرزندان به همکاری با برنامه پشتیبانی از کودک ایالت نیاز داشته باشید. اگر گمان می‌کنید همکاری با برنامه پشتیبانی از کودک برای شما یا فرزندان خطرناک است نیازی به این کار ندارید.

اگر اداره خدمات انسانی، صورتحساب درمانی را بپردازد که باید بیمه می‌پرداخته، این اداره برای پس گرفتن پول خود اقدام خواهد کرد. برای نمونه:

- اگر اداره خدمات انسانی، صورتحسابی را بپردازد که بیمه خصوصی باید می‌پرداخته، این اداره تلاش خواهد کرد پول را از شرکت بیمه پس بگیرد.
- اگر اداره خدمات انسانی، صورتحسابی را بپردازد و فراهم کننده خدمات از شرکت بیمه هم پول آن را بگیرد این اداره تلاش خواهد کرد پول را از فراهم کننده خدمات پس بگیرد.
- اگر اداره خدمات انسانی، یک صورتحساب درمانی یا خدماتی را بپردازد و یک شرکت بیمه، پول آن صورتحساب را به شما بپردازد این اداره خواهد کوشید پولش را از شما پس بگیرد.

چه کسی باید شماره تامین اجتماعی (SSN) خود را بدهد

قانون کشوری از همه کسانی که برای مزایای درمانی درخواست می‌دهند می‌خواهد SSN خود را به اداره خدمات انسانی بدهند.

کسانی که از طریق برنامه معافیت درمان اضطراری شهروندان/بیگانگان و تنها برای مزایای درمان اضطراری درخواست می‌دهند، کسانی که برای طرح استقلال اورگان درخواست می‌دهند یا کسانی که برای مزایا درخواست نمی‌دهند نیازی به ارائه شماره تامین اجتماعی‌شان ندارند.

DHS شماره تامین اجتماعی را چگونه به کار می‌برد یا افشا می‌کند؟

این اداره، SSN شما را برای کارهای زیر به کار می‌برد:

- کمک به تصمیم‌گیری درباره شایستگی شما برای دریافت مزایا.
- تایید درآمد یا داراییهای دیگر شما و مطابقت آنها با دیگر اسناد ایالتی و کشوری، مانند: اداره کل مالیاتهای درون‌مرزی، کمک بهداشتی، پشتیبانی کودک، مزایای بیکاری و تامین اجتماعی.
- آماده‌سازی مجموع اطلاعات یا گزارشهای درخواست‌شده از سوی منابع مالی برنامه‌ای که برای دریافت مزایا از آن درخواست می‌دهید.

DHS می‌تواند SSN شما را در موارد زیر به کار ببرد یا افشا کند:

- در صورت نیاز برای به کارگیری برنامه‌ای که برایش درخواست می‌دهید یا از آن مزایا می‌گیرید.
 - برای انجام بهسازی و سنجش کیفیت.
 - برای تایید مبلغ درست پرداختها و جبران مزایایی که بیش از اندازه پرداخت شده است.
 - برای حصول اطمینان از اینکه هیچکس در بیش از یک خانوار، مزایا دریافت نکند.
- قانونهای فدرال 42 USC 1320b-7(a) و 42 USC 2011-1036(b)،
42 CFR 435.910، 42 CFR 435.920 و 42 CFR 457.340(b)
قانون DHS 461-120-0210 OAR

دادوستد اطلاعات پزشکی حفاظت‌شده ویژه برای هدفهای درمانی

قانون اورگان (ORS 192.518 - 192.526) به DHS و برنامه‌های مراقبت مدیریت‌شده، اجازه می‌دهد اطلاعات پزشکی حفاظت شده زیر را بدون اجازه شما و برای کارهای درمانی به برنامه مراقبت مدیریت‌شده‌ای بدهد که خدمات بهداشت جسمی یا رفتاری به شما می‌دهد:

- شماره دریافت خدمات درمانی و نام شما
- نام پزشک درمانگر یا بیمارستان شما
- شماره خدمات درمانی کسی که به شما خدمات می‌دهد
- بیماری شما
- اطلاعات زیر درباره خدمات داده شده به شما:
 - تاریخهای خدمات
 - شمار واحدهای خدمات داده شده
 - کدهای درآمد و روش
 - اطلاعات تجویز و پایش دارو

اظهارنامه برداشت از دارایی. شما با امضای این فرم می‌پذیرید که ممکن است اداره خدمات انسانی (به شیوه تعریف شده در ORS 414.105) از دارایی شما پول برداشت کند. مبلغ قابل برداشت معمولاً برابر است با مبلغ مزایای درمانی (از جمله مراقبت بلندمدت) که پس از رسیدن به ۵۵ سالگی دریافت کرده‌اید. این مبلغ، پرداختهای سرانه که از طریق برنامه بهداشت اورگان به یک فراهم‌کننده خدمات مدیریت‌شده، صورت گرفته را نیز صرف‌نظر از میزان واقعی خدمات درمانی فراهم شده دربرمی‌گیرد. اگر هنگام مرگتان، (به شیوه تعریف شده در OAR 461-135-0832) به طور همیشگی در موسسه‌ای تحت مراقبت باشید مزایای درمانی که پیش از ۵۵ سالگی، پرداخت گردیده را می‌توان باز پس گرفت. بخشی از مزایای نقدی دریافت شده در هر سنی، قابل باز پس‌گیری است از جمله پرداختهای انجام شده برای مزایای داروهای بانسخه بر پایه پوشش بخش D مراقبت درمانی. این پول را می‌توانند هنگام مرگم از دارایی‌ام بردارند. اگر همسرم پس از من زنده بماند این برداشت تا هنگام مرگ او عقب خواهد افتاد. اگر فرزند زیر ۲۱ سال یا فرزند نابینا و معلول از من بماند از دارایی‌ام هیچ پولی کم نخواهد شد (ORS 115.125).

حقوق و مسئولیتها. حقوق و مسئولیتها که در بالا نوشته شده است را خوانده‌ام و فهمیده‌ام و نسخه‌ای از SDS 0539R یا DHS 0415R را دارم.

من راست، درست و کامل بودن اطلاعاتی که در این درخواست نوشته‌ام را تا جایی که می‌دانم و آگاهی دارم گواهی می‌کنم. درک می‌کنم که دروغ گفتن یا پنهان کردن اطلاعات، ممکن است مرا در معرض کیفرهای یادشده در قانون کشوری و ایالتی قرار دهد.

تاریخ

امضای قانونی کامل سرپرست خانوار

تاریخ

امضای همسر