

استبيان حول الأهلية للحصول على استحقاقات

أ. معلومات حول الفرد			
رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الاسم الكامل عند الميلاد	
هل أنت من قدامى المحاربين الأميركيين؟ نعم <input type="checkbox"/> كلاً <input type="checkbox"/>	مكان الميلاد (المدينة، الولاية مع إرفاق نسخة من شهادة الميلاد الخاصة بالفرد)		
تاريخ ومكان الزواج/الطلاق	اسم الزوج أو الزوجة	الحالة الاجتماعية	
هل أنت مواطن أميركي؟ نعم <input type="checkbox"/> كلاً <input type="checkbox"/> إذا كان الجواب كلاً، فيرجى تقديم رقم التسجيل الأجنبي الخاص بالفرد وتاريخ الدخول ومنفذ الدخول. يرجى إرفاق نسخة من كلا جانبي بطاقة العمل الخاصة بالفرد أو بطاقة الإقامة الدائمة وأي دليل آخر على حالة الهجرة الحالية للشخص.			
هل نمة وصي قانوني معين من قبل المحكمة، أو وصي بديل أو احتياطي، أو حارس، أو لجنة للفرد؟ نعم <input type="checkbox"/> كلاً <input type="checkbox"/> إذا كان الجواب نعم، اكتب الاسم والعنوان (أرفق نسخاً من الأوراق القانونية):			
إذا كان عمر الفرد أقل من ٢١ عاماً، هل يعيش/تعيش مع والديه/والديها؟ نعم <input type="checkbox"/> كلاً <input type="checkbox"/>			
هل الفرد مسجل في برنامج Medicaid؟ نعم <input type="checkbox"/> كلاً <input type="checkbox"/> رقم تعريف العميل (CIN): إذا كان الجواب نعم: هل تم تقديم طلب تسجيل؟ نعم <input type="checkbox"/> كلاً <input type="checkbox"/> تاريخ الطلب: سبب الرفض:			
تاريخ الموافقة: إذا كان الجواب نعم، أكمل ما يلي: تاريخ الرفض:			
هل الفرد مسجل في برنامج الإعفاء الخاص بالخدمات المنزلية والمجتمعية HCBS؟ نعم <input type="checkbox"/> كلاً <input type="checkbox"/> هل قدم الفرد طلباً للتسجيل في برنامج الإعفاء الخاص بالخدمات المنزلية والمجتمعية؟ نعم <input type="checkbox"/> كلاً <input type="checkbox"/> تاريخ الطلب: سبب الرفض:			
ما هي الخدمات التي يتلقاها الفرد أو يطلبها؟ قم بإدراج جميع الخدمات التي تقدمها كل الوكالات:			
ب. معلومات حول دخل الفرد			
هل يحصل الفرد على دخل من أي مصدر؟ نعم <input type="checkbox"/> كلاً <input type="checkbox"/> إذا كان الجواب نعم، أكمل الجدول التالي المتعلق بجميع مصادر الدخل التي حصل عليها الفرد خلال الأشهر الثلاثة الماضية:			
المبلغ الشهري	رقم المطالبة	من هي الجهة المستفيدة؟	مصدر الدخل
\$			الضمان الاجتماعي
\$			دخل الضمان التكميلي (SSI)
\$			الاستحقاقات الأخرى
\$			
هل تم توظيف الفرد في السابق أو هل حصل على أجور (بما في ذلك الأجور من ورشة عمل)؟ نعم <input type="checkbox"/> كلاً <input type="checkbox"/> إذا كان الجواب نعم، فهل يعمل الفرد حالياً؟ نعم <input type="checkbox"/> كلاً <input type="checkbox"/> إذا كان الجواب نعم، أكمل ما يلي بشأن صاحب العمل (أصحاب العمل) الحالي/ الحاليين، وأصحاب العمل الآخرين، والأجور الإجمالية الشهرية خلال الأشهر الثلاثة الماضية.			

صاحب العمل (أصحاب العمل)	العنوان	إجمالي الأجر
ج. معلومات حول أصول الفرد		
<p>أجب عن السؤال التالي فقط إذا كان الفرد سيقدم في مرفق رعاية وسيطة ICF: هل باع الفرد أو تنازل عن أو نقل أي أموال نقدية أو عقارات أو أصول أخرى خلال الأشهر ٦٠ الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً إذا كان الجواب نعم، قم بإرفاق وثيقة تحتوي على التفاصيل، بما في ذلك نوع الأصل، والقيمة، ولمن تم بيع/منح/نقل الأصل، وتاريخ المعاملة والمبلغ الذي تم بيع الأصل من أجله.</p>		
<p>هل وضع الفرد أي أصل (أصول) في صندوق ائتماني أو هل تم إجراء أي مدفوعات من صندوق ائتماني تم إنشاؤه لصالح الفرد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً إذا كان الجواب نعم، قم بإرفاق نسخة من مستند الصندوق الائتماني أو ورقة تحتوي على تفاصيل الصندوق، بما في ذلك مصدر الأموال واسم الوصي وموقع الصندوق ورقم الحساب وقيمة الصندوق.</p>		
<p>هل يمتلك الفرد أي حساب (حسابات) مصرفية، أو حساب (حسابات) اتحاد ائتماني، أو شهادات إيداع، أو استحقاقات سنوية، أو خطط تقاعد 401(k)، أو حساب تقاعد آخر، أو أسهم، أو سندات، أو أوراق مالية، أو فائدة في ممتلكات عقارية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً إذا كان الجواب نعم، قم بإرفاق نسخ (أرفق ورقة إضافية إذا لزم الأمر للأصول أو التفاصيل الإضافية):</p>		
	الأصل ١	الأصل ٢
نوع الأصل		
اسم الشخص الذي يستلم البيانات المصرفية أو الذي يحتفظ بالسجلات		
قيمة الأصل الحالية		
<p>هل ثمة صندوق دفن للشخص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً إذا كان الجواب نعم، أرفق نسخة من البيان الأخير. هل لدى الفرد عقد جنازة مبرم مسبقاً، أو صندوق ائتماني للدفن، أو خطة دفن، أو غير ذلك من عناصر المساحة المخصصة للدفن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً إذا كان الجواب نعم، قم بتقديم التفاصيل (أرفق نسخة عن العقد):</p>		
د- الدخل أو الأصول المستقبلية للفرد		
<p>هل للفرد مصلحة أو مصلحة محتملة أو يتوقع الحصول على ميراث أو تسوية دعوى قضائية أو صندوق ائتماني أو أصل آخر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً إذا كان الجواب نعم، قم بوصف الأصل أدناه (أرفق ورقة تحتوي على التفاصيل).</p>		
هـ. معلومات حول تأمين حياة الفرد		
<p>هل يوجد تأمين على حياة الفرد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً إذا كان الجواب نعم، أكمل ما يلي (أرفق نسخة من البوليصة): اسم شركة التأمين وعنوانها</p>		
رقم (أرقام) البوليصة	القيمة الإسمية	\$
اسم الشخص الذي يحتفظ بالبوليصة وعنوانه		
و. معلومات حول التأمين الصحي للفرد		
هل يملك الفرد تأمين الرعاية الطبية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً	رقم المطالبة
الجزء أ تأمين المستشفيات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً	تاريخ النفاذ
الجزء ب التأمين الطبي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً	

		الجزء د خطة الأدوية الموصوفة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً	
		خطة مزايا الرعاية الطبية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً	
اسم خطة مزايا الرعاية الطبية والعنوان ورقم الهاتف			
هل يملك الفرد تغطية من تأمين صحي آخر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً إذا كان الجواب نعم، يرجى إرفاق نسخة من شهادة التأمين أو البوليصا أو الكتيب أو البطاقة (من الأمام والخلف) وإكمال ما يلي:			
اسم شركة التأمين وعنوانها			
رقم البوليصا		رقم المجموعة	
المعرّف (المعرّفات) الأخرى			
تاريخ سريان التغطية		اسم المشترك	
اسم المجموعة / صاحب العمل وعنوانه			
ز. تحديد المعلومات المتعلقة بوالدي الفرد والزوج/الزوجة			
الزوج/الزوجة		الأم	
		الأب	
الاسم الكامل عند الميلاد / الاسم قبل الزواج			
تاريخ الميلاد			
مكان الميلاد (المدينة، الولاية)			
رقم الضمان الاجتماعي			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً	
مواطن أميركي			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً	
قدامى المحاربين الأميركيين			
إذا كان الجواب نعم، قم بتقديم:			
الرقم التسلسلي			
رقم المطالبة			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً	
الحصول على استحقاقات الإعاقة/التقاعد			
تاريخ الإعاقة/التقاعد			
تاريخ ومكان الوفاة، عند الاقتضاء			
ح. الممثلون الماليون للفرد			
هل يملك أي شخص (أشخاص) آخر/آخرين معلومات مالية حول الفرد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلاً			
إذا كان الجواب نعم، قم بتقديم المعلومات أدناه (أرفق ورقة إذا لزم الأمر):			
الاسم		العنوان ورقم الهاتف	
صلة القرابة			
ط. إن المعلومات المقدمة صحيحة على حد علمي			
توقيع الشخص الذي يملأ النموذج		الاسم مطبوع	
صلة القرابة بالفرد		التاريخ	
رقم الخليوي		رقم مكان العمل	
		البريد الإلكتروني	