

مراعات کی اہلیت کے لیے سوالنامہ

A. فرد کے بارے میں معلومات			
پیدائشی نام، مکمل	تاریخ پیدائش	سوشل سیکیورٹی نمبر	
پیدائش کا مقام (شہر، ریاست اور فرد کے پیدائش کے سرٹیفیکٹ کی ایک نقل لف کریں)			
امریکی باشندہ	جی ہاں	نہیں	
اگر جواب نہیں ہے، تو براہ کرم فرد کے A نمبر، داخلے کی تاریخ، اور داخلی راستے کا ثبوت لف کریں۔ براہ کرم کسی قسم کی ملازمت کے منظوری نامے کی دونوں جانب سے نقل یا مستقل رہائشی کارڈ یا دیگر کسی بھی دستاویز کی ایک نقل لف کریں جو فرد کی موجودہ امیگریشن حیثیت کی وضاحت کرتی ہو۔			
ازدواجی حیثیت	شریک حیات کا نام	شادی/طلاق کی تاریخ اور مقام	
امریکی باشندہ جی ہاں نہیں			
اگر جواب نہیں ہے، تو براہ کرم فرد کے A نمبر، داخلے کی تاریخ، اور داخلی راستے کا ثبوت لف کریں۔ براہ کرم کسی قسم کی ملازمت کے منظوری نامے کی دونوں جانب سے نقل یا مستقل رہائشی کارڈ یا دیگر کسی بھی دستاویز کی ایک نقل لف کریں جو فرد کی موجودہ امیگریشن حیثیت کی وضاحت کرتی ہو۔			
کیا فرد کے لیے عدالت کا مقررہ کوئی قانونی سرپرست، متبادل یا عارضی سرپرست، محافظ، کمیٹی ہے؟			
جی ہاں نہیں اگر جواب ہاں ہے، تو نام اور پتہ فراہم کریں (قانونی کاغذات کی نقول لف کریں):			
اگر فرد 21 سال سے کم عمر ہے، تو کیا وہ والدین کے ساتھ رہتا ہے؟			
جی ہاں نہیں			
کیا فرد کے پاس Medicaid ہے؟			
جی ہاں نہیں			
اگر جواب ہاں ہے تو: کلائنٹ کا شناختی نمبر (CIN) _____ تاریخ منظوری: _____			
اگر جواب نہیں ہے تو: کیا Medicaid کے لیے ایک درخواست دی گئی تھی؟ جی ہاں نہیں اگر جواب ہاں ہے تو مندرجہ ذیل مکمل کریں:			
تاریخ درخواست: _____ تاریخ استرداد: _____			
استرداد کی وجہ: _____			
کیا فرد HCBS اسٹینڈی کے لیے اندراج یافتہ ہے؟			
جی ہاں نہیں اندراج کی تاریخ: _____			
اگر نہیں تو: کیا فرد کے لیے HCBS اسٹینڈی کے لیے درخواست دائر کی گئی ہے؟			
جی ہاں نہیں درخواست کی تاریخ: _____ تاریخ استرداد: _____			
استرداد کی وجہ: _____			
فرد کون سی خدمات وصول کر رہا ہے/کن خدمات کی درخواست کر رہا ہے؟ ایجنسیز کی جانب سے فراہم شدہ تمام خدمات شامل کریں:			
B. فرد کی آمدن کے بارے میں معلومات			
کیا فرد کسی بھی ذریعے سے آمدن وصول کرتا ہے؟ جی ہاں نہیں			
اگر جواب ہاں ہے، تو فرد کو گزشتہ 3 ماہ کے دوران وصول ہونے والی آمدنی کے تمام ذرائع کے حوالے سے مندرجہ ذیل مکمل کریں:			
آمدنی کا ذریعہ	اداکندہ کون ہے؟	دعویٰ نمبر	ماہانہ رقم
سوشل سیکیورٹی			\$
ضمنی سیکیورٹی آمدن (Supplemental Security Income)			\$
دیگر مراعات			\$
			\$
کیا فرد کبھی بھی برسرروزگار رہا ہے یا اس نے (کسی ورکشاپ سے وصول شدہ اجرتوں سمیت) اجرت وصول کی؟			
جی ہاں نہیں			
اگر جواب ہاں ہے، تو کیا فرد فی الوقت برسرروزگار ہے؟			
جی ہاں نہیں			
اگر جواب ہاں ہے، تو موجود آجر (آجرین)، دیگر آجرین، اور گزشتہ 3 ماہ کے دوران ماہانہ مجموعی اجرت کے بارے میں مندرجہ ذیل مکمل کریں۔			
آجر (آجرین)	پتہ	مجموعی اجرت	

C. فرد کے اثاثہ جات کے بارے میں معلومات

ان سوالات کے جواب صرف اسی صورت میں دیں کہ جب فرد کسی ایک ICF میں رہائش پذیر رہے گا:

کیا فرد نے، گزشتہ 60 ماہ کے دوران کوئی بھی نقد، ریئل اسٹیٹ یا دیگر اثاثہ جات (اثاثے) فروخت کیے، ہدیہ کیے یا منتقل کیے؟

جی ہاں نہیں
اگر جواب ہاں ہے، تو اثاثے کی قسم، قدر، کس فرد کو اثاثے فروخت/ہدیہ/منتقل کیے گئے، لین دین کی تاریخ اور وہ رقم کہ جس کے عوض اثاثہ جات فروخت کیے گئے سمیت تمام تفصیلات کی حامل ایک شیٹ لف کریں۔

کیا فرد نے کوئی بھی اثاثہ (اثاثہ جات) کسی ٹرسٹ میں رکھوائے یا کسی ایسے ٹرسٹ سے ایسی کوئی ادائیگی کی گئی جو فرد کے فائدے کے لیے قائم کیا گیا ہو؟

جی ہاں نہیں
اگر جواب ہاں ہے، ٹرسٹ کی دستاویز کی ایک نقل لف کریں یا ایک شیٹ لف کریں جس میں رقم کے ذرائع، ٹرسٹی کا نام، ٹرسٹ کا مقام، اکاؤنٹ نمبر اور ٹرسٹ کی قدر سمیت ٹرسٹ کے بارے میں تمام معلومات موجود ہوں۔

کیا فرد کا کوئی بینک اکاؤنٹ (اکاؤنٹس)، کریڈٹ یونین اکاؤنٹ (اکاؤنٹس)، سرٹیفکیٹس آف ڈپازٹ، سالانہ وظیفہ، (k) 401، دیگر ریٹائرمنٹ اکاؤنٹ، اسٹاکس، بانڈز، سیکیورٹیز، یا ریئل پراپرٹی میں مفادات ہیں؟

جی ہاں نہیں
اگر جواب ہاں ہے، تو نقول لف کریں (اگر اضافی اثاثوں یا تفصیلات کے لیے درکار ہو تو ایک شیٹ لف کریں):

اثاثہ 2	اثاثہ 1	
		اثاثے کی قسم
		فرد کا نام جو بینک اسٹیٹمنٹس وصول کر رہا ہے یا ریکارڈز رکھتا ہے
		اثاثے کی موجودہ قدر

کیا فرد کے لیے تدفین کا فنڈ ہے؟ جی ہاں نہیں اگر جواب ہاں میں ہے، تو حالیہ ترین اسٹیٹمنٹ کی ایک نقل لف کریں۔

کیا فرد کے پاس آخری رسومات کا پیشگی معاہدہ، تدفین کا ایک ٹرسٹ، تدفین کے لیے ایک جگہ یا تدفین کی جگہ کی دیگر اشیاء ہیں؟ جی ہاں نہیں اگر جواب ہاں ہے، تو تفصیلات فراہم کریں (معاہدے کی ایک نقل لف کریں):

D. مستقبل میں فرد کی آمدن یا اثاثہ جات

کیا فرد کسی وراثت، مقدمے کے تصفیے، ٹرسٹ فنڈ یا دیگر اثاثوں میں حصہ دار، ممکنہ حصہ دار، یا حصہ ہانے کے لیے پر امید ہے؟

جی ہاں نہیں
اگر جواب ہاں ہے تو اثاثہ جات کی تفصیل ذیل میں بیان کریں (تفصیلات کی حامل ایک شیٹ لف کریں):

E. فرد کی زندگی کے بیمہ کی معلومات

کیا فرد کی زندگی کا کوئی بیمہ موجود ہے؟ جی ہاں نہیں اگر جواب ہاں ہے، تو مندرجہ ذیل مکمل کریں (پالیسی کی ایک نقل لف کریں)

بیمہ کمپنی کا نام اور پتہ

پالیسی نمبر (نمبرز) برائے نام قدر \$

اس فرد کا نام اور پتہ جو پالیسی رکھتا ہے

F. فرد کی صحت کے بیمہ کے بارے میں معلومات

کیا فرد کے پاس Medicare ہے؟ جی ہاں نہیں

حصہ A ہاسپٹل بیمہ

جی ہاں نہیں

حصہ B طبی بیمہ

جی ہاں نہیں

حصہ D مجوزہ دوا کا منصوبہ

جی ہاں نہیں

Medicare فوقیت کا منصوبہ

جی ہاں نہیں

Medicare فوقیتی منصوبے کا نام، پتہ اور فون نمبر

کیا فرد کسی دوسرے طبی بیمہ کے تحت احاطہ شدہ ہے؟ جی ہاں نہیں اگر جواب ہاں ہے، تو براہ کرم بیمہ سرٹیفکیٹ، پالیسی، کتابچہ، یا کارڈ کی (سامنے اور پشت کی جانب سے) ایک نقل لف کریں، اور مندرجہ کو مکمل کریں:			
بیمہ کمپنی کا نام اور پتہ			
پالیسی نمبر	گروپ نمبر	دیگر شناخت کار (شناخت کاران)	
کورسج کے موثر ہونے کی تاریخ		سبسکرائبر کا نام	
گروہ/آجر کا نام اور پتہ			
G. فرد کے والدین اور شریک حیات کی شناخت کرنے والی معلومات			
	والد/والدہ 1	والد/والدہ 2	شریک حیات
پیدائش کے وقت مکمل نام/کنوارین کا نام			
تاریخ پیدائش			
جائے پیدائش (شہر، ریاست)			
سوشل سیکیورٹی نمبر			
امریکی شہری	جی ہاں نہیں	جی ہاں نہیں	جی ہاں نہیں
سابق امریکی فوجی	جی ہاں نہیں	جی ہاں نہیں	جی ہاں نہیں
اگر جواب ہاں ہے، تو فراہم کریں:			
سیریل نمبر			
دعویٰ نمبر			
معذوری/ریٹائرمنٹ کی مراعات وصول کر رہے ہیں	جی ہاں نہیں	جی ہاں نہیں	جی ہاں نہیں
معذوری/ریٹائرمنٹ کی تاریخ			
تاریخ اور جائے وفات، اگر قابل نفاذ ہے تو			
H. فرد کے لیے مالی نمائندگان			
کیا دیگر کوئی ایسا فرد (افراد) ہیں جن کے پاس فرد کے بارے میں مالی معلومات ہوں جی ہاں نہیں اگر جواب ہاں ہے، تو ذیل میں معلومات فراہم کریں (اگر درکار ہو تو ایک شیٹ لف کریں):			
نام	پتہ اور فون نمبر	تعلق	
I. فراہم شدہ معلومات میرے بہترین علم کے مطابق درست ہیں			
فارم مکمل کرنے والے فرد کے دستخط		جلی حروف میں نام	
فرد سے تعلق	تاریخ	گھر کا فون	
سیل فون	کام کے مقام کا فون	ای میل	