

استمارة طلب التسجيل في البرنامج

يُرجى استكمال جميع المعلومات المطلوبة. إذا كانت معلوماتك مطبوعة مسبقاً أدناه، يرجى مراجعتها وتصحيحها عند الضرورة. ضع خطأً على أي معلومة غير صحيحة وأضف المعلومات المصححة أو الناقصة.

معلومات الأسرة

تشير كلمة "الأسرة" إلى: أنت، وزوجتك/زوجك، وأطفالك، وأي شخص آخر يعيش معك ولديك علاقة قانونية معه. لا داعي لتضمين معلومات عن الأشخاص الذين يعيشون معك ولكنهم ليسوا جزءاً من "أسرتك".

اللغة المفضلة	رقم الضمان الاجتماعي أو رقم التعريف الضريبي (رقم تعريف دافع الضرائب الفردي##)	حالة الإقامة في الولايات المتحدة	الصلة	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	الاسم: (الأخير، الأول، الأوسط):

يجب أن تكمل النموذج في الصفحات التالية →



الاسم: الاسم (الأخير، الأول، الأوسط): أدرج جميع الأشخاص المذكورين في الصفحة الأولى.	العرق	الهوية العرقية	الجنس (في شهادة ميلادك)	الهوية الجنسية

الإقامة: إذا كنت أنت، مقدم الطلب، تعاني حاليًا من التشرد، يرجى إدخال الموقع الذي تنام فيه ليلاً. في الخانة المخصصة للعنوان الفعلي، يمكنك استخدام أسماء الشوارع المتقاطعة أو عنوان الملجأ. يجب أيضًا إضافة اسم المدينة، والمقاطعة، والرمز البريدي للمكان الذي تنام فيه. إذا كنت لا تعرف الرمز البريدي، أدخل 78701.

هل أنت مشرد حاليًا؟ لا نعم

العنوان الفعلي (عنوان الشارع فقط، بدون صندوق بريد) رقم الشقة، المدينة، الرمز البريدي، المقاطعة:

عنوان المراسلة، إذا كان مختلفًا عن العنوان المذكور أعلاه (الشارع أو مكتب صندوق البريد):

رقم هاتف المنزل:

رقم الهاتف المحمول:

البريد الإلكتروني:

أوافق على تلقي الرسائل النصية* لا نعم

أوافق على تلقي الرسائل الإلكترونية* لا نعم

أتفهم أنه من خلال تقديم الموافقة على استلام الرسائل النصية و/أو رسائل البريد الإلكتروني المذكورة أعلاه، فإنني أدرك وجود مخاطر مرتبطة بإرسال الرسائل النصية والبريد الإلكتروني غير المشفر، وأقدم موافقتي على استلام المعلومات من Central Health (مثل المواعيد المجدولة، حالة طلبتي، تجديدات وتغييرات تغطية البرامج والخدمات).

يجب أن تكمل النموذج في الصفحات التالية →



يرجى الإجابة على جميع الأسئلة الواردة في هذه الاستمارة.

1. ما هي حالتك الاجتماعية؟

أعزب متزوج/متزوج حسب القانون العام مطلق منفصل أرمل

2. هل أنت أو أي شخص في أسرتك حامل؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فمن هي؟

3. هل تلقى أي شخص في أسرتك أي دخل خلال 30 يومًا الماضية؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر جميع مصادر دخل الأسرة أدناه. يرجى التأكد من تضمين ما يلي: الشيكات الحكومية؛ الأموال الناتجة عن التدريب أو العمل؛ دخل الكفيل؛ النفقة للأطفال؛ ودخل البطالة.

صاحب العمل رقم الهاتف:	كم عدد مرات الاستلام؟	الإجمالي المبلغ المستلم (قبل خصم الضرائب)	نوع الدخل المستلم	اسم الشخص الذي يتلقى المال
	<input type="checkbox"/> يوميا <input type="checkbox"/> إسبوعيا <input type="checkbox"/> نصف شهري <input type="checkbox"/> مرتان شهريا <input type="checkbox"/> شهريا <input type="checkbox"/> لا يوجد دخل في آخر 30 يومًا		<input type="checkbox"/> الأجر <input type="checkbox"/> العمل الحر <input type="checkbox"/> مستحقات الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> إعانات البطالة <input type="checkbox"/> معدومي الدخل <input type="checkbox"/> دخل آخر	
	<input type="checkbox"/> يوميا <input type="checkbox"/> إسبوعيا <input type="checkbox"/> نصف شهري <input type="checkbox"/> مرتان شهريا <input type="checkbox"/> شهريا <input type="checkbox"/> لا يوجد دخل في آخر 30 يومًا		<input type="checkbox"/> الأجر <input type="checkbox"/> العمل الحر <input type="checkbox"/> مستحقات الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> إعانات البطالة <input type="checkbox"/> معدومي الدخل <input type="checkbox"/> دخل آخر	
	<input type="checkbox"/> يوميا <input type="checkbox"/> إسبوعيا <input type="checkbox"/> نصف شهري <input type="checkbox"/> مرتان شهريا <input type="checkbox"/> شهريا <input type="checkbox"/> لا يوجد دخل في آخر 30 يومًا		<input type="checkbox"/> الأجر <input type="checkbox"/> العمل الحر <input type="checkbox"/> مستحقات الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> إعانات البطالة <input type="checkbox"/> معدومي الدخل <input type="checkbox"/> دخل آخر	

يجب أن تكمل النموذج في الصفحات التالية →



4. هل لديك أو أي فرد من أفراد أسرتك تغطية صحية؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم - يُرجى تحديد نوع التغطية الصحية وكتابة أسماء جميع أفراد الأسرة المشمولين بالتغطية.

برنامج MAP أو MAP الأساسية. من؟

برنامج ميديكير (Medicare). من؟

برنامج ميديكيد (Medicaid). من؟

برنامج CHIP. من؟

برنامج CHIP للولادة. من؟

ACA/التأمين الصحي. من؟

برنامج Sendero. من؟

تأمين خاص أو تأمين برعاية جهة العمل. من؟

5. هل انتقلت أنت أو أفراد أسرتك إلى مقاطعة ترافيس فقط لغرض الحصول على المساعدة الصحية؟

لا نعم أقيم خارج مقاطعة ترافيس

6. هل تم إعلان إصابتك أو إصابة أي فرد من أفراد أسرتك بالإعاقة من قبل إدارة الضمان الاجتماعي؟

لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟

7. إذا كنت مسجلاً في برنامج MAP أو MAP الأساسية، ما هو نظام عيادات الرعاية الأولية الذي تستخدمه حالياً أو ترغب في استخدامه؟

كوميونيتي كير (CommUnityCare) لون ستار سيركل أوف كير (Lone Star Circle of Care) عيادة بيبولز كوميونيتي (People's Community Clinic)

كلية التمريض بجامعة تكساس لا يوجد تفضيل

8. هل لديك موعد طبي أو إجراء طبي قادم؟

لا نعم التاريخ:

9. هل خضعت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك لموعد طبي خلال 30 يوماً الماضية؟

لا نعم التاريخ:

يجب أن تكمل النموذج في الصفحات التالية. →



مسؤوليات مقدم الطلب

تساعد برامج Central Health الأشخاص على الوصول إلى الرعاية الصحية من خلال دفع ثمن أو تقديم خدمات رعاية صحية معينة. سواء كنت مؤهلاً للحصول على خدمات برنامج MAP أو خدمات MAP الأساسية كعضو أو المساعدة المالية من Central Health أو Justice Involved Health كأحد مرضاها ("برنامج Central Health" ويُشار إلى كل منها باسم "برنامج") فإن ذلك يعتمد على عوامل مثل دخلك، ومكان إقامتك، وتوافر تغطية رعاية صحية أخرى، ووجود مصادر بديلة للدفع مقابل الرعاية الصحية. ومع ذلك، لن يتم أخذ عرقك أو لونك أو دينك أو عقيدتك أو أصلك القومي أو جنسك أو حالتك الإعاقة أو التوجه الجنسي أو معتقدك (معتقداتك) السياسية في الاعتبار ولن تؤثر على أهليتك لهذه البرامج.

بنويعي أدناه، أقسم أن جميع البيانات التي أدليت بها فيما يتعلق بطبلي للتأهل لبرنامج Central Health، بما في ذلك إجاباتي عن جميع الأسئلة حول الدخل، ومقاطعة الإقامة، ومصادر الدفع الأخرى، صحيحة ودقيقة على حد علمي ومعتدي. أفهم أنه نظرًا لأن أهليتي لهذه البرامج تعتمد على إجاباتي عن هذه الأسئلة، فإن أي إغفال أو فشل أو رفض لتزويد Central Health بالمعلومات المطلوبة أو تقديم معلومات خاطئة أو مضللة رداً على أسئلة الأهلية، قد يتسبب في قيام Central Health بإنهاء مشاركتي في برنامج Central Health والسعي إلى استرداد أي مبلغ دفعته Central Health نيابة عني مقابل خدمات الرعاية الصحية.

أوافق على الإبلاغ عن أي من التغييرات الحياتية التالية إلى Central Health في غضون 14 يومًا من تاريخ التغيير:

- أي تغيير في عنوان بريدي أو رقم هاتفي
- أي تغيير في العنوان الذي أعيش فيه
- أي تغيير في الدخل قد يؤثر على أهليتي
- أي تغيير في عدد الأشخاص في منزلي، بما في ذلك أحد أفراد الأسرة، يصبح حاملاً
- التسجيل في Medicaid أو CHIP أو Medicare أو أي تأمين صحي خاص آخر أو الإخطار بأنني مؤهل لأي برنامج تغطية قد يدفع تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بي

إذا اكتشفت Central Health أي تغييرات في حياتي لم يتم الإبلاغ عنها وتؤثر على أهليتي للبرنامج، أفهم أن مشاركتي في البرنامج قد تُنتهى، وأنه يحق Central Health اتخاذ أي إجراء آخر ضمن صلاحياتها، بما في ذلك رفع دعاوى مدنية أو جنائية ضدي.

أفهم أن تسجيلي في أحد برامج Central Health مشروط بموافقتي على السماح Central Health بالتحقق من البيانات التي قدمتها فيما يتعلق بطلب الحصول على مزايا البرنامج، وأن حالة التسجيل قد تظل معلقة حتى يتم إعطاء هذه الموافقة والحصول على التحقق من مصدر موثوق (مثل إدارة الضمان الاجتماعي).

يجب أن تكمل النموذج في الصفحات التالية →



يتم تقديمها والتحقق منها من مصدر موثوق (على سبيل المثال، إدارة الضمان الاجتماعي أو لجنة القوى العاملة في تكساس). أفهم وأوافق أيضًا على أن Central Health قد تطلب مني دفع جزء من تكلفة الرعاية الصحية الخاصة بي وأن Central Health قد تسترد أي تكاليف دفعتها مقابل الرعاية الصحية الخاصة بي من طرف ثالث في حالة تقديمي مطالبة بسبب أضرار إصابة شخصية.

استخدام مستندات الأهلية

إذا لم أكن مؤهلاً للتسجيل في خدمات برنامج MAP أو خدمات MAP الأساسية وكنت مسجلاً حاليًا في برنامج مقياس الرسوم المتدرج الخاص بـ CommUnityCare، فأنا أوافق على قيام CommUnityCare بمشاركة معلومات ومستندات أسرتي مع Central Health ("معلومات التسجيل"). أوافق أيضًا على أن تقوم Central Health باستخدام معلومات التسجيل الخاصة بي والاعتماد عليها لتحديد أهليتي لبرنامج المساعدة المالية من Central Health.

الموافقة على الرسائل النصية والتواصل عبر البريد الإلكتروني

أفهم أنه إذا وافقت على تلقي رسائل نصية أو رسائل بريد إلكتروني في طلبي للحصول على مزايا البرنامج هذه، فقد قدمت موافقتي على تلقي معلومات من Central Health فيما يتعلق بالمواعيد المجدولة وحالة طلبي والتجديدات والتغييرات على تغطية البرنامج ومزاياه، وغيرها من المعلومات المهمة عبر الرسائل النصية أو البريد الإلكتروني. أفهم أن هناك مخاطر مرتبطة بإرسال رسائل نصية ورسائل بريد إلكتروني غير مشفرة وأن أي شخص لديه حق الوصول إلى حساب بريدي الإلكتروني أو هاتفي المحمول (مثل أحد أفراد الأسرة أو صاحب العمل) قد يكون قادرًا على الوصول إلى هذه الاتصالات. أفهم أنه بإمكانني إلغاء تفويض إرسال الرسائل النصية أو رسائل البريد الإلكتروني من Central Health في أي وقت من خلال كتابة موقعة يتم تسليمها إلى Central Health.

تفويض التحقق من قبل طرف ثالث

بتوقيعي أدناه، أفوض صاحب العمل الخاص بي، وإدارة الضمان الاجتماعي، ولجنة الصحة والخدمات الإنسانية في تكساس، ووزارة خدمات الصحة بالولاية في تكساس، ولجنة القوى العاملة في تكساس لإصدار السجلات المتعلقة بالمزايا والتسجيل والمطالبات والأجور وغيرها من السجلات إلى Central Health. أفهم أن تفوضي سيكون صالحًا لمدة 12 شهرًا من تاريخ توقيعي على نموذج مسؤوليات مقدم الطلب هذا أو حتى أقوم بإلغاء تفوضي في خطاب موقع يتم تسليمه إلى Central Health.

اسم مقدم الطلب بخط واضح	توقيع مقدم الطلب	التاريخ
اسم الزوج/الزوجة في القانون العام بخط واضح	توقيع الزوج/الزوجة في القانون العام	التاريخ
اسم مقدم الطلب/الممثل الشخصي بخط واضح	توقيع مقدم الطلب/الممثل الشخصي	التاريخ
الصلة بمقدم الطلب		

يجب أن تكمل النموذج في الصفحات التالية. →



كيفية إكمال تعليمات عملية التقديم:

1. إذا كنت تملأ طلباً فارغاً، أجب عن جميع الأسئلة الواردة في الطلب.
2. إذا أرسل طلب إليك بالبريد مع إجاباتك المسبقة، اقرأ جميع الإجابات المطبوعة:
 - إذا كان هناك شيء غير صحيح، ضع خطأً عليه واكتب المعلومة الصحيحة فوقه.
 - إذا كان هناك سؤال فارغ، قدم إجابة.
 - إذا كان السؤال لا ينطبق عليك، أدخل "غير قابل للتطبيق". لا تترك السؤال فارغاً.
3. يُرجى تقديم نسخة (لا ترسل النسخ الأصلية) من الوثائق التالية:
 - **بطاقة تعريف شخصية لجميع البالغين في الأسرة مثل:** رخصة القيادة، وبطاقة الهوية، وجواز السفر أو بطاقة جواز السفر، وبطاقة الطالب، وبطاقة تصريح العمل، وبطاقة الإقامة الدائمة القانونية في الولايات المتحدة (I-551)، نموذج I-94 مع صورة، إلخ.
 - إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية من CH، يرجى تقديم بطاقة تعريف شخصية للمتقدم فقط.
 - واحدة من الوثائق التالية لجميع أفراد الأسرة: شهادة الميلاد، شهادة التجنيس، التأشيرة/جواز السفر، بطاقة الإقامة الدائمة القانونية في الولايات المتحدة (I-551)، نموذج I-94، سجل المعمودية، بطاقة تسجيل الناخبين، بطاقة عبور الحدود.
 - إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية من CH، يرجى تقديم بطاقة تعريف شخصية للمتقدم فقط.
 - **إثبات العنوان مؤرخ خلال آخر 30 يوماً مثل:** بريد مختوم، فاتورة الكهرباء أو الهاتف أو الغاز لأحدث دورة فوتر، عقد الإيجار، إيصال الإيجار، إيصال ضريبة العقار، بيان من المالك.
 - **إثبات الدخل المستلم خلال آخر 30 يوماً لجميع البالغين في الأسرة مثل:** قسائم الرواتب، خطاب استحقاقات البطالة، خطاب استحقاقات الضمان الاجتماعي للسنة الحالية، خطاب استحقاقات إدارة شؤون المحاربين القدامى، خطاب استحقاقات التقاعد، خطاب يوضح المساهمات النقدية، إيصالات أو كشف مدفوعات دعم الطفل من علاقات الأسرة، إثبات مبلغ منحة برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، قسائم شيكات تعويض العمال أو خطاب استحقاقات تعويض العمال.
 - **بطاقات أو خطابات إثبات التأمين الصحي لجميع أفراد الأسرة المشمولين بالتأمين الصحي، مثل:** بطاقة Medicare، بطاقة التأمين الصحي الخاص، بطاقة Medicaid/CHIP أو خطاب Medicaid/CHIP من HHSC للشهر الحالي.

Y

تستمر التعليمات في الصفحة التالية. →



4. يجب على كل فرد بالغ في الأسرة توقيع وتاريخ نموذج مسؤوليات المتقدم بالطلب.

5. لتقديم طلبك والمستندات المطلوبة:

- أرسلها بالبريد في الظرف المرفق.
- فاكس إلى: 512.776.0457 إذا تم الإرسال عبر الفاكس، تأكد من إرسال كلا وجهي الطلب.
- ضعها في صندوق البريد الموجود في مركز جنوب شرق الصحة والعافية (Southeast Health & Wellness Center) أو مركز الموارد الصحية في شمال شرق سنترال هيلث (Central Health) (Northeast Health Resource Center).

إذا كان لديك أي استفسار، يرجى التواصل مع مركز التوجيه في (Central Health Navigation Center) على الرقم 512.978.8130، الخيار 1، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 5 مساءً.