

Kamilisha kiambatisho hiki ikiwa wewe au mwanafamilia wako ni Mmarekani wa Asili ya Kihindi au Mzaliwa wa Alaska. Wasilisha maelezo haya pamoja na ombi lako la bima ya afya.

### Tuambie kuhusu Wahindi wako wa Mmarekani wa Asili ya Kihindi au Mzaliwa wa Alaska.

Mmarekani wa Asili ya Kihindi au Mzaliwa wa Alaska wanaweza kupata huduma kutoka kwa Huduma za Afya za Kihindi (Indian Health Services), mipango ya afya ya makabila, au mipango ya afya ya mijini ya Wahindi. Huenda pia wasilazimike kulipia ugawanaji gharama na wanaweza kupata vipindi maalum vya kujiandikisha kila mwezi. Jibu maswali yafuatayo ili kuhakikisha kuwa familia yako inapata usaidizi mwingi iwezekanavyo.

**KUMBUKA:** Ikiwa una watu zaidi wa kujumuisha, toa nakala ya ukurasa huu na uiambatanishe.

	AI/AN MTU wa 1	AI/AN MTU wa 2
1. Jina (Jina la kwanza, MI, Jina la mwisho)	Jina la kwanza MI  Jina la Mwisho	Jina la kwanza MI  Jina la Mwisho
2. Yeye ni mwanachama wa kabila linalotambuliwa na shirikisho?	<input type="checkbox"/> Ndiyo Ikiwa jibu ni ndiyo, andika jina la kabila na jimbo  <input type="checkbox"/> Hapana	<input type="checkbox"/> Ndiyo Ikiwa jibu ni ndiyo, andika jina la kabila na jimbo  <input type="checkbox"/> Hapana
3. Je, mtu huyu amewahi kupata huduma kutoka kwa Huduma za Afya za Kihindi, mpango wa afya wa makabila, au mpango wa afya wa mijini wa Wahindi, au kupitia rufaa kutoka kwa mojawapo ya mipango hii?	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana  <b>Ikiwa jibu ni hapana</b> , je, mtu huyu anastahiki kupata huduma kutoka kwa Huduma za Afya za Kihindi, mipango ya afya ya makabila, au mipango ya afya ya mijini ya Wahindi, au kupitia rufaa kutoka kwa mojawapo ya mipango hii?  <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana	<input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana  <b>Ikiwa jibu ni hapana</b> , je, mtu huyu anastahiki kupata huduma kutoka kwa Huduma za Afya za Kihindi, mipango ya afya ya makabila, au mipango ya afya ya mijini ya Wahindi, au kupitia rufaa kutoka kwa mojawapo ya mipango hii?  <input type="checkbox"/> Ndiyo <input type="checkbox"/> Hapana
4. Pesa fulani zilizopokelewa haziwezi kumuishwa katika Medicaid au Mpango wa Bima ya Afya ya Watoto wa Kentucky (Kentucky Children's Health Insurance Program, KCHIP). Orodhesha mapato yoyote (kiasi na ni mara ngapi) yaliyoripotiwa kwenye maombi yako ambayo yanajumuisha pesa kutoka kwa vyanzo hivi: <ul style="list-style-type: none"> <li>Malipo ya kila mtu kutoka kwa kabila, ambayo yanatokana na maliasili, haki za matumizi, ukodishaji au mrabaha</li> <li>Malipo kutoka kwa maliasili, kilimo, ufugaji, uvuvi, ukodishaji, au mirabaha kutokana na ardhi, ambayo yameteuliwa na Idara ya Mambo ya Ndani kuwa ardhi ya amana ya Wahindi (pamoja na hifadhi ya sasa na hifadhi ya awali)</li> <li>Pesa kutokana na kuuza vitu vyenye umuhimu wa kitamaduni</li> </ul>	\$ _____  Mara ngapi?  _____	\$ _____  Mara ngapi?  _____

Ikiwa unahitaji usaidizi kuhusu ombi lako au kutuma maombi haraka mtandaoni, tembelea [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) au upige simu kwa 1-855-4kynect (459-6328). Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).