

التغطية الصحية والمساعدة في دفع التكاليف طلب لشخص واحد



استخدم هذا الطلب لمعرفة خيارات التأمين التي أنت مؤهل للحصول عليها

- تأمين مجاني أو منخفض التكلفة من برنامج Medicaid (ميديكيد) أو برنامج التأمين الصحي للأطفال في كنتاكي (Kentucky Children's Health Insurance Program) (KCHIP)
- المساعدة في الدفع التي يمكن أن تساعدك على دفع تكاليف التغطية بالتأمين الصحي الخاصة بك
- خطط تأمين صحي ميسورة التكلفة توفر تغطية شاملة لمساعدتك على البقاء بصحة جيدة

طلب التقديم هذا مخصص لمن؟

- الأفراد العزاب الذين:
- يعيشون في كنتاكي ويخططون للبقاء في كنتاكي
- ليس لديهم أي مُعالين ولا يمكن المطالبة بكونهم شخص معال على الإقرار الضريبي لشخص آخر

تقدم بطلبك بشكل أسرع عبر الإنترنت

تقدم بطلبك بشكل أسرع عبر الإنترنت على www.kynect.ky.gov.

ما قد تحتاج إلى تقديمه

- رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك (أو رقم الوثيقة إذا كنت مهاجرًا بصفة قانونية)
- معلومات صاحب العمل والدخل (على سبيل المثال، إيصالات تسلم الراتب، أو نماذج W-2، أو خطاب المنح، أو بيانات الأجور والضرائب)

نحن نسألك عن رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بك ودخلك والمعلومات الأخرى لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على تغطية التأمين الصحي وما كان يمكنك الحصول على أي مساعدة في دفع تكاليفها.

لماذا نطلب هذه المعلومات؟

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، فاتصل بالرقم

1-800-772-1213 أو قم بزيارة الموقع socialsecurity.gov.

يجب على مستخدمي جهاز التواصل بالكتابة عن بعد لضعاف السمع (teletypewriter) الاتصال بالرقم 1-800-325-0778.

سنحافظ على خصوصية جميع المعلومات التي تقدمها لنا، وفقًا لما يقتضيه القانون. تُستخدم أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من دخلك وإجراء مطابقات الكمبيوتر مع الوكالات الأخرى مثل إدارة خدمات التوظيف في كنتاكي، ودائرة الإيرادات الداخلية ومصادر المطابقة الأخرى. لن يتم استخدام أرقام الضمان الاجتماعي للإبلاغ عن أي شخص إلى خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية (United States Citizenship and Immigration Services) (USCIS).

ماذا يحدث بعد ذلك؟

- أرسل طلبك المكتمل والموقع بالبريد أو الفاكس إلى:

Kynect Health Coverage
P.O. Box 2104
Frankfort, KY 40602

فاكس: 1-502-573-2007

- إذا لم تكن لديك جميع المعلومات التي نطلبها، فأرسل طلبك على أي حال. سوف نتصل بك للحصول على المعلومات المفقودة إذا لم تتمكن من إكمال اتخاذ القرار بناءً على المعلومات التي تقدمها لنا.
- إذا تمكنا من اتخاذ قرار، فسوف نرسل لك معلومات مفصلة عن الخطوات التي ستحتاج إلى اتباعها لاختيار خطة. ستحتاج إلى الاتصال بالإنترنت أو الاتصال بنا أو الحصول على مساعدة من وكيل التأمين أو kynector للتسجيل في خطة.

عبر الإنترنت: www.kynect.ky.gov

عن طريق الهاتف: اتصل بخدمة العملاء على الرقم (459-6328) 4kynect-1-855-

بالحضور شخصياً: ابحث عن قائمة بالأماكن القريبة من المكان الذي تعيش فيه عن طريق زيارة موقعنا على الإنترنت أو الاتصال بنا.

En Español: En Español: 1-855-4kynect (459-6328) اتصل بخدماتنا مجاناً

من أجل خدماتنا جهاز الاتصال عن بعد لضعاف السمع اتصل بالرقم 1-855-459-6328

للحصول على مساعدة

أمور يجب معرفتها

طلب التغطية الصحية والمساعدة في دفع التكاليف لشخص واحد



أخبرنا عن نفسك

الخطوة 1

إذا كان شخص آخر يساعدك في ملء هذا الطلب، فاستخدم الملحق ب لتزويدنا بمعلومات هذا الشخص)

1. الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، واسم العائلة واللاحقة (كما يظهر على بطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة بك)

2. رقم الضمان الاجتماعي (SSN)

3. إذا كنت تريد التغطية ولم يتم تقديم رقم التأمين الاجتماعي (SSN)، فاختر سبب عدم تقديمه.

- اعتراض ديني تم تقديم طلب للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) غير مؤهل للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN)
- ليس لديك رقم ضمان اجتماعي (SSN) ولا يجوز إصدار رقم ضمان اجتماعي (SSN) إلا لسبب صالح غير متعلق بالعمل رفض تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لا أريد أن أقدم، لأنني لا أتقدم بطلب للحصول على التغطية

4. تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)

5. الجنس
 ذكر أنثى

6. هل تعيش في كنتاكي وتخطط للبقاء في كنتاكي؟

نعم لا

7. عنوان المنزل - ضع علامة هنا إذا لم يكن لديك عنوان منزل. لا يزال يتعين عليك إدخال عنوان بريدي أدناه.

8. المدينة

9. الولاية

11. المقاطعة

10. الرمز البريدي

12. العنوان البريدي (مطلوب فقط إذا كان مختلفًا عن عنوان المنزل)

13. المدينة

14. الولاية

16. المقاطعة

15. الرمز البريدي

17. رقم الهاتف الأساسي المنزل العمل المحمول رقم الهاتف الثانوي

19. ضع علامة هنا لإلغاء الاشتراك في تلقي تنبيهات رسائل kynect النصية على رقم هاتفك الأساسي. ضع علامة هنا لإلغاء الاشتراك في تلقي تنبيهات رسائل kynect النصية على رقم هاتفك الثانوي.

20. لغة التحدث المفضلة (إن لم تكن الإنجليزية)

21. لغة الكتابة المفضلة (إن لم تكن الإنجليزية)

22. تقوم kynect بإرسال النموذج A-1095 إليك وإلى دائرة الإيرادات الداخلية للإبلاغ عن معلومات التسجيل ومبلغ المساعدة في دفع التكاليف الذي تلقته الأسرة خلال سنة التغطية، إن وجد. يمكن طلب النموذج B-1095 عن طريق الدخول على www.kynect.ky.gov أو عن طريق الاتصال بإدارة الخدمات المجتمعية (Department for Community Based Services) (DCBS) إذا كنت قد حصلت على تغطية Medicaid (ميديكيد) خلال العام. يتم إرسال لك النماذج عبر البريد العادي، أو إذا قمت بإنشاء حساب على kynect، فيمكننا إعلامك عبر البريد الإلكتروني بدلاً من ذلك بأن النموذج جاهز للعرض. إذا كنت تريد أن يتم إعلامك عبر البريد الإلكتروني، أدخل عنوان بريدك الإلكتروني:

23. هل انتهى حملك (بالولادة أو فقدان حمل) خلال الأشهر الثلاثة الماضية أو أنك حامل حاليًا؟ نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عن الأسئلة

أ-ج. لا

a. ما هو الموعد المتوقع أو آخر أيام الحمل؟ (الشهر/اليوم/السنة)



إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانقل إلى www.kynect.ky.gov أو اتصل بالرقم
1-855-4kynect (459-6328). Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

b. كم عدد الأطفال المنتظرين/ أو كانوا منتظرين بهذا الحمل؟
c. هل ترغب في إحالتك إلى برنامج التغذية التكميلية الخاص بالنساء والرضع والأطفال (special supplemental nutrition program for women, infants and children (WIC))؟ نعم لا

24. هل تحصل على تغطية صحية من وظيفة (بما في ذلك وظيفة شخص آخر، مثل وظيفة الزوج)؟
 نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، فسوف تحتاج إلى إكمال الملحق أ وإدراجه مع هذا الطلب. لا

25. هل أنت مسجل حاليًا أو لديك عرض ترتيبات سداد التكاليف الصحية للتغطية الفردية (Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement (ICHRA)) أو ترتيبات سداد التكاليف الصحية لأصحاب الأعمال الصغيرة المؤهلين (Qualified Small Employer HRA (QSEHRA))؟
 نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، فسوف تحتاج إلى إكمال الخطوة 4 في هذا الطلب. لا

26. هل تريد مساعدة في دفع الفواتير الطبية لآخر 3 أشهر؟
إذا كانت الإجابة بنعم، أي شهر (أشهر)؟
 نعم لا

27. هل تخطط لتقديم إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية في العام المقبل؟
(يمكنك التقدم بطلب للحصول على التأمين الصحي حتى إذا لم تقم بتقديم إقرار ضريبة الدخل الفيدرالي).

نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عن الأسئلة أ و ب. لا. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال ب.

a. هل ستقدم كشخص واحد بدون معالين؟
إذا كانت الإجابة لا، توقف عن استخدام هذا النموذج. استخدم طلب التغطية الصحية والمساعدة في دفع التكاليف لأكثر من شخص واحد لتضمين المعالين المشمولين في الإقرار الضريبي (حتى إذا كنت لا ترغب في التقدم بطلب للحصول على التغطية الصحية لهم).
ب. هل يتم إدراجك كـمعال على الإقرار الضريبي لشخص آخر؟
إذا كانت الإجابة بنعم، توقف عن استخدام هذا النموذج. سوف تحتاج إلى التقدم بطلب للحصول على تغطية مع الشخص الذي ترد في إقراره الضريبي (حتى لو كان هذا الشخص لا يريد التغطية).

28. هل أنت مواطن أمريكي أو حاصل على الجنسية الأمريكية؟
نعم لا
29. إذا كنت مواطنًا أمريكيًا أو حاصلًا على الجنسية الأمريكية، فهل أنت مواطن متجنس أو مواطن بالتبعية؟
نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، قم بتوفير معلومات عن واحد مما يلي:
 شهادة الحصول على الجنسية
• رقم شهادة الحصول على الجنسية: _____
 رقم الشخص المهاجر: _____
 شهادة المواطنة: _____
• رقم شهادة المواطنة: _____
 رقم الشخص المهاجر: _____

30. إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا أو حاصلًا على الجنسية الأمريكية، فهل لديك حالة هجرة مؤهلة؟
نعم. أجب عن الأسئلة أ-د أدناه.

a. نوع وثيقة الهجرة: _____
b. رقم معرف الوثيقة: _____
c. هل تعيش في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ نعم لا
d. في أي تاريخ حصلت على وضع الهجرة الحالي الخاص بك؟ (شهر/يوم/سنة)

31. هل تعاني من حالة طبية طارئة؟
 نعم لا

32. هل أنت من المحاربين القدامى أو في الخدمة الحالية في الجيش الأمريكي؟ نعم لا

33. هل من أصل هسباني أو لاتيني أو أسباني؟ (اختياري)
 نعم لا

34. العرق - (اختياري)

أبيض هندي أمريكي فلبيني فيتنامي غوامي أو الشامورو
 أسود أو أمريكي من أصل أفريقي من سكان ألaska الأصليين ياباني آسيوي آخر سامواي
 صيني هندي آسيوي كوري من سكان هاواي الأصليين من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

35. هل أنت أمريكي هندي أو من سكان ألaska الأصليين؟
 نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل الملحق ج وأرسله بالبريد مع هذا الطلب. لا.



إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانتقل إلى www.kynect.ky.gov أو اتصل بالرقم
1-855-4kynect (459-6328). Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328)

36. هل أنت موجود حاليًا في السجن أو الحجز أو تم إطلاق سراحه خلال الأشهر الثلاثة الماضية؟

نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عن الأسئلة أـجـ.

لا

a. متى دخلت السجن؟ (الشهر/اليوم/السنة) _____

b. متى خرجت من السجن؟ (الشهر/اليوم/السنة) _____

نعم لا

c. هل تنتظر حاليًا قرارًا بشأن التهم؟

37. هل تحتاج إلى مساعدة في أنشطة الحياة اليومية (مثل الاستحمام وارتداء الملابس وما إلى ذلك) أو تعيش في منشأة طبية أو دار رعاية؟

نعم لا

38. هل أنت كفيف أو معاق بشكل دائم؟ نعم لا

39. هل كنت تتلقى ميديك إيد (Medicaid) عندما بلغت العمر الذي لا تكون معه مؤهلاً للحصول على رعاية بديلة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، في أي ولاية كنت تعيش؟ _____ كم كان عمرك؟

40. إذا كنت تقوم بملء هذا الطلب نيابة عن شخص توفي مؤخرًا، فأدخل تاريخ وفاة الشخص المتوفى: _____



إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانقل إلى www.kynect.ky.gov أو اتصل بالرقم
Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328) . 1-855-4kynect (459- 6328)

الخطوة 2: معلومات الوظيفة والدخل الحالية

استخدم أوراقاً إضافية إذا كنت تريد إضافة أكثر من وظيفتين.

الدخل من الوظيفة 1		1. من هو صاحب العمل الخاص بك؟
2. ما هو المبلغ الإجمالي الذي تحصل عليه (قبل الضرائب)؟ دولار		3. عدد المرات؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً
4. إذا كنت تعمل لحسابك الخاص أ. طبيعة العمل		b. الدخل الإجمالي c. مصاريف العمل الحر d. صافي الدخل (الإجمالي ناقص النفقات)
الدخل من الوظيفة 2		5. من هو صاحب العمل الخاص بك؟
6. ما هو المبلغ الإجمالي الذي تحصل عليه (قبل الضرائب)؟ دولار		7. عدد المرات؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً
8. إذا كنت تعمل لحسابك الخاص أ. طبيعة العمل		<input type="checkbox"/> الدخل الإجمالي <input type="checkbox"/> مصاريف العمل الحر <input type="checkbox"/> صافي الدخل (الإجمالي ناقص النفقات)

9. الدخل الإضافي: قدم لنا معلومات حول أي دخل إضافي قد يحصل عليه أفراد الأسرة بموجب هذا الطلب. لا تقم بتضمين الدخل من نفقة الطفل، أو دخل الضمان الإضافي (SSI)، أو دخل المحارب القديم، أو تعويضات العمال. إذا لم يكن هناك شيء، اتركه فارغاً.

نوع الدخل	من الذي يحصل عليه؟	ما هو مقدار ما تحصل عليه؟	معدل التكرار؟
<input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي	_____	دولار _____	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> ربع سنوي
<input type="checkbox"/> المعاشات التقاعدية	_____	دولار _____	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> ربع سنوي
<input type="checkbox"/> الفائدة أو الأرباح	_____	دولار _____	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> ربع سنوي
<input type="checkbox"/> مدفوعات ذوي الإعاقة	_____	دولار _____	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> ربع سنوي
<input type="checkbox"/> إعانة البطالة	_____	دولار _____	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> ربع سنوي
<input type="checkbox"/> غير ذلك	_____	دولار _____	دولار _____

10. استقطاعات الأسرة: قدم لنا معلومات حول الأشياء التي يدفعها أفراد أسرتك والتي يمكن خصمها في إقرار ضريبة الدخل. إن إعطاءنا هذه المعلومات قد يؤدي إلى جعل تكلفة التأمين الصحي أقل. إذا لم يكن هناك شيء، اتركه فارغاً.

نوع الخصم	من الذي يحصل عليه؟	ما هو المقدار؟	معدل التكرار؟
<input type="checkbox"/> النفقة المدفوعة	_____	دولار _____	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً
<input type="checkbox"/> فائدة قرض الطالب	_____	دولار _____	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً
<input type="checkbox"/> غير ذلك	_____	دولار _____	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً

11. دخل الأسرة السنوي: ما هو دخل أسرتك السنوي المقدر لسنة التغطية (بما في ذلك أي تغييرات شهرية، والمكافآت، والدخل الموسمي، وما إلى ذلك، باستثناء إجمالي الاستقطاعات)؟

دولار _____



إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانقل إلى www.kynect.ky.gov أو اتصل بالرقم
Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328). 1-855-4kynect (459-6328)

تغطية الرعاية الصحية الأخرى

الخطوة

هل لديك حاليًا تغطية رعاية صحية أخرى، بما في ذلك تغطية طب الأسنان والتغطية الطبية الرئيسية التي ليست من برنامج Medicaid أو KCHIP؟

نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل المعلومات أدناه.

لا.

نوع التغطية _____
 اسم حامل البوليصة _____
 اسم شركة التأمين _____
 عنوان شركة التأمين _____
 رقم البوليصة _____
 تاريخ بدء تغطية رقم البوليصة _____
 تاريخ انتهاء التغطية _____

ترتيبات سداد التكاليف الصحية (HRA):

الخطوة 4

معلومات الموظف وصاحب العمل

1. اسم الموظف (الأول، الأوسط، الأخير)	
2. اسم صاحب العمل	3. رقم هوية صاحب العمل (EIN)
4. عنوان صاحب العمل	
5. المدينة	6. الولاية
7. الرمز البريدي	8. اسم جهة الاتصال لصاحب العمل
9. رقم هاتف جهة الاتصال بصاحب العمل	
أخبرنا عن ترتيبات سداد التكاليف الصحية الذي يقدمه صاحب العمل هذا	
10. ما هو نوع ترتيبات سداد التكاليف الصحية هذه؟ <input type="checkbox"/> ترتيبات سداد التكاليف الصحية للتغطية الفردية (ICHRA) <input type="checkbox"/> ترتيبات سداد التكاليف الصحية لأصحاب الأعمال الصغيرة المؤهلين (QSEHRA)	
11. ما هو تاريخ البدء وتاريخ الانتهاء لترتيبات سداد التكاليف الصحية؟ a. تاريخ بدء تقييم الموارد البشرية (الشهر/اليوم/السنة): _____ b. تاريخ انتهاء ترتيبات سداد التكاليف الصحية (الشهر/اليوم/السنة): _____	
12. ما هو الحد الأقصى لمبلغ السداد الذاتي فقط الذي يقدمه صاحب العمل؟ دولار _____	
13. ما معدل توفير هذا المبلغ؟ <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا	
14. إذا كان لديك عرض من ترتيبات التغطية الفردية لسداد التكاليف الصحية (ICHRA) ولم تقم بالتسجيل بعد، a. هل ستتمكن في يوم [60 يوم من التاريخ الحالي] من استخدام ترتيبات سداد التكاليف الصحية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا b. هل تخطط لإلغاء الاشتراك في ترتيبات سداد التكاليف الصحية، إذا وجدت أنك مؤهل للحصول على مساعدة في الدفع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	



إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانقل إلى www.kynect.ky.gov أو اتصل بالرقم
 Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328). 1-855-4kynect (459- 6328)

الخطوة 5 قم بالتوقيع على هذا الطلب وتاريخه

- إنني أوقع هذا الطلب تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين مما يعني أنني قدمت إجابات حقيقية لجميع الأسئلة الواردة في هذا النموذج على حد علمي واعتقادي. أعلم أنني قد أتعرض لعقوبات بموجب القانون الفيدرالي إذا قدمت معلومات خاطئة و/أو غير صحيحة.
- أعلم أنه يجب عليّ إخبار kynect إذا تغير أي شيء عما كتبت في هذا الطلب خلال 30 يومًا من التغيير. يمكنني زيارة kynect.ky.gov أو الاتصال بالرقم **1-855-4kynect (459-6328)** للإبلاغ عن أي تغييرات.
- إذا اعتقدت أن kynect قد ارتكب خطأ، فيمكنني استئناف قراره. الاستئناف يعني إخبار شخص ما في kynect بأنني أعتقد أن الإجراء خاطئ، وطلب مراجعة عادلة للإجراء. أعلم أنه يمكن أن يمثلني في هذه العملية شخص آخر غيري. سيتم شرح أهليتي والمعلومات المهمة الأخرى لي.
- أعلم أنه بموجب القانون الفيدرالي، لا يُسمح بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العمر أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو الإعاقة. يمكنني تقديم شكوى بشأن التمييز عن طريق زيارة www.hhs.gov/ocr/office/file.
- أفهم أن Kynect سوف يتحقق من إجاباتي باستخدام المعلومات الموجودة في قواعد البيانات من دائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service) (IRS)، والضمان الاجتماعي، ووزارة الأمن الداخلي، و/أو أي مصدر موثوق آخر. إذا كانت المعلومات غير متطابقة، فقد يُطلب مني إرسال إثبات.

تجديد التغطية في السنوات القادمة: لتسهيل تحديد أهليتي للمساعدة في دفع تكاليف التغطية بالتأمين الصحي في السنوات المقبلة، أوافق على السماح لـ kynect باستخدام بيانات الدخل، بما في ذلك المعلومات من الإقرارات الضريبية ومصادر البيانات الموثوقة الأخرى. سوف يرسل لي Kynect إشعارًا، ويسمح لي بإجراء أي تغييرات، ويمكنني إلغاء الاشتراك في أي وقت.

نعم، قم بتجديد أهليتي تلقائيًا للاشتراك التالي: (اختر واحدًا)

5 سنوات (الحد الأقصى المسموح به) 4 سنوات 3 سنوات سنتان سنة واحدة

لا تستخدم المعلومات من الإقرارات الضريبية أو مصادر البيانات الأخرى لتجديد تغطيتي.

الموافقة على إنهاء التغطية: إذا قمت بالتسجيل في kynect واكتشفت لاحقًا أن لدي تغطية صحية مؤهلة أخرى (مثل Medicare أو Medicaid أو KCHIP)، فسيقوم kynect تلقائيًا بإنهاء خطة kynect الطبية وتغطية طب الأسنان الخاصة بي. أقر بأن هذا سيساعد في التأكد من أن أي شخص يتبين أنه يتمتع بتغطية مؤهلة أخرى لن يظل مسجلًا في تغطية kynect الطبية وتغطية طب الأسنان حيث سيتعين عليه دفع التكلفة الكاملة. نعم، أوافق لا، لا أوافق

تسجيل الناخبين: إذا لم أكن مسجلًا للتصويت أو غير مسجل في المكان الذي أعيش فيه حاليًا، فيمكنني اختيار التسجيل للتصويت عن طريق تحديد نعم أدناه. إذا قمت بتحديد نعم، فسوف أتلقى طلب تسجيل الناخبين عبر البريد. الإجابة بنعم أو لا أدناه لا تؤثر على نتيجة هذا الطلب. نعم، أريد التقدم بطلب للتسجيل للتصويت. سيتم إرسال الطلب لي بالبريد. لا، لا أريد التسجيل للتصويت.

إذا كنت مؤهلاً لبرنامج Medicaid:

- أدرك أنه إذا قام Medicaid بدفع نفقات طبية، فإن أي تأمين صحي آخر أو مدفوعات تسوية قانونية ستذهب إلى Medicaid لتعويضه عن هذه النفقات.
- أدرك أنه قد تتم مراجعة طلبي للتأكد من تحديد الأهلية بشكل صحيح. إذا تمت مراجعة طلبي، يجب أن أتعاون مع المراجعة.

التاريخ (شهر/يوم/سنة)

التوقيع



إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانقل إلى www.kynect.ky.gov أو اتصل بالرقم **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

كومونويلث مجلس ولاية كنتاكي
للخدمات الصحية والأسرية
إدارة الخدمات المجتمعية

تقييم احتياجات موارد kynect

فيما يلي تقييم إضافي لاحتياجات الموارد وهو تقييم طوعي ولا يؤثر على مزايا Medicaid الخاصة بك. يساعدنا هذا التقييم في تحديد وفهم الاحتياجات الأخرى التي قد تكون لديك أنت وأسرتك والتي يمكن أن تؤثر على صحتك وتوصيلك بالموارد / الخدمات / البرامج المجتمعية التي قد تكون مفيدة، مثل النقل والمرافق والغذاء ورعاية الأطفال، وما إلى ذلك. يمكنك مراجعة نتائجك عن طريق تسجيل الدخول إلى حساب kynect الخاص بك على <https://kynect.ky.gov/resources> أو عن طريق الاتصال بالرقم 1-1-2 لإحالتك إلى الموارد/الخدمات/البرامج المجتمعية.

يمكن لأي فرد إضافي من أفراد الأسرة إكمال تقييم احتياجاتهم الفردية عن طريق تسجيل الدخول إلى حساب kynect الخاص بهم عبر الإنترنت على <https://kynect.ky.gov/resources> أو عن طريق الاتصال بالرقم 1-1-2.

ضع دائرة حول الحرف الذي يصف حالتك بشكل أفضل:

1. ما هو أفضل وصف لوضعك السكني؟

- ليس لدي سكن مستقر.
- أعيش مؤقتًا مع صديق أو أحد أفراد العائلة.
- أنا لا أدفع حاليًا الإيجار/الرهن العقاري الخاص بي وأواجه خطر الإخلاء.
- أنا أدفع الإيجار/الرهن العقاري، لكنه لا يمكن تحمله (أكثر من 30% من الدخل).
- أستفيد حاليًا من برنامج المساعدة في الإيجار/الرهن العقاري.
- أنا أدفع الإيجار/الرهن العقاري دون صعوبة.

2. ما هو أفضل وصف لوضع المرافق السكنية لديك (الماء، الكهرباء، التدفئة)؟

- ليس لدي سكن/ليس لدي مرافق لوضعي السكني.
- غالبًا ما يتم إيقاف المرافق الخاصة بي بسبب عدم الدفع.
- أستفيد من البرامج التي تساعد في دفع تكاليف المرافق الخاصة بي.
- أواجه صعوبة في دفع تكاليف المرافق الخاصة بي، ولكنني قادر على الدفع في الغالب.
- يمكنني دفع تكاليف المرافق الخاصة ومن ثم لا يتم إيقاف تشغيلها أبدًا.

3. ما هو أفضل وصف لوضعك الوظيفي الحالي؟

- ليس لدي وظيفة.
- لدي عمل مؤقت أو موسمي أو بدوام جزئي لا يلبي احتياجاتي؛ أحتاج إلى مزيد من فرص العمل.
- دوام كامل بدون مزايا أو مزايا لا تلبي احتياجاتي.
(ملحوظة: قد تشمل المزايا التأمين الطبي وتأمين الأسنان والتأمين على البصر وحزم التقاعد)
- لدي عمل مؤقت أو موسمي أو بدوام جزئي يلبي احتياجاتي؛ لا أحتاج إلى مزيد من فرص العمل.
- بدوام كامل مع المزايا التي تلبي احتياجاتي.

4. ما هو أفضل وصف لوضع دخلك؟

- ليس لدي دخل.
- دخلي غير منتظم.
- دخلي لا يكفي لتلبية احتياجاتي.
- يمكنني تلبية احتياجاتي الأساسية بمساعدة برامج المساعدة.
- يمكنني تلبية احتياجاتي الأساسية دون مساعدة.
- دخلي يلبي احتياجاتي، ويتم إدارته بشكل جيد، ويمكنني الادخار.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانتقل إلى www.kynect.ky.gov أو اتصل بالرقم 1-855-4kynect (459-6328).
Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).



كومونويلث مجلس ولاية كنتاكي
للخدمات الصحية والأسرية
إدارة الخدمات المجتمعية

5. ما هو أفضل وصف لوضعك الغذائي؟

- أنا غير قادر على الحصول على الطعام.
- أستطيع الحصول على الطعام، ولكن ليس لدي المساحة أو الوقت لإعداد وجبة.
- تتلقى أسرتي المساعدة للحصول على الطعام مثل SNAP (كوبونات الغذاء) أو غيرها من المساعدات الغذائية.
- أستطيع تلبية احتياجاتي الغذائية الأساسية، ولكنني أحتاج إلى مساعدة من حين لآخر مثل مخزن الطعام.
- أستطيع تلبية احتياجاتي الغذائية الأساسية دون مساعدة.
- يمكنني اختيار شراء أي طعام ترغب فيه أسرتي.

6. ما هو أفضل وصف لوضع خدمات رعاية طفلك؟

- أحتاج إلى خدمة رعاية الأطفال، لكنني غير قادر على تحمل تكاليف خدمة رعاية الأطفال في الوقت الحالي.
- أستطيع تحمل تكاليف خدمة رعاية الأطفال، ولكن خيارات خدمة رعاية الأطفال غير موثوقة أو لا يمكن الوصول إليها.
- يقوم صديق شخصي أو أحد أفراد الأسرة برعاية الأطفال.
- يمكنني اختيار خدمة رعاية أطفال عالية الجودة من اختياري.
- لا أحتاج لخدمة رعاية الأطفال في الوقت الحالي.

7. ما هو أفضل وصف لمستوى تعليمك؟

- ليس لدي شهادة الثانوية العامة/GED، أو أحتاج إلى مساعدة في القراءة والكتابة.
- لدي شهادة الثانوية العامة/GED، لكن اللغة تشكل عائقًا.
- لدي شهادة الثانوية العامة/GED، ولكنني بحاجة إلى تعليم/تدريب إضافي لتحسين وضعي الوظيفي.
- لقد أكملت التعليم/التدريب اللازم للتوظيف.
- أنا حاليًا في المدرسة الثانوية أو في مؤسسة تعليمية/تدريبية.

8. ما هو أفضل وصف لتغطية الرعاية الصحية الخاصة بك؟

- ليس لدي تغطية طبية وأحتاج إلى التغطية في أسرع وقت ممكن.
- ليس لدي أي تغطية طبية ولا حاجة فورية للتغطية.
- يتمتع بعض أفراد أسرتي (مثل الأطفال) بتغطية طبية، ولكنني أرغب في الحصول على مساعدة في فهم كيفية استخدامها.
- يتمتع بعض أفراد أسرتي (مثل الأطفال) بتغطية طبية، ونحن نفهم كيفية استخدامها.
- يتمتع جميع أفراد أسرتي بتغطية تأمين صحي ميسور التكلفة، ولكنني أرغب في المساعدة في فهم كيفية استخدامه.
- يتمتع جميع أفراد أسرتي بتأمين صحي ميسور التكلفة، ونحن نفهم كيفية استخدامه.

9. ما هو أفضل وصف لحالة وسائل الانتقال الخاصة بك؟

- ليس لدي أي إمكانية الوصول إلى وسائل الانتقال.
- لدي سيارة لكن لا أستطيع قيادتها أو أنها غير موثوقة.
- أستخدم وسائل النقل العام أو الدراجة، ولكنها غير مريحة أو محدودة.
- لا أحتاج إلى مساعدة في الانتقال.

10. هل تحتاج إلى موارد تتعلق بالصحة العقلية؟

- نعم، أنا بحاجة للمساعدة بشأن سلامتي العقلية.
- لا - لست بحاجة إلى مساعدة فيما يتعلق بسلامتي العقلية.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانقل إلى www.kynect.ky.gov أو اتصل بالرقم
1-855-4kynect (459-6328). Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328)



كومونويلث مجلس ولاية كنتاكي
للخدمات الصحية والأسرية
إدارة الخدمات المجتمعية

11. هل تحتاج إلى موارد تتعلق بتعاطي المخدرات؟

- a. نعم، أنا بحاجة إلى موارد تتعلق باستخدام المخدرات.
b. لا، لست بحاجة إلى موارد تتعلق باستخدام المخدرات.

12. هل تحتاج إلى موارد تتعلق بالعنف المنزلي؟

- a. نعم، أنا بحاجة إلى موارد تتعلق بالعنف المنزلي.
b. لا، لست بحاجة إلى موارد تتعلق بالعنف المنزلي.

13. ما هو أفضل وصف لوضعك فيما يتعلق برعاية كبار السن و/أو المعاقين؟

- a. أنا في حاجة فورية للمساعدة إما لنفسي أو لشخص تحت رعايتي بسبب السن أو الإعاقة.
b. يمكنني أنا أو أي شخص تحت رعايتي الاستفادة من المساعدة في الرعاية بسبب السن أو الإعاقة.
c. لست بحاجة إلى المساعدة بشأن رعاية كبار السن/المعاقين.

14. ما هو أفضل وصف لتجربة أطفالك المدرسية؟

- a. لدي طفل أو أكثر في سن المدرسة غير ملتحقين بالمدرسة.
b. طفلي أو أطفالي مسجلون في المدرسة ولكنهم يحضرون فقط بعض الوقت.
c. طفلي أو أطفالي مسجلون ويحضرون الفصول الدراسية معظم الوقت أو طوال الوقت.
d. ليس لدي أطفال في سن المدرسة.

15. ما هو أفضل وصف لقدرتك على تلبية احتياجاتك الأساسية يوميًا؟

- a. ليس لدي القدرة على تلبية الاحتياجات الأساسية مثل الطعام أو الملابس أو مكان للاستحمام بانتظام.
b. يمكنني تلبية عدد قليل من احتياجاتي الأساسية، ولكن ليس كلها.
c. أنا قادر على تلبية معظم احتياجاتي الأساسية وليس كلها.
d. أنا قادر على تلبية كل احتياجاتي الأساسية يوميًا.

16. ما هو أفضل وصف لعلاقاتك الاجتماعية وصدقاتك؟

- a. أنا منعزل و/أو لا أريد في التفاعل مع الناس.
b. أريد في المشاركة بشكل أكبر مع العائلة أو المجموعات ولكني بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو الدعم.
c. لدي دعم عائلي/اجتماعي قوي و/أو أشارك بنشاط في مجتمعي أو مجموعات الدعم.

17. ما هو أفضل وصف لحاجتك إلى الدعم القانوني؟

- a. لدي أمر (أوامر) ضبط وإحضار قيد الانتظار أو لدي تهم معلقة.
b. أنا ملتزم تمامًا بشروط المراقبة أو الإفراج المشروط.
c. ليس لدي أي سجل إجرامي جنائي أو لم يكن لدي أي تورط في نظام العدالة الجنائية منذ أكثر من 12 شهرًا.

18. ما هو أفضل وصف لمهاراتك في التربية؟

- أ. أحتاج إلى موارد لتحسين مهاراتي في تربية الأطفال.
ب. مهاراتي في تربية الأطفال كافية أو متطورة بشكل جيد.
ج. ليس لدي أطفال.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانقل إلى www.kynect.ky.gov أو اتصل بالرقم
1-855-4kynect (459-6328). Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328)

