

التغطية بالتأمين الصحي والمساعدة في دفع التكاليف التقديم بطلب لأكثر من شخص



استخدم هذا الطلب لمعرفة خيارات التأمين التي أنت مؤهل للحصول عليها

طلب التقديم هذا مخصص لمن؟

تقدم بطلبك بشكل أسرع عبر الإنترنت

ما قد تحتاج إلى تقديمه

لماذا نطلب هذه المعلومات؟

ماذا يحدث بعد ذلك؟

للحصول على مساعدة

أمور يجب معرفتها

- تغطية مجانية أو منخفضة 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

أفراد منزل الأسرة (الأزواج، الشركاء، الأطفال، وغيرهم) الذين:

- يعيشون في كنتاكي ويخططون للبقاء في كنتاكي
- يتم تضمينهم في إقرارك الضريبي، حتى لو كانوا لا يعيشون معك
- يعيشون معك، حتى لو لم يتم تقديم الضرائب

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

- 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. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، فاتصل بالرقم 1-800-772-1213 و قم بزيارة الموقع Socialsecurity.gov. يجب على مستخدمي جهاز التواصل بالكتابة عن بعد لضعاف السمع (teletypewriter) الاتصال بالرقم 1-800-325-0778 TTY.

سنحافظ على خصوصية جميع المعلومات التي تقدمها لنا، وفقاً لما يقتضيه القانون. نستخدم أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من ذلك وإجراء مطابقتكم مع 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 (USCIS) (United States Citizenship and Immigration Services).

- 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 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) 1-855-4kynect
- بالحضور شخصياً: ابحث عن قائمة بالأماكن القريبة من المكان الذي تعيش فيه عن طريق زيارة موقعنا على الإنترنت أو الاتصال بنا.
- Español: Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al 1-855-4kynect (459-6328)
- يتصل مستخدمو جهاز الاتصال عن بعد لضعاف السمع بالرقم 1-855-459-6328

تغطية التأمين الصحي والمساعدة في دفع التكاليف التقديم بطلب لأكثر من شخص



الخطوة 1 أخبرنا عن نفسك (الطرف المسؤول)

أكمل هذا الجزء من الطلب بمعلومات حول الطرف المسؤول (حتى لو لم يتقدم الطرف المسؤول بطلب التغطية). إذا كنت تقوم باستكمال هذا الطلب لشخص آخر، فيجب عليك استخدام الملحق ب لإدخال معلومات الاتصال الخاصة بك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانتقل 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)



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

2. رقم الضمان الاجتماعي (SSN) نحن بحاجة إلى رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بك إذا كنت تريد التغطية ولديك رقم ضمان اجتماعي (SSN). إن تزويدنا برقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بك يمكن أن يكون مفيداً إذا كنت لا تريد تغطية التأمين الصحي أيضاً نظراً لأنه يمكن أن يسرع ذلك عملية التقديم.

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. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على تغطية صحية، ضع علامة هنا وأجب عن جميع الأسئلة. إذا لم تكن تتقدم بطلب للحصول على تغطية التأمين الصحي، فلا تجب على الأسئلة 26-34 في الصفحة التالية.

5. تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة) 6. الجنس ذكر أنثى

7. هل تعيش في كنتاكي وتخطط للبقاء في كنتاكي؟ (مطلوب فقط إذا كنت تريد التغطية) نعم لا

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

9. المدينة 10. الولاية 11. الرمز البريدي 12. المقاطعة

13. العنوان البريدي (مطلوب فقط إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)

14. المدينة 15. الولاية 16. الرمز البريدي 17. المقاطعة

18. رقم الهاتف الأساسي المنزل العمل المحمول 19. رقم الهاتف الثانوي المنزل العمل المحمول

20. 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

21. لغة التحدث المفضلة (إن لم تكن الإنجليزية) 22. لغة الكتابة المفضلة (إن لم تكن الإنجليزية)

23. تقوم kynect بإرسال النموذج A-1095 إليك وإلى دائرة الإيرادات الداخلية للإبلاغ عن معلومات التسجيل ومبلغ المساعدة في دفع التكاليف الذي تلقتة 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 (DCBS) (Department for Community Based Services) لكل شخص في الأسرة حصل على تغطية Medicaid (ميديكيد) خلال العام. يتم إرسال النماذج عبر البريد العادي، أو إذا قمت بإنشاء حساب على kynect، فيمكننا إعلامك عبر البريد الإلكتروني بدلاً من ذلك بأن النموذج (النماذج) جاهزة) للعرض. إذا كنت تريد أن يتم إعلامك عبر البريد الإلكتروني، أدخل عنوان بريدك الإلكتروني:

24. هل تخطط، أنت، الطرف المسؤول، 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-د. لا. إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى السؤال د.

a. ماذا ستكون حالة التسجيل الخاصة بك؟ تسجيل الزوجين معاً تسجيل كل منهما بشكل منفصل أعزب رب الأسرة

b. إذا كنت متزوج ما اسم الزوج/ة؟

c. هل لديك أي أشخاص معالين في الإقرار الضريبي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اسم (أسماء) الشخص المعال (الأشخاص المعالين):

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) . 1-855-4kynect (459-6328) Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328)



d. هل يتم إدراجك كمُعال على الإقرار الضريبي لشخص آخر؟
إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اسم مقدم الإقرار الضريبي: _____
ما علاقتك بالشخص المقدم للإقرار الضريبي؟ _____

25. هل أنت أحد الوالدين/القائم بالرعاية لشخص ما في هذه الأسرة؟
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر اسم فرد الأسرة: _____

أجب عن الأسئلة التالية فقط إذا كنت تريد التغطية:

26. هل معروض عليك 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

27. هل أنت مسجل حالياً 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 أسئلة الخطوة 3 الخاصة بترتيبات سداد التكاليف الصحية في هذا الطلب. لا

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

29. هل أنت مواطن أمريكي أو حاصل على الجنسية الأمريكية؟
نعم لا

30. إذا كنت مواطناً أمريكياً 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: _____

31. إذا لم تكن مواطناً أمريكياً 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) _____

32. هل تعاني من حالة طبية طارئة؟
نعم لا

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

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

35. 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 سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

36. إذا فقدت أحد أفراد أسرته مؤخراً، فقد تتمكن من الحصول على مساعدة في دفع فواتيره الطبية. يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية عن فرد الأسرة المتوفى:
الاسم: _____
الجنس: ذكر أنثى
هل هذا الشخص من أصل هسباني أو لاتيني أو أسباني؟ (اختياري) نعم لا
العرق (اختياري): _____

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)



الخطوة 2 أفراد منزل الأسرة الآخرين

في الخطوة التالية، ستحتاج إلى تزويدنا بمعلومات عن أفراد منزل أسرتك الآخرين (بما في ذلك جميع أفراد أسرتك، حتى لو كانوا لا يريدون تغطية التأمين الصحي). قم بتضمين الزوج والأطفال والآخرين الذين يعيشون في كنتاكي وخططون للبقاء في كنتاكي، ويتم تضمينهم في إقرارك الضريبي (حتى لو كانوا لا يعيشون معك)، ويعيشون في منزلك، حتى لو لم يتم تقديم الضرائب. إذا كنت بحاجة إلى إدراج أكثر من أربعة أشخاص في هذا الطلب، قم بإرفاق صفحات إضافية بمعلوماتهم. ابدأ مع أفراد منزل أسرتك الضريبية المشمولون في الإقرار الضريبي.

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).



الشخص 2

2. صلة القرابة بك	1. الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، واسم العائلة واللاحقة (كما يظهر في بطاقة الضمان الاجتماعي)
3. رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	
<p>احتاج إلى رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بالشخص 2 إذا كان الشخص 2 يريد تغطية التأمين الصحي ولديه رقم ضمان اجتماعي (SSN). يمكن أن يكون منحنا رقم الضمان الاجتماعي (SSN) مفيدياً في حالة عدم التقدم بطلب للحصول على التغطية بالتأمين الصحي أيضاً لأنه يمكن أن يسرع عملية تقديم الطلب.</p>	
4. إذا كان الشخص 2 يريد التغطية ولم يتم تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، فحدد سبب عدم توفيره.	
<input type="checkbox"/> اعتراض ديني <input type="checkbox"/> تم التقدم بطلب للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) <input type="checkbox"/> حديث الولادة بدون رقم ضمان اجتماعي (SSN) <input type="checkbox"/> غير مؤهل للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) <input type="checkbox"/> ليس لديك رقم ضمان اجتماعي (SSN) ولا يجوز إصدار رقم ضمان اجتماعي (SSN) إلا لسبب صالح غير متعلق بالعمل <input type="checkbox"/> رفض تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) <input type="checkbox"/> لا أريد أن أقدم، لأنني لا أتقدم بطلب للحصول على التغطية	
5. إذا كان الشخص 2 يتقدم بطلب للحصول على تغطية التأمين الصحي، ضع علامة هنا <input type="checkbox"/> وأجب عن جميع الأسئلة. إذا لم يتقدم الشخص 2 بطلب للحصول على تغطية التأمين الصحي، فلا تجيب على الأسئلة من 12 إلى 20.	
6. تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	7. الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
8. هل يعيش الشخص 2 في نفس عنوان الطرف المسؤول؟ <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، فلا تدخل العنوان أدناه. <input type="checkbox"/> لا. إذا كانت الإجابة لا، أدخل عنوان الشخص 2 أدناه.	
9. عنوان المنزل	10. العنوان البريدي (مطلوب إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)
11. هل يخطط الشخص 2 لتقديم إقرار ضريبة الدخل الفيدرالي في العام المقبل؟ (يمكن للأفراد التقدم بطلب للحصول على التأمين الصحي حتى لو لم يقدموا إقرار ضريبة الدخل الفيدرالي).	
<input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عن الأسئلة أ-د. <input type="checkbox"/> لا. إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى السؤال د.	
a. ماذا ستكون حالة التسجيل الخاصة بالشخص 2؟ <input type="checkbox"/> تسجيل الزوجين معاً <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> تسجيل كل من الزوجين بشكل منفصل <input type="checkbox"/> رب الأسرة	b. وإذا متزوج ما هو اسم الزوج (ة)؟ _____
c. هل لدى الشخص 2 أي أشخاص معالين مشمولين في الإقرار الضريبي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اسم الشخص المعال (الأشخاص المعالين): _____
d. هل تم إدراج الشخص 3 كعالم في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر اسم مقدم الإقرار الضريبي: _____
ما هي صلة الشخص 2 بمقدم الإقرار الضريبي؟ _____	
12. هل أنت أحد الوالدين/القائم بالرعاية لشخص ما في هذه الأسرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر اسم فرد الأسرة: _____	
13. هل معروض على الشخص 2 تغطية التأمين الصحي من وظيفة (بما في ذلك وظيفة شخص آخر، مثل وظيفة أحد الوالدين أو الزوج)؟ <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، فسوف تحتاج إلى إكمال الملحق أ وإدراجه مع هذا الطلب. <input type="checkbox"/> لا	
14. هل الشخص 2 مسجل حالياً أو لديه عرض ترتيبات سداد التكاليف الصحية للتغطية الفردية (ICHRA) أو ترتيبات سداد التكاليف الصحية لأصحاب الأعمال الصغيرة المؤهلين (QSEHRA)؟	
نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، فسوف تحتاج إلى إكمال أسئلة الخطوة 3 الخاصة بترتيبات سداد التكاليف الصحية في هذا الطلب. <input type="checkbox"/> لا	
15. هل يريد الشخص 2 المساعدة في دفع الفواتير الطبية لآخر 3 أشهر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كانت الإجابة بنعم، أي شهر (أشهر)؟ _____	

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانتقل 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)



<p>17. إذا كان مواطنًا أمريكيًا أو حاصلًا على الجنسية الأمريكية، فهل الشخص 2 مواطنًا متجنسًا أو مواطنًا بالتبعية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم، قم بتوفير معلومات عن واحد مما يلي.</p> <p><input type="checkbox"/> شهادة الحصول على الجنسية</p> <ul style="list-style-type: none"> رقم شهادة الحصول على الجنسية: _____ رقم الشخص المهاجر: _____ <p><input type="checkbox"/> شهادة المواطنة:</p> <ul style="list-style-type: none"> رقم شهادة المواطنة: _____ رقم الشخص المهاجر: _____ 	<p>16. هل الشخص 2 مواطن أمريكي؟</p> <p>أو حاصل على الجنسية الأمريكية؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>															
<p>18. إذا لم يكن مواطنًا أمريكيًا أو حاصلًا على الجنسية الأمريكية، فهل يتمتع الشخص 2 بوضع هجرة مؤهل؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم. أجب عن الأسئلة أ-د أدناه.</p> <p>(a) نوع وثيقة الهجرة:</p> <p>(b) رقم معرف الوثيقة:</p> <p>(c) هل عاش الشخص 2 في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>(d) في أي تاريخ حصلت على وضع الهجرة الحالي الخاص بك؟ (الشهر/اليوم/السنة)</p>																
<p>19. هل يعاني الشخص 2 من حالة طبية طارئة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>																
<p>20. هل الشخص 2 من المحاربين القدامى أو في الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>																
<p>21. هل الشخص 2 من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني؟ (اختياري) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>																
<p>22. العرق - (اختياري)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> أبيض</td> <td><input type="checkbox"/> هندي أمريكي</td> <td><input type="checkbox"/> فلبيني</td> <td><input type="checkbox"/> فيتنامي</td> <td><input type="checkbox"/> غوامي أو الشامورو</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أفريقي</td> <td><input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا الأصليين</td> <td><input type="checkbox"/> ياباني</td> <td><input type="checkbox"/> آسيوي آخر</td> <td><input type="checkbox"/> سامواي</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> صيني</td> <td><input type="checkbox"/> هندي آسيوي</td> <td><input type="checkbox"/> كوري</td> <td><input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين</td> <td><input type="checkbox"/> سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> أبيض	<input type="checkbox"/> هندي أمريكي	<input type="checkbox"/> فلبيني	<input type="checkbox"/> فيتنامي	<input type="checkbox"/> غوامي أو الشامورو	<input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	<input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا الأصليين	<input type="checkbox"/> ياباني	<input type="checkbox"/> آسيوي آخر	<input type="checkbox"/> سامواي	<input type="checkbox"/> صيني	<input type="checkbox"/> هندي آسيوي	<input type="checkbox"/> كوري	<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين	<input type="checkbox"/> سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
<input type="checkbox"/> أبيض	<input type="checkbox"/> هندي أمريكي	<input type="checkbox"/> فلبيني	<input type="checkbox"/> فيتنامي	<input type="checkbox"/> غوامي أو الشامورو												
<input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	<input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا الأصليين	<input type="checkbox"/> ياباني	<input type="checkbox"/> آسيوي آخر	<input type="checkbox"/> سامواي												
<input type="checkbox"/> صيني	<input type="checkbox"/> هندي آسيوي	<input type="checkbox"/> كوري	<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين	<input type="checkbox"/> سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى												

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).



شخص 3

2. صلة القرابة بك	1. الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، واسم العائلة واللاحقة (كما يظهر في بطاقة الضمان الاجتماعي)
3. رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	
<p>نحتاج إلى رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بالشخص 3 إذا كان الشخص 3 يريد تغطية التأمين الصحي ولديه رقم ضمان اجتماعي (SSN). إعطاؤنا رقم الضمان الاجتماعي (SSN) يمكن أن يكون مفيداً في حالة عدم التقدم بطلب للحصول على تغطية التأمين الصحي أيضاً لأنه يمكن أن يسرع عملية التقديم.</p>	
4. إذا كان الشخص 3 يريد تغطية التأمين الصحي ولم يتم توفير رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، فحدد سبب عدم تقديمه.	
<input type="checkbox"/> اعتراض ديني <input type="checkbox"/> تم التقدم بطلب للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) <input type="checkbox"/> حديث الولادة بدون رقم ضمان اجتماعي (SSN) <input type="checkbox"/> غير مؤهل للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) <input type="checkbox"/> ليس لديك رقم ضمان اجتماعي (SSN) ولا يجوز إصدار رقم ضمان اجتماعي (SSN) إلا لسبب صالح غير متعلق بالعمل <input type="checkbox"/> رفض تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) <input type="checkbox"/> لا أريد أن أقدم، لأنني لا أقدم بطلب للحصول على التغطية	
5. إذا كان الشخص 3 يتقدم بطلب للحصول على تغطية التأمين الصحي، ضع علامة هنا <input type="checkbox"/> وأجب عن جميع الأسئلة. إذا لم يتقدم الشخص 3 بطلب للحصول على تغطية التأمين الصحي، فلا تجب على الأسئلة من 12 إلى 20.	
6. تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	7. الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
8. هل يعيش الشخص 3 في نفس عنوان الطرف المسؤول؟ <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، فلا تدخل العنوان أدناه. <input type="checkbox"/> لا. إذا كانت الإجابة لا، أدخل عنوان الشخص 3 أدناه.	
9. عنوان المنزل	10. العنوان البريدي (مطلوب إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)
11. هل يخطط الشخص 3 لتقديم إقرار ضريبة الدخل الفيدرالي في العام المقبل؟ (يمكن للأفراد التقدم بطلب للحصول على التأمين الصحي حتى لو لم يقدموا إقرار ضريبة الدخل الفيدرالي). <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عن الأسئلة أ-د. <input type="checkbox"/> لا. إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى السؤال د.	
<p>a. ماذا ستكون حالة التسجيل الخاصة بالشخص 3 <input type="checkbox"/> تسجيل الزوجين معاً <input type="checkbox"/> أعزب</p> <p>b. وإذا متزوج ما هو اسم الزوج (ة)؟</p> <p>c. هل لدى الشخص 3 أي أشخاص معالين مشمولين في الإقرار الضريبي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، فأذكر اسم (أسماء) الشخص المعال (الأشخاص المعالين):</p> <p>d. هل تم إدراج الشخص 3 كعالم في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر اسم مقدم الإقرار الضريبي: ما هي صلة الشخص 3 بمقدم الإقرار الضريبي؟</p>	
12. هل أنت أحد الوالدين/القائم بالرعاية لشخص ما في هذه الأسرة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر اسم فرد الأسرة:	
13. هل معروض على الشخص 3 تغطية التأمين الصحي من وظيفة (بما في ذلك وظيفة شخص آخر، مثل وظيفة أحد الوالدين أو الزوج)؟ <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، فسوف تحتاج إلى إكمال الملحق أ وإدراجه مع هذا الطلب. <input type="checkbox"/> لا	
14. هل الشخص 3 مسجل حالياً أو لديه عرض ترتيبات سداد التكاليف الصحية للتغطية الفردية (ICHRA) أو ترتيبات سداد التكاليف الصحية لأصحاب الأعمال الصغيرة المؤهلين (QSEHRA)؟	
<input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، فسوف تحتاج إلى إكمال أسئلة الخطوة 3 الخاصة بترتيبات سداد التكاليف الصحية في هذا الطلب. <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
15. هل يريد الشخص 3 المساعدة في دفع الفواتير الطبية لآخر 3 أشهر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أي شهر (أشهر)؟	

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانتقل 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)



16. هل الشخص 3 مواطن أمريكي؟ 17. إذا كان مواطناً أمريكياً أو حاصلاً على الجنسية الأمريكية، فهل يعتبر الشخص 3 مواطناً متجنساً أو مواطناً بالتبعية؟
 أو حاصل على الجنسية الأمريكية؟
 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: _____

18. إذا لم يكن مواطناً أمريكياً أو حاصلاً على الجنسية الأمريكية، فهل يتمتع الشخص 3 بوضع هجرة مؤهل؟
 نعم. أجب عن الأسئلة أدناه.

- (a) نوع وثيقة الهجرة: _____
 (b) رقم معرف الوثيقة: _____
 (c) هل عاش الشخص 3 في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ نعم لا
 (d) في أي تاريخ حصلت على وضع الهجرة الحالي الخاص بك؟ (الشهر/اليوم/السنة) _____

19. هل يعاني الشخص 2 من حالة طبية طارئة؟ نعم لا

20. هل الشخص 3 من المحاربين القدامى أو في الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟ نعم لا

21. هل الشخص 3 من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني؟ (اختياري) نعم لا

22. العرق -

(اختياري)

- | | | | | |
|--|---|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> غوامي أو الشامورو | <input type="checkbox"/> فيتنامي | <input type="checkbox"/> فلبيني | <input type="checkbox"/> هندي أمريكي | <input type="checkbox"/> أبيض |
| <input type="checkbox"/> سامواي | <input type="checkbox"/> آسيوي آخر | <input type="checkbox"/> ياباني | <input type="checkbox"/> من سكان ألاسكا الأصليين | <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أفريقي |
| <input type="checkbox"/> سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى | <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين | <input type="checkbox"/> كوري | <input type="checkbox"/> هندي آسيوي | <input type="checkbox"/> صيني |

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)



الشخص 4

1. الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، واسم العائلة واللاحقة (كما يظهر في بطاقة الضمان الاجتماعي)	2. علاقته بك
3. رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	حتاج إلى رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بالشخص 4 إذا كان الشخص 4 يريد تغطية التأمين الصحي ولديه رقم ضمان اجتماعي (SSN). يمكن أن يكون منحنا رقم الضمان الاجتماعي (SSN) مفيداً في حالة عدم التقدم بطلب للحصول على التغطية بالتأمين الصحي أيضاً لأنه يمكن أن يسرع
4. إذا كان الشخص 4 يريد تغطية التأمين الصحي ولم يتم توفير رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، فحدد سبب عدم تقديمه.	<input type="checkbox"/> اعتراض ديني <input type="checkbox"/> تم التقدم بطلب للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) <input type="checkbox"/> حديث الولادة بدون رقم ضمان اجتماعي (SSN) <input type="checkbox"/> غير مؤهل للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) <input type="checkbox"/> ليس لديك رقم ضمان اجتماعي (SSN) ولا يجوز إصدار رقم ضمان اجتماعي (SSN) إلا لسبب صالح غير متعلق بالعمل <input type="checkbox"/> رفض تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) <input type="checkbox"/> لا أريد أن أقدم، لأنني لا أقدم بطلب للحصول على التغطية
5. إذا كان الشخص 4 يتقدم بطلب للحصول على تغطية التأمين الصحي، ضع علامة هنا <input type="checkbox"/> وأجب عن جميع الأسئلة. إذا لم يتقدم الشخص 4 بطلب للحصول على تغطية التأمين الصحي، فلا تجب على الأسئلة من 12 إلى 20.	
6. تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	7. الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
8. هل يعيش الشخص 4 في نفس عنوان الطرف المسؤول؟	<input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، فلا تدخل العنوان أدناه. <input type="checkbox"/> لا. إذا كانت الإجابة لا، أدخل عنوان الشخص 4 أدناه.
9. عنوان المنزل	10. العنوان البريدي (مطلوب إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)
11. هل يخطط الشخص 4 لتقديم إقرار ضريبة الدخل الفيدرالي في العام المقبل؟ (يمكن للأفراد التقدم بطلب للحصول على التأمين الصحي حتى لو لم يقدموا إقرار ضريبة الدخل الفيدرالي).	<input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عن الأسئلة أ-د. <input type="checkbox"/> لا. إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى السؤال د.
a. ماذا ستكون حالة التسجيل الخاصة بالشخص 4 <input type="checkbox"/> تسجيل الزوجين معاً <input type="checkbox"/> أعزب	<input type="checkbox"/> تسجيل كل من الزوجين بشكل منفصل <input type="checkbox"/> رب الأسرة
b. وإذا متزوج ما هو اسم الزوج (ة)؟	
c. هل لدى الشخص 4 أي أشخاص معالين مشمولين في الإقرار الضريبي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اسم (أسماء) الشخص المعال (الأشخاص المعالين):
d. هل تم إدراج الشخص 4 كعالم في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر اسم مقدم الإقرار الضريبي:	
ما هي صلة الشخص 4 بمقدم الإقرار الضريبي؟	
12. هل أنت أحد الوالدين/القائم بالرعاية لشخص ما في هذه الأسرة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر اسم فرد الأسرة:	
13. هل معروض على الشخص 4 تغطية التأمين الصحي من وظيفة (بما في ذلك وظيفة شخص آخر، مثل وظيفة أحد الوالدين أو الزوج)؟	<input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، فسوف تحتاج إلى إكمال الملحق أ وإدراجه مع هذا الطلب. <input type="checkbox"/> لا
14. هل الشخص 4 مسجل حالياً أو لديه عرض ترتيبات سداد التكاليف الصحية للتغطية الفردية (ICHRA) أو ترتيبات سداد التكاليف الصحية لأصحاب الأعمال الصغيرة المؤهلين (QSEHRA)؟	<input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، فسوف تحتاج إلى إكمال أسئلة الخطوة 3 الخاصة بترتيبات سداد التكاليف الصحية في هذا الطلب. <input type="checkbox"/> لا
15. هل يريد الشخص 4 المساعدة في دفع الفواتير الطبية لآخر 3 أشهر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، أي شهر (أشهر)؟

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانتقل 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)



<p>16. هل الشخص 4 مواطن أمريكي؟ أو حاصل على الجنسية الأمريكية؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم، قم بتوفير معلومات عن واحد مما يلي.</p> <p><input type="checkbox"/> شهادة الحصول على الجنسية</p> <ul style="list-style-type: none"> رقم شهادة الحصول على الجنسية: _____ رقم الشخص المهاجر: _____ <p><input type="checkbox"/> شهادة المواطنة:</p> <ul style="list-style-type: none"> رقم شهادة المواطنة: _____ رقم الشخص المهاجر: _____ 	<p>17. إذا كان مواطنًا أمريكيًا أو حاصلًا على الجنسية الأمريكية، فهل الشخص 4 مواطنًا متجنسًا أو مواطنًا بالتبعية؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>															
<p>18. إذا لم يكن مواطنًا أمريكيًا أو حاصلًا على الجنسية الأمريكية، فهل يتمتع الشخص 4 بوضع هجرة مؤهل؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم. أجب عن الأسئلة أدناه.</p> <p>(a) نوع وثيقة الهجرة: _____</p> <p>(b) رقم معرف الوثيقة: _____</p> <p>(c) هل عاش الشخص 4 في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>(d) في أي تاريخ حصلت على وضع الهجرة الحالي الخاص بك؟ (الشهر/اليوم/السنة) _____</p>																
<p>19. هل يعاني الشخص 2 من حالة طبية طارئة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>																
<p>20. هل الشخص 4 من المحاربين القدامى أو في الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>																
<p>21. هل الشخص 4 من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني؟ (اختياري) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>																
<p>22. العرق - (اختياري)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> أبيض</td> <td><input type="checkbox"/> هندي أمريكي</td> <td><input type="checkbox"/> فلبيني</td> <td><input type="checkbox"/> فيتنامي</td> <td><input type="checkbox"/> غوامي أو الشامورو</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أفريقي</td> <td><input type="checkbox"/> من سكان ألaska الأصليين</td> <td><input type="checkbox"/> ياباني</td> <td><input type="checkbox"/> آسيوي آخر</td> <td><input type="checkbox"/> سامواي</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> صيني</td> <td><input type="checkbox"/> هندي آسيوي</td> <td><input type="checkbox"/> كوري</td> <td><input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين</td> <td><input type="checkbox"/> سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> أبيض	<input type="checkbox"/> هندي أمريكي	<input type="checkbox"/> فلبيني	<input type="checkbox"/> فيتنامي	<input type="checkbox"/> غوامي أو الشامورو	<input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	<input type="checkbox"/> من سكان ألaska الأصليين	<input type="checkbox"/> ياباني	<input type="checkbox"/> آسيوي آخر	<input type="checkbox"/> سامواي	<input type="checkbox"/> صيني	<input type="checkbox"/> هندي آسيوي	<input type="checkbox"/> كوري	<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين	<input type="checkbox"/> سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
<input type="checkbox"/> أبيض	<input type="checkbox"/> هندي أمريكي	<input type="checkbox"/> فلبيني	<input type="checkbox"/> فيتنامي	<input type="checkbox"/> غوامي أو الشامورو												
<input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أفريقي	<input type="checkbox"/> من سكان ألaska الأصليين	<input type="checkbox"/> ياباني	<input type="checkbox"/> آسيوي آخر	<input type="checkbox"/> سامواي												
<input type="checkbox"/> صيني	<input type="checkbox"/> هندي آسيوي	<input type="checkbox"/> كوري	<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين	<input type="checkbox"/> سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى												

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).



إذا كانت الإجابة على الأسئلة التالية بنعم لأكثر من شخص واحد، فاستخدم أوراقًا إضافية لتزويدنا بالتفاصيل.

1. هل أي شخص يتقدم بطلب للحصول على تغطية التأمين الصحي على هذا الطلب موجود حاليًا في السجن أو الحجز أو تم إطلاق سراحه خلال الأشهر الثلاثة الماضية؟

نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عن الأسئلة أ- د. لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى السؤال 2.
a. من؟

b. متى دخل هذا الشخص السجن؟ (الشهر/اليوم/السنة)

c. متى خرج هذا الشخص من السجن؟ (الشهر/اليوم/السنة)

d. هل هذا الشخص ينتظر حاليًا قرارًا بشأن التهم؟ نعم لا

2. هل انتهى حمل أي شخص في هذا الطلب (بولادة أو فقدان حمل) خلال الأشهر الثلاثة الماضية أو أنها حامل حاليًا؟

نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عن الأسئلة أ- د. لا إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال 3.
a. من؟

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

c. كم عدد الأطفال المنتظرين/ أو كانوا منتظرين بهذا الحمل؟

d. هل يرغب هذا الشخص في إحالته إلى برنامج التغذية التكميلية الخاص بالنساء والرضع والأطفال

(special supplemental nutrition program for women, infants and children) (WIC)؟ نعم لا

3. هل يوجد أي شخص في هذا الطلب أمريكي هندي أو من سكان الأسكا الأصليين؟

نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل الملحق ج وأرسله بالبريد مع هذا الطلب. لا. إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى السؤال 4.

4. هل يحتاج أي شخص يتقدم بطلب للحصول على تغطية التأمين الصحي في هذا الطلب إلى مساعدة في أنشطة الحياة اليومية (مثل الاستحمام وارتداء الملابس وما إلى ذلك) أو يعيش في منشأة طبية أو دار رعاية؟

نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، من؟ لا. إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى السؤال 5.

5. هل أي شخص يتقدم بطلب للحصول على التغطية في هذا الطلب كفيف أو معاق بشكل دائم؟

نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، من؟ لا. إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى السؤال 6.

6. هل أي شخص في منزلك يتقدم بطلب للحصول على تغطية التأمين الصحي في هذا الطلب لديه 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، أجب عن الأسئلة أ- ح. لا. إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى السؤال 7.

a. من؟

b. نوع التغطية

c. اسم صاحب البوليصة

d. اسم شركة التأمين

e. عنوان شركة التأمين

f. رقم البوليصة

g. تاريخ بدء التغطية

h. تاريخ انتهاء التغطية

7. هل كان أي شخص في منزلك يتلقى ميديك إيد (Medicaid) عندما بلغ العمر الذي لا يكون معه مؤهلاً للحصول على رعاية بديلة؟ نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، من؟

في أي ولاية كان يعيش؟ كم كان عمره؟

لا. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى الخطوة 4.



معلومات الموظف وصاحب العمل

ترتيبات سداد التكاليف الصحية (HRA): أَعْظنا معلومات عن ترتيبات سداد التكاليف الصحية (HRA).

8. اسم الموظف (الأول، الأوسط، الأخير)	
9. اسم صاحب العمل	10. رقم هوية صاحب العمل (EIN)
11. عنوان صاحب العمل	
12. المدينة	13. الولاية
14. الرمز البريدي	15. اسم جهة الاتصال لصاحب العمل
16. رقم هاتف جهة الاتصال بصاحب العمل	

17. من هم الأشخاص الذين حصلوا على عرض لترتيبات سداد التكاليف الصحية من قبل صاحب العمل هذا؟

- a. هل يقدم صاحب العمل هذا حاليًا ترتيبات سداد التكاليف الصحية لأي شخص مدرج في طلب تغطية بالتأمين الصحي الخاص بك؟
 نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، قم بإدراج أسماء الأشخاص المعروض عليهم ترتيبات سداد التكاليف الصحية (HRA) (ضع علامة في المربع إذا كانت هناك تغطية في ترتيبات سداد التكاليف الصحية للتغطية الفردية (ICHRA) أو ترتيبات سداد التكاليف الصحية لأصحاب الأعمال الصغيرة المؤهلين (QSEHRA) لكل شخص أدناه)
 ترتيبات سداد التكاليف الصحية الفردية (ICHRA)
 لأصحاب الأعمال الصغيرة المؤهلين (QSEHRA) الاسم:
 الاسم:
 لا. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى ي.

18. من هو المسجل في ترتيبات سداد التكاليف الصحية من قبل صاحب العمل هذا؟

- b. هل يقدم صاحب العمل هذا حاليًا ترتيبات سداد التكاليف الصحية لأي شخص مدرج في طلب تغطية بالتأمين الصحي الخاص بك؟
 نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، قم بإدراج أسماء الأشخاص المعروض عليهم ترتيبات سداد التكاليف الصحية (HRA) (ضع علامة في المربع إذا كانت هناك تغطية في ترتيبات سداد التكاليف الصحية للتغطية الفردية (ICHRA) أو ترتيبات سداد التكاليف الصحية لأصحاب الأعمال الصغيرة المؤهلين (QSEHRA) لكل شخص أدناه)
 ترتيبات سداد التكاليف الصحية الفردية (ICHRA)
 لأصحاب الأعمال الصغيرة المؤهلين (QSEHRA) الاسم:
 الاسم:
 لا. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى ي.

19. أخبرنا عن ترتيبات سداد التكاليف الصحية الذي يقدمه صاحب العمل هذا

- a. ما هو تاريخ البدء وتاريخ الانتهاء لترتيبات سداد التكاليف الصحية؟
 i. تاريخ بدء تقييم الموارد البشرية (الشهر/اليوم/السنة): _____
 ii. تاريخ انتهاء ترتيبات سداد التكاليف الصحية (الشهر/اليوم/السنة): _____
 b. ما هو الحد الأقصى لمبلغ السداد الذاتي فقط الذي يقدمه صاحب العمل؟ دولار _____
 c. ما معدل توفير هذا المبلغ؟
 أسبوعيًا مرتين في الشهر شهريًا
 d. إذا كان لديك عرض من ترتيبات التغطية الفردية لسداد التكاليف الصحية (ICHRA) ولم تقم بالتسجيل بعد،
 i. هل ستتمكن في يوم [60 يوم من التاريخ الحالي] من استخدام ترتيبات سداد التكاليف الصحية؟ نعم لا
 ii. هل تخطط لإلغاء الاشتراك في ترتيبات سداد التكاليف الصحية، إذا وجدت أنك مؤهل للحصول على مساعدة في الدفع؟ نعم 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)



الخطوة 4

الدخل والخصومات

استخدم أوراقاً إضافية إذا كنت تريد إضافة أكثر من وظيفتين.

الدخل من الوظيفة 1		1. من يكسب هذا الدخل؟	2. من هو صاحب العمل لهذا الشخص؟
3. ما هو المبلغ الإجمالي الذي يجنيه هذا الشخص (قبل الضرائب)؟ دولار		4. عدد المرات؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً	
5. إذا كان يعمل لحسابه الخاص a. طبيعة العمل _____ b. الدخل الإجمالي _____ c. مصاريف العمل الحر _____ d. صافي الدخل (الإجمالي ناقص النفقات) _____		هـ. معدل التكرار؟ _____	
الدخل من الوظيفة 2		6. من يكسب هذا الدخل؟	7. من هو صاحب العمل لهذا الشخص؟
8. ما هو المبلغ الإجمالي الذي يجنيه هذا الشخص (قبل الضرائب)؟ دولار		9. عدد المرات؟ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهرياً	
10. إذا كان يعمل لحسابه الخاص a. طبيعة العمل _____ b. الدخل الإجمالي _____ c. مصاريف العمل الحر _____ d. صافي الدخل (الإجمالي ناقص النفقات) _____		هـ. معدل التكرار؟ _____	

11. الدخل الإضافي: قدم لنا معلومات حول أي دخل إضافي قد يحصل عليه أفراد الأسرة بموجب هذا الطلب. لا تقم بتضمين الدخل من إعالة الطفل، أو دخل الضمان التكميلي (SSI)، أو دخل المحاربين القدامى، أو تعويض 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	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتان في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> ربع سنوي

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

نوع الخصم	من؟	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

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)



13. 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

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 أعرض لعقوبات بموجب القانون الفيدرالي و/أو قانون الولاية 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 يوماً من التغيير. يمكنني زيارة kynect.ky.gov أو الاتصال بالرقم (459-6328) 1-855-4kynect للإبلاغ عن أي تغييرات. أدرك أن أي تغيير في معلوماتي قد يؤثر على أهلية أفراد أسرتي.
- 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 إثباتات.

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 إشعاراً، ويسمح لي بإجراء أي تغييرات، ويمكنني إلغاء الاشتراك في أي وقت.

نعم، قم بتجديد أهليتي تلقائياً للاشتراك التالي: (اختر واحداً)

- 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 تم تسجيل أي شخص في طلبي في kynect وتبين لاحقاً أن لديه تغطية بالتأمين الصحي مؤهلة أخرى (مثل Medicare أو Medicaid أو KCHIP)، فسوف يقوم kynect تلقائياً بإنهاء خطة kynect الطبية وتغطية طب الأسنان الخاصة به. أقر بأن هذا سيساعد في التأكد من أن أي شخص يتبين أنه يتمتع بتغطية مؤهلة أخرى لن يظل مسجلاً في تغطية kynect الطبية وتغطية طب الأسنان حيث سيتعين عليه دفع التكلفة الكاملة.

نعم، أوافق لا، لا أوافق

تسجيل الناخبين: إذا لم أكن مسجلاً للتصويت أو غير مسجل في المكان الذي أعيش فيه حالياً، 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 التسجيل للتصويت. سيتم إرسال الطلب لي بالبريد. لا، لا أريد التسجيل للتصويت.

إذا كان أي شخص مدرج في هذا الطلب مؤهلاً للحصول على برنامج Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال في كنتاكي (KCHIP):

- 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.
- هل لدى أي طفل في هذا الطلب يعيش أحد والديه خارج المنزل؟ نعم لا
- إذا كانت الإجابة بنعم، فأنا أعطي مجلس خدمات الصحة والأسرة (Cabinet for Health and Family Services) (CHFS)، ومكتب دعم الطفل، الحق في فرض نفقة الرعاية الطبية من ولي أمر (أولياء أمور) الطفل الغائب. إذا كنت أعتقد أن التعاون مع مكتب نفقة الطفل سيضر بي أو بأطفالي، فيمكنني إخبار مجلس خدمات الصحة والأسرة وقد لا اضطر إلى التعاون.

التاريخ (شهر/يوم/سنة)

التوقيع

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

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، 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

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 لنفسني 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 أربح في التفاعل مع الناس.
b. أربح 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)

