WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-10101PA (01/2026)

د مشرانو، ړاندو یا معلولینو لپاره د Wisconsin Medicaid غوښتنې کڅوړه
(WISCONSIN MEDICAID FOR THE ELDERLY, BLIND OR DISABLED APPLICATION PACKET)

څنګه غوښتنه وکړو
دا د هغو کسانو لپاره چې 65 کلن، ړانده یا معلولیت لري د روغتیایي ګټو غوښتنلیک دی.

د روغتیایي ګټو غوښتنې لپاره، دغه غوښتنلیک بشپړ کړئ او لاندې ادرس ته یې واستوئ یا access.wi.gov کې په انلاین ډول غوښتنلیک بشپړ کړئ. د انلاین غوښتنې اړوند د نورو معلوماتو لپاره لاندې وګورئ.

خپل غوښتنلیکونه او/یا ثبوت/تاییدي لاندې ادرس ته پست یا فکس کړئ:

که د Milwaukee ولسوالۍ کې ژوند کوئ:

MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee, WI 53218

فکس: 888-409-1979

که د Milwaukee ولسوالۍ کې ژوند **نه** کوئ:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

فکس: 855-293-1822

تاسې د ثبوت هر سند په پرلیکه توګه access.wi.gov ته هم پورته کولی شئ.

تاسې اړ یاست د خپلو ځینو ځوابونو ثبوت وړاندې کړئ. په دې اړه د نورو معلوماتو لپاره چې څه باید وړاندې کړئ، د ثبوت/تایید برخه چې 5 پاڼه کې پیلیږي وګورئ.

که د Medicaid په اړه پوښتنې لرئ، دغه غوښتنلیک بشپړولو کې مرستې ته اړتیا لرئ یا غواړئ شخصاً یا په تیلیفون پوښتنو ته ځواب ورکړئ، د ملاقات وخت ټاکلو لپاره خپلې اداري سره اړیکه ونیسئ. که د خپلې اداري ادرس او/یا تلیفون شمېرې ته اړتیا لرئ، 7 پاڼه وګورئ. معلومات په انلاین ډول په dhs.wi.gov/im-agency کې هم موجود دي.

که معلولیت لرئ او دغه معلوماتو ته په بله بڼه اړتیا لرئ، یا غواړئ ترڅو بلې ژبې ته وژباړل شي، خپلې اداري سره اړیکه ونیسئ. دغه خدمتونه وړیا دي.

انلاین غوښتنه وکړئ
ACCESS یو انلاین اوزار دی چې تاسې ته د ګټو د غوښتنې، د خپلو ګټو حالت د کتلو، د بدلونونو د راپور ورکولو یا د کلنې نوې کولو اجازه درکوي. ACCESS ته د لاسرسي لپاره د access.wi.gov څخه لیدنه وکړئ. انلاین غوښتنلیک کاغذي غوښتنلیک ته ورته دی.

لیکونه د ACCESS وېب پاڼې له لارې موجود دي
غړي د عادي پوست پر ځای د خپلو ګټو اړوند لیکونه او معلومات په انلاین ډول ترلاسه کولی شي. دغه انتخاب لپاره، غړي باید خپلې اداري سره اړیکه ونیسي، یا په access.wi.gov کې خپل د ACCESS حساب ته دننه شي. که کوم غړی ACCESS حساب نه لري، باید په انلاین ډول د خپلو لیکونو کتلو لپاره یو حساب جوړ کړي.

د دغې فورمې کارولو طریقه
1. دغه غوښتنلیک بشپړولو څخه وړاندې د مهمو معلوماتو برخه او ټولې لارښوونې ولولئ.
2. په څرګنده توګه یې چاپ کړئ. اسماني یا تور رنګ وکاروئ.
3. نېټه د کال/ورځ/میاشت په بڼه ولیکئ. (مثال: اپریل 2، 1958، نېټه به 04/02/1958 شي.)
4. د خپل ځان او/یا د خپل ژوند د همسفر په اړه معلومات دننه کړئ.
5. غوښتنلیک په بشپړه توګه ډک کړئ. که غوښتنلیک بشپړ نه شي ممکن د Medicaid ګټو کې ځنډ رامنځ ته شي. (د ډاډ ترلاسه کولو لپاره چې ستاسې غوښتنلیک بشپړ دی په 22 پاڼه کې څترلېست وکاروئ.) که ستاسې غوښتنلیک بشپړ نه شي، اداره به تاسې سره نورو معلوماتو لپاره اړیکه ونیسي.

مهم معلومات

لاندې د هغو کسانو لپاره چې مشران، ړانده یا معلول دي د Medicaid اړوند مهم معلومات دي.

قانوني سرپرست، ساتونکي، یا وکالت لیک

که چیرې تاسو د ملکیت قانوني سرپرست، د شخص او ملکیت چارو اړوند قانوني سرپرست، محافظ، یا د مالي چارو لپاره دوامدار فعاله وکیل ولرئ، هغوی کولای شي ستاسي په استازیتوب دا فورمه ډکه کړي او ویې سپاري. دغه کس باید دغې فورمې سره یو ځای د خپلې ګومارنې په اړه اسناد هم وسپاري .

کله چې دا غوښتنلیک سپارئ، هغه قانوني اسناد هم ورسره ضمیمه کړئ چې د غوښتونکي لپاره د مالي چارو لپاره ټاکل شوي قانوني سرپرست، ساتونکی، یا دوامدار وکیل ته د اړوند فعالیت اجازه ورکوي.

شخصي قانوني سرپرست کوال ی شي ستاسو په استازیتوب ستاسو د Medicaid د وړتیا او امتیازاتو سره سم عمل وکړي، دا یواځې په هغه صورت کې چې دا صلاحیت د محکمې په هغه سندونو کې ورک ړل شي چې د یو شخص قانوني سرپرست ټاکي.

د روغتیایي پاملرنې لپاره د وکیل صلاحیت د دې وړتیا نلري چې ستاسو د Medicaid وړتیا او امتیازاتو لپاره ستاسو په استازیتوب فعالیت ترسره کړي.

صلاحیت لرونکی استازی

یو صلاحیت لرونکی استازی ستاسې لپاره غوښتنه کولی شي. د یو باصلاحیته استازی د ټاکلو، بدلولو یا ګوښه کولو لپاره دا فورمه ډکه کړئ: **شخص** فورمه، F-10126A، یا د یو باصلاحیته استازی ټاکل، بدلول، یا لیرې کول: **د سازمان** فورمه، F-10126B، دغوښتنلیک په دې کڅوړه کې موندلای شئ. دا ستاسو باصلاحیته استازي ته اجازه ورکوي چې ستاسو په استازیتوب غوښتنلیک بشپړ او لاسلیک کړي. تاسو کولای شئ 800-362-3002 شمېرې ته زنګ ووهئ یا dhs.wi.gov/forwardhealth/representative-types.htm ته مراجعه وکړئ او دا فورمه ترلاسه کړئ.

د غوښتنلیک نېټه

ستاسې د غوښتنلیک نېټه هغه نېټه ده چې د Medicaid دفتر ستاسې لاسلیک شوې فورمه ترلاسه کوي. ستاسې Medicaid اړوند پرېکړه به ستاسې د غوښتنلیک د نېټې څخه د 30 ورځو په ترڅ کې تاسې ته واستول شي. نه لاسلیک شوې فورمې به بېرته واستول شي. له ځنډ پرته غوښتنه مهمه ده، ځکه چې ستاسې د ګټې تاریخ پیل، که د پروګرام په ټولو قوانینو برابر واوسئ، ستاسې د غوښتنلیک نېټې پورې تړلې ده.

طبي لګښتونو تادیې لپاره مرسته

که تېرو درېیو میاشتو څخه بیمه ستاسې طبي لګښتونه نه دي تادیه کړي، تاسې دغو لګښتونو تادیې لپاره د روغتیایي پاملرنې د پوښښ غوښتنه کولی شئ. که غواړئ کوم یو د تېرو درېیو میاشتو طبي پاملرنې تادیې کې مرسته غواړئ، د غوښتنلیک دغې کڅوړې کې شته د «طبي لګښتونو تادیې کې د مرستې غوښتنه» ډکه کړئ.

شخصي پېژندونکي معلومات/د ټولنیز امنیت شمیره

شخصاً د پېژندنې وړ او د ټولنیز خوندیتوب شمېرې یوازې د Medicaid پروګرام مستقیمې ادارې لپاره کارول کېږي.

که ستاسې په کورنۍ کې څوک د Medicaid غوښتنه نه کوي، اړینه نه ده چې د دغه کس لپاره د ټولنیز خوندیتوب شمېره (SSN) وړاندې کړئ. هر هغه څوک چې Wisconsin Medicaid غواړي، مګر خپل SSN نه وړاندې کوي یا د یو لپاره غوښتنه کوي د Wis. Stat. § 49.82(2) پر اساس د ګټو وړ نه دي.

که خپل د کډوالۍ حالت له امله یوازې د بېړنیو خدمتونو غوښتنه کوئ، یا امېدواره مېرمن یاست او د BadgerCare Plus Prenatal Services (د BadgerCare Plus له زېږون وړاندې خدمتونه) غوښتنه کوئ، اړینه نه ده چې SSN معلومات وړاندې کړئ.

ستاسې SSN دولتي ادارو لکه Internal Revenue Services (داخلي عوایدو خدمتونه) (IRS)، Social Security Administration (ټولنیز خوندیتوب اداره)، Department of Revenue (د عوایدو څانګه)، او Department of Workforce Development (د کاري ځواک پرمختګ څانګه) سره په کمپیوټر کې ستاسو د معلوماتو د کتلو اجازه ورکوي. په دې سربېره، Department of Health Services (روغتیایي خدمتونو څانګه) به د دې مشخص کولو لپاره چې ایا نورې روغتیایي بیمې لرئ ستاسې نوم او SSN د بیمې وړاندې کوونکو له لوري وړاندې شویو معلوماتو سره پرتله کړي.

ستاسي SSN به United States Citizenship and Immigration Services (د متحده ایالاتو تابعیت او کډوالۍ خدمتونو) (USCIS) سره شریک نه شي.

نوي کول

که وتوانیږئ Medicaid ترلاسه کړئ، تاسي باید د دې کتلو لپاره چې ایا اوس هم په Medicaid کې داخلي لپاره د پروګرام په ټولو قوانینو برابر یاست لږ تر لږه په 12 میاشتو کې یو ځل نوي کول بشپړ کړئ.

د املاکو بیاموندنه

که Medicaid کې شامل یاست، د Wisconsin قانون، د محدودو استثناو سره، ستاسې املاکو څخه د Medicaid ځانګړو ګټو بیاموندنه غواړي. د املاکو بیاموندنې لاسي کتاب، P-13032، تاسې ته د املاکو بیاموندنې اړوند معلومات وړاندې کوي. تاسو کولای شئ د بروشور یوه کاپي په آنلاین بڼه دلته ترلاسه کړئ (dhs.wi.gov/library/collection/P-13032) یا هم کولای شئ له خپلې سیمه ایزې اداري یا د غړو د خدماتي اداري سره په دې شمېره اړیکه ونیسئ 800-362-3002. هغه ځانګړې ګټې چې ټولنه کې 55 کلنې Medicaid څخه وروسته ترلاسه کوئ او ټولې هغه ګټې چې په رنځور پاله کور کې استوګنې پر مهال ترلاسه کوئ یا کله چې 30 ورځو څخه ډېرې مودې لپاره روغتون کې بستري یاست، د بیاموندنې وړ دي. همداراز، که په رنځور پاله کور کې ژوند کوئ یا روغتون کې بستري یاست، او بیرته کور رته د تللو تمه نه کوئ، ستاسې کور مصادره کېدلی شي. که تاسې، ستاسې د ژوند ملګری یا د کورنۍ نور ځانګړي غړي په کې استوګن وي، ستاسې کور به مصادره نشي.

حقونه او مسؤلیتونه

حقونه

ایالتي او فدرالي قوانین د غړو لپاره د حقونو ضمانت کوي، چې لاندیني په کې شامل دي:

- د ایالت او ولسوالۍ کارکوونکو له لوري په درناوی سره د چلند حق.
- وړتیا مشخص کولو لپاره اداري ته د ټولو ورکړل شویو معلوماتو د محرمیت حق. (دا د پروګرام اداري لپاره د دغه ډول سوانحو کارول نه منع کوي)
- د هغو معلوماتو پرته چې د اداري له لوري د محرمیت ژمني پر بنسټ ترلاسه شوي دي، ستاسو د قضیې اړوند د اداري سوانح او دوسیو ته د لاسرسی حق.
- که د Wisconsin اوسیدونکی پاتې شئ، حتی که چېرې په لنډمهاله توګه ایالت څخه غیر حاضر واوسئ د Medicaid ګټو لپاره د وړ پاتې کېدو حق.
- په چټکۍ سره د وړتیا حالت مشخص کولو او دغه حالت کې وړاندیز شوي بدلون څخه وړاندې خبر ورکولو حق.
- د بېړنۍ طبي پاملرنې حق.
- د معلولیت اړوند دلیل لپاره په پروګرام کې ګډون لپاره د مناسب استوګنځای غوښتنې حق، یا په پروګرام کې د ګډون لپاره د ترجمان او ژباړونکی حق.
- ستاسې د Medicaid غوښتنلیک یا روانو ګټو اړوند اخیستل شوې پرېکړې چې تاسې ورسره موافق نه یاست د عادلانه اورېدنې غوښتنې سره د استیناف حق.

عادلانه اورېدنه

تاسې Division of Hearings and Appeals (د اورېدنې او استیناف څانګه) یا خپلې اداري څخه غوښتنه کولی شئ که چېرې:

- په تېروتنې سره ستاسو د Medicaid غوښتنلیک رد شو.
- ستاسې غوښتنلیک د هغې نېټې څخه چې اداره ترلاسه کړې و، د 30 ورځو په ترڅ کې پروسس نه شو.
- تاسې د اداري له لوري ستاسې د ګټو موقوفولو، فسخه کولو، ځنډولو، یا کمولو پرېکړې سره موافق نه یاست.
- طبي خدمتونو لپاره ستاسې د وړاندې صلاحیت غوښتنه رد شوې ده.

تاسې کولی شئ لاندې ادرس ته په لیکلو سره عادلانه اورېدنې غوښتنه وکړئ:

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

د عادلانه اورېدنې غوښتنه په dhs.wi.gov/forwardhealth/resources.htm کې موندل کېدی شي.

که د فورمې کارولو پر ځای لیک لیکل انتخاب کړئ، تاسې باید شامل کړئ:

- ستاسې نوم.
- ستاسې پوستي ادرس.
- د ستونزې لنډه تشریح.
- د اداري نوم.
- ستاسې د CARES قضیې شمېره.
- ستاسې لاسلیک.

غوښتنه باید د اقدام نېټې څخه 45 ورځو څخه ونه ځنډېږي.

تاسې همداراز هغه اداري سره چېرې چې مو غوښتنه کړې وه اړیکه نیولی او د عادلانه اورېدنې غوښتنې ډکولو کې د مرستې غوښتنه کولی شئ. د عادلانه اورېدنې پروسې په اړه نور زده کړې لپاره، د ForwardHealth نوملیکنه او ګټو لاسي کتاب، P-00079، ته مراجعه وکړئ. کله چې اداره ستاسو غوښتنلیک ترلاسه کړي، نو تاسو به یو لارښود کتاب ترلاسه کړئ یا کولای شئ دا لارښود کتاب په دې پته ومومئ dhs.wi.gov/library/collection/P-00079.

که د عادلانه اورېدنې پروسې په اړه پوښتنې لرئ، Division of Hearings and Appeals (د اورېدنې او استیناف څانګه) سره په 608-266-7709 اړیکه نیولی شئ.

مسؤلیتونه

د بدلونونو راپور ورکول

اداري ته **10 ورځو کې** دننه راپور ورکړئ.

- ستاسو د کورنۍ د کوم غړي په عاید کې بدلونونه.
- هر هغه معلوماتو کې کو بل بدلون چې تاسو خپل غوښتنلیک کې ورکړي کوم چې د Medicaid د بدلون راپور ورکولو فورمه، F-10137، کې چې د غوښتنلیک دغه کڅوړه کې موجود دي غوښتل شوي وي.

access.wi.gov کې په انلاین ډول، خپلې اداري سره اړیکې له لارې یا دغوښتنلیک دغه کڅوړه کې موجود د Medicaid د بدلون راپور ورکولو فورمې، F-10137، په کارولو سره د بدلون راپور ورکولی شئ. **دغه فورمه د خپل غوښتنلیک سره مه استوئ؛ د راتلونکې کارونې لپاره یې وساتئ.**

تاییدي/ثبوت

اړینه ده چې د ځانګړو معلوماتو تاییدي/ثبوت وړاندې کړئ. ځینو کې یې شامل دي:

تابعیت / هویت

فدرالي قانون غوښتنه کوي چې د متحده ایالاتو ټول هغه اتباع چې د Medicaid ګټې غوښتنه کوي یا ترلاسه کوي باید خپل د متحده ایالاتو د تابعیت یا هویت ثبوت وړاندې کړي مګر دا چې معاف شوي وي. معاف شویو کسانو کې Social Security Disability Insurance (SSDI)، (ټولنیز خوندیتوب د معلولیت بیمه) Supplemental Security Income (تکمیلي تضمیني عاید) (SSI)، Medicare، د پالنې پاملرنه، او په فرزندي نیولو مرستې ترلاسه کوي شامل دي. که د ګټو غوښتنه کوئ، تاسې به د خپل غوښتنلیک له نېټې څخه خپلې اداري ته د ثبوت وړاندې کولو لپاره لږ تر لږه 95 ورځې ولرئ. که پخوا مو دغه معلومات وړاندې کړي وي، کېدای شي له وړاندې څخه دوسیې کې وي؛ که نور ثبوت ته اړتیا وي کېدای شي اداره به تاسې خبر کړي.

موږ همداراز د ټولو هغو کډوالو چې د خپل ځان لپاره د ګټو غوښتنه کوي له U.S. Department of Homeland Security (د متحده ایالاتو د کورنۍ امنیت ریاست) سره د کډوالۍ حالت تایید کړو. United States Citizenship and Immigration Services (د متحده ایالاتو د تابعیت او کډوالۍ خدمتونه) (USCIS) سره به ستاسې د کورنۍ هغو کسانو لپاره چې د مرستې غوښتنه نه کوي د کډوالۍ حالت تایید نه کړي. که ستاسې کورنۍ کې څوک د Medicaid غوښتنه نه کوي، اړ نه یاست چې دغه کس لپاره دغې پوښتنې ته ځواب ورکړئ.

یادونه: یوازې بې اسناده کډوال د بېړنۍ روغتیایي پاملرنې وړ دي که نه هغوی به د Medicaid وړ وي. امېداواره مېرمنې کېدای شي BadgerCare Plus Prenatal Services (د بجر کیېر پلس له زېږون وړاندې خدمتونه) کې د نوملیکنې وړ وي.

د هغه څه مثالونه چې تاسو یې د تابعیت او هویت ثابتولو لپاره کارولی ش:

- د متحده ایالاتو پاسپورټ
- د متحده ایالاتو د تابعیت سند
- د متحده ایالاتو د تابعیت منلو سند
- ایالت له لوري صادر شوی پرمختللی د موټر چلولو جواز
- د قبیلوي پېژندنې اسناد

د هغه څه مثالونه چې د تاسو یې د تابیعت ثابتولو لپاره کارولی شئ:

- د متحده ایالاتو د زېږون سند
- په بهر کې زېږون لپاره د امریکا د بهرنیو چارو وزارت راپور
- د متحده ایالتو د تابعیت پېژند کارت
- د فرزندي نیولو کاغذونه چې په متحده ایالاتو کې د زېږون ښودنه کوي
- متحده ایالاتو کې د زېږون د روغتون سوانح
- د خدمتونو د متحده ایالاتو نظامي سوانح یا متحده ایالاتو کې د زېږون ښودونکی چټل نویس سوانح
- متحده ایالاتو کې زېږون ښودونکی د ژوند یا روغتیایي بیمې سوانح
- متحده ایالاتو کې زېږون ښودونکی د زړو کور کې د داخلې کاغذونه

د هغه څه مثالونه چې تاسو یې د هویت ثابتولو لپاره کارولی شئ:

- د موټر چلولو ایالتي جواز
- فدرال، ایالت یا سیمهییز دولت له لوري صادر شوی پېژند کارت
- د ښوونځی تصویر لرونکی پېژند کارت
- متحده ایالاتو پوځ سره د اړیکې پېژند کارت
- متحده ایالاتو د پوځ پېژند کارت
- له 18 څخه لږ عمر لرونکو ماشومانو لپاره، د هویت بیانیې لاسلیک شوی فورمه، F-10154 (dhs.wi.gov/library/collection/f-10154)

شتمني

تاسې باید د خپل ټولو شتمنیو ثبوت وړاندې کړئ. د ثبوت مثالونو کې ستاسې بانکي بیانیه چې د غوښتنلیک بشپړولو نېټه کې ستاسې د بانکي حساب ارزښت ښیي یوه کاپي، د ملکیت د مالیاتو بل، د موټر عنوان/پلېټ، یا کوم څیز چې ستاسې د ژوند د بیمې د پالیسي اسمي یا نغدي ارزښت څرګندوي شامل دي. که متاهل یاست او د اداري Medicaid غوښتنه کوئ، دواړه عارض او د ژوند ملګری لپاره به د شتمنۍ ارزونه اړین وي.

نور

ستاسې کارکوونکی کېدای شي همداراز د لاندنیو غوښتنه وکړي:

- د کسر لپاره طبي لګښتونه
- د ډاکټر تایید (شفاهي یا په لیکلي بڼه) چې دغه کس کېدای شي 6 میاشتو کې دننه بېرته کور یا اپارتمان ته ستون شي او بستر شوی کس یو کور یا ملکیت لري چې کېدای شي د کور د ساتنې د مرستې وړ وي. که اجازه ورکړل شي، لګښتونه باید تایید شي
- د وکیل د صلاحیت، قانوني محافظت، یا ساتونکی لپاره سندونه
- اسناد

که دغه غوښتنلیک سپارلو پر مهال دغه توکي تاسې سره موجود وي، خپل غوښتنلیک سره یې یوه کاپي وړاندې کړئ. که معلومات ستاسو د Medicaid نوملیکنې اړوند پرېکړه اغېزمنوي اداره به تاسو سره اړیکه ونیسي او د ورکو، متضادو او ناڅرګندو معلوماتو د ثبوت وړاندې کولو غوښتنه به وکړي.

په پوست کې اصلي اسناد مه لېږئ. اصلي اسناد خپله راوړئ یا کاپي یې خپل غوښتنلیک سره واستوئ. که په دې پوهېدلو کې چې باید د څه ثبوت وړاندې کړئ ستونزه لرئ، خپلې اداري سره اړیکه ونیسئ او د مرستې غوښتنه وکړئ.

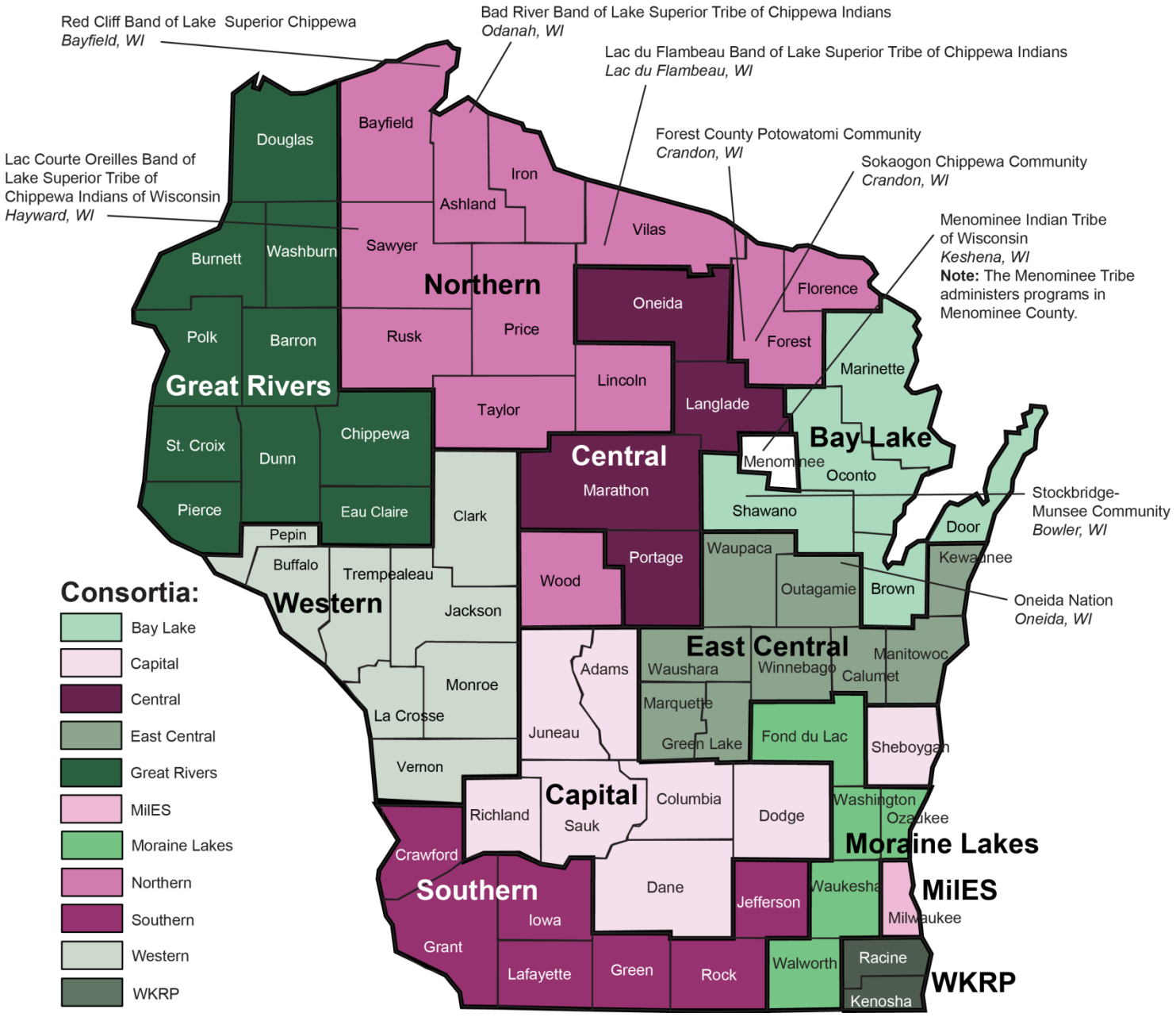
د عاید ساتلو کنسورشیم او د قبایلي ادارو د اړیکو معلومات

(Income Maintenance Consortiums and Tribal Agencies Contact Information)

د عاید ساتلو کنسورشیمونه (اکثرا د اداري په نوم یادیږي) او قبایلي اداري کولی شي تاسو سره د BadgerCare Plus، Medicaid، او FoodShare په څیر پروګرامونو لپاره پر شرایطو د برابرېدلو د خدماتو په وړاندې کولو کې مرسته وکړي. لاندې جدول د عوایدو د حفظ او ساتنې کنسورشیمونه او قبایلي اداري د الفبا د ترتیب له مخې لیست کوي او د تلیفون شمیرې او همدارنګه هغه ولایتونه چې هر کنسورشیم جوړوي پکې شامل دي. که تاسو د خپلې وړتیا یا قضیې په اړه پوښتنې لرئ، هغه کنسورشیم ته زنګ ووهئ چې ستاسو د ولایت یا ستاسو د قبایلي اداري استازیتوب کوي.

د Chippewa هندیانو د لویې قبیلې جهیل ډله Bad River	**715-682-7127**
خلیج، جهیل	**888-794-5747**
• Brown • Door • Marinette • Oconto • Shawano	
پلازمینه	**888-794-5556**
• Adams • Columbia • Dane • Dodge • Juneau • Richland • Sauk • Sheboygan	
مرکزي	**888-445-1621**
• Langlade • Marathon • Oneida • Portage	
د ختیخ مرکزي عاید ساتنې شراکت	**888-256-4563**
• Calumet • Green Lake • Kewaunee • Manitowoc • Marquette • Outagamie • Waupaca • Waushara • Winnebago	
د Forest ولایت د Potawatomi ټولنه	**715-478-4433**
لوی سیندونه	**888-283-0012**
• Barron • Burnett • Chippewa • Douglas • Dunn • Eau Claire • Pierce • Polk • St. Croix • Washburn	
د Wisconsin د Chippewa هندیانو د ډنډ د Superior قبیلې Lac Courte Oreilles ډله	**715-634-8934**
د Chippewa هندیانو د ډنډ د Superior قبیلې Lac du Flambeau ډله	**715-588-4235**
د Wisconsin هندی قبیله Menominee	**715-799-5137**
Milwaukee Enrollment Services (د ملواکي نوم لیکنې خدمتونه) (MilES)	**888-947-6583**
Milwaukee	
مورین جهیل	**888-446-1239**
• Fond du Lac • Ozaukee • Walworth • Washington • Waukesha	
شمالي	**888-794-5722**
• Ashland • Bayfield • Florence • Forest • Iron • Lincoln • Price • Rusk • Sawyer • Taylor • Vilas • Wood	
Oneida ملت	**800-216-3216**
د Superior Chippewa جهیل Red Cliff ډله	**715-779-3706**
Sokaogon Chippewa ټولنه	**715-478-3265**
جنوبي	**888-794-5780**
• Crawford • Grant • Green • Iowa • Jefferson • Lafayette • Rock	
Stockbridge-Munsee ټولنه	**715-793-4032**
د اقتصادي مرستې لپاره لویدیځ سیمه	**888-627-0430**
• Buffalo • Clark • Jackson • La Crosse • Monroe • Pepin • Trempealeau • Vernon	
Wisconsin's Kenosha Racine Partnership (د Wisconsin کینوشا ریسین شراکت) (WKRP)	**888-794-5820**
• Kenosha • Racine	

د عايد ساتنې کنسورشيمونو او قبايلي ادارو نقشه



WISCONSIN DEPARTMENT of HEALTH SERVICES

APP

مشرانو، ړاندو او معلولینو لپاره د WISCONSIN MEDICAID غوښتنلیک

لارښوونې: دغې فورمې بشپړولو څخه وړاندې، ټولې لارښوونې ولولئ. یوازې تور یا ابې رنګ لرونکی قلم وکاروئ. نېټه د میاشت/ورځ/کال په بڼه ولیکئ. (د بیلګې په توګه: اپریل 2، 1958، به 04/02/1958 شي.) که خپل ځوابونو لیکلو لپاره نور ځای ته اړتیا لرئ، د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ. هڅه وکړئ موږ ته څومره چې ممکن وي معلومات راکړئ. که اوس موږ ته معلومات رانکړئ، کېدای شي ستاسې غوښتنلیک په اړه پرېکړې څخه وړاندې یې غوښتنه وکړو.

1 پاڼې څخه تر 7 او د غوښتنلیک دغې کڅوړې د Medicaid د بدلون راپور، F-10137، د راتلونکې کارونې لپاره وساتئ.

که چیرې تاسو دا غوښتنلیک د بل چا لپاره ډکوئ ، یا یو با صلاحیته استازی ټاکئ، یا یې بدلوئ او یا یې لیرې کوئ، نو دا فورمه ډکه کړئ: شخص فورمه، F-10126A، یا د یو باصلاحیته استازی ټاکل، بدلول، یا لیرې کول: د اداري فورمه، F-10126B، د دې غوښتنلیک په کڅوړه کې ضمیمه شوې، یا قانوني سندونه ضمیمه کړئ چې تاسو ته د غوښتونکي په توګه د مالي چارو لپاره د ټاکل شوې قانوني استازي، ساتونکی، یا دوامداره باصلاحیته وکیل په توګه ددې فعالیت اجازه درکوي. د دغه غوښتنلیک معلومات باید د عارض په اړه وي، نه د استازي.

برخه 1 – د عارض معلومات – دغه برخه کې، موږ له تاسو غوښتنه کوو چې د خپل ځان په اړه ووایاست.

نوم – عارض (کورنۍ، لومړی، منځنی ابتدایي)		
ایا پخوا کارول کېدونکی لکه د واده یا پلرنی کورنۍ نوم لرئ؟ ☐ هو ☐ نه که ځواب مو هو وي، هغه نومونه څه دي؟		
د زېږېدنې نېټه	د ټولنیز خوندیتوب شمېره	جنسیت ☐ نارینه ☐ ښځینه
قومیت* (انتخابي) ☐ هسپانوي یا لاتیني ☐ غیر هسپانوي یا لاتیني		
توکم* (اختیاري، یو یا ډېر انتخاب کړئ) ☐ سور پوستی امریکایي/بومي الاسکایي ☐ اسیایي ☐ تور/افریقایي امریکایي ☐ هاوایي/د ارام ټاپو نور اوسېدونکي ☐ سپین *که نه غواړئ اړ نه یاست چې د توکم او قومیت پوښتنو ته ځواب ورکړئ. موږ دغې پوښتنې خپلو پروګرامونو غوره کولو مرستې او له دې څخه ډاډه کېدو لپاره چې د قوم یا توکم پر بنسټ تبعیض نه کوي پوښتو. ستاسې ځوابونه به ستاسې پروګرامونو او ګټو اړوند پرېکړو لپاره ونه کارول شي.		
ایا تاسو د امریکایی هندي قبیلې غړی، ماشوم،لمسی یا د الاسکا اصلي اوسېدونکی یاست؟ ☐ هو ☐ نه	غواړئ لیکونه په کومه ژبه چاپ شي؟ ☐ انګلیسي ☐ هسپانوي	
ستاسې په کور کې خبرې کېدونکی لومړنی ژبه	ایا کور کې 18 څخه لږ عمر لرونکي ماشومان شته؟ ☐ هو ☐ نه	

برخه 2 – د اړیکې معلومات – لطفاً ووایاست چې څنګه تاسې سره اړیکه نیولی شو. ټولو تیلیفوني شمېرو لپاره د سیمې کوډ ولیکئ.

د اړیکې نوم، که عارض نه وي	
تیلیفون شمېره – عارض ☐ کور ☐ موبایل ☐ کار	تیلیفون شمېره – صلاحیت لرونکی استازی / وکالت لیک ☐ کور ☐ موبایل ☐ کار
بله شمېره چېرې چې پیغام پرېښودلی شو	که کوڼ یاست یا په سختۍ اورئ او زموږ څخه مو د تیلیفون له لارې د اړیکه نیولو غوښتنه کړې ده، تاسې کوم مېتود کاروئ؟ ☐ بدلول ☐ TTY ☐ هېڅ یو
برېښنالیک – عارض	برېښنالیک – صلاحیت لرونکی استازی / وکالت لیک
ایا اوس بې کوره* یاست یا تېرو 12 میاشتو کې بې کوره وئ؟ ☐ هو ☐ نه *بې کوره څخه زموږ موخه دا ده چې اوږدمهاله کې د شپې پاتې کېدو لپاره ځای ونه لرئ. تاسې کېدای شي سرپناه یا یو ملګری یا خپلوان سره اوسېږئ یا د اوسېدلو لپاره ځای نه لرئ.	

APP

د اوونۍ په ورځو کې تاسې سره د اړیکه نیولو غوره لاره څه ده؟
☐ برېښنالیک ☐ د کور تلیفون ☐ موبایل ☐ نور (تشریح کړئ)

په اوونۍ کې تاسې سره د اړیکې نیولو غوره وخت کوم دی (د مثال په توګه، دوشنبې له 3:00 p.m څخه وروسته، دوشنبه – جمعه له 12 p.m څخه وړاندې)؟

تاسې خپلو پروګرامونو او ګټو اړوند لیکونه په انلاین ډول ترلاسه کولی شئ. که په پرلیکه د لیکونو ترلاسه کول انتخاب کړئ:

- هر ځل چې د کتلو لپاره نوی لیک ولرئ تاسې به یو برېښنالیک ترلاسه کړئ. د خپلو لیکونو کتلو لپاره خپل ACCESS حساب ته دننه شئ.
- په عادي پوست کې به د خپلو لیکونو کاپي ترلاسه نه کړئ. خو بیا هم، ځینې لیکونه شته چې تل باید عادي پوست له لارې واستول شي (لکه هغه فارمونه چې باید ډک کړئ او موږ ته یې بېرته واستوئ).

ایا غواړئ خپل لیکونه د عادي پوست پر ځای په انلاین ډول ترلاسه کړئ؟ ☐ هو ☐ نه

تاسې زموږ روغتیایي پاملرنې شریکانو (لکه، یو HMO) څخه د خپلو روغتیایي خدمتونو په اړه د برېښنالیکونو ترلاسه کول انتخابولی شئ.

یوازې د قضیې اصلي کس (هغه کس چې د ګټو غوښتنه کوي) د خپلو ځانونو لپاره او کور کې هغه څوک لپاره چې عمر یې له 19 لږ وي د روغتیایي خدمتونو اړوند معلومات ترلاسه کولی شي.

په قضیه کې نور ځوانان چې عمر یې د 18 څخه لوړ وي باید زموږ روغتیایي پاملرنې شریکانو څخه د روغتیایي خدمتونو اړوند د برېښنالیکونو ترلاسه کولو انتخابولو لپاره خپل شخصي ACCESS حساب جوړ کړي.

ایا غواړئ نورو شریکانو څخه برېښنالیک ترلاسه کړئ؟ ☐ هو ☐ نه

برخه 3 – د عارض اضافي معلومات – دغه برخه کې موږ ستاسې، عارض په اړه اضافي معلوماتو ته اړتیا لرو.

اوسمهال چېرې ژوند کوئ؟ که طبي اداري کې ژوند کوئ، د دغې اداري نوم او ادرس وکاروئ.

کوڅه ښار ایالت زېپ کوډ

ایا دا ستاسې پوستي ادرس هم دی؟ ☐هو ☐ نه که نه ځواب مو ورکړی وي، ستاسې پوستي ادرس څه دی؟

ایا اوسمهال د زړو کور، Institution for Mental Disease (عصبي ناروغیو اداره) (IMD)، یا روغتون کې ژوند کوئ؟ ☐ هو ☐ نه
که ځواب مو هو وي، ستاسې د بستر کېدو نېټه څه ده؟ _____
ایا ماضي کې موږ د زړو کور، IMD، یا روغتون کې ژوند کړی دی؟ که داسې وي کله؟ _____

ایا تاسې خپل کور یا د ژوند مرسته شوې اسانتیا کې د پاملرنې اوږدمهاله خدمتونو ترلاسه کولو لپاره Aging & Disability Resource Center (د زړښت او معلولیت د سرچینو مرکز) (ADRC) سره کار کوئ؟ ☐ هو ☐ نه

که ځواب هر یو له تېرو دوو پوښتنو ته هو وي، د دغه کڅوړې 20 برخه بشپړ کړئ.

ایا ویسکانسین کې استوګنې ته د ادامه ورکولو اراده لرئ؟ ☐ هو ☐ نه

ایا تېرو درېیو میاشتو کې ترلاسه شوې روغتیایي پاملرنې تادیې کې مرستې ته اړتیا لرئ؟ ☐ هو ☐ نه
که مو هو ځواب ورکړی وي، د دغه کڅوړې 19 برخه بشپړ کړئ.

مدني حالت
☐ متاهل ☐ په قانوني توګه جلا شوی ☐ لغوه شوې ☐ طلاق ☐ کونډ ☐ هېڅ واده شوی نه دی کړی

ایا د متحده ایالاتو تبعه یاست؟ (4 پاڼه وګورئ)
☐ هو ☐ نه
که ځواب مو نه وي، لاندې پوښتنې بشپړ کړئ:

ستاسې د بهرنیانو نوملیکنه یا USCIS شمېره څه ده؟

متحده ایالاتو ته کله د ژوند لپاره راغلئ؟

ایا تمویلونکی لرئ؟ ☐ هو ☐ نه

ایا تاسي متحده ایالاتو پوځ کي فعاله دنده لرئ یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي یاست، فعاله دنده لرونکی یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځی سره مو واده کړی، د پخوانی پوځی د ژوند پاتي شوی ملګری یاست، یا د فعاله دنده لرونکي یا په عزت سره تقاعد شوي پخواني پوځي ماشوم یاست؟

☐ هو ☐ نه

برخه 4 – د ژوند د ملګري معلومات – دغه برخه کي که متاهل، جلا شوی، یا قانوني جلا شوي یاست، موږ له تاسي څخه ستاسي د ژوند ملګری په اړه عمومي پوښتني کوو. دغه برخه کي ټولو پوښتنو ته د خپل د ژوند د ملګري معلوماتو سره ځواب ورکړئ. که متاهل نه یاست، 5 برخي ته ولاړ شئ.

نوم (کورنی، لومړی، منځنی ابتدایي)

د ټولنیز خوندیتوب شمېره | د زېږېدني نېټه

ایا پخوا کارول کېدونکي لکه د واده یا پلرنی کورنی نوم لرئ؟

د ژوند د ملګري ادرس (که د عارض ادرس څخه مختلف وي)

کوڅه | ښار | ایالت | زیپ کوډ

قومیت* (انتخابي)

☐ هسپانوي یا لاتیني ☐ غیر هسپانوي یا لاتیني

توکم* (اخیاري)

☐ سور پوستی امریکایي/بومي الاسکایي ☐ اسیایي ☐ تور/افریقایي امریکایي
☐ هاوایي/د ارام ټاپو نور اوسېدونکي ☐ سپین

که نه غواړئ اړ نه یاست چې د توکم او قومیت پوښتنو ته ځواب ورکړئ. موږ دغه پوښتنې د خپلو پروګرامونو غوره کولو مرستې او له دې څخه ډاډه کېدو لپاره چې د قوم یا توکم پر بنسټ تبعیض نه کوي پوښتو. ستاسي ځوابونه به ستاسي ګټو اړوند پرېکړو لپاره ونه کارول شي.

ایا ستاسي د ژوند ملګری د زړو کور، IMD، یا روغتون کي ژوند کوي؟

☐ هو ☐ نه که مو هو ځواب ورکړی وي او ستاسي د ژوند ملګری د Medicaid غوښتنه وي، 20 برخه بشپړ کړئ.

که ځواب مو هو وي، ستاسي د ژوند د ملګري د بستر کېدو نېټه څه ده؟

ایا ستاسي د ژوند ملګری په ماضي کي د زړو کور، IMD، یا روغتون کي ژوند کړی؟ ☐ هو ☐ نه

که ځواب هو وي، کله؟

ایا ستاسي د ژوند ملګری د Medicaid غوښتنه کوي؟ ☐ هو ☐ نه

که مو «نه» ځواب ورکړی وي، همدلته ودرېږئ او 5 برخي ته ولاړ شئ.

ایا ستاسي د ژوند ملګری ویسکانسین کي استوګني ته د ادامه ورکولو اراده لرئ؟ ☐ هو ☐ نه

ایا ستاسي د ژوند ملګری تېرو درېیو میاشتو کي ترلاسه شوي روغتیایي پاملرني تادیي کي مرستي ته اړتیا لري؟ ☐ هو ☐ نه

که مو هو ځواب ورکړی وي، د دغه کڅوړي 19 برخه بشپړ کړئ.

ایا ستاسي د ژوند ملګری خپل کور یا د ژوند مرسته شوي اسانتیا کي د پاملرني اوږدمهاله خدمتونو ترلاسه کولو لپاره ADRC سره کار کوي؟

☐ هو ☐ نه که مو هو ځواب ورکړی وي، د دغي کڅوړي 20 برخه بشپړ کړئ.

ایا ستاسي د ژوند ملګری د سور پوستی امریکایي قبیلي غړی، ماشوم یا لمسی یا بومي الاسیکایي دی؟

☐ هو ☐ نه

ایا ستاسي د ژوند ملګری د متحده ایالاتو تبعه ده؟ (4 پاڼه وګورئ)

☐ هو ☐ نه

که ځواب مو نه وي، لاندي پوښتني بشپړ کړئ:

ستاسي د ژوند ملګری د بهرنیانو نوملیکنه یا USCIS شمېره څه ده؟

APP

ستاسي د ژوند ملګری متحده ایالاتو ته کله د ژوند لپاره راغلی؟
ایا ستاسي د ژوند ملګری تمویلونکی لري؟ ☐ هو ☐ نه
ایا ستاسي د ژوند ملګری متحده ایالاتو پوځ کي فعاله دنده لري یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي دی، د پخوانی پوځی د ژوند پاتي شوی ملګری دی، یا د فعاله دنده لرونکي یا په عزت سره تقاعد شوي پخواني پوځي ماشوم دی؟ ☐ هو ☐ نه

برخه 5 – د معلولیت معلومات

عارض

ایا د Social Security Administration (ټولنیز خوندیتوب اداره) له لوري ړوند یا معلول مشخص شوي یاست؟	☐ هو	☐ نه
که نه، ایا غواړئ چي موږ د معلومالیت د غوښتنلیک فورمه واستوو؟	☐ هو	☐ نه
ایا ماضي کي مو Supplemental Security Income (تکمیلي تضمیني عاید) (SSI) ترلاسه کړی دی؟	☐ هو	☐ نه
که معلول یاست او اوسمهال کار نه کوئ، ایا د کار موندلو هڅي یوي برخي په توګه Health and Employment Counseling (د روغتیا او دندي مشاوره) (HEC) پروګرام کي ګډون سره دلچسپي لرئ؟	☐ هو	☐ نه

د ژوند ملګری

ایا ستاسي د ژوند د Social Security Administration (ټولنیز خوندیتوب اداره) له لوري وړند یا معلول مشخص شوی دی؟	☐ هو	☐ نه
که نه، ایا غواړئ چي موږ د معلومالیت د غوښتنلیک فورمه واستوو؟	☐ هو	☐ نه
ایا ستاسي د ژوند ملګری ماضي کي SSI ترلاسه کړی دی؟	☐ هو	☐ نه
که ستاسي د ژوند ملګری معلول او اوسمهال کار نه کوي، ایا د کار موندلو هڅي یوي برخي په توګه Health and Employment Counseling (د روغتیا او دندي مشاوره) (HEC) پروګرام کي ګډون سره دلچسپي لري؟	☐ هو	☐ نه

برخه 6 – شتمني

دغه برخه کي، ټوله هغه شتمني چي تاسي او/یا ستاسي د ژوند ملګری یي لري لیست کړئ. هغه شتمني چي نورو سره په ګډه یي څښتن یاست شامل کړئ. د کورنی شخصي سامان ارزښت په کي مه شاملوئ (تلویزیونونه، فرنیچر، وسایل). دغه برخه کي موټرونه مه لیست کوئ ځکه چي غوښتنه به په 9 برخه کي وکړو. شتمنی کي د نغدي پیسي، جاري یا د سپما حسابونه، وړاندي تادیه شوي ډبټ کارتونه، د امانت سندونه، امانتي بودیجي، سهام، پور پاڼي د تقاعد حسابونه، کلنی سود، د متحده ایالتو د سپما پور پاڼي، د ملکیتونو ټرونونه، قانوني ټرونونه، زماني سهام، کرایي ملکیت، د ژوند املاک، اوزار، څاروي، د فارم ماشینونه، کیوګ پلانونه یا نور مالي سرپناه، شخصي ملکیتونه چي د پانګوني په موخه ساتل شوي دي، د روغتیا د سپما حسابونه او داسي نور شامل دي.

یادونه: تاسي څخه به د خپلو شتمنیو د ثبوت غوښتنه وشي. نورو معلوماتو لپاره 5 پاڼه وګورئ. که نور ځای ته اړتیا لرئ د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ.

د شتمنی بڼه (پورته مراجعه وکړئ)	د څښتن (څښتنانو) نوم	په دالر اوسنی مقدار	بانک/ مالي اداري نوم او د حساب شمېره
		$	
		$	
		$	
		$	
		$	
		$	

APP

ایا لیست شویو حسابونو څخه کوم یو یې ښخولو لپاره ساتل شوي پیسې لري؟ ☐ هو ☐ نه	
که داسې وي، کوم حساب (حسابونه)؟	څومره؟

برخه 7 – د ښخولو شتمني

ټوله هغه د ښخولو شتمني چې تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری یې څښتن یاست لیست کړئ. تاسې څخه به د خپلو شتمنیو د ثبوت غوښتنه وشي. که نور ځای ته اړتیا لرئ د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ.

د ښخولو شتمنۍ بڼه	د څښتن (څښتنانو) نوم	ارزښت
د ښخولو بیمه ☐ هو ☐ نه		$
د ښخولو نه راګرځېدونکی بودیجه* ☐ هو ☐ نه *دا به دې معنی دی چې دا بېرته نشي راګرځېدلی یا بدلیدلی.		$
نور ☐ هو ☐ نه **یاددښت:** نور مثالونه د قبر تیږه، تابوت، ګنبد، نښه کوونکی، یا د پیل او پای لګښتونه دي.		$

برخه 8 – کلنۍ ادایېنې ملکیت

ایا تاسې یا ستاسې د ژوند ملګری د کلنۍ ادایېنې څښتن یاست؟ ☐ هو ☐ نه
ایا تاسې یا ستاسې د ژوند ملګری 01/01/2009 کې یا وروسته کلنۍ ادایېنه وپېرله؟ ☐ هو ☐ نه
ایا تاسې یا ستاسې د ژوند ملګری کوم یو د کلنۍ ادایېنې کې چې تاسې یا ستاسې د ژوند ملګری یې څښتن یاست، د دې پام کې نیولو پرته چې کله پېرل شوی 01/01/2009 کې یا وروسته حقیقي بدلون راوستی؟ ☐ هو ☐ نه حقیقي بدلون به اصلي کې زیاتوني، انتخابي وېستل، د وېش د بدلون غوښتنه، ملکیت کې بدلون یا ورته اقدام کېدلی شي. **یاددښت:** که کوم یو له پورتنیو پوښتنو ته مو «هو» ځواب ورکړی وي، د دې لپاره چې د Medicaid Institutional (اداري میدیک اېد)/ Long-term Care Service (اوږدمهاله پاملرنې خدمتونو) وړ شئ تاسې څخه غوښتل کېږي چې دغې کلنۍ ادایېنې اړوند اضافي معلومات وړاندې او تایید کړئ.
زه، عارض او زما د ژوند ملګری پوهېږو چې موږ د Wisconsin ایالت د Medicaid Institutional (اداري Medicaid)/ Long-Term Care Services (اوږدمهاله پاملرنې خدمتونو) وړاندې کولو له امله خپل د کلنۍ ادایېنې پاتې شوی ګټه اخیستوونکی نوموو. د ګومارنې دغه ماده هره کلنۍ ادایېنې باندې چې ما یا زما د ژوند ملګری، 01/01/2009 باندې یا وروسته پېرلی، یا هره کلنۍ ادایېنه چې زه یا زما د ژوند ملګری یې څښتن دی، د پېرلو نېټې پام کې نیولو پرته، د کوم لپاره چې حقیقي بدلون او/یا راکړه ورکړه 01/01/2009 کې یا وروسته ترسره شوې ده پلي کېږي. د Wisconsin ایالت به زما/زموږ کلنۍ ادایېنې کې لومړی پاتې شوی ګټه اخیستونکی وي یا که زه متاهل یم یا کوچنی او/یا معلول ماشوم ولرم، د Wisconsin ایالت به زما د ژوند ملګری او/یا کوچنی یا معلول ماشوم څخه وروسته پاتې شوی ګټه اخیستونکی ونومول شي.

برخه 9 – د موټر معلومات

ټول هغه موټرونه لیست کړئ چې تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری، که متاهل یاست یې څښتن یاست. هغه موټرونه چې نورو سره په ګډه یې څښتن یاست شامل کړئ. که نور ځای ته اړتیا لرئ د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ.

موټر 1

د موټر بڼه	کال	جوړونکی	ماډل
د موټر د پور مقدار $		د بازار مناسبه بیه* $	

موټر 2

د موټر بڼه	کال	جوړونکی	ماډل
د موټر د پور مقدار $		د بازار مناسبه بیه* $	

* د بازار مناسب ارزښت څخه زموږ موخه هغه مقدار دی چې په ازاد بازار کې پلورلو څخه مو ترلاسه کولی شو. په پرلیکه توګه د موټرو بلو بک ارزښت لټوئ (www.kbb.com/whats-my-car-worth) یې د موندلو غوره لاره ده.

APP

برخه 10 – د اصلي ملکیت معلومات

ټول هغه اصلي ملکیتونه چې تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری، که متاهل یاست یې څښتن یاست لیست کړئ. ټول ملکیتونه په کې شامل کړئ، که دغه ملکیت ویسکانسین کې وي که نه، که یوازې یا کوم بل کس سره په ګډه یې څښتن یاست. هر کرایې ملکیت چې تاسې یې څښتن یاست شامل کړئ.

ملکیت 1

د ملکیت څښتن (څښتنان)			
ادرس – کوڅه	ښار	ایالت	زیپ کوډ
د ملکیت د پور مقدار $	د بازار مناسبه بیه* $		

ملکیت 2

د ملکیت څښتن (څښتنان)			
ادرس – کوڅه	ښار	ایالت	زیپ کوډ
د ملکیت د پور مقدار $	د بازار مناسبه بیه* $		

* د بازار مناسب ارزښت څخه زموږ موخه هغه مقدار دی چې همدا اوس په ازاد بازار کې پلورلو څخه مو ترلاسه کولی شو. تاسې یې د خپل ملکیت مالیاتو یا وروستی بیې ټاکنې کې، که مو لرلی وي موندلی شئ.

برخه 11 – د ژوند بیمه

لطفاً موږ ته د هر هغه بیمې په اړه چې تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری یې لرئ ووایاست.

ایا تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری د ژوند بیمې کومه پالیسي لري؟ ☐ هو ☐ نه که ځواب مو هو وي، لاندې برخه بشپړ کړئ. که ځواب مو نه وي، ودرېږي او 12 برخې ته ولاړ شئ.				
د څښتن (څښتنانو) نوم	د ژوند بیمې د شرکت نوم	بڼه: (ټول ژوند، موده، داسې نور)	د نغدي سپارلو ارزښت* $	اسمي ارزښت** $
			$	$
			$	$

*د نغدي سپارلو ارزښت څخه زموږ موخه هغه مقدار دی چې د پالیسي فسخه کولو څخه یې ترلاسه کولی شئ.

**اسمي ارزښت څخه زموږ موخه هغه لږ تر لږه مقدار دی چې د مړینې پر مهال یې ترلاسه کولی شئ. اکثرو قضیو کې، دا هغه مقدار دی چې په پالیسي لیکل شوی وي.

برخه 12 – د کار عواید او مزد

دغه برخه کې، موږ باید د دندې یا کار هر هغه عاید په اړه چې تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری یې له دندې ترلاسه کوي پوه شو. هرې دندې لپاره ناخالص عاید لیست کړئ. ناخالص څخه زموږ موخه له مالیاتو او کسرونو څخه وړاندې ګټل شوی مقدار دی. دغه برخه کې شخصي کار مه لیست کوئ، موږ به 13 برخه کې د شخصي کار په اړه وپوښتو.

دنده 1

ایا تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری دنده لرئ؟ ☐ هو ☐ نه که هو، لاندنیو پوښتنو ته ځواب ورکړئ. که نه، ودرېږي او 14 برخې ته ولاړ شئ.	
څوک دنده لري؟ ☐ تاسې ☐ ستاسې د ژوند ملګری	د دندې د پیل نېټه
د استخدامونکی نوم او ادرس	دغه میاشت اټکل کېدونکی ناخالص عایدات $
	راتلونکی میاشت اټکل کېدونکی ناخالص عایدات $
د هرې اوونۍ کاري ساعتونه؟	هر ساعت لپاره تاسې ته څومره تادیه کېږي؟ $

APP

تاسې ته څو ځل تادیه کېږي؟ ☐ هره اوونۍ ☐ هره بله اوونۍ ☐ هره میاشت دوه ځل ☐ میاشت کې یو ځل
ایا تاسې ته معاش تادیه کېږي؟ ☐ هو ☐ نه که «هو»، د تادیې هره موده کې تاسې ته څومره تادیه کېږي؟ $
ایا خپل ساعتي مزد یا معاش څخه اضافي جایزې یا خساره ترلاسه کوئ؟ ☐ هو ☐ نه که «هو»، د تادیې هره موده کې څومره ترلاسه کوئ؟ $

دنده 2

څوک دنده لري؟ ☐ تاسې ☐ ستاسې د ژوند ملګری	د دندې د پیل نېټه
د استخدامونکی نوم او ادرس	دغه میاشت اټکل کېدونکی ناخالص عایدات $
	راتلونکی میاشت اټکل کېدونکی ناخالص عایدات $
د هرې اوونۍ کاري ساعتونه؟	هر ساعت لپاره تاسې ته څومره تادیه کېږي؟ $
تاسې ته څو ځل تادیه کېږي؟ ☐ هره اوونۍ ☐ هره بله اوونۍ ☐ هره میاشت دوه ځل ☐ میاشت کې یو ځل	
ایا تاسې ته معاش تادیه کېږي؟ ☐ هو ☐ نه که «هو»، د تادیې هره موده کې تاسې ته څومره تادیه کېږي؟ $	
ایا خپل ساعتي مزد یا معاش څخه اضافي جایزې یا خساره ترلاسه کوئ؟ ☐ هو ☐ نه که «هو»، د تادیې هره موده کې څومره ترلاسه کوئ؟ $	
یادونه: که کومه بله دنده یا له دندې څخه مزد لرئ، د کاغذ اضافي پاڼه کارولی او له دې غوښتنلیک سره یې ضمیمه کولی شئ.	

برخه 13 – شخصي کار

لطفاً موږ ته له شخصي کار څخه هر هغه عاید چې تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری یې ترلاسه کوي په اړه ووایاست. که نور ځای ته اړتیا وي یا له یو کس څخه ډېر د شخصي کار سوداګرۍ لرئ، د کاغذ یوه جلا پاڼه وکاروئ.

شخصي کار 1

ایا تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګری شخصي کار لرئ؟ ☐ هو ☐ نه که هو، لاندې پوښتنې ځوابې کړئ. که نه، 14 برخې ته ولاړ شئ.	
څوک شخصي کار لري؟ ☐ تاسې ☐ ستاسې د ژوند ملګری	د سوداګرۍ نوم
د سوداګرۍ ادرس	د سوداګرۍ د ملکیت بڼه ☐ شراکت ☐ شرکت ☐ یو څښتن لرونکی ☐ زه نه پوهېږم
د سوداګرۍ بڼه (مثلاً، فارم، ورځنۍ پاملرنې کور)	د سوداګرۍ د پیل نېټه
ایا دغه سوداګري مالیات ورکړي؟ ☐ هو ☐ نه که هو، وروستۍ مالیات د کوم مالیات کال لپاره ورکړل شول؟	
ایا سوداګرۍ په عاید یا لګښتونو کې د پام وړ بدلون درلود؟ ☐ هو ☐ نه ☐ زه نه پوهېږم	
په اوسط ډول، دغه سوداګري میاشت کې څومره عاید لري؟ لطفاً موږ ته لګښتونو منفي کولو څخه وړاندې ترلاسه شوی عاید راکړئ. $ _____	
په اوسط ډول، هره میاشت د دغه سوداګرۍ مجموعي لګښتونه څومره وي؟ $ _____	
په اوسط ډول، دغه کس په میاشت کې څو ساعت دغې سوداګرۍ لپاره کار کوي؟	

APP

شخصي کار 2

ایا تاسي او/یا ستاسي د ژوند ملګری شخصي کار لرئ؟ ☐ هو ☐ نه که هو، لاندي پوښتني ځوابي کړئ. که نه، 15 برخي ته ولاړ شئ	
څوک شخصي کار لري؟ ☐ تاسي ☐ ستاسي د ژوند ملګری	د سوداګرۍ نوم
د سوداګرۍ ادرس	د سوداګرۍ د ملکیت بڼه ☐ شراکت ☐ شرکت ☐ یو څښتن لرونکی ☐ زه نه پوهېږم
د سوداګرۍ بڼه (مثلاً، فارم، ورځنۍ پاملرني کور)	د سوداګرۍ د پیل نېټه
ایا دغه سوداګري مالیات ورکړي؟ ☐ هو ☐ نه که هو، وروستۍ مالیات د کوم مالیات کال لپاره ورکړل شول؟	
ایا سوداګرۍ په عاید یا لګښتونو کې د پام وړ بدلون درلود؟ ☐ هو ☐ نه ☐ زه نه پوهېږم	
په اوسط ډول، دغه سوداګري میاشت کې څومره عاید لري؟ لطفاً موږ ته لګښتونو منفي کولو څخه وړاندې ترلاسه شوی عاید راکړئ. $ _____	
په اوسط ډول، هره میاشت د دغه سوداګرۍ مجموعي لګښتونه څومره وي؟ $ _____	
په اوسط ډول، دغه کس په میاشت کې څو ساعت دغې سوداګرۍ لپاره کار کوي؟	

برخه 14 – غیر نقدي عواید

دغه برخه کې، موږ ته ووایاست چې ایا تاسي او/یا ستاسي د ژوند ملګری اوس مهال د کار په بدل کې غیر نقدي توکي (لکه توکي، خدمتونه، یا خواړه) ترلاسه کوئ. ډاډ ترلاسه کړئ چې د توکو، خدمتونو، یا خواړه په بدل کې د کاري ساعتونو شمېر ولیکئ. که رضاکاري کوئ او د خپل کار په بدل کې څه نه ترلاسه کوئ، دغه ساعتونه غیر نقدي نه بلل کېږي.

غیر نقدي عاید 1

ایا تاسي او/یا ستاسي د ژوند ملګری د پیسو پر ځای د توکو، خدمتونو، یا خوړو په بدل کې کار کوئ؟ ☐ هو ☐ نه ☐ تاسي ☐ ستاسي د ژوند ملګری
نېټه چې تاسي/ستاسي د ژوند ملګری د کار په بدل کې توکي، خدمتونه، یا خواړه ترلاسه کول پیل کړ:
په میاشت کې تاسي/ستاسي د ژوند ملګری د توکو، خدمتونو، یا خوړو په بدل کې څو ساعته کار کوئ؟ _____ تاسي _____ تاسي د ژوند ملګری

غیر نقدي عاید 2

ایا تاسي او/یا ستاسي د ژوند ملګری د پیسو پر ځای د توکو، خدمتونو، یا خوړو په بدل کې کار کوئ؟ ☐ هو ☐ نه ☐ تاسي ☐ ستاسي د ژوند ملګری
نېټه چې تاسي/ستاسي د ژوند ملګری د کار په بدل کې توکي، خدمتونه، یا خواړه ترلاسه کول پیل کړ:
په میاشت کې تاسي/ستاسي د ژوند ملګری د توکو، خدمتونو، یا خوړو په بدل کې څو ساعته کار کوئ؟ _____ تاسي _____ تاسي د ژوند ملګری

APP

برخه 15 – د عاید نور ډولونه

دغه برخه کې، موږ ته وواياست چې ايا تاسې او/يا ستاسې د ژوند ملګری د عواید نور ډولونه (اوسنی دندې يا شخصي کار سربېره) ترلاسه کوئ. د نورو عوايدو مثالونو کې کلنی اداييني يا بوديجې څخه تاديه، نفقه/ساتنه، خيرات، د ماشوم ملاتړ، د معلوليت/ناروغی تاديه، سود/د سهامو ګټه، تقاعدي/تقاعد، د کارکوونکو خسار، بل کس څخه پيسې، په پور سود/د سفتې بياتاديه، کرايي عايد، د جلا کېدو تاديه، Supplemental Security Income (تکميلي تضميني عايد) (SSI)، تکميلي تضميني عايد، ټولنيز خونديتوب، د پخوانيو پوځيانو ګټې، د بې روزګاري بيمه او داسې نور شامل دي خو دوی پورې محدود نه دي. له مالياتو او کسرونو څخه وړاندې، ناخالص مقدار ليست کړئ.

د عاید بڼه	څوک عاید اخلي	مياشتنی ناخالص مقدار	د شرکت نوم / ادرس
	☐ تاسې ☐ ستاسې د ژوند ملګری	$	
	☐ تاسې ☐ ستاسې د ژوند ملګری	$	
	☐ تاسې ☐ ستاسې د ژوند ملګری	$	
	☐ تاسې ☐ ستاسې د ژوند ملګری	$	
	☐ تاسې ☐ ستاسې د ژوند ملګری	$	
	☐ تاسې ☐ ستاسې د ژوند ملګری	$	

برخه 16 – له جيب څخه طبي لګښتونه

له جيب څخه طبي لګښتونو بڼې چې تاسې او/يا ستاسې د ژوند ملګری لرلې لکه شريکې تاديې يا له نسخې پرته درملو لګښت ليست کړئ. که توکی د کار اړوند لګښت توان وي تاسې يې بايد په ډاګه کړئ. د کار اړوند لګښت تاوان څخه زموږ موخه هر هغه توکی چې تاسې يا ستاسې د ژوند ملګری ورته د خپل تاوان له امله اړتيا لرئ ترڅو دنده ترسره کړئ. دغه لګښت هغه چې معلوليت نه لرونکی کار کوونکی يې لرلی شي نشي کېدلی، لکه يونيفورم. د طبي بيمې پيسې يا توکي د کوم لپاره چې تاسې ته مجرايي درکول کېږي مه ليست کوئ.

لګښت 1

ايا تاسې او/يا ستاسې د ژوند ملګری طبي لګښتونه لرئ؟ ☐ هو ☐ نه که هو، لاندې معلومات بشپړ کړئ. که نه، ودرېږئ او 18 برخې ته ولاړ شئ.			
د طبي لګښت بڼه	د لګښت مقدار $	څوک لګښت لري؟ ☐ تاسې ☐ ستاسې د ژوند ملګری	څو ځلې تاديه کېږي؟
ايا د کار اړوند تاوان دی؟ ☐ هو ☐ نه			

لګښت 2

د طبي لګښت بڼه	د لګښت مقدار $	څوک لګښت لري؟ ☐ تاسې ☐ ستاسې د ژوند ملګری	څو ځلې تاديه کېږي؟
ايا د کار اړوند تاوان دی؟ ☐ هو ☐ نه			

برخه 17 – نور د منلو وړ لګښتونه

دغه برخه کې، موږ ته د هر بل د منلو وړ لګښت په اړه چې تاسې او/يا ستاسې د ژوند ملګری يې لري وواياست. د منلو وړ لګښتونو کې د محکمې په حکم کورنی ملاتړ/نفقه، د محکمې په حکم وکالت يا سرپرستی فيس، د محکمې په حکم د ماشوم ملاتړ، او د ملاتړ نور مسؤليتونه شامل دي.

څوک لګښت لري	لګښت څه دی	د لګښت مقدار	څو ځلې تاديه کېږي
		$	
		$	
		$	

APP

برخه 18 – روغتیایي بیمه

تاسي باید د هري درېیمي ډلي چي تاسي او/یا ستاسي د ژوند ملګری طبي پاملرني ته د تادیي مسؤلیت لري، د شخصي روغتیا بیمه، د زړو کور/اوږدمهاله پاملرني بیمه، Medicare یا Medi-GAP بیمي په ګډون راپور ورکړئ. تاسي باید غوښتني سره سم معلومات وړاندې کړئ. په دې کي هره هغه بیمه چي د استخدامونکی ډله ییز روغتیایي پلان یا long-term care (اوږدمهاله پاملرني) پالیسي له لارې موجود وي شامل دي.

ایا تاسي د Medicare برخه A یا د برخه B پوښښ لرئ؟ ☐ هو ☐ نه				
د Medicare پېژند کارت شمېره	د برخه A د پیل نېټه	د برخه A پیسي	د برخه B د پیل نېټه	د برخه B پیسي
		$		$
ایا ستاسي د ژوند ملګری د Medicare برخه A یا د برخه B پوښښ لرئ؟ ☐ هو ☐ نه				
د Medicare پېژند کارت شمېره	د برخه A د پیل نېټه	د برخه A پیسي	د برخه B د پیل نېټه	د برخه B پیسي
		$		$

ایا تاسي او/یا ستاسي د ژوند ملګری د Medicare برخه D پوښښ لرئ؟ ☐ هو ☐ نه			
څوک پوښښ لري؟	د پلان نوم	د پیل نېټه	د میاشتنی پیسو مقدار
			$
			$

که تاسي او/یا ستاسي د ژوند ملګری د Medicaid غوښتنه کوئ او د Medicare وړ یاست، ستاسي اداره به وګورئ چي ایا تاسي او/یا ستاسي د ژوند ملګری د Medicare Savings Program (Medicare سپما پروګرام) له لارې خپل د Medicare پیسو لپاره د Medicaid تادیي وړ یاست. که د Medicare Savings Program (Medicare سپما پروګرام) سره دلچسپي یا په اړه یي پوښتني لرئ لطفاً موږ سره اړیکه ونیسئ.

که وړ واوسئ، ایا تاسي او/یا ستاسي د ژوند ملګری غواړئ چي د Wisconsin ایالت ستاسي د Medicare پیسي تادیه کړي؟
☐ هو ☐ نه

ایا تاسي ته کومه روغتیایي بیه پوښښ ورکړی دی؟ ☐ هو ☐ نه			
نوم – د پالیسي څښتن	د معلوماتو د پوښښ پیل	د پیسو مقدار $	څو ځلي تادیه کېږي
پالیسي/بیمي شمیره		د ډلي شمېره	
د بیمي د شرکت نوم او ادرس			

ایا ستاسي د ژوند ملګری ته کومه روغتیایي بیمه پوښښ ورکړی دی؟ ☐ هو ☐ نه			
د پالیسي د څښتن نوم	د معلوماتو د پوښښ پیل	د پیسو مقدار $	څو ځلي تادیه کېږي
پالیسي/بیمي شمیره		د ډلي شمېره	
د بیمي د شرکت نوم او ادرس			

ایا تاسي یا ستاسي د ژوند ملګری د پېښي پایله کي طبي بلونه ورکړي ایا ستاسي د پېښي ادعا پاتي دی؟
☐ هو ☐ نه که هو، ټول هغه چي د تطبیق وړ وي وګورئ. ☐ ورکړل شوی بیلونه ☐ ادعا یا تصفیه پاتي ده

APP

برخه 19 – د طبي لګښتونو تادیې لپاره د مرستې غوښتنه

که تېرو درېیو میاشتو څخه بیمه ستاسې طبي لګښتونه نه دي تادیه کړي، تاسې دغو لګښتونو تادیې لپاره د روغتیایي پاملرنې د پوښښ غوښتنه کولی شئ. که د پروګرام ټول قوانین بشپړ کړئ او کې داخل شئ، خپل د غوښتنلیک نېټې څخه درې میاشتې وړاندې لپاره د ګټې ترلاسه کولی شئ. د غوښتنلیک نېټه هغه کاري ورځ ده چې اداره ستاسې غوښتنلیک ترلاسه کوي.

کله چې وړاندنیو میاشتو کې د روغتیایي پاملرنې ګټو غوښتنه کوئ، تاسې باید دغو وړاندنیو میاشتو لپاره ټول اړین معلومات وړاندې کړئ او دغو میاشتو کې باید د پروګرام ټول قوانین بشپړ کړئ. که تېرو درېیو میاشتو روغتیایي پاملرنې تادیې کې مرسته غواړئ، ډاډه شئ چې د دغه غوښتنلیک برخه 3 کې چېرې چې دغه پوښتنه شوې د «هو» چوکاټ په نښه او فورمه ډکه کړئ.

که ستاسې د غوښتنلیک میاشت څخه درې میاشتې وړاندې کې کوم بدلونونه موجود وي، لاندې د هرې میاشتې لپاره بدلونونه لیست کړئ. دغو بدلونونو کې شامل دي: ستاسې ادرس، کورنۍ کې څوک ژوند کوي، عاید، شتمني، موټرونه، بیمه، او داسې نور.

غواړئ له کومې نېټې څخه ستاسې د روغتیایي پاملرنې پوښښ پیل شي؟ **نوټ:** نېټه ستاسې د غوښتنې میاشت څخه وړاندې درېیو میاشتو څخه ډېر نشي کېدلی.

غوښتنلیک څخه میاشت وړاندې

ایا تاسې د غوښتنې میاشت څخه وړاندې میاشتو لپاره د طبي لګښتونو په تادیې کې د مرستې غوښتنه کوئ؟

☐ هو ☐ نه

که هو، ایا ستاسې غوښتنلیک کې وړاندې شوي معلومات دغه میاشت کې هم ورته ده؟ ☐ هو ☐ نه که نه، بدلونونه تشریح کړئ.

غوښتنلیک څخه دوه میاشتې وړاندې

ایا تاسې د غوښتنې میاشت څخه وړاندې دوو میاشتو لپاره د طبي لګښتونو په تادیې کې د مرستې غوښتنه کوئ؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، ایا ستاسې غوښتنلیک کې وړاندې شوي معلومات دغه میاشت کې هم ورته ده؟ ☐ هو ☐ نه که نه، بدلونونه تشریح کړئ.

غوښتنلیک څخه درې میاشتې وړاندې

ایا تاسې د غوښتنې میاشت څخه وړاندې درېیو میاشتو لپاره د طبي لګښتونو په تادیې کې د مرستې غوښتنه کوئ؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، ایا ستاسې غوښتنلیک کې وړاندې شوي معلومات دغه میاشت کې هم ورته ده؟ ☐ هو ☐ نه که نه، بدلونونه تشریح کړئ.

برخه 20 – اوږدمهال پاملرنې معلومات

که تاسې یا ستاسې د ژوند ملګری اوس مهال د رنځور پاله کور، Institution for Mental Disease (عصبي ناروغیو اداره) (IMD)، یا روغتون کې استوګن یاست، یا تاسې یا ستاسې د ژوند ملګری کور ې د اوږدمهال پاملرنې خدمتونو غوښتنه کوئ دغه برخه ډکه کړئ.

A. کورته د ستنېدو اراده

که تاسې اوسمهال د زړو کور، IMD، روغتون، یا د ژوند مرسته شوې اسانتیا کې اوسېږئ، ایا راتلونکی کله غواړئ خپل کور ته ستون شئ؟ ☐ هو ☐ نه

که ستاسې د ژوند ملګری اوسمهال د زړو کور، IMD، روغتون، یا د ژوند مرسته شوې اسانتیا کې اوسېږي، ایا نوموړی/نوموړې راتلونکی کله غواړي خپل کور ته ستون شي؟ ☐ هو ☐ نه

APP

B. د ټولنې د معافیت غوښتنه

ایا تاسې Medicaid ته خپل کور یا د ژوند مرسته شوې اسانتیا کې خدمتونو ترلاسه کولو لپاره غوښتنه کوئ؟ ☐ هو ☐ نه
ایا ستاسې د ژوند ملګری Medicaid ته خپل کور یا د ژوند مرسته شوې اسانتیا کې خدمتونو ترلاسه کولو لپاره غوښتنه کوي؟ ☐ هو ☐ نه

C. د عاید تخصیص

که متاهل یاست، تاسې کېدای شي تر ټولو لوړ مقدار پورې خپل د عاید یوه برخه خپل د ژوند ملګری ته ورکولو وړ واوسئ. دا د عاید تخصیص بلل کېږي. که تاسې متاهل یاست او دواړه تاسې او ستاسې د ژوند ملګری د اوږدمهاله پاملرنې خدمتونو غوښتنه کوئ، باید انتخاب کړئ چې څوک باید عاید تخصیص کړي.

څوک به عاید تخصیص کړي؟ ☐ تاسې ☐ ستاسې د ژوند ملګری
ایا تاسې یا ستاسې د ژوند ملګری غواړئ چې د عاید د منلو وړ تر ټولو لوړه برخه تخصیص کړئ؟ ☐ هو ☐ نه که «نه»، تاسې یا ستاسې د ژوند ملګری غواړئ څومره تخصیص کړئ $
یادونه: که تاسې نه غواړئ د خپل عاید د منلو وړ تر ټولو لوړه برخه تخصیص کړئ خو موږ ته نه وایئ چې غواړئ څومره مقدار تخصیص کوئ او د ډالرې مقدار ځای تش پرېږدئ، موږ به داسې وانګیرو چې تاسې نه غواړئ خپل د ژوند ملګري ته کوم مقدار تخصیص کړئ.

D. سرچینه / د عاید لېږد

لطفاً موږ ته د هر عاید یا سرچینې په اړه چې تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګري تېرو پنځو کلونو کې د بازار مناسب ارزښت څخه په ټیټه بیه ورکړی یا پلورلی وي. د سرچینو مثالونو کې نقدې پیسې او نقدي ډالۍ، اصلي ملکیت، سهام یا پور پاڼې او داسې نور شامل دي. په دې کې هغه مقدارونه چې تاسې کوچنیانو ته ډالۍ کړي، لکه هغه پیسې چې خپل لمسیانو لپاره د کالج بودیجې کې مو ورکړي دي شامل دي. تاسې باید لاندې د دغو مقدارتونو راپور ورکړئ. که نور ځای ته اړتیا لرئ د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ.

ټول چې د تطبیق وړ وي نښه کړئ. تېرو پنځو کلونو کې، ایا تاسې او/یا ستاسې د ژوند ملګري: ☐ هو ☐ نه کومه شتمني د بازار مناسب ارزښت څخه په ټیټه بیه پلورلې ده*؟ ☐ هو ☐ نه سوداګریزې شتمنۍ یا عاید؟ ☐ هو ☐ نه شتمني یا عاید لېږدول شوی یا ورکړل شوی؟ ☐ هو ☐ نه تاسیس یا یوه اداره تمویل کړې؟ ☐ هو ☐ نه میراث منلو څخه انکار یا یې رد کړی؟ ☐ هو ☐ نه کلنۍ ادایېنه، د بل کس کور کې د ژوند ملیکت، سفته، پور یا ګروې مو پېرلې ده؟
که هر یو د پورتنیو پوښتنو ته مو «هو» ځواب ورکړی وي، د شتمني او عاید معلومات لاندې ډک کړئ. که مو «نه» ځواب ورکړی وي، E برخې ته ولاړ شئ. *د بازار مناسب ارزښت څخه زموږ موخه هغه مقدار دی چې په ازاد بازار کې پلورلو څخه مو ترلاسه کولی شو.

شتمني یا عاید 1

د شتمنۍ یا عاید بڼه	د ورکولو یا خرڅولو نېټه	د شتمنۍ یا عاید ارزښت $
په بدل کې مو څه ترلاسه کړ؟ _____	شتمني چاته ورکړل شوي/پلورل شوی ده؟ _____	

شتمني یا عاید 2

د شتمنۍ یا عاید بڼه	د ورکولو یا خرڅولو نېټه	د شتمنۍ یا عاید ارزښت $
په بدل کې مو څه ترلاسه کړ؟ _____	شتمني چاته ورکړل شوي/پلورل شوی ده؟ _____	

APP

E. د سرپناه / عامه اسانتیاو لګښت

دغه برخه کې موږ ته د خپلې کورنۍ لګښتونو په اړه وواياست. په دې کې کېدای شي ګروې/کرایه، د ملکیت مالیات، د ګډ ملکیت فیس، د کور څښتن/په کرایه نیونکی بیمه، د اوبو یا فاضلابو بیلونه، ګاز/برېښنا بیلونه، او د ګرمولو لګښت شامل دي، خو دوی پورې محدود نه دي. که دا ګډ لګښت وي، ډاډ ترلاسه کړئ چې هغه مقدار چې هر کس تادیه کړی لیست کړئ.

د لګښت بڼه	څوک لګښت لري	د لګښت مقدار	څو ځلې تادیه کېږي
		$	
		$	
		$	
		$	
		$	
		$	

F. LONG-TERM CARE (د اوږدمهاله پاملرنې) بیمه

ایا تاسې د شخصي اوږدمهاله پاملرنې بیمه لرئ؟ ☐ هو ☐ نه

نوم – پالیسي لرونکی	د معلوماتو د پوښښ پیل	د پیسو مقدار $	څو ځلې تادیه کېږي
پالیسي/بیمې شمیره	د ډلې شمېره		
د بیمې د شرکت نوم او ادرس			

ایا ستاسې د ژوند ملګری د شخصي اوږدمهاله پاملرنې بیمه لرئ؟ ☐ هو ☐ نه

د پالیسي لرونکی نوم	د معلوماتو د پوښښ پیل	د پیسو مقدار $	څو ځلې تادیه کېږي
پالیسي/بیمې شمیره	د ډلې شمېره		
د بیمې د شرکت نوم او ادرس			

APP

برخه 21 – څارليست

لطفاً ولولئ او خپل غوښتنليک پوست کولو څخه وړاندې يې هر يو په نښه کړئ. دا ستاسې د اسناد پروسس کولو کې وخت سپمولی شي.

- ☐ د حقونو او مسؤليتونو برخه ولولئ.
- ☐ د غوښتنليک ټول د تطبيق وړ برخې بشپړ کړئ.
- ☐ خپل غوښتنليک سره هر اوسنۍ ثبوت، اضافي اسناد يا د کاغذ پاڼې چې غوښتنليک بشپړولو لپاره کارول شوي دي ضميمه کړئ. که تېرو درېيو مياشتو طبي لګښتونو تاديې کې د مرستې غوښتنه کوئ، ډاډه شئ چې دغو مياشتو لپاره تاييدي شامل کړئ.
- ☐ که د متحده ايالاتو تبعه نه ياست، خپل د کډوالۍ د حالت د اسنادو کاپي شامل کړئ.
- ☐ که چيرې تاسو د ملکيت اړوند قانوني استازي لرئ، د شخص او ملکيت قانوني سرپرست، ساتونکی، يا د مالي چارو لپاره د دوامدار فعاله وکيل لرئ، نو هغه قانوني اسناد ضميمه کړئ چې د غوښتونکي لپاره ټاکل شوي قانوني استازي، ساتونکی، يا د وکالت صلاحيت ورکوي. که چيرې تاسو يو باصلاحيته استازی لرئ، د استازي د ټاکلو، بدلولو يا لېرې کولو لپاره دا فورمه انتخاب کړئ (د يو شخص لپاره F-10126A يا د ادارې لپاره F-10126B).
- ☐ که تېرو درېيو مياشتو طبي لګښتونو تاديې کې د مرستې غوښتنه کوئ د طبي لګښتونو تاديې کې د مرستې غوښتنې برخه بشپړ کړئ.
- ☐ که د اوږدمهاله پاملرنې خدمتونو د پوښښ غوښتنه کوئ د اوږدمهاله پاملرنې د معلوماتو برخه بشپړ کړئ.
- ☐ 1 پاڼې څخه تر 8 او د غوښتنليک دغې کڅوړې د Medicaid د بدلون راپور، F-10137، د راتلونکې کارونې لپاره وساتئ.
- ☐ د غوښتنليک فورمه لاسليک او نېټه په کې وليکئ.

APP

برخه 22 – لاسلیک

غوښتنلیک لاسلیک کولو سره، تاسي سیمهییزي اداري او د Wisconsin Department of Health Services (د روغتیایي خدمتونو څانګه) ته د Wisconsin قانون پر بنسټ د Medicaid پروګرام مناسبي اداري لپاره د مناسبو او اړینو معلوماتو د غوښتلو صلاحیت ورکوئ. هرڅوک، د هري مالي اداري، د کرېډېټ راپور ورکولو اداري یا د زده کړې اداري په ګډون د دغو معلوماتو خپرولو حق لري، مګر دا چې د قانون له لوري منع یا محدود شوی وي. ستاسي صلاحیت ورکول یو د لاندنیو پوري اغېزمن پاتې کېږي:

- ستاسي د Medicaid غوښتنلیک رد شي.
- ستاسي د Medicaid وړتیا پای ته ورسېږي.
- تاسي Department of Health Services (د روغتیایي خدمتونو څانګه) ته په لیکني بڼه خبر ورکړئ چې غواړئ دغه صلاحیت پای ته ورسوئ.

همداراز غوښتنلیک باندې ستاسي لاسلیک په دې معنی دی چې تاسي د غوښتنلیک دغې فورمې کې په پوښتنو او بیانیو او غلطو معلوماتو ورکولو او قوانینو ماتولو په سزا پوهېږئ. دغه غوښتنلیک لاسلیک کولو سره، دروغو او غلط قسم خوړولو د سزا پر بنسټ، تاسو تاییدوئ چې ستاسي ټول ځوابونه، د کورنۍ هغو غړو چې د ګټو غوښتنه کوي د تابعیت اړوند معلوماتو په ګډون، ستاسي له پوهې سره سم کره او بشپړ دي. همداراز، د هغه څه چې تاسي ویلي تاییدولو لپاره تاسي اسنادو وړاندې کولو باندې پوهېږئ او ورسره موافق یاست.

که تاسي متاهل یاست او له دې امله چې تاسي طبي اداره کې ژوند کوئ Long-term Care Medicaid (اوږدمهاله پاملرنې Medicaid) یا خپل کور کې د اوږدمهال پاملرنې خدمتونو غوښتنه کوئ، ستاسي د ژوند ملګری د Community Spouse (ټولنې ژوند ملګری) په توګه پېژندل کېږي.

د دې لپاره چې د Long-term Care Medicaid (اوږدمهاله پاملرنې Medicaid) لپاره اعتباري وګڼل شي د Community Spouse (ټولنې ژوند ملګری) باید غوښتنلیک لاسلیک کړي. ستاسي د ژوند ملګری کېدای شي ستاسي Medicaid وړوالی اغېزمنولو پرته اضافي شتمني او عاید ولري. دواړه تاسي او ستاسي د ژوند ملګری باید Long-Term Care Medicaid (اوږدمهاله پاملرنې Medicaid) لپاره غوښتنلیک لاسلیک کړئ که نه ستاسي غوښتنلیک به رد شي. ستاسي د ژوند ملګری د غوښتنلیک لاسلیک کولو لپاره ستاسي د Medicaid غوښتنلیک له نېټې څخه 30 ورځې لري.

لاسلیک – عارض/استازی/سرپرست/وکالت لیک/ساتونکی	د لاسلیک نېټه
لاسلیک – عارض/د ټولنې د ژوند ملګری/استازی/سرپرست/ وکالت لیک/ ساتونکی	د لاسلیک نېټه
لاسلیک – شاهد (که پورته «X» سره لاسلیک شوی وي اړین دی)	د لاسلیک نېټه
لاسلیک – شاهد (که پورته «X» سره لاسلیک شوی وي اړین دی)	د لاسلیک نېټه

یادونه: که په «X» لاسلیک شوی وي، دوه کسان باید د عارض د لاسلیک شاهدان وي.

غوښتنلیکونه او/یا ثبوت/تاییدي پست یا فکس کړئ

که د Milwaukee ولسوالی کې ژوند کوئ:

MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee WI 53218

فکس: 888-409-1979

که تاسو د Milwaukee ولسوالی کې ژوند **نه** کوئ:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

فکس: 855-293-1822

تاسو کولی شئ هر ثبوت سکین او په انلاین ډول access.wi.gov ته پورته کړئ.

STATE OF WISCONSIN
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-10126APA (03/2024)

REP

یو مجاز استازی بدل، لرې یا وټاکئ: کس
(APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)

ټاکنه وسپارئ ډکه کړئ، بدلون، یا یو مجاز استازی لرې کړئ: د شخص فورمه، F-10126A، د ټاکلو، بدلون لپاره، یا یو کس ستاسو د مجاز استازی په توګه لرې کړئ.

خپل مجاز استازي په توګه د **سازمان** د ټاکلو لپاره، ډک کړئ او وسپارئ وټاکئ، بدل کړئ، یا لرې کړئ او مجاز استازی: د سازمان فورمه F-10126B، پرځای.

که تاسو د جایداد اړوند قانوني سرپرست لرئ، یا د شخصیت او ملکیت اړوند قانوني سرپرست لرئ، یا محافظ ولرئ، نو که تاسو غواړئ چې د دوی پرته بل څوک ستاسو مجاز استازی وي، نو باید هماغه شخص ستاسو لپاره یو باصلاحیته استازی وټاکي. که تاسو د مالیاتي چارو لپاره یو فعال او دایمي وکیل لرئ، تاسو یا تاسو یا ستاسو وکیل کولای شي چې یو با صلاحیته استازی وټاکي.

د یو شخص قانوني سرپرست کولای شي یواځې په هغه صورت کې ستاسو لپاره یو با صلاحیته استازی وټاکي چې د محکمې اسناد چې د شخص قانوني استازی ټاکي همدې سرپرست یا استازي ته دا صلاحیت ورکوي چې ستاسو په استازیتوب د عامه مرستې پروګرامونو کې ستاسو د وړتیا او امتیازاتو په اړه چارې مخته بوځي.

د روغتیایي پاملرنې لپاره د وکالت صلاحیت او ځواک نه شي کولای چې ستاسو په استازیتوب داسې فعالیت ترسره کړي ترڅو یو با صلاحیته استازی وټاکي .

په دې فورمه کې وړاندې شوي شخص پیژندونکي معلومات به یوازې د Wisconsin Medicaid، BadgerCare Plus، FoodShare، Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه)، Caretaker Supplement او (د ساتونکي ضمیمه) کارول کیږي.

د نمایندګی مجاز معلومات
یو مجاز استازی هغه کس دی چې ستاسو د کورنۍ له شرایطو سره اشنا وي او تاسو باور لرئ چې ستاسو په استازیتوب عمل وکړي. هر څوک کولی شي ستاسو د مجاز استازي په توګه خدمت وکړي **پرته** له دې چې لاندې لپاره:

- هغه خلک چې په قصدي ډول د FoodShare پروګرام سرغړوني له امله بې برخې شوي د دوی د نااهلیت په دوره کې نشي کولی د مجاز استازي په توګه خدمت وکړي پرته لدې چې بل څوک د دې توان ونلري چې د با اختیار استازي په توګه خدمت وکړي.
- د بې کوره خواړو چمتو کونکي نشي کولی د بې کوره خواړو واحد لپاره د مجاز نماینده په توګه خدمت وکړي. (د خوړو واحد یو یا څو خلک دي چې یوځای ژوند کوي او یوځای خواړه اخلي او جوړوي).
- د ادارې کارمندان چې د وړتیا یا ګټو په ټاکلو کې مرسته کوي ممکن د مجاز استازي په توګه کار ونکړي. دوی ته په ځانګړو شرایطو کې د مجاز استازي په توګه د خدمت کولو لپاره ځانګړي لیکلي تصویب ورکول کیدی شي.
- پرچون پلورونکي چې د FoodShare ګټو منلو واک لري ممکن د مجاز استازي په توګه کار ونکړي.

یوځل چې وټاکل شي، ستاسو با اختیار استازی کولی شي ستاسو په استازیتوب لاندې یو یا ټول ترسره کړي:

- د ګټو لپاره غوښتنه وکړئ یا نوي کړئ
- ستاسو په معلوماتو کې د بدلونونو راپور ورکړئ
- ستاسو د ګټو پورې اړوند هر ډول مسلو کې د خپلې ادارې سره کار وکړئ
- د هغه پروګرامونو لپاره ستاسو د وړتیا په اړه شکایتونه او استیناف فایل کړئ چې تاسو یې غوښتنه کوئ یا په کې نوم لیکنه کوئ

تاسو کولی شئ دا هم وټاکئ چې خپل مجاز استازی ستاسو د وړتیا او ګټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړئ، خپل ForwardHealth کارت ترلاسه کړئ، ستاسو په استازیتوب د ForwardHealth غړو خدماتو او ستاسو د HMO (روغتیا ساتنې سازمان) سره کار وکړئ، او ستاسو د روغتیا پاملرنې په اړه شکایتونه او اپیلونه درج کړئ. خدمتونه (د مثال په توګه، درملنه او بیلونه).

تاسو اړتیا نلرئ **نه** چې د غوښتنلیک یا ګټې ترلاسه کولو لپاره یو با اختیار استازی ولرئ.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دې فورمه کې ټاکئ کولی شي ستاسو په استازیتوب د لاندې پروګرامونو څخه **کوم** لپاره عمل وکړي: د ویسکونسن Medicaid، BadgerCare Plus، FoodShare، یوازې د Family Planning Only Services (کورنۍ پلان جوړوني خدمتونه)، او/یا د Caretaker Supplement (ساتونکي ضمیمه). که تاسو په دې پروګرامونو کې نوم لیکنه کوئ **او** د Wisconsin Works (ویسکونسن ورکس) (W-2)، ستاسو مجاز استازی ممکن ستاسو په استازیتوب د W-2 لپاره عمل وکړي.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دې فورمه کې ټاکلی **نشي کولی** ستاسو په استازیتوب د Wisconsin Shares Child Care Subsidy (ویسکونسن شریکانو د ماشومانو پاملرنې سبسایډي) پروګرام لپاره عمل وکړي. که تاسو د ویسکونسن وندو لپاره غوښتنه کوئ، تاسو اړتیا لرئ د خپل ځان لپاره غوښتنه وکړئ.

REP

د فورمې لارښوونې

که اړین معلومات په دې فورمه کې شتون ولري، د هر ډول لاسلیکونو په ګډون، فورمه به نیمګړتیا وګڼل شي، او ستاسو با اختیار استازی **نشي کولی** ستاسو په استازیتوب عمل وکړي.

برخه 1 —تاسو اړتیا لرئ برخه بشپړه کړئ 1. تاسو به اړتیا ولرئ چې وټاکئ که تاسو یو با اختیار استازی وټاکئ، بدل کړئ یا لرې کړئ. تاسو به خپل نوم او د زیږون نیټه هم چمتو کړئ ترڅو موږ تاسو وپیژنو. که تاسو یو با اختیار استازی وټاکئ یا بدل کړئ، غوره کړئ که تاسو غواړئ چې ستاسو با اختیار استازی ستاسو د لیکونو کاپي ترلاسه کړي. که تاسو هم د روغتیا پاملرنې برنامې لپاره غوښتنلیک ورکوئ یا نوم لیکنه کوئ، نو غوره کړئ که تاسو غواړئ اجازه ورکړئ چې خپل مجاز استازی ستاسو په استازیتوب نور اقدامات وکړي. ډاډ ترلاسه کړئ مخکې له دې چې تاسو هو وګورئ د خوندي روغتیا معلوماتو اجازه لیک لوستل او موافق یاست. بیا، د پوهاوي بیانونه ولولئ. که تاسو موافق یاست، فورمه لاسلیک او نیټه ولیکئ.

برخه 2 —ستاسو مجاز استازی باید د 2 برخه بشپړ کړي. ستاسو مجاز استازی به اړتیا ولري چې خپل نوم او د اړیکو معلومات چمتو کړي. دوی به هم اړتیا ولري چې د تفاهم بیانونه ولوستل شي او فورمه لاسلیک او نیټه وکړي که چیرې دوی د بیانونو سره موافق وي.

برخه 3 —که تاسو یو باصلاحیت استازی وټاکئ یا بدل کړئ، نو تاسو به اړتیا ولرئ چې ستاسو د مجاز استازي پرته بل څوک وګوري چې تاسو دا فورمه لاسلیک کوي. دا سړی شاهد بلل کیږي. که تاسو دا فورمه د یو سره لاسلیک کړئ "X،" بیا دوه شاهدان باید تاسو وګوري چې فورمه لاسلیک کړي. شاهد یا شاهدان باید خپل نوم، لاسلیک او هغه نیټه چې فورمه یې لاسلیک کړې چمتو کړي.

د فورمې سپارل

تاسو کولی شئ خپل بشپړ شوی فورمه په لاندې لارو کې وسپارئ:

آنلاین

د فورمې ټولې پاڼې ACCESS ته سکین کړئ. تاسو کولی شئ دا د خپل ACCESS حساب له لارې ترسره کړئ، کوم چې تاسو په access.wi.gov. (**یادونه:** که تاسو د ACCESS حساب نلرئ، تاسو کولی شئ access.wi.gov ته لاړ شئ او یو جوړ کړئ.)

یادونه: تاسو کولی شئ یوازې په ځانګړو وختونو کې ACCESS ته فورمې سکین کړئ. که تاسو نشئ کولی فورمه ACCESS ته سکین کړئ، فورمه د یوې بلې لارې په کارولو سره وسپارئ.

پوستي

- که تاسو په **Milwaukee کاونټي**، اوسیږئ، فورمه دې ته واستوئ:
  MDPU
  6055 N. 64th St.
  Milwaukee, WI 53218
- که تاسو په Milwaukee کاونټي کې ژوند **نه** کوئ فورمه دې ته واستوئ:
  CDPU
  P.O. Box 5234
  Janesville, WI 53547

فاکس

- که تاسو په **Milwaukee** کاونټي، کې اوسیږئ، فورمه ورته فکس کړئ 888-409-1979.
- که تاسو په Milwaukee کاونټي، کې ژوند **نه** کوئ فورمه دې فکس کړئ 855-293-1822.

په شخصي توګه

فورمه خپلې اداري ته واخلئ. ستاسو د اداري د اړیکو معلومات د ویسکونسن د Department of Health Services (روغتیا خدماتو څانګې) (DHS) په ویب پاڼه کې دي dhs.wi.gov/im-agency.

د مجاز استازو په اړه د نورو معلوماتو لپاره، د DHS ویب پاڼې ته لاړ شئ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

برخه 1 د غوښتونکي / غړي لخوا ډک شي

زه:

☐ باصلاحیته استازی ټاکم. تاسو باید د **توله** 1 برخه ډکه کړئ.

☐ زما د مجاز استازی بدلول. تاسو باید د **توله** 1 برخه ډکه کړئ. ډاډ ترلاسه کړئ چې تاسو په B برخه کې د خپل نوي مجاز استازي په نوم ولیکئ.

☐ زما د مجاز استازی لیرې کول. تاسو باید د 1 برخې **برخه A او E** برخه ډکه کړئ. B او C برخه خالي پریږدئ.

REP

برخه A: شخصي معلومات

نوم - غوښتونکی/غړی (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایی)

د زیږیدو نیټه	د قضیې شمیره (که تاسو لرئ)

برخه B: د واک ورکولو معلومات

زه لاندې شخص ټاکم چې زما با اختیار استازی شي:

زه غواړم چې زما مجاز استازی زما د وړتیا او ګټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړي.

☐ هو ☐ نه

برخه C: د اجازې اضافي معلومات - یوازې د روغتیا پاملرنې پروګرامونه (اختیاري)

زه د **روغتیایی پاملرنې پروګرام** (د مثال په توګه، ویسکونسن Medicaid، BadgerCare Plus یا یوازې د Family Planning Only Services (کورنۍ پلان کولو خدمتونه) لپاره غوښتنلیک ورکوم یا نومول شوی یم او غواړم چې زما با اختیار استازی لاندې ټول کارونه وکړي:

- زما پر ځای ForwardHealth زما فاروړډ روغتیا کارت ترلاسه کړئ.
- ما په HMO کې نوم لیکنه وکړه.
- د ForwardHealth د غړو خدمتونه یا زما HMO سره د بل، خدمت، یا نورو طبي معلوماتو په اړه خبرې وکړئ، په شمول د خوندي روغتیا معلوماتو. ډاډ ترلاسه کړئ چې مخکې لدې چې تاسو هو وګورئ لاندې خوندي شوي روغتیایی معلوماتو اختیار لوستل او موافق یاست.
- زما د روغتیا پاملرنې خدماتو په اړه شکایتونه او اپیلونه درج کړئ (د بیلګې په توګه، درملنه او بیلونه).

☐ هو ☐ نه

د خوندي روغتیا معلوماتو د کارولو او افشا کولو اجازه

پورته د **هو** په چک کولو سره، زه د ویسکونسن د Department of Health Services (روغتیا خدماتو څانګې) (DHS) او د هغې قراردادیانو ته اجازه ورکوم، چې د HMOs په ګډون، زما خوندي شوي روغتیا معلومات زما د مجاز استازي سره افشا کړي (شریک).

هغه معلومات چې زه یې د شریکولو اجازه ورکوم ممکن لاندې ډول معلومات پکې شامل وي: ادعاګاني، طبي ریکارډونه، د مخدره توکو ناوړه ګټه اخیستنې پاملرنه، د زیږون پاملرنې، رواني روغتیا، ساري ناروغۍ، د درملتون خدمتونه، HIV/AIDS، د غاښونو ریکارډونه، او پرمختیایي معلولیتونه.

معلومات شریکول کیږي نو زما مجاز استازی کولی شي زما د روغتیا پاملرنې ګټو اداره کولو کې مرسته وکړي.

زه پوهیږم چې هر هغه معلومات چې دغې اجازې پر بنسټ کارول کیږي یا شریک کیږي د دغو معلوماتو ترلاسه کوونکی کس یا اداري له لوري شریک کېدلی شي او نور د محرمیت فدرالي قوانینو له لوري نه خوندي کیږي.

زه پوهیږم چې دا اختیار داوطلبانه دی او دا چې زه ممکن د پورته نه په چک کولو سره زما د خوندي روغتیایی معلوماتو خپرولو اجازه رد کړم. د نمبر چک کول به د درملنې چمتو کولو، تادیه کولو، په روغتیا پالن کې نوم لیکنه، یا د ګټو لپاره وړتیا اغیزه ونکړي مګر دا چې د پروګرام لپاره د وړتیا ټاکلو یا په پروګرام کې د نوم لیکنې لپاره اجازه اړینه وي.

دا واک به تر هغه دوام وکړي تر څو چې زه په دې فورمه کې مجاز استازی له خپل مجاز استازی څخه لرې کړم یا زما اداري ته خبر ورکړم چې زه نه غواړم زما با اختیار استازی نور زما خوندي روغتیا معلوماتو ته لاسرسی ولري. زه کولی شم زما اداري ته په هر وخت کې په لیکلي ډول خبر ورکړم. په هرصورت، د اجازې لرې کول به خوندي روغتیایی معلومات اغیزه ونکړي کوم چې دمخه شریک شوي.

REP

برخه D: د پوهیدلو بیانونه

زه پوهیږم او موافق یم چې:

- زه حق لرم چې هر هغه څوک وټاکم چې زه غواړم زما با اختیار استازی شم.
- زه کولی شم په هر وخت کې خپل مجاز استازی بدل کړم یا لرې کړم. زه باید خپلې ادارې ته په لیکلي ډول خبر ورکړم چې زه غواړم خپل مجاز استازی بدل کړم یا لرې کړم.
- زه اړ نه یم چې یو کس ته ووایم چې زه دوی د خپل مجاز استازي په توګه لرې کوم.
- په دې فورمه کې لیست شوي مجاز استازی به زما با اختیار استازی پاتې شي تر هغه چې زه یې بدل کړم یا لرې کړم.
- زما مجاز استازی به زما شخصي معلوماتو ته لاسرسی ولري، لکه زما د ټولنیز امنیت شمیره، مالي بیانات، او طبي معلومات، ترڅو زما د وړتیا اداره کولو کې مرسته وکړي. که زه د پورته روغتیایی معلوماتو د خوندي کولو اجازه سره موافقه وکړم، زه پوهیږم چې زما با اختیار استازی به هم دې معلوماتو ته لاسرسی ولري ترڅو زما د روغتیا پاملرنې خدماتو اداره کولو کې مرسته وکړي (د مثال په توګه، درملنه او طبي بیلونه).
- زه باید خپل با اختیار استازی ته ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړم.
- زه د غلطو او غلطو معلوماتو لپاره مسؤل یم چې زما مجاز استازی راپور ورکوي. زه پوهیږم چې یا زما با اختیار استازی یا زه غلط معلومات ورکوم یا معلومات پټوم، زه کولی شم:
  - باید هغه ګټې بیرته تادیه کړم چې ما باید ترلاسه کړي نه وي.
  - جریمه شي.
  - د پروګرام څخه منع شي.
  - د درغلۍ لپاره محاکمه شي.
- د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه په پورتنیو بیانونو پوهیږم او موافق یم.

برخه E: لاسلیک او نیټه

لاسلیک ——غوښتونکی/غړی	د لاسلیک نیټه

برخه 2 د مجاز استازي لخوا ډک شي

برخه A: د اړیکې معلومات

نوم - مجاز استازی (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایي)

د کوڅې ادراس

ښار	ریاست	زیپ کوډ

د تلیفون شمیره (د ساحې کوډ شامل دي)	د بریښنالیک پته (اختیاري)

REP

برخه B: د تفاهم بیانونه

زه پوهیږم او موافق یم چې:

- د یو با اختیاره استازي په توګه، زه د غوښتونکي په اړه د لاندې ټولو یا ټولو ترسره کولو پورې محدود یم یا غړي په استازیتوب:
  - د ګټو لپاره غوښتنه کول یا نوي کول
  - د بدلونونو راپور ورکول
  - د غوښتنلیک ورکوونکي یا غړي اداري سره په هر ډول ګټو پورې اړوند مسلو کې کار کول
  - د وړتیا اړوند شکایتونه او استیناف ثبتول
- زه تمه کیږم چې د غوښتونکي یا غړي شرایطو سره آشنا شم.
- غوښتونکی یا غړی کولی شی زه په هر وخت کې د دوی د مجاز استازی څخه لیرې کړم.
- غوښتونکی یا غړی اړتیا نلري ما ته خبر ورکړي چې زه د دوی د مجاز استازي په توګه له دندې لرې شوی یم.
- زه د غوښتونکي یا غړي مجاز استازی یم تر څو چې دوی د بل مجاز استازي غوښتنه ونه کړي یا دا غوره کړي چې مجاز استازی ونه لري.
- زه باید ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړم.
- که زه غلط یا غلط معلومات چمتو کړم، غوښتونکی یا غړی ممکن اړتیا ولري چې په غلطی کې ترلاسه شوي د روغتیا پاملرنې ګټې بیرته ورکړي.
- که زه په قصدي توګه د پروګرام له مقرراتو څخه سرغړونه وکړم، زه باید د FoodShare هر هغه ګټې بیرته ورکړم چې ناوړه ګټه اخیستې یا په غلطی سره ترلاسه شوې.
- زه باید د ګټو د شخړو او د معلوماتو محرمیت په اړه د تطبیق وړ دولت او فدرالي قوانینو سره سم عمل وکړم.
- د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه په پورتنیو بیانونو پوهیږم او موافق یم.
- د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه به د غوښتونکي یا غړي لپاره چې په 1 برخه کې لیست شوي د مجاز استازي په توګه خدمت وکړم.

برخه C: لاسلیک او نیټه

لاسلیک — مجاز استازي	د لاسلیک نیټه

برخه 3 د شاهدانو لخوا ډکول

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدا)

لاسلیک — شاهد	د لاسلیک نیټه

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایي) (که غوښتونکی/غړی د X سره لاسلیک شوی وي)

لاسلیک — شاهد	د لاسلیک نیټه

STATE OF WISCONSIN
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-10126BPA (03/2024)

یو با اختیار استازی ټاکل، بدلول، یا لرې کول: سازمان
(APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: ORGANIZATION)

ډک کړئ او وسپارئ یو با اختیار استازی وټاکئ، تبدیل، یا لرې کړئ: د سازمان فورمه، F-10126B، ترڅو یو سازمان ستاسو د مجاز استازي په توګه وټاکي، بدل کړئ یا لرې کړئ. د سازمان د تماس شخص د بدلون لپاره، تاسو یا سازمان باید ستاسو اداري سره اړیکه ونیسي. ستاسو د اداري د اړیکې معلومات د Wisconsin Department of Health Services (د روغتیا خدماتو څانګه) (DHS) په ویب پاڼه کې شتون لري. dhs.wi.gov/im-agency.

د خپل مجاز استازي په توګه د **کوم شخص** د ټاکلو لپاره، پر ځای یې د مجاز استازی ټاکل، بدلول، یا لری کول: د شخص فورمه، F-10126A ډکه کړئ او وسپارئ.

که تاسو د جایداد اړوند قانوني سرپرست لرئ، یا د شخصیت او ملکیت اړوند قانوني سرپرست لرئ، یا محافظ ولرئ، نو که تاسو غواړئ چې د دوی پرته بل څوک ستاسو مجاز استازی وي، نو باید هماغه شخص ستاسو لپاره یو باصلاحیته استازی وټاکي. که تاسو د مالیاتي چارو لپاره یو فعال او دایمي وکیل لرئ، تاسو یا تاسو یا ستاسو وکیل کولای شي چې یو با صلاحیته استازی وټاکي.

د یو شخص قانوني سرپرست کولای شي یواځې په هغه صورت کې ستاسو لپاره یو با صلاحیته استازی وټاکي چې د محکمې اسناد چې د شخص قانوني استازی ټاکي همدې سرپرست یا استازي ته دا صلاحیت ورکوي چې ستاسو په استازیتوب د عامه مرستې پروګرامونو کې ستاسو د وړتیا او امتیازاتو په اړه چارې مخته بوځي.

د روغتیایي پاملرنې لپاره د وکالت صلاحیت او ځواک نه شي کولای چې ستاسو په استازیتوب داسې فعالیت ترسره کړي ترڅو یو با صلاحیته استازی وټاکي.

په دې فورمه کې وړاندې شوي شخص پیژندونکي معلومات به یوازې د Medicaid Wisconsin، BadgerCare Plus، FoodShare، Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه)، Caretaker Supplement او (د ساتونکي ضمیمه) کارول کیږي.

د نمایندګی مجاز معلومات

یو مجاز استازی هغه سازمان دی چې ستاسو د کورنۍ له شرایطو سره اشنا وي او تاسو باور لرئ چې ستاسو په استازیتوب عمل وکړي. هر څوک کولی شي ستاسو د مجاز استازي په توګه خدمت وکړي **پرته له** لاندې اشخاصو څخه:

- هغه خلک چې په قصدي ډول د FoodShare پروګرام سرغړوني له امله بې برخې شوي، نه شي کولی د دوی د نااهلیت په دوره کې د مجاز استازي په توګه خدمت وکړي پرته له دې چې بل څوک د مجاز استازي په توګه خدمت کولو توان ونه لري.
- د بې کوره خواړو وړاندې کونکي نشي کولی د بې کوره خواړو برخې لپاره د مجاز نماینده په توګه خدمت ترسره کړي. (د خوړو برخه یو یا څو اشخاص دي چې یو ځای ژوند کوي او یو ځای خواړه پیري او جوړوي.)
- د ادارې کارمندان چې د ګټو لپاره د وړتیا په ټاکلو کې مرسته کوي ممکن د مجاز استازي په توګه کار ونکړي. دوی ته په ځانګړو شرایطو کې د مجاز استازي په توګه د خدمت کولو لپاره ځانګړی لیکلی تصویب ورکول کیدی شي.
- هغه پرچون پلورونکي چې د FoodShare ګټې منلو اجازه لري نشي کولی د مجوز لرونکی استازی په توګه خدمت وکړي، پرته د مخدره مواد او الکولو درملنې مرکزونو څخه چې مجوز لرونکي پرچون پلورونکي دي.

یوځل چې وټاکل شي، ستاسو با اختیار استازی کولی شي ستاسو په استازیتوب لاندې یو یا ټول ترسره کړي:

- د ګټو لپاره غوښتنه وکړئ یا نوي کړئ
- خپلو معلوماتو کې د تغیراتو راپور ورکړئ
- ستاسو ګټو پورې اړوند هر ډول مسلو کې د خپلې اداري سره کار وکړئ
- د هغه پروګرامونو لپاره ستاسو د وړتیا په اړه شکایتونه او استیناف فایل کړئ چې تاسو یې غوښتنه کوئ یا په کې نوم لیکنه کوئ

تاسو دا هم ټاکلی شئ چې ستاسو مجاز استازی ستاسو د وړتیا او ګټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړي.

تاسو اړتیا **نلرئ** چې د غوښتنلیک یا ګټې ترلاسه کولو لپاره یو با اختیاره استازی ولرئ. د مخدره موادو او الکولو درملنې مرکزونو کې اوسېدو پر مهال د FoodShare غوښتنې لپاره، د صلاحیت لرونکی اداري استازی باید ستاسې په استازیتوب غوښتنه وکړي.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دې فورمه کې ګومارئ کولی شي ستاسو په استازیتوب د لاندې پروګرامونو لپاره **هرډول** عمل وکړي: Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه)، و/یا Caretaker Supplement (د ساتونکي ضمیمه). که تاسو په دې پروګرامونو کې نوم لیکنه کوئ **او** Wisconsin Works (Wisconsin کار)، (W-2) ستاسو با اختیاره استازی ممکن ستاسو په استازیتوب د لپاره عمل وکړي.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دې فورمه کې ګومارئ **نشي کولی** ستاسو په استازیتوب د Wisconsin Shares Child Care Subsidy (ماشوم پاملر نې مالي مرسته شریکوي) د ماشوم پاملرنې مالي مرسته شریکوي برنامه کې عمل وکړي. که تاسو د Wisconsin Shares لپاره غوښتنه کوئ، تاسو اړتیا لرئ د خپل ځان لپاره غوښتنه وکړئ.

REP

د فورمې لارښوونې

که د هر ډول لاسلیکونو په ګډون اړین معلومات په دې فورمه کې شتون ونلري، فورمه به نیمګړې وګڼل شي، او ستاسو با اختیار استازی **نشي کولی** ستاسو په استازیتوب عمل وکړي.

1 برخه- تاسو اړتیا لرئ چې لومړی 1 برخه بشپړه کړئ. تاسو به اړتیا ولرئ چې انتخاب وکړئ که تاسو یو با اختیاره استازی ټاکئ، بدلوئ یا لرې کړئ. تاسو به خپل نوم او د زیږون نیټه هم چمتو کړئ ترڅو موږ تاسو وپیژنو. که تاسو یو با اختیار استازی ټاکئ یا تغیروئ، انتخاب وکړئ که تاسو غواړئ چې ستاسو با اختیار استازی ستاسو د لیکونو کاپي ترلاسه کړي. وروسته، د پوهاوي بیانیې ولولئ. که تاسو موافق یاست، فورمه لاسلیک او نیټه ولیکئ.

2 برخه — یو شخص چې د سازمان په استازیتوب عمل کولی شي اړتیا لري چې 2 برخه بشپړه کړي. شخص به اړتیا ولري چې د سازمان نوم او د اړیکو معلومات او همدارنګه د خپل ځان چمتو کړي. شخص به همدارنګه اړتیا ولري ترڅو د تفاهم بیانیې ولولي او فورمه لاسلیک او نیټه ولیکي که چیرې سازمان او د اړیکې شخص د بیانیو سره موافق وي.

برخه 3 — که تاسو یو با اختیار استازی ټاکئ یا بدلوئ، نو تاسو به اړتیا ولرئ چې ستاسو د مجاز استازي ترڅنګ یو بل څوک ولرئ ترڅو وګوري چې تاسو دا فورمه لاسلیک کوئ. دا سړی شاهد بلل کیږي. که تاسو دا فورمه د "X" سره لاسلیکوئ، نو دوه شاهدان باید تاسو وګوري چې فورمه لاسلیکوئ. شاهد یا شاهدان باید خپل نوم، لاسلیک او هغه نیټه چې فورمه یې لاسلیک کړې چمتو کړي.

د فورمې سپارل

تاسو کولی شئ خپل بشپړ شوی فورمه په لاندې لارو کې وسپارئ:

آنلاین

د فورمې ټولې پاڼې ACCESS ته سکین کړئ. تاسو کولی شئ دا د خپل ACCESS حساب له لارې ترسره کړئ، کوم چې تاسو په access.wi.gov کې ننوتلی شئ. (**یادونه**: که تاسو د ACCESS حساب نلرئ، تاسو کولی شئ access.wi.gov ته لاړ شئ او یو جوړ کړئ.)

یادونه: تاسو کولی شئ یوازې په ځانګړو وختونو کې د لپاره فورمې اسکن کړئ ACCESS. که تاسو نشئ کولی فورمه ACCESS ته سکین کړئ، فورمه د یوې بلې لارې په کارولو سره وسپارئ.

ډاک

- که تاسو په **Milwaukee کوچنۍ ښار** کې اوسیږئ، فورمه دې ته واستوئ:
  MDPU
  6055 N. 64th St.
  Milwaukee, WI 53218
- که تاسو په Milwaukee کوچنۍ ښار**کې نه** اوسیږئ، فورمه دې ته واستوئ:
  CDPU
  P.O. Box 5234
  Janesville, WI 53547

فکس

- که تاسو په **Milwaukee کوچنۍ ښار** کې اوسیږئ، فورمه 888-409-1979 ته فکس کړئ.
- که تاسو پهMilwaukee کوچنۍ ښارکې **نه اوسئ**، فورمه 855-293-1822 ته فکس کړئ.

په شخصی ډول

فورمه خپلې ادارې ته ویسه. ستاسو د ادارې د اړیکې معلومات د DHS په ویب پاڼه کې شتون لري dhs.wi.gov/im-agency.

د مجاز استازو په اړه د نورو معلوماتو لپاره، د DHS ویب پاڼې ته لاړ شئ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm

1 برخه — د غوښتونکي / غړي لخوا باید ډک شي

زه یم:

☐ د باصلاحیته استازی ټاکل. تاسو باید د 1 برخې **ټول خایونه** ډک کړئ.

☐ زما د مجاز استازی بدلول. تاسو باید د 1 برخه **ټول** ډک کړئ. ډاډ ترلاسه کړئ چې تاسو د B برخه کې د خپل نوي مجاز استازي په نوم لیکئ.

REP

☐ زما د واک لرونکي استازي لري کول. تاسو باید د 1 برخې **A** او **D برخه** ډکه کړئ. B برخه خالي پرېږدئ.

A برخه: شخصي معلومات

نوم - غوښتونکی/غړی (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایی)

د زیږیدو نیټه	د قضیې شمیره (که تاسو لرئ)

B برخه: د واک ورکولو معلومات

زه لاندې سازمان د خپل با اختیاره استازي په توګه ټاکم:

زه غواړم چې زما مجاز استازی زما د وړتیا او ګټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړي. مهرباني وکړئ په یاد ولرئ چې لیکونه به د سازمان د تماس کس ته واستول شي.

☐ هو ☐ نه

C برخه: د تفاهم بیانیې

زه پوهیږم او موافق یم چې:

- زه د هر هغه سازمان غوره کولو حق لرم چې غواړم زما با اختیار استازی شي.
- زه کولی شم په هر وخت کې خپل مجاز استازی بدل کړم یا لرې کړم. زه باید خپلې ادارې ته په لیکلي ډول خبر ورکړم چې زه غواړم خپل مجاز استازی بدل کړم یا لرې کړم.
- زه اړتیا نلرم چې یوې ادارې ته ووایم چې زه یې د خپل مجاز استازي په توګه لرې کوم.
- په دې فورمه کې لست شوي مجاز استازی به تر هغه زما مجاز استازی پاتې شي چې زه یې تبدیل یا لرې کړم.
- د مخدره موادو او الکولو درملنې مرکز صلاحیت لرونکي استازي به ستاسې رخصت کېدو سره لرې شي. دغه سند د صلاحیت پای ته رسولو لپاره سپارل انتخابي دی.
- زما مجاز استازی به زما شخصي معلوماتو ته لاسرسی ولري، لکه زما د ټولنیز امنیت شمیره، مالي بیانات، او طبي معلومات ترڅو زما د وړتیا اداره کولو کې مرسته وکړي.
- زه باید خپل مجاز استازي ته ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړم.
- زه د هغه ناسمو او غلطو معلوماتو مسؤل یم چې زما مجاز استازی یې راپور ورکوي. زه پوهیږم چې زه یا زما با اختیار استازی غلط معلومات ورکوو یا معلومات پټوو، زه ممکن:
  - باید هغه ګټې بیرته تادیه کړم چې ما باید ترلاسه کړي نه وی.
  - جریمه شم.
  - د پروګرام څخه منع شم.
  - د درغلی لپاره محاکمه شم.
- د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه په پورتنیو بیانونو پوهیږم او موافق یم.

D برخه: لاسلیک او نیټه

لاسلیک — غوښتونکی/غړی	د لاسلیک نیټه

REP

2 برخه د مجاز استازي لخوا ډک شي

A برخه: د اړیکو معلومات

نوم - سازمان

د سړک آدرس

ښار	ریاست	زیپ کوډ	د تلیفون شمیره (د ساحې کوډ په شمول)

نوم - د سازمان اړیکه (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایي)

دنده - د سازمان د اړیکې شمیره	د بریښنالیک پته — د سازمان اړیکه (اختیاري)

B برخه: د تفاهم بیانونه

زه پوهیږم او موافق یم چې:

- زه د هغه سازمان په استازیتوب د عمل کولو واک لرم چې د 2 برخې په A برخه کې لیست شوي.
- د یوه مجاز استازي په توګه، سازمان د غوښتونکي یا غړي په استازیتوب د لاندې ټولو یا ټولو ترسره کولو پورې محدود دی:
  - د ګټو لپاره غوښتنه کول یا نوي کول
  - د بدلونونو راپور ورکول
  - د غوښتن لیک ورکوونکي یا غړي اداري سره د ګټو پورې اړوند مسلو کې کار کول
  - د ورتیا اړوند شکایتونه او استیناف ثبتول
- تمه کیږي چې سازمان د غوښتونکي یا غړي شرایطو سره آشنا وي.
- سازمان باید د غوښتونکي یا غړي اداري ته د 2 برخې په A برخه کې لیست شوي تماس کې بدلونونه راپور کړي.
- غوښتونکی یا غړی کولی شي سازمان په هر وخت کې د دوی د مجاز استازی څخه لیرې کړي.
- غوښتونکی یا غړی اړتیا نلري سازمان ته خبر ورکړي چې دا د دوی د مجاز نماینده په توګه له دندې لرې شوی.
- سازمان د غوښتونکي یا غړي مجاز استازی دی تر هغه چې دوی د مختلف مجاز استازي غوښتنه وکړي یا د مجاز استازی نه درلودل غوره کړي.
- سازمان او هرڅوک چې د هغې په استازیتوب عمل کوي باید ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړي.
- که چیرې سازمان غلط یا غلط معلومات وړاندې کړي، نو غوښتونکی یا غړی ممکن اړتیا ولري چې په غلطۍ کې ترلاسه شوي د روغتیا پاملرنې ګټې بیرته ورکړي.
- که چیرې سازمان په عمدې توګه د پروګرام قواعدو څخه سرغړونه وکړي، نو دا باید د FoodShare هر ډول ګټې بیرته ورکړي چې په غلطۍ سره کارول شوي یا ترلاسه شوي.
- اداري او هر هغه څوک چې یې استازیتوب کوي باید د ګټو شخړې او د معلوماتو محرمیت اړوند د 42 C.F.R برخه 431، فرعي برخه F؛ 42 C.F.R § 447.10؛ 45 C.F.R. § 155.260(f)؛ او 7 CFR 273.2(n)(4)، په ګډون ټول د تطبیق وړ یالتي او فدرالي قوانینو سره مطابقت ولري.

REP

- د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه د 2 برخې، په A برخه کې د لیست شوي سازمان په استازیتوب په پورته بیاناتو پوهیږم او ورسره موافق یم.
- د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې هغه سازمان چې د 2 برخې په A برخه کې لیست شوی، د غوښتونکي یا غړي لپاره به د هغه مجاز استازي په توګه کار وکړي چې په 1 برخه کې لیست شوی دی.

C برخه: لاسلیک او نیټه	
لاسلیک — د سازمان اړیکه	د لاسلیک نیټه

3 برخه — د شاهدانو لخوا ډک شي

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدا)

لاسلیک — شاهد	د لاسلیک نیټه

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایي) (که غوښتونکي/غړي د X سره لاسلیک کړی وي)

لاسلیک — شاهد	د لاسلیک نیټه

WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-10137PA (06/2023)

CHG

WISCONSIN MEDICAID بدلون راپور
(WISCONSIN MEDICAID CHANGE REPORT)

که تاسې Medicaid ترلاسه کوئ، باید د خپلې کورنۍ جوړښت کې د هر ډول بدلون (که چېرې یو څوک کورنۍ ته راځي یا ځي، که څوک واده کوي، امېدواره کېږي، یا ماشوم زېږوي)، په ادرس، عاید، شتمنیو یا د دندې حالت کې بدلون په اړه **10 ورځو کې دننه راپور وکړئ.** که چېرې دغه راپور د یو بدلون مستند کولو لپاره په کافي اندازه فضا وړاندې نه کړي، دغه راپور سره د کاغذ یوه پاڼه چې اضافي معلومات په کې لیکل شوی وي ضمیمه کړئ. تاسې همداراز access.wi.gov کې په پرلیکه توګه، د تیلیفون له لارې یا شخصاً د بدلونونو راپور ورکولی شئ.

که د بدلونونو راپور ورکولو کې پاتې شئ راشئ یا غلط معلومات وړاندې کړئ، تاسې کېدای شي جریمه شئ، د Medicaid ټولې هغه ګټې چې ترلاسه کړې مو دي او وړ یې نه یاست باید بېرته ورکړئ (حتی که چېرې خپل کارت مو نه وي کارولی)، محاکمه یا درېواړه شئ. کېدای شي تاسې څخه د هر هغه بدلون چې راپور یې ورکوئ ثبوت وړاندې کولو غوښتنه وشي.

په شخصي توګه پېژندل کېدونکي معلومات یوازې کېدای شي د Medicaid پروګرام مستقیم اداري لپاره وکارول شي.

ستاسې نوم	د قضیې شمېره	د کارکوونکي نوم

برخه 1 - ادرس کې بدلون
که کډه شوي یاست، باید د خپل نوې ادرس راپور ورکړئ.

د بدلون نېټه			د تیلیفون نوې شمېره
نوی ادرس - کوڅه	ښار	ایالت	زېپ کوډ

برخه 2 - د کورنۍ جوړښت کې بدلون
که چېرې یو څوک ستاسې کورنۍ ته راځي یا ځي، که څوک واده کوي، امېدواره کېږي، یا ماشوم زېږوي (د هغه کس چې ماشوم زېږولی او نوې زېږېدلي په اړه معلومات شامل کړئ) باید راپور یې ورکړئ

نوم (کورنۍ، لومړی، منځنی نوم)		د بدلون نېټه
د ټولنیز خوندیتوب شمېره (SSN)*	د زېږېدنې نېټه	د قضیې مشر سره یې اړیکه
بدلون تشریح کړئ		

*د SSN وړاندې کول او غوښتنه په خپله خوښه ده؛ خو بیا هم، هر هغه څوک چې Wisconsin Medicaid غواړي خو نه غواړي خپل SSN وړاندې کړي یا یې غوښتنه وکړي د Wisconsin قوانینو برخه 49.82(2) پر بنسټ به د ګټو مستحق نه وي.

برخه 3 - شتمنۍ کې بدلون
تاسې باید د خپلې کورنۍ نغدې پیسې، بانکي حسابونو، پور پاڼې، سهام یا نورو شتمنیو کې د بدلون راپور ورکړئ.

د څښتن نوم (لومړی، کورنۍ، منځنی نوم)		د بدلون نېټه
د شتمنۍ بڼه	بدلون تشریح کړئ	نوی ارزښت یا مقدار $

CHG

برخه 4 - سرچینو/عاید کې بدلون

تاسې باید د هر هغه عاید یا سرچینې چې تاسې او/ستاسې د ژوند ملګری د بازار مناسب ارزښت څخه په ټیټه بیه ورکړی یا پلورلی وي راپور ورکړئ.
د سرچینو مثالونو کې نغدي پیسې، نغدې ډالۍ، ملکیتونه، سهام یا پورپاڼې، میراث او داسې نور شامل دي.

د شتمنۍ یا عاید بڼه	د خرڅولو یا ورکولو نېټه	د شتمنۍ یا عاید ارزښت $
په بدل کې مو څه ترلاسه کړ؟		

برخه 5 - موټرونو کې بدلون

که چېرې تاسې موټر، لارۍ، موټرسایکل، کښتۍ، د واورې موټر، کیمپر یا د موټر نور ډولونه ترلاسه، خرڅ یا ورکړی وي راپور یې ورکړئ.

د څښتن نوم (لومړی، کورنۍ، منځنۍ نوم)			د بدلون نېټه
د موټر بڼه	جوړوونکی	ماډل	کال
بدلون تشریح کړئ (پیرل، خرڅ، داسې نور.)	ترلاسه شوی مقدار $	د بازار مناسب ارزښت* $	پور شوی مقدار $

* د بازار مناسب ارزښت څخه زموږ موخه هغه مقدار دی چې په ازاد بازار کې پلورلو څخه مو ترلاسه کولی شو.

برخه 6 - عاید کې بدلون

تاسې باید خپل ناخالص عاید مقدار، د عاید نوې سرچینه، خپل د دندې حالت کې بدلون (بعد له وخته څخه بشپړ وخت ته یا بشپړ وخت څخه بعد له وخت ته، دنده له لاسه ورکول)، معاش یا د تادیې درجې کې بدلون، ټولنیز امنیت مقدار کې بدلون، د بې روزګارۍ بیمه، د کاریګرانو خساره، د پخوانیو پوځیانو ګټې، یا د پیسو هغه مقدار کې چې ستاسې کورنۍ یې ترلاسه کوي د هر ډول بدلون راپور ورکړئ.

نوم (کورنۍ، لومړی، منځنۍ نوم)			د عاید د بدلون نېټه
د عاید سرچینه			میاشتنۍ مقدار $
څو ځلې تادیه کېږي	☐ هره اونۍ	☐ هره بله اونۍ	☐ هره میاشت دوه ځلې	☐ هره میاشت یو ځل

برخه 7 - نور بدلونونه

تاسې باید د هر هغه بدلون چې Medicaid لپاره ستاسې وړوالی اغېزمنولی شي راپور ورکړئ. د نورو بدلونونو مثالونو کې یو څوک روغتیایي بیمه ترلاسه کوي یا پرېږدي، یو څوک معلول کېږي یا له معلولیت څخه رغېږي شامل دي. یو بدلون همداراز په لګښتونو کې لکه د روغتیایي بیمې پیسو، روغتیایي لګښتونو یا د سرپناه لګښتونو کې زیاتوالی یا کموالی کېدلی شي.

بدلون تشریح کړئ	
ایا اټکل کوئ چې دغې فورمې کې راپور شوي بدلونونه به راتلونکی میاشت ورته پاتې شي؟ ☐ هو ☐ نه که ځواب مو نه وي، تشریح یې کړئ.	د بدلون نېټه

CHG

برخه 8 - لاسلیک

☐ هو ☐ نه زه پوهېږم چې د معلوماتو پټول یا غلط معلومات وړاندې کول مجازات لري.	
☐ هو ☐ نه زه پوهېږم چې زه باید ټولې هغې ګټې چې ما ترلاسه کړي دي بېرته ورکړم ځکه چې ما په بشپړه توګه خپلو حالاتو کې د بدلون راپور نه دی ورکړی (حتی که چېرې خپل د Medicaid کارت مې نه وي کارولی).	
☐ هو ☐ نه زه موافقت کوم چه که راځخه وغوښتل شي د هر ډول بدلون ثبوت به وړاندې کړم.	
☐ هو ☐ نه دغه راپور کې زما له پوهې سره سم زما ځوابونه صحیح او بشپړ دي.	
لاسلیک - عریضه کوونکی/استازی/سرپرست/وکالت لیک/ساتونکی	د لاسلیک نیټه
د تیلیفون شمېره (د ساحې کوډ په ګډون)	

که چېرې دغه راپور د یو بدلون مستند کولو لپاره په کافي اندازه فضا وړاندې نه کړي، دغه راپور سره د کاغذ یوه پاڼه چې اضافي معلومات په کې لیکل شوی وي ضمیمه کړئ.

غوښتنلیکونه، فورمې او یا ثبوت/تصدیقونه ایمیل یا فکس کړئ

که Milwaukee ولسوالۍ کې ژوند کوئ:

MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

فکس: 1-888-409-1979

که Milwaukee ولسوالۍ کې **ژوند نه کوئ**:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

فکس: 1-855-293-1822

تاسې همداراز هر ثبوت په انلاین ډول access.wi.gov ته سکین او/یا پورته کولی شئ.

.غوښتنليک دلته مه ليږئ

د خوړو د مرستې بشپړونکی پروګرام (SNAP) او د متحده ايالاتو ځايي سور پوستو ته ځانګړی شوی سيمو کې د خوراکي توکو د ويش پروګرام (FDPIR) ايالتی يا سيمه ييزې ادارې او د هغوی فرعی ادارې بايد دعدم تبعيض لاندينی بيانيه خپور کړي:

د فدرال مدني حقوقو قانون او د متحده ايالاتو د کرنې وزارت (USDA) د مقرارتو او مدنی حقوقو تګلارې سره سم دغه اداره د نژاد، رنګ، ملی منشاء، جنسيت (د جنسی هويت او جنسی تمايل په شمول) مذهبی عقيدې، معلوليت، سن، سياسي اعتقادات، پر اساس تبعيض يا غچ اخيستنې يا د مخيکني مدني حقوقو فعاليت له کبله د انتقام اخيستنې عمل ممنوع دی.

د دې پروګرام په هکله معلومات کيدای شي په غير انګليسي ژبو کې هم د لاسرسی وړ وي. هغه کسان چې کوم ډول معلوليت لري او يا د معلوماتو ترلاسه کولو لپاره بېل ابزارو ته اړتيا لري (لکه د برېل ليکنه، د متن لويې اندازې چاپ، غږيز نوار، د امريکايي اشارې ژبه) نو دغه کسان دې بايد (ايالتی يا سيمه ييزې) ادارې سره چيرته چې يې د امتيازاتو ترلاسه کولو لپاره عريضه ورکړی هغې ادارې سره اړيکه ونيسي. کوم کسان چې کوڼ دي، اوريدلو کې ستونزې لري يا په خبرې کولو کې ستونزې لري، د فدرا ل بيا خپرولو خدماتو له لارې د امريکې متحده ايالاتو د کرنې وزارت سره په 8339–877 (800) شمېره اړيکه ونيسي.

د دې پروګرام پورې اړوند د تبعيض شکايتونه بايد د شکايت کوونکي، د AD–3027 فورمه چې د USDA (د متحده ايالاتو د کرنې وزارت) د شکاياتو فورمه ده، لاندينی انټرنټي آدرس څخه د ترلاسه کولو وروسته بايد ډکه کړي.
https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-pashto.pdf, دغه فورمه تاسو د USDA (د امريکې د متحده ايالاتو د کرنې وزارت) هر دفتر څخه دغې شمېرې 1071–620 (833) سره د اړيکې نولو سره يا د USDA (د امريکې د متحده ايالاتو د کرنې وزارت) پټې ته د ليک استولو له لارې ترلاسه کولی شئ. استول شوی مکتوب بايد د شکايت کوونکي نوم، پته، د ټلفون شمېره، او په ليکل شوی بڼه د تبيضي عمل شرح د جزئيات بايد په کافی اندازه ذکر شوی وي تر څو د مدني حقوقو مرستندوی (ASCR) ته د دغه نقض په څرنګوالي او د دغه نقض د نيټې او دغه مدنی حقوقو د ادعا په اړه په سمه توګه اطلاع ورکړي. د AD–3027 تکميل شوی فورمه لاندينی پټې ته واستول شوي.

(۱) پوستي آدرس:
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; يا
(۲) د فکس شمېره:
(833)-256-1665 يا (202)-690-7442;
(۳) بريښنالیک يا انټرنټي آدرس:
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

دغه اداره د مساوي فرصتونو برابرولو اداره ده.

.غوښتنليک دلته مه ليږئ

د نه تبعیض خبرتیا :تبعیض د قانون خلاف دی - د روغتیا پاملرنې پورې اړوند پروګرامونه

Wisconsin Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو څانګه) د فدرالي مدني حقونو نافذه قوانینو ته ژمنه ده او د نژاد، رنګ، قومیت، عمر، معلولیت، یا جنسیت پر بنسټ تبعیض نه کوي (د امیندواری، جنسیتي هویت او جنسي تمایل په شمول). Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو څانګه) د نژاد، رنګ، قومیت، عمر، معلولیت یا جنسیت له امله خلک نه لیري کوي او نه هم د هغوی سره توپیري چلند کوي.

د Department of Health Services (روغتیایی خدماتو څانګه):

- د معلولیت لرونکو خلکو لپاره وړیا مرستې او خدمتونه وړاندې کوي ترڅو له موږ سره په اغیزمنه توګه اړیکه ونیسي، لکه:
  - د نښې ژبې وړ ژباړونکي.
  - په نورو شکلونو کې لیکل شوي معلومات (لوی چاپ، آډیو، د لاسرسي وړ بریښنایی بڼه، نور فارمیټونه).
- هغو خلکو ته چې لومړنۍ ژبه یې انګلیسي نه وي د وړیا ژبې خدمتونه وړاندې کوي، لکه:
  - وړ ژباړونکي.
  - معلومات په نورو ژبو لیکل کیږي.

که تاسو دې خدماتو ته اړتیا لرئ، د 844-201-6870 شمیره د Department of Health Services (روغتیایی خدماتو څانګې) د مدني حقونو همغږي کونکي سره اړیکه ونیسئ.

که تاسو په دې باور یاست چې د Department of Health Services (روغتیا خدماتو څانګه) د دې خدماتو په وړاندې کولو کې پاتې راغلی یا د نژاد، رنګ، ملي اصل، عمر، معلولیت یا جنسیت پر بنسټ په بل ډول تبعیض شوی، تاسو کولی شئ شکایت درج کړئ: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 201 E. Washington Ave., Room E200B, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, فاکس: 608-267-1434 یا بریښنالیک ته dhscrc@dhs.wisconsin.gov. تاسو کولی شئ شکایت په شخصی ډول یا د پوستې، فکس یا بریښنالیک له لارې ثبت کړئ. که تاسو د شکایت ثبتولو کې مرستې ته اړتیا لرئ، د Department of Health Services (روغتیا خدماتو څانګې) د مدني حقونو همغږي کونکی ستاسو سره د مرستې لپاره شتون لري.

تاسو کولی شئ د U.S. Department of Health and Human Services (متحده ایالاتو د روغتیا او بشري خدماتو څانګې) سره د مدني حقونو شکایت ثبت کړئ، Office for Civil Rights (د مدني حقونو لپاره دفتر)، په الکترونیکي توګه د Office for Civil Rights (مدني حقونو د شکایتونو د دفتر) له لارې، دلته شتون لري https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf، یا د پوستې یا تلیفون له لارې:

U.S. Department of Health and Human Services
Independence Avenue, SW 200
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(TDD) 800-537-7697 ,800-368-1019

د شکایت فورمې په کې شتون لري http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	**Deitsch (Pennsylvania Dutch)** Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	**ພາສາລາວ (Laotian)** ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711).	**Français (French)** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	**Polski (Polish)** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة :إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	**हिंदी (Hindi)** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	**Shqip (Albanian)** KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	**Tagalog (Tagalog – Filipino)** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	**Soomaali (Somali)** FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa laguu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).