

د 18 کالو څخه کم عمر ماشومانو لپاره د هویت بیان
(STATEMENT OF IDENTITY FOR CHILDREN UNDER 18 YEARS OF AGE)

دا بیان ممکن یوازې د نوي Medicaid/BadgerCare Plus/Family Planning Only Services کولو لپاره وکارول شید خدماتو ثبوت هویت د 18 کلونو څخه کم عمر ماشومانو لپاره قاعده. دا بیان ممکن د Medicaid, BadgerCare Plus/ Family Planning Only Services پوره کولو لپاره ونه کارول شي یوازې د خدماتو ثبوت د تابعیت قانون.

لارښوونې: په لاندې ورکړل شوي ځای کې، ستاسو په کور کې د 18 کالو څخه کم عمر ټول ماشومان لیست کړئ د چا لپاره چې تاسو مور او پلار، سرپرست، یا سرپرست خپلوان یاست. د هر ماشوم لپاره، ستاسو په لیست کې د ماشوم د زیږون نېټه او د زیږون ځای (بنار، ایالت، او هیواد) شامل کړئ. دا بیان بشپړ کړئ، لاسلیک کړئ او خپلې ادارې ته یې بیرته ورکړئ.

د ماشوم بشپړ نوم (لومړی، منځنی، وروستی)	د زیږون نېټه	د زیږون ځای (بنار، ایالت، هیواد)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		

په شخصي توګه، د پیژندلو وړ معلومات به یوازې د کورنۍ پالن جوړونې یوازې خدماتو، Family Planning Only Services, Medicaid او او او BadgerCare Plus او پروګرامونو مستقیم ادارې لپاره کارول کېږي.

د دې بیان په لاسلیک کولو سره، زه تصدیق کوم، د دروغو او دروغ ویلو د جزا لاندې، هغه معلومات چې ما ورکړي دي زما د غوره پوهې سره سم او بشپړ دي. زه پوهیږم چې سیمه ایز اداره ممکن د نورو اشخاصو یا سازمانونو سره زما د بیان دقت تصدیق کولو لپاره اړیکه ونیسي.

لاسلیک (مور او پلار، سرپرست یا سرپرست خپلوان)
د لاسلیک نېټه
نوم ولیکئ (مور او پلار، سرپرست یا سرپرست خپلوان)
د قضیې شمېره