

بسته درخواست BADGERCARE PLUS (BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET)

- صفحات 1 تا 6 و گزارش تغییر اطلاعات، F-10183 را برای تغییرات آینده در این بسته برنامه نگه دارید.
- با استفاده از رنگ آبی یا سیاه به وضوح چاپ کنید.
- قبل از پاسخ دادن به سوال، هر هدایات را بخوانید.
- تمام بخش های درخواست را که بالای شما و خانواده شما تطبیق میشود را، تکمیل کنید. در صورت کامل نبودن درخواست، ممکن است در دریافت مزایای BadgerCare Plus تأخیر داشته باشید.
- اگر جای بیشتر نیاز است، از یک ورق اضافی کاغذ یا ورق های سفید را در ختم درخواست استفاده کنید.
- اطلاعات مربوط به تمام افراد که در خانه شما زندگی می کنند را وارد کنید. تمام کودکان را که حداقل 40% فیصد مواقع در خانه با شما زندگی می کنند را لیست کنید.
- ممکن است لازم باشد برای بعضی از پاسخ های خود ثبوت تقدیم کنید. برای مشاهده اینکه چه مدارکی را باید ارائه دهید، به بخش تأیید/ثبوت در صفحه 4 مراجعه کنید. هرگونه مدارک اثباتی، اسناد اضافی یا ورق های را که برای تکمیل درخواست استفاده کرده اید ضمیمه کنید. لطفاً کپی ها را بفرستید. اصل را ارسال نه کنید.
- درخواست و هر ضمیمه که نیاز به امضاء دارد را امضاء کنید. درخواست ها و/یا ضمیمه های بدون امضاء بازگردانده خواهد شد.
- در صورتیکه سرپرست قانونی اموال، سرپرست قانونی شخص و دارایی، محافظ، یا وکیل دوا مدار فعال برای امور مالی دارید، اسناد قانونی را ضمیمه کنید که به سرپرست قانونی محافظ یا وکالت نامه منصوب متقاضی این اجازه میدهد. اگر یک نماینده باصلاحیت دارید، فورم انتصاب، تغییر یا حذف یک نماینده مجاز را ضمیمه کنید (فورم شخص F-10126A یا فورم سازمان (F-10126B)
- اگر می خواهید برای FoodShare درخواست دهید، فورمه FoodShare، F-16019 را در وبسایت DHS به آدرس dhs.wisconsin.gov/library/collection/F-16019 تکمیل کنید.

این درخواست برای BadgerCare Plus و Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) است. می توانید درخواست دهید:

- دسترسی آنلاین در access.wi.gov. روی اکنون درخواست دهید کلیک کنید.
- از طریق ایمیل یا فکس: این برنامه را تکمیل کرده، آن را ایمیل یا فکس کنید به:

اگر در ولسوالی Milwaukee زندگی میکنید:

MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee WI 53218
فکس: 1-888-409-1979

اگر در ولسوالی Milwaukee زندگی نه می کنید

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
فکس: 1-855-293-1822

- تلفیونی یا حضوری: برای تنظیم وقت قبلی برای درخواست تلفیونی یا حضوری، باید با نمایندگی خود تماس بگیرید.

اگر برای تکمیل نمودن این درخواست به کمک نیاز دارید یا میخواهید به صورت حضوری یا تلفیونی به سوالات پاسخ دهید، با نمایندگی خود تماس بگیرید. برای دریافت آدرس یا شماره تلفن نمایندگی خود، به شماره 800-362-3002 تماس بگیرید یا به <https://dhs.wi.gov/im-agency> مراجعه کنید

اگر ناتوانی دارید یا نیاز دارید که این اطلاعات تشریح/ترجمه یا در شکل دیگر باشد، با نمایندگی خود تماس بگیرید. این خدمات رایگان هستند.

ACCESS - درخواست آنلاین

ACCESS یک ابزار آنلاین است که برای شما درخواست دادن به مزایا، بررسی کردن وضعیت مزایای شما یا گزارش دادن تغییرات به کارگر شما را ممکن می سازد. برای بازدید ACCESS به access.wi.gov بروید

در ACCESS، می توانید برای FoodShare Wisconsin نیز درخواست دهید، برنامه که به مردم در خریدن مواد غذایی مغنی کمک میکند. برای اطلاعات بیشتر در مورد FoodShare، به dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm مراجعه کنید

نحوه استفاده از این فورم - لیست بررسی

- قبل از درخواست، بخش های اطلاعات مهم، حقوق و مسئولیت ها را بخوانید.

این به نماینده با صلاحیت شما اجازه میدهد تا درخواست را برای شما تکمیل و امضا کند.

برای دریافت این فرم، با شماره 800-362-3002 تماس بگیرید، یا به dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm مراجعه کنید.

دسترسی به بیمه صحتی گروه کارفرما

اگر بیمه صحتی تحت حمایت کارفرما در دسترس باشد، ممکن است بعضی از کودکان و زنان حامله نتوانند BadgerCare Plus را دریافت کنند.

Department of Health Services (بخش خدمات صحتی) این اطلاعات را قبل از ثبت نام با کارفرمای شما بررسی میکند.

قابل کسر BADGERCARE PLUS

اگر یک زن حامله هستید که شهروند ایالات متحده یا مهاجر واجد شرایط است و درآمدی بیش از 300% از Federal Poverty Level (سطح فقر فدرال) (FPL) دارید یا اگر فرزند شما به دلیل بیش از حد درآمد یا دسترسی به بیمه صحتی تمویل شده توسط استخدام کننده که در آن استخدام کننده 80% یا بیشتر از حق بیمه را پرداخت میکند نه میتواند ثبت نام کنید. ممکن است همچنان بتوانید با تکمیل نمودن کسر ثبت نام کنید.

برای یک زن حامله، قابل کسر تفاوت بین درآمد خالص خانواده شما و 300% درصد federal poverty level (سطح فقر فدرال) در یک دوره شش ماهه است. برای کودکان، قابل کسر تفاوت بین درآمد خالص خانواده شما و 150% federal poverty level (سطح فقر فدرال) در یک دوره شش ماهه است. بطور مثال، اگر درآمد ماهانه شما \$100 بیش از سطح فقر 150% فدرال باشد، باید \$600 قابل کسر بپردازید تا بتوانید مزایای را دریافت کنید. (6 X \$100 = ماه 6 = \$600). برای دستورالعمل های درآمد فعلی، با شماره 800-362-3002 تماس بگیرید یا به www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm مراجعه کنید.

پوشش های طبی دیگر

به عنوان شرط ثبت نام BadgerCare Plus، باید هر شخص ثالثی را که ممکن است موظف به پرداخت هزینه مراقبت های طبی برای خود و خانواده شما باشد، به نمایندگی گزارش دهید. شما باید با دادن اطلاعات در صورت درخواست همکاری کنید. این همچنین شامل هر بیمه میگرد که ممکن است از طریق والدین غایب یا بیمه صحتی گروهی کارفرما در دسترس باشد.

اطلاعات قابل شناسایی شخصی/شماره امنیت اجتماعی (SSN)

اطلاعات شناسایی شخصی و شماره های تامین اجتماعی فقط برای مدیریت مستقیم برنامه های BadgerCare Plus استفاده میگردند.

اگر شخص در خانواده شما برای BadgerCare Plus درخواست نه می کند، نیاز به ارائه شماره امنیت اجتماعی (SSN) یا اطلاعات مهاجرت را برای آن شخص ندارید. هر شخص که BadgerCare Plus را میخواهد، باید SSN خود را ارائه داده یا طبق برای آن درخواست دهد Wis. Stat. § 49.82(2)

اطلاعات مهم

موارد زیر اطلاعات مهم هستند که در مورد درخواست کردن BadgerCare Plus باید بدانید.

- مهم است که در اسرع وقت درخواست دهید چون تاریخ درخواست شما تاریخی است که نمایندگی درخواست امضاء شده شما را دریافت می کند.
- اگر بیمه هزینه های درمانی یا هزینه های برنامه ریزی خانواده شما را از سه ماه گذشته پرداخت نکرده است، میتواند برای پرداخت این هزینه ها درخواست پوشش دهید. برای درخواست این کمک، ضمیمه 7 را پر کنید: درخواست کمک در پرداخت هزینه های طبی و آنرا با درخواست تکمیل شده خود ارسال کنید
- اگر در BadgerCare Plus ثبت نام کرده اید، باید در هر 12 ماه یکبار با نمایندگی خود تمدید را تکمیل کنید تا ثبت نام بماند.
- درخواست شما برای BadgerCare Plus همچنین درخواست برای کمک به پرداخت بیمه صحتی خصوصی از طریق بازار بیمه سلامت فدرال است. اگر شما شرایط ثبت نام در BadgerCare Plus یا Medicaid راندارید، ممکن است اطلاعات شما به بازار ارسال شود. اگر این اتفاق بیفتد، بازار با شما تماس گرفته و اطلاع میدهد که آیا میتوانید برای پرداخت بیمه صحتی خصوصی کمک بگیرید. برای کسب معلومات بیشتر در مورد بازار، به [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) مراجعه کنید یا با شماره 1-800-318-2596 یا 1-855-889-4325 (TTY) تماس بگیرید.

محافظ قانونی، محافظ یا شخص دارای صلاحیت نمایندگی کردن

در صورتیکه سرپرست قانونی ملکیت، سرپرست قانونی شخصی و دارایی، وکیل، یا وکیل دوامدار فعال برای امور مالی دارید، آن شخص میتواند این فرم را از طرف شما پر و ارسال کند. آن شخص همچنین باید اسناد انتصاب خود را به همراه این فرم تسلیم کند.

در وقتی ارسال این درخواست، اسناد قانونی را که به سرپرست قانونی تعیین شده، وکیل یا وکالت نامه دوامدار برای امور مالی متقاضی اجازه میدهد، اضافه کنید.

یک سرپرست قانونی شخصی نمی تواند از طرف شما با واجد شرایط بودن و امتیازات BadgerCare Plus شما عمل کند، مگر فقط در آن صورت می تواند این کار را بکند که در اسناد محکمه که سرپرست قانونی آن شخص را تعیین میکند، چنین اختیاری به شما داده شده باشد.

وکالتنامه مراقبت صحتی نمیتواند از طرف شما با واجد شرایط بودن و امتیازات BadgerCare Plus شما اقدام کند.

نماینده باصلاحیت

ممکن است یک نماینده با صلاحیت برای شما درخواست دهد. برای تعیین یک نماینده با صلاحیت فرم انتصاب، تغییر یا حذف یک نماینده با صلاحیت دادن را پر کنید: شخص فرم، F-10126A (dhs.wisconsin.gov/library/collection/F-10126A)، یا انتصاب، تغییر یا حذف یک نماینده با صلاحیت: فرم سازمان، F-10126B (dhs.wisconsin.gov/library/collection/F-10126B).

اگر برای BadgerCare Plus درخواست داده و به دلیل اعتقادات مذهبی یا به دلیل وضعیت مهاجرت خود، SSN ندارید، قسمت SSN را خالی بگذارید.

SSN شما اجازه بررسی کامپیوتری اطلاعات شما را با سازمان های دولتی مانند Internal Revenue Service (خدمات درآمد داخلی) (IRS)، Social Security Administration (اداره تامین اجتماعی)، Department of Revenue (بخش درآمد)، Department of Transportation (بخش حمل و نقل) و بخش توسعه نیروی کار می دهد Department of Workforce Development (بخش توسعه نیروی کار) بر علاوه این، Department of Health Services (بخش خدمات صحتی) نام و SSN شما را با معلومات ارائه شده توسط شرکت های بیمه صحتی، برای مشخص نمودن اینکه آیا بیمه صحتی دیگر دارید یا خیر، تطبیق می دهد.

SSN شما با United States Citizenship and Immigration Services (خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده) (USCIS) به اشتراک گذاشته نخواهد شد.

همکاری حمایت از کودکان

در برخی موارد، شما باید با Child Support Agency (نماینده حمایت از کودکان) برای تصدیق پدری همکاری کنید. این بدان معناست که شما باید به نمایندگی کمک کنید تا والدین غایب را پیدا کرده، به طور قانونی نام والدین غایب را ذکر کند و/یا دستورات مسئولیت پشتیبانی طبی را اجرا کند. اگر با Child Support Agency (نماینده حمایت از کودک) همکاری نکنید و دلیل موجهی برای عدم همکاری نداشته باشید، اگر بالغ بوده و حامله نیستید، مزایای شما ممکن است پایان یابند.

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

فرم درخواست برای استماع عادلانه را میتوان در

www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm

یافت.

اگر بجای استفاده از فرم، میخواهید نامه بنویسید، باید موارد ذیل را شامل نمایید:

- نام شما.
- آدرس پستی شما.
- شرح مختصر از مشکل.
- نام نمایندگی.
- شماره دوسیه CARES شما
- امضا شما.

استیناف باید حداکثر تا 45 روز پس از تاریخ اقدام درج شود.

همچنین میتوانید با نمایندگی که در آن درخواست داده اید تماس بگیرید و برای ارائه درخواست استماع عادلانه کمک بخواهید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روند استماع عادلانه، به کتابچه راهنمای ثبت نام و مزایای ForwardHealth (P-00079) مراجعه کنید. هنگامی که نمایندگی درخواست شما را دریافت کرد، یک کتابچه راهنما دریافت خواهید نمود یا میتوانید کتابچه راهنما را در

www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm

پیدا کنید.

اگر در مورد روند استماع عادلانه سوال دارید، میتوانید با Division of Hearings and Appeals (بخش استماع و استیناف) به شماره 608-266-7709 تماس بگیرید.

مسئولیت ها

فریب در کمک های عمومی را گزارش کنید - به www.reportfraud.wisconsin.gov بروید یا با شماره 877-865-3432 (رایگان) تماس بگیرید.

شما مسئولیت ارائه اطلاعات واقعی و کامل در مورد این درخواست، ضمیمه ها، یا هر فرم(های) دیگر که برای ثبت نام BadgerCare Plus و Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) نیاز است را دارید.

بازیابی BADGERCARE PLUS

قانون Wisconsin ایجاب می کند که برخی از امتیازات Medicaid از دارایی شما یا از دارایی همسر بازمانده شما بازیابی شود. کتاب راهنمای برنامه بازیابی املاک Wisconsin (P-13032) اطلاعات را در مورد بازیابی املاک در اختیار شما قرار میدهد. میتوانید با تماس با خدمات اعضا به شماره 800-362-3002 یا در dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p13032.pdf، یک نسخه نشریه را از نمایندگی خود دریافت کنید. بعضی از مزایایی را که پس از 55 سالگی در جامعه دریافت می کنید و تمام مزایایی که پس از 55 سالگی در حالی که در یک برنامه مراقبت طولانی مدت شرکت می کنید، در خانه بزرگان زندگی می کنید یا زمانی که به مدت 30 روز یا بیشتر در شفاخانه بستری هستید، دریافت می کنید. قابل بازیابی هستند.

حقوق

قوانین ایالتی و فدرال حقوق را برای هر کسی که برای BadgerCare Plus درخواست یا ثبت نام می کند تضمین می نماید. این حقوق شامل حق ذیل می باشد:

- برخورد با احترام توسط کارکنان ایالتی و ولسوالی.
- محرمانه بودن تمام اطلاعات داده شده به نمایندگی های محلی برای تعیین ثبت نام. (این استفاده از چنین اطلاعات را برای مدیریت برنامه منع نه می کند.)
- دسترسی داشتن به سوابق و دوسیه های نمایندگی مربوط به قضیه شما، به استثناء اطلاعات که نمایندگی با تعهد محرمانه بودن به دست آورده است.
- حق ثبت نام در BadgerCare Plus، اگر ساکن Wisconsin باشید، حتی اگر به طور موقت در ایالت نباشید.
- مطلع باشید که میتوانید از روزی که نپذیردگی درخواست شما برای BadgerCare Plus را دریافت کند در ظرف 30 روز در BadgerCare Plus ثبت نام کنید
- مطلع شدند از قبل در مورد تغییرات در مزایا یا وضعیت ثبت نام خود.
- درخواست نمودن تسهیلات معقول به دلایل مربوط به معلولیت، یا حق درخواست ترجمان شفوی یا ترجمانان تحریری برای شرکت در برنامه.
- درخواست استیناف با درخواست استماع عادلانه برای هر اقدام که در رابطه با درخواست BadgerCare Plus یا مزایای جاری شما انجام شده و با آن موافق نیستید.

استماع عادلانه

شما میتوانید به Division of Hearings and Appeals (بخش استماع و استیناف) و یا نمایندگی خود استیناف درج نمایید اگر:

- درخواست شما برای BadgerCare Plus به اشتباه رد شده است.
- درخواست شما در ظرف 30 روز از تاریخ دریافت آن توسط نمایندگی بررسی نشده است.
- شما با تصمیم نمایندگی مبنی بر قطع، فسخ، تعلیق یا کاهش مزایای خود مخالف هستید.
- درخواست شما برای صلاحیت قبلی رد شده است.

شما میتوانید با نوشتن به مورد ذیل درخواست استماع عادلانه کنید:

گزارش نمودن تغییرات**BadgerCare Plus**

اگر در BadgerCare Plus ثبت نام کرده اید، باید این تغییرات را ظرف 10 روز گزارش دهید:

شهروندان ایالات متحده
اگر شهروند ایالات متحده هستید، مثال های آنچه می توانید برای اثبات شهروندی و هویت استفاده کنید در لیست 1 آمده است:

لیست 1

- پاسپورت ایالات متحده
- گواهی شهروندی ایالات متحده
- گواهی تابعیت ایالات متحده
- جواز سیر پیشرفته صادر شده توسط دولت
- اسناد شناسایی قبیله ای

اگر یکی از موارد لیست 1 را ندارید، باید یک مورد از لیست 2 و یکی از لیست 3 بدهید.

لیست 2

- گواهی تولد ایالات متحده
- گزارش شعبه امور خارجه ایالات متحده از تولد در خارج از کشور
- کارت شناسایی شهروند ایالات متحده
- اوراق فرزند خواندگی که تولد در ایالات متحده را نشان میدهد
- مدرک شفاخانه از تولد در ایالات متحده
- مدرک خدمت ارتش ایالات متحده یا مسوده که تولد در ایالات متحده را نشان دهد
- مدرک بیمه عمر یا صحتی که تولد در ایالات متحده را نشان دهد
- اوراق داخله در خانه بزرگان که تولد در ایالات متحده را نشان دهد

لیست 3

- جواز سیر راننده دولتی
- کارت شناسایی صادر شده توسط دولت فدرال، ایالت یا محلی
- کارت شناسایی مربوط به ارتش ایالات متحده
- کارت شناسایی ارتش ایالات متحده
- کارت شناسایی مکتب با عکس
- برای کودکان زیر 18 سال، فورم امضاء شده بیانیه هویت، F-10154، در این بسته درخواست

اگر این موارد را در روز ارسال درخواست خود (کاغذی یا آنلاین در access.wi.gov) در دسترس دارید، آنها را شامل درخواست خود کنید. ممکن است نماینده با شما تماس گرفته و از شما بخواهد که ثبوت مبنی بر اطلاعات گم شده، متناقض یا مبهم ارائه دهید، اگر این اطلاعات بر تصمیم شما در مورد ثبت نام Family Planning یا BadgerCare Plus یا Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) تأثیر میگذارد. اگر برای مزایای درخواست میکنید، ممکن است حداقل 95 روز از تاریخ درخواست خود فرصت داشته باشید تا در صورت درخواست، ثبوت را به نمایندگی ارائه دهید.

- شما به یک آدرس جدید یا خارج از ایالت نقل مکان می کنید و مقیم آن ایالت میشوید (به یادداشت ذیل مراجعه کنید).
- هر کسی در خانه شما نقل مکان کند یا از آن خارج شود، یا حامله شود یا زایمان کند.
- ترتیب زندگی شما تغییر می کند (بطور مثال: به خانه بزرگان یا مؤسسه دیگر میروید).
- درآمد ماهانه شما از حد برنامه برای اندازه خانواده شما فراتر می رود.
- ازدواج می کنید یا طلاق می گیرید.
- شما تغییر در پوشش بیمه سلامت دارید.
- شما تغییر در وضعیت پرونده مالیاتی متوقع یا وابسته مالیاتی دارید.
- دیگر کسر مالیاتی که به ما راجع به آن گفته بودید ندارید.
- شما اکنون در محبس یا زندان هستید یا از محبس یا زندان آزاد شده اید.

اگر تغییر در درآمد دارید و درآمد ناخالص ماهانه شما از حد برنامه برای اندازه خانواده شما بیشتر است، باید تغییر را تا روز 10 ماه بعد گزارش دهید.

محدودیت درآمد برنامه برای اندازه خانواده شما روی نامه ها با عنوان «درباره مزایای شما» خواهد بود. همیشه باید به آخرین نامه خود برای محدودیت درآمد برنامه برای اندازه خانواده خود نگاه کنید.

Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده)

اگر در Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) ثبت نام کرده اید، فقط باید این تغییرات را ظرف 10 روز گزارش دهید:

- شما به یک آدرس جدید یا خارج از ایالت نقل مکان می کنید.
- ترتیب زندگی شما تغییر میکند (مثال: به خانه بزرگان یا مؤسسه دیگری میروید).
- شما اکنون در محبس یا زندان هستید یا از محبس یا زندان آزاد شده اید.

نحوه گزارش تغییرات

تغییرات را به صورت آنلاین در access.wi.gov، با تماس با نمایندگی خود یا با استفاده از گزارش تغییر اطلاعات، F-10183، در این بسته برنامه گزارش دهید.

تأیید/ثبوت

ممکن است لازم باشد ثبوت اطلاعات مشخص را فراهم کنید. در ذیل نمونه هایی از اسناد اثبات وجود دارد.

اثبات تابعیت/هویت

افرادی که برای BadgerCare Plus یا Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) درخواست میدهند، ممکن است نیاز به ارائه ثبوت مبنی بر هویت، شهروندی و/یا وضعیت مهاجرت خود داشته باشند. اگر قبلاً ثبوت مبنی بر تابعیت و/یا هویت ایالات متحده ارائه کرده اید، نیاز به ارائه مجدد آن ندارید.

برنامه های دیگر

Medicare Savings Program (برنامه پس انداز های طبی)

اگر شما یا شخصی در خانه شما بخش های A و یا B Medicare را و یفت می کنید، ممکن است آنها بتوانند برای پرداخت حق پنه Medicare، پرداخت های مشترک و کسر های خودکمک در یفت کنید.

این Medicare Savings Program (برنامه پس انداز های طبی)

نامیده میشود. برای اینکه ببینید آیا می توانید در برنامه ثبت نام کنید، باید ضمیمه 8 را تکمیل کنید: دارایی ها و ارائه ثبوت این دارایی ها.

FoodShare Wisconsin

FoodShare به افراد با پول محدود کمک می کند تا مواد غذایی که برای صحتمند بودن نیاز دارند را خریداری کنند.

برای کسب اطلاعات بیشتر راجع به FoodShare Wisconsin، به dhs.wisconsin.gov/foodshare/index.htm مراجعه کنید

طرح های معیاری با حداقل ارزش

معیار حداقل ارزش به این معنی است که طرح حداقل 60 درصد از تمام مصارف سود مجاز توسط آن طرح را پرداخت میکند.

کارفرمای شما باید بتواند به شما بگوید که آیا یک طرح معیاری با حداقل ارزش (MVSP) ارائه میدهد یا خیر.

بعضی از کارفرمایان موظفند نامه ای به کارمندان خود بدهند که نشان دهد آیا طرح آنها حداقل معیار ارزش را دارد یا خیر. یا، میتوانید به <https://marketplace.cms.gov/applications-and-forms/employer-coverage-tool.pdf> مراجعه کنید تا فورم را دریافت کنید که میتوانید به کارفرما بدهید تا به شما در کسب اطلاعات بیشتر کمک کند.

اگر کارفرمای شما طرحی را ارائه میدهد که با حداقل معیار ارزش مطابقت دارد، سوالات در بخش طرح های معیاری حداقل ارزش در ضمیمه 5، مربوط به کم مصرف ترین طرح فقط برای کارمندان است، که با حداقل معیار ارزش مطابقت دارد. فقط کارمند به معنای طرحی است که فقط فردی که شاغل است را پوشش میدهد. این طرحی نیست که اعضای دیگر خانواده کارمند را پوشش دهد.

حتی اگر در طرحی ثبت نام کرده اید که مصارف آن بیشتر از طرح فقط کارمند با کمترین مصرف است، همچنان باید کمصرف ترین طرح را در ضمیمه 5 به ما بگویید.

مهاجران

اگر مهاجر هستید که برای BadgerCare Plus درخواست میدید، ممکن است از شما خواسته شود که یک کاپی از اسناد USCIS خود را که وضعیت مهاجرت شما را نشان میدهد ارسال کنید.

توجه: مهاجران بی اسناد فقط می توانند برای خدمات مراقبتهای صحی اضطراری تحت پوشش قرار گیرند. مهاجران حامله ممکن است قادر به ثبت نام در BadgerCare Plus Prenatal Services (خدمات دوران حاملگی BadgerCare Plus) باشند.

ثبوت درآمد

درآمد شغلی و دستمزد

بعضی از درخواست دهندگان که شغل دارند باید ثبوت درآمد خود را ارائه دهند. این اطلاعات را میتوان در فورم تایید کارفرما از درآمد (EVF-E) ارائه کرد، یا میتوانید از قسمت پایین چک ها که در 30 روز گذشته دریافت کرده اید استفاده کنید. اگر میخواهید فورم بگیرید، با نمایندگی خود تماس بگیرید. در صورت ثبت نام، ممکن است از شما خواسته شود که ثبوت مبنی بر این اطلاعات را در زمان تمدید سالانه خود و هنگام تغییر شغل ارائه دهید.

خوداشتغالی

شما باید ثبوت درآمد خوداشتغالی برای هر یک از اعضای خانواده که خوداشتغال هستند را ارائه دهید. برای ارائه این ثبوت می توانید از کاپی فورم های مالیاتی خود استفاده کنید.

درآمد دیگر

ممکن است لازم باشد ثبوت درآمد دیگر که خانواده شما دریافت می کند را ارائه کنید (مثلاً، معاش تقاعدی، تادیه معلولیت، بیکاری از ایالت دیگر و غیره).

ثبوت دیگر

از کارمند شما ممکن است ثبوت دیگر خواسته شود. در زیر چند مثال از موارد دیگر که ممکن است نیاز به ارائه ثبوت داشته باشید، وجود دارد.

- مصارف طبی برای برآورده کردن کسر.
- مستندات وکالت و سرپرست یا قیم قانونی
- دارایی ها. (فقط برای کسانی که برای برنامه مراقبت های طبی درخواست میدهند.)

اگر برای دریافت هر گونه ثبوت لازم به کمک نیاز دارید، با نمایندگی خود تماس گرفته و درخواست کمک کنید.

د غیر تبعیض خیرتیا: تبعیض غیر قانونی اقدام دی - د روغتیایی مراقبت اړوند پروگرامونه
 Department of Health Services (بخش خدمات صحی) Wisconsin از قوانین مربوط به حقوق مدنی فدرال پیروی کرده و بر اساس نژاد، رنگ، منشاء ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل نه می شود (از جمله حاملگی، هویت جنسی و گرایش جنسی). Department of Health Services (بخش خدمات صحی) مردم را محروم نمی کند یا به دلیل نژاد، رنگ، منشاء ملی، سن، معلولیت یا جنسیت با آنها رفتار متفاوت نه می کند.

Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو اداره)

- معلولیت لرونکي کسانو ته وړیا مرستې او خدمات وړاندې کوي، خو وکولای شي چې زموږ سره په ښه توګه اړیکه ونیسي، لکه:
 - د اشارې د ژبې لیاقت لرونکي ترجمانان.
 - په نورو ښو کي لیکل شوي معلومات (غټ چاپ، آډیو، د لاسرسي وړ الیکټرونیکي ښي، نورې ښي).
- هغه کسانو ته د ژبې وړیا خدمات وړاندې کوي چې مورنۍ ژبه یې انګلیسي نه وي، لکه:
 - لیاقت لرونکي ترجمانان
 - په نورو ژبو کي لیکل شوي معلومات.

که تاسو دي خدماتو ته اړتیا لرئ، Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو اداره) مدني حقونو د منتظم سره په 844-201-6870 اړیکه ټینګه کړئ.

که تاسو فکر کوئ چې Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو اداره) تاسو ته په دي خدماتو وړاندې کولو کي ناکامه شوه یا ستاسو سره د توکم، رنگ، ملیت، عمر، معلولیت یا جنس پر اساس څه ډول تبعیض او توپیر وشو، نو دلته خپل رسمي شکایت ثبتولی شی: په خدمت کي د، روغتیایی خدماتو اداره: د مدني حقونو منتظم،

Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850
 608-267-1434، فاکس: 711، TTY: 844-201-6870، یا په دي ادرس برېښنالیک واستوئ dhsccr@dhs.wisconsin.gov. تاسو په شخصي توګه، د پوستي، فاکس یا برېښنالیک له لاري رسمي شکایت وړاندې کولی شی. که تاسو په رسمي شکایت بشپړولو کي مرستې ته اړتیا لرئ، Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو د اداري) د مدني حقونو منتظم ستاسو سره د مرستې لپاره موجود دی.

همداراز، تاسو U.S. Department of Health and Human Services (د متحده ایالاتو د روغتیا او بشري خدماتو اداره) Office for Civil Rights (د مدني حقونو دفتر) د شکایت د پورتل له لاري په لاندې ادرس د مدني حقونو شکایت وړاندې کولی شی
 سره هم په الیکټرونیکي توګه Office for Civil Rights (د مدني حقونو دفتر) د شکایت د پورتل له لاري په لاندې ادرس د مدني حقونو شکایت وړاندې کولی شی
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، یا د برېښنالیک یا تلیفون له لاري په:

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 دي ادرس موجودي دي <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

<p>Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetztscht, 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).</p>
<p>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).</p>	<p>ພາສາລາວ (Laotian) ເຊິນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>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)。</p>	<p>Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p>Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p>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।</p>
<p>Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p>Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p>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).</p>
<p>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).</p>	<p>Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p>

درخواست BADGERCARE PLUS

فقط برای استفاده نمایندگی	
تاریخ دریافت	نمبر دوسیه

هدایات

- از رنگ آبی یا سیاه استفاده کنید
- تمام تاریخ ها را در شکل ماه/روز/سال بنویسید (بطور مثال 04/02/58)
- در صورت نیاز به جای بیشتر، از یک صفحه اضافی کاغذ یا صفحات خالی در ختم این درخواست استفاده کنید.
- سعی کنید تا جایی که می‌توانید معلومات بیشتر به ما بدهید. اگر اکنون اطلاعاتی را به ما ندهید، ممکن است مجبور شویم قبل از تصمیم گیری در مورد درخواست شما آنرا بخواهیم
- صفحات 1-6 و گزارش تغییر اطلاعات، F-10183 را برای استفاده در آینده نگهدارید.

بخش 1 - اطلاعات درخواست دهنده

در این بخش ما راجع به شما، درخواست دهنده خواهیم پرسید.

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	نام - درخواست دهنده (نام خانوادگی، نام، کنیه)
شماره تامین اجتماعی	نام در هنگام تولد و/یا نام های قبلی
آدرس	
ایالت	شهر
کدپستی	

آدرس پستی، در صورت متفاوت بودن با بالا

ایالت	شهر
کدپستی	

آیا برای BadgerCare Plus درخواست می دهید؟	بله <input type="checkbox"/> / خیر <input type="checkbox"/>
آیا برای Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) درخواست می‌دهید؟	بله <input type="checkbox"/> / خیر <input type="checkbox"/>

آیا برای پرداخت هزینه مراقبت های صحتی در هر یک از سه ماه گذشته، برای کسی در خانه خود، به کمک نیاز دارید؟
بله / خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، درخواست کمک هزینه های طبی (ضمیمه شماره 7) را در این بسته تکمیل کنید.

جنس	مرد <input type="checkbox"/> / زن <input type="checkbox"/>
به کدام زبان می‌خواهید نامه های شما چاپ گردند؟	انگلیسی <input type="checkbox"/> / اسپانیایی <input type="checkbox"/>
در خانه شما به چه زبانی صحبت می‌گردد؟	

قومیت* (اختیاری)

اسپانیایی یا لاتین نه اسپانیایی یا لاتین

نژاد* (اختیاری، یک یا چند را انتخاب کنید)

سرخپوست آمریکایی/اهل آلاسکا آسیایی سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی

هاوایی/جزایر دیگر اقیانوس آرام سفید

*اگر نمی‌خواهید لازم نیست به سوالات قومی و نژاد پاسخ دهید. ما این سوالات را می‌برسیم تا به بهبود برنامه های ما کمک کرده و مطمئن گردیم که آنها بر اساس قومیت یا نژاد تبعیض قائل نه می‌گردند. از پاسخ های شما برای تصمیم گیری در مورد مزایای شما استفاده نه می‌گردد.

آیا کسی در خانه شما نابینا، معلول، یا به دلیل مرضی یا جراحت قادر به کار نیست؟
بله / خیر

آیا اکنون بی‌خانه هستید یا در 12 ماه گذشته بی‌خانه بوده اید؟

بله / خیر

*منظور ما از بی‌خانمان این است که شما یک مکان طولانی مدت برای اقامت در شب ندارید. ممکن است در یک پناهگاه یا با یک دوست یا خویشاوند اقامت داشته باشید یا جایی برای اقامت نداشته باشید

حالت مدنی شما چیست؟

منسوخ شده طلاق یافته قانونی جدا شده متاهل هرگز ازدواج نکردم مجرد بیوه شده

آیا عضو، فرزند یا نوه یکی از اعضای قبیله هندی آمریکایی هستید یا اصل آلاسکا؟

بلی نخیر

اگر بلی، ضمیمه 9 را تکمیل کنید.

آیا شما واجد شرایط دریافت خدمات از خدمات طبی سرخ پوست ها، یک کلینیک قبیله ای، یا یک برنامه طبی شهری سرخ پوست ها هستید؟

بلی نخیر

آیا از خدمات صحتی هند، کلینیک قبیله ای یا برنامه صحتی شهری هند خدمات دریافت کرده اید؟

بلی نخیر

قطر در صورتیکه برای *BadgerCare Plus* یا *Family Planning Only Services* (قطر خدمات تنظیم خانواده) درخواست می‌دهید، به سوالات زیر پاسخ دهید.

آیا شما شهروند ایالات متحده هستید؟

بلی نخیر

اگر نه، سوالات زیر را تکمیل کنید:

شماره ثبت نام خارجی یا USCIS شما چیست؟

چه زمانی برای زندگی به آمریکا آمدید؟

آیا حامی مالی دارید؟

بلی نخیر

آیا شما فعلا در ارتش ایالات متحده ایفای وظیفه می‌کنید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده اید، با شخصی که فعلا ایفای وظیفه میکند ازدواج کرده اید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده، همسر بازمانده یک جانباز تجربه کار، یا فرزند شخصی که فعلا ایفای وظیفه میکند یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده است هستید؟

بلی نخیر

تشکیل دوسیه مالیاتی

آیا کسی قصد دارد به طور مشترک با شخص خارج از خانه شما تشکیل دوسیه مالیاتی دهد یا از وابسته مالیاتی که در خانه شما زندگی نمی‌کنند مطالبه کند؟

بلی نخیر

اگر بلی ضمیمه 1 و 6 را تکمیل کنید.

بخش 2 - اطلاعات تماس

به ما بگویید چگونه میتوانیم با شما تماس بگیریم.

شماره تلفون

نوع تلفون

خانه تلفون همراه محل

شماره دیگر تلفون

این شماره متعلق به کدام کسی است؟

نام این شخص چیست؟

خود دوست همسایه خویشاوند

ایمیل آدرس

بهترین راه و زمان تماس با شما در روزهای هفته چیست؟

بخش 3 - اعضای دیگر خانواده

راجع به همه افراد دیگر در خانه حتی اگر درخواست نمیدهند، به ما بگویید. اگر نمی خواهید، لازم نیست به سوالات قومی و نژاد پاسخ دهید. ما این سوالات را میپرسیم تا به بهبود برنامه های ما کمک کرده و مطمئن گردیم که آنها بر اساس قومیت یا نژاد تبعیض قائل نه می گردند. از پاسخ های شما برای تصمیم گیری در مورد مزایای شما استفاده نه میگردد. تمام کودکان را که حداقل 40% فیصد مواقع در خانه با شما زندگی می کنند را لیست کنید. هر کودک که مسئولیت مراقبت از او را بر عهده دارید، و به مدت شش ماه یا کمتر از خانه خارج است را، شامل کنید. همچنین کودک را که از خانه شما خارج شده و به پرورشگاه یا نزد یکی از اقوام شما منتقل شده است را نیز شامل کنید. مثلاً کسی که در ازای کار مسکن رایگان دریافت می کند.

نام - همسر یا بزرگسال دیگر (نام خانوادگی، نام، کنیه)	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)
نام در هنگام تولد	شماره تامین اجتماعی

برای BadgerCare Plus درخواست میدهند؟	برای Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) درخواست میدهند؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
جنس	ارتباط با درخواست دهنده
<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	

قومیت (اختیاری): اسپانیایی یا اصل لاتین نه اسپانیایی یا اصل لاتین

نژاد (اختیاری، یک یا چند را انتخاب کنید)

سرخپوست آمریکایی/اهل آلاسکا آسیایی سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی

هاوایی/جزایر دیگر اقیانوس آرام سفید

آیا الان بی خانمان هستید یا در 12 ماه گذشته بی خانمان بوده اید؟ بلی نخیر

حالت مدنی شما چیست؟

منسوخ شده طلاق یافته قانونی جدا شده متاهل هرگز ازدواج نکردم مجرد بیوه شده

آیا عضو، فرزند یا نوه یکی از اعضای قبیله هندی آمریکایی هستید یا اصل آلاسکا؟

بلی نخیر

اگر بلی، ضمیمه 9 را تکمیل کنید.

آیا شما واجد شرایط دریافت خدمات از خدمات طبیبی سرخ پوست ها، یک کلینیک قبیله ای، یا یک برنامه طبیبی شهری سرخ پوست ها هستید؟

بلی نخیر

آیا از خدمات صحتی هند، کلینیک قبیله ای یا برنامه صحتی شهری هند خدمات دریافت کرده اید؟

بلی نخیر

فقط در صورتیکه برای BadgerCare Plus یا Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) درخواست میدهند، به سوالات زیر پاسخ دهید.

آیا شما شهروند ایالات متحده هستید؟

بلی نخیر

اگر نه، سوالات زیر را تکمیل کنید:

شماره ثبت نام خارجی یا USCIS شما چیست؟

چه زمانی برای زندگی به آمریکا آمدید؟

آیا حامی مالی دارید؟ بلی نخیر

آیا شما فعلاً در ارتش ایالات متحده ایفای وظیفه می کنید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده اید، با شخصی که فعلاً ایفای وظیفه میکند ازدواج کرده اید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده، همسر بازمانده یک جانباز تجربه کار، یا فرزند شخصی که فعلاً ایفای وظیفه میکند یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده است هستید؟

بلی نخیر

نام _ کودک 1 (نام خانوادگی، نام، کنیه)	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)
نام در هنگام تولد	شماره تامین اجتماعی
برای BadgerCare Plus درخواست می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	برای Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) درخواست می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	ارتباط با درخواست دهنده
قومیت (اختیاری) <input type="checkbox"/> اسپانیایی یا لاتین <input type="checkbox"/> نه اسپانیایی یا لاتین	
نژاد (اختیاری، یک یا چند را انتخاب کنید) <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی/اهل آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/> هاوایی/جزایر دیگر اقیانوس آرام <input type="checkbox"/> سفید	
حالت مدنی شما چیست؟ <input type="checkbox"/> منسوخ شده <input type="checkbox"/> طلاق یافته <input type="checkbox"/> قانونی جدا شده <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> هرگز ازدواج نکردم <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> بیوه شده	
آیا عضو، فرزند یا نوه یکی از اعضای قبیله هندی آمریکایی هستید یا اصل آلاسکا؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر بلی، ضمیمه 10 را تکمیل کنید.	
آیا شما واجد شرایط دریافت خدمات از خدمات طبی سرخ پوست ها، یک کلینیک قبیله ای، یا یک برنامه طبی شهری سرخ پوست ها هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا از خدمات صحتی هند، کلینیک قبیله ای یا برنامه صحتی شهری هند خدمات دریافت کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا این کودک در پرورشگاه است یا با اقوام زندگی میکند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
فقط در صورتیکه برای BadgerCare Plus یا Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) درخواست می‌دهید، به سوالات زیر پاسخ دهید.	
آیا شما شهروند ایالات متحده هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر نه، سوالات زیر را تکمیل کنید:	
شماره ثبت نام خارجی یا USCIS شما چیست؟	
چه زمانی برای زندگی به آمریکا آمدید؟	
آیا حامی مالی دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا شما فعلاً در ارتش ایالات متحده ایفای وظیفه می‌کنید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده اید، با شخصی که فعلاً ایفای وظیفه میکند ازدواج کرده اید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده، همسر بازمانده یک جانباز تجربه کار، یا فرزند شخصی که فعلاً ایفای وظیفه میکند یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده است هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	

نام _ کودک 2 (نام خانوادگی، نام، کنیه)	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)
نام در هنگام تولد	شماره تامین اجتماعی
برای BadgerCare Plus درخواست می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	برای Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) درخواست می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	ارتباط با درخواست دهنده
قومیت (اختیاری) <input type="checkbox"/> اسپانیایی یا لاتین <input type="checkbox"/> نه اسپانیایی یا لاتین	
نژاد (اختیاری، یک یا چند را انتخاب کنید) <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی/اهل آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/> هاوایی/جزایر دیگر اقیانوس آرام <input type="checkbox"/> سفید	
حالت مدنی شما چیست؟ <input type="checkbox"/> منسوخ شده <input type="checkbox"/> طلاق یافته <input type="checkbox"/> قانونی جدا شده <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> هرگز ازدواج نکردم <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> بیوه شده	
آیا عضو، فرزند یا نوه یکی از اعضای قبیله هندی آمریکایی هستید یا اصل آلاسکا؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر بلی، ضمیمه 9 را تکمیل کنید.	
آیا شما واجد شرایط دریافت خدمات از خدمات طبی سرخ پوست ها، یک کلینیک قبیله ای، یا یک برنامه طبی شهری سرخ پوست ها هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا از خدمات صحتی هند، کلینیک قبیله ای یا برنامه صحتی شهری هند خدمات دریافت کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا این کودک در پرورشگاه است یا با اقوام زندگی میکند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
فقط در صورتیکه برای BadgerCare Plus یا Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) درخواست می‌دهید، به سوالات زیر پاسخ دهید.	
آیا شما شهروند ایالات متحده هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر نه، سوالات زیر را تکمیل کنید:	
شماره ثبت نام خارجی یا USCIS شما چیست؟	
چه زمانی برای زندگی به آمریکا آمدید؟	
آیا حامی مالی دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا شما فعلاً در ارتش ایالات متحده ایفای وظیفه می‌کنید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده اید، با شخصی که فعلاً ایفای وظیفه میکند ازدواج کرده اید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده، همسر بازمانده یک جانباز تجربه کار، یا فرزند شخصی که فعلاً ایفای وظیفه میکند یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده است هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	

نام - کودک 3 (نام خانوادگی، نام، کنیه)	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)
نام در هنگام تولد	شماره تامین اجتماعی
برای BadgerCare Plus درخواست می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	برای Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) درخواست می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	ارتباط با درخواست دهنده
قومیت (اختیاری) <input type="checkbox"/> اسپانیایی یا لاتین <input type="checkbox"/> نه اسپانیایی یا لاتین	
نژاد (اختیاری، یک یا چند را انتخاب کنید) <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی/اهل آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/> هاوایی/جزایر دیگر اقیانوس آرام <input type="checkbox"/> سفید	
حالت مدنی شما چیست؟ <input type="checkbox"/> منسوخ شده <input type="checkbox"/> طلاق یافته <input type="checkbox"/> قانونی جدا شده <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> هرگز ازدواج نکردم <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> بیوه شده	
آیا عضو، فرزند یا نوه یکی از اعضای قبیله هندی آمریکایی هستید یا اصل آلاسکا؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر بلی، ضمیمه 9 را تکمیل کنید.	
آیا شما واجد شرایط دریافت خدمات از خدمات طبی سرخ پوست ها، یک کلینیک قبیله ای، یا یک برنامه طبی شهری سرخ پوست ها هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا از خدمات صحی هند، کلینیک قبیله ای یا برنامه صحی شهری هند خدمات دریافت کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا این کودک در پرورشگاه است یا با اقوام زندگی میکند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
فقط در صورتیکه برای BadgerCare Plus یا Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) درخواست می‌دهید، به سوالات زیر پاسخ دهید.	
آیا شما شهروند ایالات متحده هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر نه، سوالات زیر را تکمیل کنید:	
شماره ثبت نام خارجی یا USCIS شما چیست؟	
چه زمانی برای زندگی به آمریکا آمدید؟	
آیا حامی مالی دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا شما فعلا در ارتش ایالات متحده ایفای وظیفه می‌کنید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده اید، با شخصی که فعلا ایفای وظیفه میکند ازدواج کرده اید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده، همسر بازمانده یک جانباز تجربه کار، یا فرزند شخصی که فعلا ایفای وظیفه میکند یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده است هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	

نام _ کودک 4 (نام خانوادگی، نام، کنیه)	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)
نام در هنگام تولد	شماره تامین اجتماعی
برای BadgerCare Plus درخواست می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	برای Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) درخواست می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	ارتباط با درخواست دهنده
قومیت (اختیاری) <input type="checkbox"/> اسپانیایی یا لاتین <input type="checkbox"/> نه اسپانیایی یا لاتین	
نژاد (اختیاری، یک یا چند را انتخاب کنید) <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی/اهل آلاسکا <input type="checkbox"/> هاوایی/جزایر دیگر اقیانوس آرام <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> سفید <input type="checkbox"/> سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی	
حالت مدنی شما چیست؟ <input type="checkbox"/> منسوخ شده <input type="checkbox"/> طلاق یافته <input type="checkbox"/> قانونی جدا شده <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> هرگز ازدواج نکردم <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> بیوه شده	
آیا عضو، فرزند یا نوه یکی از اعضای قبیله هندی آمریکایی هستید یا اصل آلاسکا؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر بلی، ضمیمه 9 را تکمیل کنید.	
آیا شما واجد شرایط دریافت خدمات از خدمات طبی سرخ پوست ها، یک کلینیک قبیله ای، یا یک برنامه طبی شهری سرخ پوست ها هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا از خدمات صحتی هند، کلینیک قبیله ای یا برنامه صحتی شهری هند خدمات دریافت کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا این کودک در پرورشگاه است یا با اقوام زندگی میکند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
فقط در صورتیکه برای BadgerCare Plus یا Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) درخواست می‌دهید، به سوالات زیر پاسخ دهید.	
آیا شما شهروند ایالات متحده هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر نه، سوالات زیر را تکمیل کنید:	
شماره ثبت نام خارجی یا USCIS شما چیست؟	
چه زمانی برای زندگی به آمریکا آمدید؟	
آیا حامی مالی دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا شما فعلاً در ارتش ایالات متحده ایفای وظیفه می‌کنید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده اید، با شخصی که فعلاً ایفای وظیفه میکند ازدواج کرده اید یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده، همسر بازمانده یک جانباز تجربه کار، یا فرزند شخصی که فعلاً ایفای وظیفه میکند یا یک جانباز تجربه کار با افتخار ترخیص شده است هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	

بخش 4 - اطلاعات دیگر

برای هر یک از سوالات زیر باید بلی یا نخیر پاسخ دهید. اگر بلی پاسخ دهید، باید به ضمیمه های ذیل رفته و بخش مشخص را تکمیل نمایید.

A. آیا کسی در خانه شما قصد دارد اظهارنامه مالیاتی برای درآمد دریافت شده در این سال را ارائه کند؟

بلی نخیر

اگر بلی، ضمیمه 6، اطلاعات مالیات را تکمیل کنید. اگر Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) درخواست میدهید، نیاز به تکمیل ضمیمه 6، اطلاعات مالیات ندارید.

B. آیا کسی نفقه، هزینه تحصیلات عالی، مالیات خوداشتغالی قابل کسر، سود قرضه محصلی و غیره را پرداخت می کند؟

بلی نخیر

اگر بلی، ضمیمه 1، کسر مالیات را تکمیل کنید

C. آیا کسی در خانه شما در تولد 18 سالگی خود در پرورشگاه، مراقبت از خویشاوندی به Kinship Care یا سرپرستی پاران ای بوده است؟

بلی نخیر

اگر بلی، نام شخص (اشخاص)

D. آیا کسی در خانه شما حامله است؟

بلی نخیر

اگر بلی، ضمیمه 2، زنان حامله را تکمیل کنید.

E. آیا کودکان زیر 18 سال (از جمله کودکان متولد نشده) مادر یا پدر طبیعی یا خواننده دارند که در خانه زندگی نمی کنند؟

بلی نخیر

اگر بلی، آیا دلیل وجود دارد که نمی خواهید اطلاعات راجع به والدین غایب ارائه کنید؟

بلی نخیر

F. آیا کسی در خانه شما از یک شغل در این ماه یا در ماه آینده درآمد خواهد داشت؟

بلی نخیر

اگر بلی، ضمیمه 3، استخدام را تکمیل کنید.

G. اگر مشخص شد که فرزند شما بیش از حد درآمد بوده یا به بیمه صحی تحت حمایت کارفرما که در آن کارفرما حداقل 80% درصد حق بیمه را پرداخت میکند، دسترسی دارد، آیا میخواهید فرزند خود را در BadgerCare Plus قابل کسر ثبت نام کنید؟ (برای اطلاعات بیشتر در مورد BadgerCare Plus قابل کسر، به صفحه 2 مراجعه کنید.)

بلی نخیر

اگر بلی، نام (های) کودک چیست؟

H. آیا کسی در خانه شما خوداشتغال است؟

بلی نخیر

اگر بلی، ضمیمه 4a، خوداشتغالی را تکمیل کنید.

I. آیا کسی در خانه شما غیر از شغل از منبع دیگر درآمد کسب می کند؟ مثال های این درآمد عبارتند از تامین اجتماعی، نگهداری/نفقه، بیمه بیکاری، دستمزد معلولیت یا مریضی و غیره. اگر بلی، ضمیمه 4b، درآمد های دیگر را تکمیل نمایید.

بلی نخیر

J. آیا الان یا سه ماه قبل کس بیمه طبی یا صحی دارد؟

بلی نخیر

اگر بلی، ضمیمه 5، بیمه صحی را تکمیل نمایید.

K. آیا کس در خانه شما Medicare بخش A و/یا بخش B را دریافت میکند؟

بلی نخیر

اگر بلی و این شخص مایل است برای Medicare Savings Program (برنامه پس انداز Medicare) درخواست دهد، ضمیمه 8، دارایی ها را تکمیل نمایید.

L. آیا کسی توقع دارد درآمد آن ماه به ماه تغییر کند؟

بلی نخیر

اگر بلی، ضمیمه 10، درآمد سالانه را تکمیل نمایید.

بخش 5 – امضاء

لطفاً قبل از امضاء بیانیه های ذیل را بخوانید. اگر هر قسمت از این برنامه را نمی فهمید، با نمایندگی خود تماس بگیرید.

تحت مجازات های قانونی و/یا شهادت دروغ، اعلام میکنم که این درخواست و هر ضمیمه را خوانده و فهمیده ام و تا آنجا که میدانم، اطلاعات که ارائه نموده ام درست، صحیح و کامل است. من مجازات های ارائه اطلاعات نادرست یا نقض قوانین را درک میکنم. میدانم که باید ثبوت برای اثبات اینکه آنچه گفته ام درست است ارائه نمایم. میدانم که باید هر گونه مزایای پرداخت شده از طرف من را که به دلیل عدم گزارش تغییرات یا ارائه اطلاعات کامل و صحیح به اشتباه صادر شده است، بازپرداخت کنم.

من حقوق و همچنین مسئولیت های خود را درک نموده و با رعایت آنها موافقت مینمایم.

میدانم که قوانین فدرال میگوید هر اطلاعات که من داده ام باید توسط کارکنان ایالتی بررسی و تأیید شود. همچنین، میدانم که اگر قضیه من بررسی شود، باید با کارگران ایالتی و فدرال همکاری کامل داشته باشم. برای دریافت هر ثبوت یا اطلاعات دیگر نیاز به اجازه اضافی از طرف من نیست.

میدانم که BadgerCare Plus هزینه های طبی را که شخص ثالث، مانند یک شرکت بیمه صحتی خصوصی یا شخصی که به من آسیب میزند، باید پرداخت کند را پرداخت نمینماید. بنابر این، من حقوق خود را نسبت به هرگونه پرداخت از طرف شخص ثابت مسؤل به Wisconsin Department of Health Services (بخش خدمات صحتی Wisconsin) تا مبلغ پرداختی که BadgerCare Plus برای مراقبت های طبی من انجام داده است، واگذار و میدهم. این واگذاری برای هر یک از فرزندان خردسال من اعمال میشود. این پرداخت ها ممکن است شامل پرداختهای از شفاخانه و پالیسی های بیمه صحتی یا پرداختهای باشد که به عنوان تصفیه حساب ناشی از حادثه دریافت میشود.

میدانم که امضا من به نمایندگی محلی و Department of Health (بخش خدمات صحتی) Wisconsin صلاحیت میدهد تا هر گونه اطلاعات را که مناسب و ضروری بوده برای مدیریت صحیح BadgerCare Plus که مطابق قانون Wisconsin مجاز است، را درخواست کنند.

میدانم که اگر قوانین ثبت نام در BadgerCare Plus و/یا Medicaid را رعایت نکنم، نمایندگی ممکن است اطلاعات من را به بازار بیمه صحتی فدرال ارسال نماید. بازار از این اطلاعات استفاده خواهد کرد تا ببیند آیا میتوانم برای پرداخت بیمه صحتی خصوصی کمک دریافت نمایم.

تاریخ امضاء	امضاء – متقاضی، نماینده مجاز، قیم قانونی، نماینده یا محافظ
-------------	--

ضمیمه 1 - کسر مالیات

چوکات ها را علامت بزنید تا به ما بگویید که توقع دارید چه کسر مالیاتی را برای اظهارنامه مالیاتی خود در سال جاری دریافت کنید. می‌توانید «بلی» را برای هر کسی که این مصارف را دارد (بطور مثال، سود قرضه محصلی)، حتی اگر قصد ثبت مالیات را ندارد، علامت بزنید. می‌توانید برخی از تشریحات مربوط به تخفیف های مالیاتی کمتر رایج را در جدول شرح کسر مالیاتی کمتر رایج مشاهده کنید.

چند وقت؟	چقدر؟	چه کس این کسر را دریافت می نماید؟	نوع کسر مالیات
			نقشه پرداخت شده بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			مصارف آموزش عالی بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			مالیات خوداشتغالی قابل کسر بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			سود قرضه محصلی بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
اینها کسر مالیات کمتر رایج هستند:			
چند وقت؟	چقدر؟	چه کس این کسر را دریافت می نماید؟	نوع کسر مالیات
			کسر فعالیت های تولید داخلی بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			مصارف کسر مالیات مقامات مبتنی بر دستمزد بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			کمک حساب تقاعد انفرادی بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			ضرر ناشی از فروش اموال تجاری بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			مصارف کسر مالیات ذخیره نظامی بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			Net Operating Loss (ضرر عملیاتی خالص) (NOL) بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			مصارف از جیب برای یک اقدام مرتبط با شغل بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			جریمه برای برداشت زود هنگام پس انداز بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			مصارف کسر مالیات هنرمندان نمایشی بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			کمک طرح بیمه صحتی خوداشتغال بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			کمک طرح تقاعد خوداشتغال بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			مصارف کسر مالیات معلمان بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			سایر کسر های کتبی مجاز بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
			شرح کسر: _____

شرح کسرهای مالیاتی کمتر رایج

تشریح	نوع کسر مالیات
<p>کسر برای افراد خوداشتغال که اقلامی را در ایالات متحده تولید یا اختراع کرده اند، نمونه هایی از تولید عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ملکیت • گاز طبیعی • آب آشامیدنی <p>مثال های اختراع اینها اند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ایجاد نرم افزار • ثبت • فلم 	کسر فعالیت های تولید داخلی
<p>کسر برای مقامات مبتنی بر دستمزد که هزینه های تجاری از جیب خود دارند. این شامل هزینه های پرداخت شده توسط استخدام کننده نه میشود.</p> <p>نمونه هایی از مقامات مبتنی بر دستمزد عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> • روحانیون • کمیشنر های ولسوالی • قضات • قضات صلح • حکم • پاسبان ها. • ادارات ثبت اسناد • بازرس های ساختمان <p>اگر مطمئن نیستید که واجد شرایط هستید، IRS فرم 2106 را بررسی کنید.</p>	مصارف کسر مالیات مقامات مبتنی بر دستمزد
<p>کسر برلی افراد خوداشتغال با ضرر ناشی از فروش یا مبادله اموالی که برای تجارت خود در اختیار داشتند.</p>	ضرر ناشی از فروش اموال تجاری
<p>اگر کسورات بیشتر از درآمد سال باشد، ممکن است Net Operating Loss (NOL) (زیان عملیاتی خالص) داشته باشد. یک NOL را میتوان از درآمد یک سال یا سال های دیگر کسر کرد. اگر شخص دارای یک NOL منتقل شده از سال قبل دارد، این چوکات را علامت بزنید.</p> <p>IRS قوانینی برای داشتن NOL دارد. بطور عموم، یک NOL به دلیل ضرر ناشی از فعالیت یک کسب و کار مالکیت انفرادی یا ملک اجاره ای ایجاد میشود. IRS همچنین قوانینی دارد که مواردی را که میتوان در هنگام محاسبه NOL کسر کرد محدود می کند. بطور مثال، شما نمیتوانید ضرر سرمایه را بیش از سود سرمایه کسر کنید. علاوه بر این، کسر NOL نمیتواند از 80% درآمد مشمول مالیات برای زیان در سال های مالیاتی پس از 2017 تجاوز کند.</p> <p>برای اطلاعات بیشتر در مورد NOL، لطفاً دستورالعمل برای تکمیل نمودن IRS فرم 1040 و 536 را ببینید.</p>	Net Operating Loss (ضرر عملیاتی خالص) (NOL)
<p>کسری برای افرادی که از جیب خود برای جابجایی برای شغل پرداخت کرده اند. این جابجایی باید به دلیلی مرتبط به شغل باشد، مانند آغاز یک کار جدید. علاوه بر این، شغل جدید باید حداقل 50 مایل دورتر از خانه قدیمی آنها از شغل قبلی باشد. همچنین اگر قبلاً شغلی نداشته اند و شغل جدید آنها حداقل 50 مایل از خانه قدیمی آنها فاصله داشته باشد نیز حساب میشود.</p> <p>در صورتی که استخدام کننده هزینه های جابجایی آنها را پرداخت کرده باشد از این کسر استفاده نه میشود.</p>	مصارف از جیب برای یک اقدام مرتبط با شغل

<p>کسر جریمه هایی که به بانک برای برداشت زود هنگام از حسابی که پول باید برای مدت معینی در آن بماند پرداخت میشود. این شامل است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک حساب پس انداز زمان معین • یک سند سپرده • یک سالیانه 	<p>جریمه برای برداشت زود هنگام پس انداز</p>
<p>کسر برای هنرمندانی که برای هنر خود از جیب خود هزینه های شغلی دارند. این شامل هزینه هایی که استخدام کننده آنها پرداخت می کند نه میشود. این فقط در صورتی قابل استفاده است که همه موارد ذیل درست باشند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آنها حداقل برای دو استخدام کننده کار کرده اند که هر کدام آنها حداقل \$200 پرداخت کرده است. • آنها برای کارشان بیشتر از \$16,000 درآمد نداشتند. • مخارج از جیب آنها بیش از 10% درآمد آنها بود. <p>اگر مطمئن نیستید که واجد شرایط هستید، IRS فرم 2106 را بررسی کنید.</p>	<p>مصارف کسر مالیات هنرمندان نمایشی</p>
<p>کسر برای افراد خوداشتغال که در یک طرح تقاعد یا پس انداز برای افراد خوداشتغال مشارکت می کنند. این شامل است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • طرح Simplified Employee Pension (تقاعد ساده شده کارمندان) (SEP) • Savings Incentive Match Plan for Employees (طرح تطابق تشویقی پس انداز برای کارمندان) (SIMPLE) • مشارکت های طرح واجد شرایط 	<p>کمک طرح بیمه صحتی خوداشتغال</p>
<p>کسر برای معلمان K-12 که تا \$250 هزینه های کاری از جیب خود دارند. این شامل هزینه های پرداخت شده توسط استخدام کننده نه میشود.</p>	<p>مصارف کسر مالیات معلمان</p>
<p>سایر کسرهای ثبت شده میتواند شامل موارد ذیل باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کمک به Medical Savings Accounts (حساب های پس انداز طبی) Archer • کسر کرایه و حق امتیاز • کسورات معینی از مستاجران عمر یا ذینفعان درآمد اموال • پرداخت وظیفه هیئت منصفه به استخدام کننده داده میشود زیرا در حین انجام وظیفه به هیئت منصفه حقوق پرداخت میشود • هزینه های احیای جنگل • هزینه برای شکایات تبعیض • هزینه های وکالت برای جوایز به افشاگران • کمک به بخش (D)(18)(c)501 برنامه های تقاعد • کمک های روحانیون خاص به طرح های بخش (b)403 <p>اگر مطمئن نیستید که واجد شرایط هر یک از این موارد هستید، IRS فرم 1040 را بررسی کنید.</p>	<p>سایر کسرهای کتبی مجاز</p>

ضمیمه 2 - زنان حامله

اگر برای هر بخش به جای بیشتر نیاز است، از یک ورق کاغذ اضافی استفاده کنید.

زن حامله		
نام زن حامله	تاریخ سررسید (ماه/روز/سال)	در صورت تولد چند گانگی، تعداد متوقع نوزادان.
نام زن حامله	تاریخ سررسید (ماه/روز/سال)	در صورت تولد چند گانگی، تعداد متوقع نوزادان.
نام زن حامله	تاریخ سررسید (ماه/روز/سال)	در صورت تولد چند گانگی، تعداد متوقع نوزادان.

ضمیمه 3 - استخدام

استخدام

این بخش را برای هر کسی در خانه خود که در این ماه یا ماه آینده از یک شغل درآمد یا درآمد غیر نقدی دریافت میکند، تکمیل کنید. منظور ما از درآمد غیر نقدی، شغلی است که به جای پول، فقط در کالا یا خدمات پرداخت می شود. مثلاً کسی که در ازای کار مسکن رایگان دریافت میکند. مثلاً کسی که در ازای کار مسکن رایگان دریافت می کند.

شغل 1 - نام فرد شاغل (نام خانوادگی، نام، کنیه)	تاریخ شروع استخدام
--	--------------------

نام کارفرما

آدرس کارفرما

شهر	ایالت	کدپستی
-----	-------	--------

آیا این شخص در اعتصاب است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	این فرد در هفته چند ساعت کار میکند؟
--	-------------------------------------

آیا به این شخص فی ساعت پرداخت میشود یا معاش؟ <input type="checkbox"/> فی ساعت <input type="checkbox"/> معاش	اگر ساعتی، هر ساعت چقدر است؟ \$	اگر حقوق، هر دوره پرداخت چقدر است؟ \$
--	------------------------------------	--

آیا این شخص پول نقد و/یا انعام میگیرد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	اگر بلی، برای هر دوره پرداخت چقدر است؟ \$
--	--

آیا این شخص پاداش و/یا کارمزد دریافت می کند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	اگر بلی، برای هر دوره پرداخت چقدر است؟ \$
--	--

چند بار به این شخص پرداخت میشود؟ <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر 2 هفته <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> یک بار در ماه	دیگر، توضیح دهید:
---	-------------------

نوع کار <input type="checkbox"/> دائمی <input type="checkbox"/> موقت	عنوان شغل <input type="checkbox"/> مدیر <input type="checkbox"/> کارکنان
---	---

در صورت پایان یافتن استخدام، تاریخ پایان یافتن (ماه/روز/سال)	تاریخ آخرین چک معاش	مبلغ آخرین چک معاش \$
--	---------------------	--------------------------

آیا این شخص یک کارگر مهاجر است؟

 بلی نخیر

تمام کسرهای قبل از مالیات را که این فرد شاغل از چک ها معاش خود برای این شغل برداشته است لیست کنید.

نوع کسر پیش از مالیات	چقدر؟	چند وقت؟
حساب پس انداز مراقبت از کودک <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	\$	
بیمه عمر گروهی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	\$	
حق بیمه صحی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	\$	
حساب پس انداز صحی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	\$	
هزینه های پارکینگ و حمل و نقل <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	\$	

		\$		کمک های تقاعدی بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>
تاریخ شروع استخدام (ماه/روز/سال)		شغل 2 – نام فرد شاغل (نام خانوادگی، نام، کنیه)		
نام کارفرما				
آدرس کارفرما				
شهر	ایالت	کدپستی		
این فرد در هفته چند ساعت کار میکند؟		آیا این شخص در اعتصاب است؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>		
اگر حقوق، هر دوره پرداخت چقدر است؟ \$	اگر ساعتی، هر ساعت چقدر است؟ \$	آیا به این شخص فی ساعت پرداخت میشود یا معاش؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>		
اگر بلی، برای هر دوره پرداخت چقدر است؟ \$	آیا این شخص پول نقد و/یا انعام میگیرد؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>			
اگر بلی، برای هر دوره پرداخت چقدر است؟ \$	آیا این شخص پاداش و/یا کارمزد دریافت می کند؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>			
چند بار به این شخص پرداخت میشود؟ <input type="checkbox"/> هر 2 هفته <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> یک بار در ماه		دیگر، توضیح دهید: _____		
عنوان شغل <input type="checkbox"/> مدیر <input type="checkbox"/> کارکنان		نوع کار <input type="checkbox"/> دائمی <input type="checkbox"/> موقت		
مبلغ آخرین چک معاش \$	تاریخ آخرین چک معاش	در صورت پایان یافتن استخدام، تاریخ پایان یافتن (ماه/روز/سال)		
آیا این شخص یک کارگر مهاجر است؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>				
تمام کسرهای قبل از مالیات را که این فرد شاغل از چک ها معاش خود برای این شغل برداشته است لیست کنید.				
نوع کسر پیش از مالیات	چقدر؟ \$	چند وقت؟		
حساب پس انداز مراقبت از کودک	\$		بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>	
بیمه عمر گروهی	\$		بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>	
حق بیمه صحی	\$		بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>	
حساب پس انداز صحی	\$		بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>	
هزینه های پارکینگ و حمل و نقل	\$		بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>	
کمک های تقاعدی	\$		بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>	

نام فرد شاغل (نام خانوادگی، نام، کنیه)	تاریخ شروع استخدام (ماه/روز/سال)
--	----------------------------------

نام کارفرما

آدرس کارفرما

شهر	ایالت	کدپستی
-----	-------	--------

آیا این شخص در اعتصاب است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	این فرد در هفته چند ساعت کار میکند؟
--	-------------------------------------

آیا به این شخص فی ساعت پرداخت میشود یا معاش؟ <input type="checkbox"/> فی ساعت <input type="checkbox"/> معاش	اگر ساعتی، هر ساعت چقدر است؟ \$	اگر حقوق، هر دوره پرداخت چقدر است؟ \$
--	------------------------------------	--

آیا این شخص پول نقد و/یا انعام میگیرد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	اگر بلی، برای هر دوره پرداخت چقدر است؟ \$
--	--

آیا این شخص پاداش و/یا کارمزد دریافت می کند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	اگر بلی، برای هر دوره پرداخت چقدر است؟ \$
--	--

چند بار به این شخص پرداخت میشود؟ <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر 2 هفته <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> یک بار در ماه	دیگر، توضیح دهید:
---	-------------------

نوع کار <input type="checkbox"/> دائمی <input type="checkbox"/> موقت	عنوان شغل <input type="checkbox"/> مدیر <input type="checkbox"/> کارکنان
---	---

در صورت پایان یافتن استخدام، تاریخ پایان یافتن (ماه/روز/سال)	تاریخ آخرین چک معاش	مبلغ آخرین چک معاش \$
--	---------------------	--------------------------

آیا این شخص یک کارگر مهاجر است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر

تمام کسرهای قبل از مالیات را که این فرد شاغل از چک ها معاش خود برای این شغل برداشته است لیست کنید.

نوع کسر پیش از مالیات	چقدر؟	چند وقت؟
حساب پس انداز مراقبت از کودک <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	\$	
بیمه عمر گروهی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	\$	
حق بیمه صحی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	\$	
حساب پس انداز صحی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	\$	
هزینه های پارکینگ و حمل و نقل <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	\$	
کمک های تقاعدی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	\$	

ضمیمه 4A - خوداشتغالی

خوداشتغالی

لطفاً به ما در مورد هر گونه درآمد خوداشتغالی که شما و/یا هر کس در خانه شما دریافت میکند بگویید. اگر به جای بیشتر نیاز دارید یا بیش از دو تجارت خوداشتغالی دارید، از یک برگه کاغذ جداگانه استفاده کنید.

خوداشتغالی 1

نام شخص خوداشتغال	نام تجارت
-------------------	-----------

آدرس تجارت

نوع مالکیت تجارت: مشارکت شرکت S مالکیت انحصاری نمیدانم

نوع تجارت (بطور مثال، مزرعه، مراقبت روزانه درخانه)	تاریخ شروع تجارت
--	------------------

آیا این تجارت مالیات ثبت کرده است؟ بلی نخیر

اگر بلی، آخرین بار برای چه سال مالیاتی شرکت مالیات ثبت کرده است؟

آیا تجارت تغییر قابل توجهی در درآمد یا مصارف داشته است؟ بلی نخیر نمیدانم

بطور متوسط، این تجارت در هر ماه چقدر درآمد دارد؟ لطفاً درآمد دریافتی را قبل از پرداخت مصارف به ما بدهید. \$

به طور متوسط، کل مصارف این تجارت در هر ماه چقدر است؟ \$

بطور متوسط، این فرد چند ساعت در ماه برای این تجارت کار میکند؟

خوداشتغالی 2

نام شخص خوداشتغال	نام تجارت
-------------------	-----------

آدرس تجارت

نوع مالکیت تجارت: مشارکت شرکت S مالکیت انحصاری نمیدانم

نوع تجارت (بطور مثال، مزرعه، مراقبت روزانه در خانه)	تاریخ شروع تجارت
---	------------------

آیا این تجارت مالیات ثبت کرده است؟ بلی نخیر

اگر بلی، آخرین بار برای چه سال مالیاتی شرکت مالیات ثبت کرده است؟

آیا تجارت تغییر قابل توجهی در درآمد یا مصارف داشته است؟ بلی نخیر نمیدانم

بطور متوسط، این تجارت در هر ماه چقدر درآمد دارد؟ لطفاً درآمد دریافتی را قبل از پرداخت مصارف به ما بدهید. \$

به طور متوسط، کل مصارف این تجارت در هر ماه چقدر است؟ \$

بطور متوسط، این فرد چند ساعت در ماه برای این تجارت کار میکند؟

ضمیمه 5 - بیمه صحتی

بیمه صحتی

اگر کسی اکنون یا در سه ماه گذشته بیمه طبی یا صحتی دارد موارد ذیل را تکمیل کنید.

نام - دارنده پالیسی	شماره پالیسی	تاریخ شروع
---------------------	--------------	------------

نام طرح (بطور مثال «طرح نقره ای»)

نام شرکت بیمه

آدرس شرکت بیمه

شهر	ایالت	کدپستی
-----	-------	--------

چه کسانی تحت پوشش این پالیسی (نام اعضای خانواده) هستند یا تحت پوشش بودند؟

آیا این پوشش در سه ماه گذشته به پایان رسیده است؟

بلی نخیر

اگر بلی، پوشش در کدام تاریخ به پایان رسید؟

چرا پوشش به پایان رسید؟

آیا این بیمه خدمات داکتر را پوشش میدهد؟

بلی نخیر

آیا این بیمه توسط کارفرمای فعلی ارائه شده است یا بود؟

بلی نخیر

اگر نخیر منبع بیمه را به ما بگویید:

- طرح صحتی تقاعد کنندگان
 TRICARE
 برنامه های مدیریت صحتی کهنه سربازان

پوشش مستمر COBRA

طرح بیمه خصوصی

استخدام گذشته

لشکر صلح

اگر بلی، به تمام سوالات باقی مانده در این صفحه پاسخ دهید.

اگر بیمه از طریق کارفرما فعلی یا گذشته باشد، نام کارفرما چیست؟

آدرس کارفرما چیست؟

Federal Employer Identification Number (شماره شناسایی کارفرمای فدرال) (FEIN) کارفرما اگر معلوم باشد چیست؟

آیا این بیمه از طریق طرح مزایای کارکنان دولتی است؟	آیا این بیمه خدمات داکتر را پوشش میدهد؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر

Minimum Value Standard Plans (برای اطلاعات بیشتر درباره Minimum Value Standard Plans (طرح های معیاری حداقل ارزش)، به صفحه 5 مراجعه کنید.)

آیا این کارفرما طرحی ارائه میدهد که معیار حداقل ارزش را برآورده کند؟

بلی نخیر نمیدانم

نام کمهزینترین طرح فقط کارمندی ارائه شده توسط این کارفرما چیست؟

حق بیمه ماهیانه چقدر است؟ \$	چند بار این حق بیمه ها باید پرداخت شود؟ <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> ر دو هفته <input type="checkbox"/> ماهانه
---------------------------------	--

تغییرات طرح (در مورد تغییرات که این کارفرما ممکن است در صورت پیشنهاد در سال آینده در بیمه صحتی ایجاد کند، بیشتر به ما بگویید.)

آیا این کارفرما در سال آینده به ارائه بیمه صحتی ادامه خواهد داد؟

بلی نخیر نمیدانم

آیا تغییر در حق بیمه ها برای کمهزینترین طرح فقط برای کارمندان که با حداقل معیار ارزش مطابقت دارد، وجود خواهد داشت؟

بلی نخیر نمیدانم

حق بیمه جدید این طرح چقدر خواهد بود؟ \$	چند بار این حق بیمه ها باید پرداخت شود؟ <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> ر دو هفته <input type="checkbox"/> ماهانه
--	--

نام - دارنده پالیسی	شماره پالیسی	تاریخ شروع
---------------------	--------------	------------

نام طرح (بطور مثال «طرح نقره ای»)

نام شرکت بیمه

آدرس شرکت بیمه

شهر	ایالت	کدپستی
-----	-------	--------

چه کسانی تحت پوشش این پالیسی (نام اعضای خانواده) هستند یا تحت پوشش بودند؟

آیا این پوشش در سه ماه گذشته به پایان رسیده است؟

بلی نخیر

اگر بلی، پوشش در کدام تاریخ به پایان رسید؟

چرا پوشش به پایان رسید؟

آیا این بیمه خدمات داکتر را پوشش میدهد؟

بلی نخیر

آیا این بیمه توسط کارفرمای فعلی ارائه شده است یا بود؟

بلی نخیر

اگر نخیر منبع بیمه را به ما بگویید:

<input type="checkbox"/> پوشش مستمر COBRA	<input type="checkbox"/> طرح صحتی تقاعد کنندگان
<input type="checkbox"/> طرح بیمه خصوصی	<input type="checkbox"/> TRICARE
<input type="checkbox"/> استخدام گذشته	<input type="checkbox"/> برنامه های مدیریت صحتی کهنه سربازان
<input type="checkbox"/> لشکر صلح	

اگر بلی، به تمام سوالات باقی مانده در این صفحه پاسخ دهید.

اگر بیمه از طریق کارفرمای فعلی یا گذشته باشد، نام کارفرما چیست؟

آدرس کارفرما چیست؟

Federal Employer Identification Number (شماره شناسایی کارفرمای فدرال) (FEIN) کارفرما اگر معلوم باشد چیست؟

آیا این بیمه از طریق طرح مزایای کارکنان دولتی است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	آیا این بیمه خدمات داکتر را پوشش میدهد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
--	---

Minimum Value Standard Plans (برای اطلاعات بیشتر درباره **Minimum Value Standard Plans** (طرح های معیاری حداقل ارزش)، به صفحه 5 مراجعه کنید.)

آیا این کارفرما طرحی ارائه میدهد که معیار حداقل ارزش را برآورده کند؟
 بلی نخیر نمیدانم

نام کمزربنترین طرح فقط کارمندی ارائه شده توسط این کارفرما چیست؟

حق بیمه ماهیانه چقدر است؟ \$	چند بار این حق بیمه ها باید پرداخت شود؟ <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> ر دو هفته <input type="checkbox"/> ماهانه
---------------------------------	--

تغییرات طرح (در مورد تغییرات که این کارفرما ممکن است در صورت پیشنهاد در سال آینده در بیمه صحی ایجاد کند، بیشتر به ما بگویید.)

آیا این کارفرما در سال آینده به ارائه بیمه صحی ادامه خواهد داد؟
 بلی نخیر نمیدانم

آیا تغییر در حق بیمه ها برای کمزربنترین طرح فقط برای کارمندان که با حداقل معیار ارزش مطابقت دارد، وجود خواهد داشت؟
 بلی نخیر نمیدانم

حق بیمه جدید این طرح چقدر خواهد بود؟ \$ <input type="checkbox"/> نمیدانم	چند بار این حق بیمه ها باید پرداخت شود؟ <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> ر دو هفته <input type="checkbox"/> ماهانه
---	--

ضمیمه 6 - اطلاعات مالیاتی

مالیه دهنده

اطلاعات مربوط به هر فردی در خانواده شما که انتظار دارد برای درآمدی که در سال جاری بدست می‌آورد مالیات پرداخت کند را لیست کنید. اگر متاهل هستید و به صورت مشترک تشکیل پرونده می‌دهید، فقط باید یک بخش را برای هر دو پرونده تکمیل کنید.

نام همسر (اگر متاهل هستید و به صورت مشترک تشکیل پرونده می‌دهید)	نام مالیه دهنده 1
---	-------------------

وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی

مجرد یا بزرگ خانواده متاهل و تشکیل مشترک متاهل و تشکیل جداگانه

آیا این دوسیه مالیاتی به عنوان یک شخص تحت تکفل توسط شخصی خارج از خانه ادعا می‌شود؟

بلی نخیر

وابستگان مالیاتی: وابستگی را که این مالیه دهنده در مالیات خود مطالبه خواهد کرد لیست کنید. مثلاً کسی که در ازای کار مسکن رایگان دریافت می‌کند.

نام وابسته مالیاتی	تاریخ تولد
شماره تامین اجتماعی	جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن

آیا انتظار می‌رود این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$12,400 درآمد کسب کنند؟

بلی نخیر

آیا انتظار می‌رود که این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$1,100 درآمد کسب نشده داشته باشد؟ (حمایت از کودک، تامین اجتماعی، درآمد تضمینی تکمیلی، غرامت کارگر، مزایای سربازان سابقه یا هدایا/پول شخص دیگر را شامل نکنید.)

بلی نخیر

آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟

بلی نخیر

آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟

بلی نخیر

نام وابسته مالیاتی	تاریخ تولد
شماره تامین اجتماعی	جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن

آیا انتظار می‌رود این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$12,400 درآمد کسب کنند؟

بلی نخیر

آیا انتظار می‌رود که این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$1,100 درآمد کسب نشده داشته باشد؟ (حمایت از کودک، تامین اجتماعی، درآمد تضمینی تکمیلی، غرامت کارگر، مزایای سربازان سابقه یا هدایا/پول شخص دیگر را شامل نکنید.)

بلی نخیر

آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟

بلی نخیر

آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟

بلی نخیر

نام وابسته مالیاتی	تاریخ تولد
شماره تامین اجتماعی	جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن

آیا انتظار می‌رود این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$12,400 درآمد کسب کنند؟

بلی نخیر

آیا انتظار می‌رود که این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$1,100 درآمد کسب نشده داشته باشد؟ (حمایت از کودک، تامین اجتماعی، درآمد تضمینی تکمیلی، غرامت کارگر، مزایای سربازان سابقه یا هدایا/پول شخص دیگر را شامل نکنید.)

بلی نخیر

آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>		آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>	
نام وابسته مالیاتی		تاریخ تولد	
شماره تامین اجتماعی		جنس مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	
آیا انتظار می‌رود این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$12,400 درآمد کسب کنند؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>			
آیا انتظار می‌رود که این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$1,100 درآمد کسب نشده داشته باشد؟ (حمایت از کودک، تامین اجتماعی، درآمد تضمینی تکمیلی، غرامت کارگر، مزایای سربازان سابقه یا هدایا/پول از طرف شخص دیگر را شامل نکنید). بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>			
آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>		آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>	
نام مالیه دهنده 2		نام همسر (اگر متاهل هستید و به صورت مشترک تشکیل پرونده می‌دهید)	
وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی مجرد یا بزرگ خانواده <input type="checkbox"/> متاهل و تشکیل مشترک <input type="checkbox"/> متاهل و تشکیل جداگانه <input type="checkbox"/>			
آیا این دوسیه مالیاتی به عنوان یک شخص تحت تکفل توسط شخصی خارج از خانه ادعا می‌شود؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>			
وابستگان مالیاتی: وابستگی را که این مالیه دهنده در مالیات خود مطالبه خواهد کرد لیست کنید. مثلاً کسی که در ازای کار مسکن رایگان دریافت می‌کند.			
نام وابسته مالیاتی		تاریخ تولد	
شماره تامین اجتماعی		جنس مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	
آیا انتظار می‌رود این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$12,400 درآمد کسب کنند؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>			
آیا انتظار می‌رود که این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$1,100 درآمد کسب نشده داشته باشد؟ (حمایت از کودک، تامین اجتماعی، درآمد بیمه تکمیلی، غرامت کارگر، مزایای کهنه سربازان یا هدایا/پول از طرف شخص دیگر را شامل نکنید). بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>			
آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>		آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>	
نام وابسته مالیاتی		تاریخ تولد	
شماره تامین اجتماعی		جنس مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	
آیا انتظار می‌رود این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$12,400 درآمد کسب کنند؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>			
آیا انتظار می‌رود که این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$1,100 درآمد کسب نشده داشته باشد؟ (حمایت از کودک، تامین اجتماعی، درآمد بیمه تکمیلی، غرامت کارگر، مزایای کهنه سربازان یا هدایا/پول از طرف شخص دیگر را شامل نکنید). بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>			
آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>		آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟ بلی <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/>	

نام وابسته مالیاتی		تاریخ تولد
شماره تامین اجتماعی		جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
آیا انتظار می‌رود این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$12,400 درآمد کسب کنند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		
آیا انتظار می‌رود که این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$1,100 درآمد کسب نشده داشته باشد؟ (حمایت از کودک، تامین اجتماعی، درآمد تضمینی تکمیلی، غرامت کارگر، مزایای سربازان سابقه یا هدایا/پول شخص دیگر را شامل نکنید). <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		
آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
نام وابسته مالیاتی		تاریخ تولد
شماره تامین اجتماعی		جنس <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
آیا انتظار می‌رود این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$12,400 درآمد کسب کنند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		
آیا انتظار می‌رود که این فرد وابسته در سال جاری بیش از \$1,100 درآمد کسب نشده داشته باشد؟ (حمایت از کودک، تامین اجتماعی، درآمد تضمینی تکمیلی، غرامت کارگر، مزایای سربازان سابقه یا هدایا/پول شخص دیگر را شامل نکنید). <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		
آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر

ضمیمه 7 – درخواست کمک در تادیه هزینه های طبی

اگر بیمه هزینه های درمانی یا هزینه های برنامه ریزی خانواده شما را از سه ماه گذشته پرداخت نکرده است، میتوانید برای پرداخت این هزینه ها پوشش BadgerCare Plus یا Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) را درخواست کنید. اگر همه قوانین برنامه را در آن ماه رعایت کنید، میتوانید خدمات BadgerCare Plus و Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) را تا سه ماه قبل از ماه درخواست خود دریافت کنید. ماه درخواست ماهی است که نمایندگی شما درخواست شما را دریافت می کند. لطفاً به یاد داشته باشید: درخواست این پوشش BadgerCare Plus یا Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) تضمین نه میکند که برای ماه های درخواستی ثبت نام کنید.

اگر تغییرات در سه ماه قبل از ماه درخواست شما وجود دارد، تغییرات زیر را برای هر ماه لیست کنید. این تغییرات ممکن است شامل این موارد باشد: آدرس شما، چه کسی در خانه شما زندگی میکند، عاید، بیمه صحتی. شما باید برای هر یک از سه ماه که درخواست پوشش BadgerCare Plus یا Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) دارید مدرکی اثبات درآمد ارائه دهید.

نوع (انواع) پوششی را که درخواست می کنید بررسی کنید.

BadgerCare Plus Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده)

چه تلخی میخواهید پوشش را آغاز کنید؟ یادداشت: این تلخی نه میتواند بقی از سه ماه قبل باشد.

1. آیا برای کمک در پرداخت هزینه های خدمات طبی و/یا Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) برای ماه قبل از ماه درخواست کمک میخواهید؟

بلی نخور

اگر بلی، آیا اطلاعاتی که در درخواست خود در آن ماه ارائه کرده اید یکسان است؟ بلی نخور

اگر نه، تغییرات را تشریح دهید.

اگر درآمندان متفاوت بود، مجموع درآمد ناخالص خانواده شما در این ماه چقدر بوده است؟

2. آیا برای پرداخت هزینه های خدمات طبی و/یا Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) از دو ماه قبل از ماه درخواست کمک میخواهید؟

بلی نخیر

اگر بلی، آیا اطلاعاتی که در درخواست خود در آن ماه ارائه کرده اید یکسان است؟ بلی نخور

اگر نه، تغییرات را تشریح دهید.

اگر درآمندان متفاوت بود، مجموع درآمد ناخالص خانواده شما در این ماه چقدر بوده است؟

3. آیا برای پرداخت هزینه های خدمات طبی و/یا Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) از سه ماه قبل از ماه درخواست کمک میخواهید؟

بلی نخیر

اگر بلی، آیا اطلاعاتی که در درخواست خود در آن ماه ارائه کرده اید یکسان است؟ بلی نخور

اگر نه، تغییرات را تشریح دهید.

اگر درآمندان متفاوت بود، مجموع درآمد ناخالص خانواده شما در این ماه چقدر بوده است؟

تاریخ امضاء

امضاء – عارض / نماینده با صلاحیت

ضمیمه 8 - دارایی ها فقط برای MEDICARE SAVINGS PROGRAMS (برنامه های پس اندازه میدی کیپر)

این فرم فقط در صورتی باید تکمیل شود که شخصی در خانه شما بخش A و/یا بخش B Medicare در دریافت کند و شما بخواهید برای برنامه پس اندازه Medicare درخواست دهید (همچنین کمک حق بیمه Medicare یا برنامه تعهد نیز نامیده میشود). شما باید تمام دارایی ها خانوادگی خود را لیست کنید. وسایل نقلیه که مالکیت مشترک با شخص دیگر دارید را نیز شامل کنید. ارزش وسایل شخصی خانگی (تلویزیون، فرنیچر، لوازم خانگی) را شامل نه نمایید. در این بخش اطلاعات موثر را را لیست نه کنید. دارایی ها شامل مواردی مانند پول نقد، حساب های جاری یا پس انداز، گواهی سپرده، کارت های دبیت پیش پرداخت، سرمایه وقف، سهام، اوراق قرضه، حساب های باز نشستگی، سود سالانه، اوراق قرضه پس انداز ایالات متحده، قراردادهای دارایی، قراردادهای اسناد، سهام زمانی، املاک اجاره، املاک زندگی، ابزار، احشام، ماشین آلات کشاورزی، طرح های Keogh یا سایر پناهگاه های مالیاتی، اموال شخصی که برای اهداف سرمایه گذاری نگهداری میشود، حساب های پس انداز صحتی و غیره.

توجه: ز شما خواسته خواهد شد که ثبوت تمام دارایی خود را ارائه دهید. مثال های ثبوت عبارتند از کاپی از صورت حساب بانکی شما که ارزش حساب بانکی شما را در تاریخ تکمیل درخواست نشان میدهد یا چیزی که ارزش اسمی و ارزش نقدی بیمه نامه عمر شما را نشان می دهد. مثلاً کسی که در ازای کار مسکن رایگان دریافت می کند.

نوع دارایی (در بالا ببینید)	نام مالک(ها)	مبلغ فعلی دالر	نام بانک / موسسه مالی	شماره حساب
		\$		
		\$		
		\$		

دارایی های تدفین

لیست تمام دارایی های تدفین

نوع دارایی تدفین	نام مالک(ها)	ارزش
بیمه تدفین: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		\$
وقف تدفین لغوه نشدنی (این بدان معنی است که نمیتواند آن را بازگرداند یا تغییر داد): <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		\$
دیگر*: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر *مثال های دیگر میتواند سنگ قبر، تابوت، گنبد، نشانگر، یا هزینه های باز و بسته شدن باشد.		\$

اطلاعات وسیله نقلیه

تمام وسایل نقلیه را لیست کنید. وسایل نقلیه که مالکیت مشترک با شخص دیگر دارید را نیز شامل کنید.

وسيله نقلیه 1				وسيله نقلیه 2			
نوع وسیله نقلیه	سال	ساخت	مالی	نوع وسیله نقلیه	سال	ساخت	مالی
مبلغ بدهی وسیله نقلیه			\$	مبلغ بدهی وسیله نقلیه			\$
			ارزش تعیین شده بازار*				ارزش تعیین شده بازار*
			\$				\$

*منظور ما از ارزش منصفانه بازار، قیمت است که میتوانید وسیله نقلیه را در حال حاضر به آن بفروشید. جستجوی آنلاین ارزش Blue Book (بلو بوک) وسایل نقلیه (<http://www.kbb.com/whats-my-car-worth>) راه خوب برای دریافت این موضوع است.

بیمه زندگی

در باره بیمه زندگی خود و/یا خانواده خود به ما بگویید.

آیا شما یا یکی از اعضای خانواده بیمه زندگی دارید؟ بلی نخیر

اگر بلی، بخش زیر را تکمیل کنید.

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182DA

صفحه 33 از 35

APP

ارزش اسمی**	ارزش تسلیم نقدی*	نام مالک(ها)
\$	\$	
\$	\$	
\$	\$	

*منظور ما از ارزش تسلیم نقدی، مبلغی است که در صورت لغو پالیسی دریافت خواهید کرد.
**منظور از ارزش ظاهری، حداقل سود پرداختی پس از مرگ است. در بیشتر موارد، این مبلغ است که روی پالیسی نوشته شده است.

ضمیمه 10 - درآمد سالانه

فقط در صورتی تکمیل کنید که درآمد یک فرد ماه به ماه تغییر کند. اگر مقدار دقیق آن را نمیدانید، از بهترین حدس خود استفاده کنید یا بنویسید «نمیدانم».

نام شخص	درآمد مورد انتظار برای امسال چقدر است؟	درآمد مورد انتظار برای سال آینده چقدر است؟
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

بیانیه هویت برای اطفال زیر سن 18 سال
(STATEMENT OF IDENTITY FOR CHILDREN UNDER 18 YEARS OF AGE)

این بیانیه برای برآورده کردن Medicaid, BadgerCare Plus/ Family Planning Only Services جدید می‌تواند استفاده شود. ثبوت خدمات هویت قانون برای اطفال زیر سن 18 سال. این بیانیه برای برآورده کردن ثبوت قانون تابعیت Medicaid, BadgerCare Plus/ Family Planning Only Services استفاده شده نمی‌تواند.

راهنمایی‌ها: در خالی‌گاه که در ذیل فراهم شده تمام اطفال زیر سن 18 را که در خانواده تان هستند و شما با آنها نسبت پدر و مادر، نگهدار یا اقارب سرپرست دارید. برای هر طفل که شما می‌نویسید، تاریخ و جای تولد طفل (شهر، ایالت و کشور) را بنویسید. تکمیل، امضاء کنید و این بیانیه را به آژانس برگردانید.

نام کامل طفل (اسم، نام در وسط، تخلص)	تاریخ تولد	جای تولد (شهر، ایالت، کشور)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		

معلوماتیکه شخص را شناسایی میکند تنها برای مدیریت مستقیم خدمات برنامه های Medicaid, BadgerCare Plus و Family Planning Only Services استفاده خواهد شد.

با امضاء نمودن این بیانیه، من تصدیق مینمایم، تحت مجازات دروغگویی سوگند یاد میکنم که معلومات را که من ارائه نمودیم تا جاییکه علم من است دقیق و تکمیل می باشد. من درک می کنم که اداره محلی با دیگر اشخاص و سازمان ها تماس برقرار خواهد کرد تا درستی بیانیه من را تائید نمایند.

امضاء _____
(والدین، نگهدار یا اقارب سرپرست)

نام چاپ شده _____ شماره قضیه _____

گزارش تغییر معلومات (INFORMATION CHANGE REPORT)

BadgerCare Plus

اگر در BadgerCare Plus ثبت نام کرده اید، باید انواع تغییرات زیر را حداکثر تا 10 روز پس از وقوع تغییر گزارش دهید:

- شما به یک آدرس جدید یا خارج از ایالت منتقل می شوید.
- شخصی در خانه شما نقل مکان می کند یا از آن خارج می شود، باردار می شود یا زایمان می کند.
- ترتیب زندگی شما تغییر می کند (مثلاً شما در زندان هستید یا به خانه سالمندان یا مؤسسه دیگری می روید).
- ازدواج می کنید یا طلاق می گیرید.
- شخصی در خانه شما بیمه صحت را تغییر داده است.
- شخصی در خانه شما تغییری در وضعیت دوسیه مالیاتی مورد انتظار یا وابستگان مالیاتی دارد یا دیگر کسر مالیاتی که قبلاً گزارش کرده است ندارد.

اگر تغییری در درآمد دارید که باعث می شود درآمد ناخالص ماهانه شما از حد برنامه BadgerCare Plus بالاتر رود، باید آن تغییر را تا 10 روز ماه بعد گزارش دهید.

هنگامی که در BadgerCare Plus ثبت نام می کنید یا در صورت تغییر در مزایا، از طریق نامه خطاری با محدودیت های برنامه برای اندازه خانواده خود دریافت خواهید کرد. همیشه باید آخرین اطلاعیه خود را برای جدیدترین معلومات نگاه کنید.

Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده)

اگر در Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) ثبت نام کرده اید، باید فقط انواع تغییرات زیر را حداکثر تا 10 روز پس از وقوع تغییر گزارش دهید:

- شما به یک آدرس جدید یا خارج از ایالت منتقل می شوید.
- ترتیب زندگی شما تغییر می کند (مثلاً شما در زندان هستید یا به خانه سالمندان یا مؤسسه دیگری می روید).

می توانید تغییرات ذکر شده در بالا را با استفاده از این فرم، با تماس با دفتر خود یا به صورت آنلاین در ACCESS.wi.gov گزارش دهید. اگر از این فرم برای گزارش تغییرات خود استفاده می کنید، پس از تکمیل و امضای فرم، باید آن را به آدرس زیر ایمیل یا فکس کنید:

اگر در شهر Milwaukee زندگی نمی کنید
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
فکس: 1-855-293-1822

اگر در شهر Milwaukee زندگی می کنید:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee WI 53205
فکس: 1-888-409-1979

اگر این فرم فضای کافی برای توصیف یک تغییر را فراهم نمی کند، یک برگ کاغذ با معلومات اضافی ضمیمه کنید.

شماره دوسیه یا شماره تامین اجتماعی	نام - عضو (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)
------------------------------------	--

تغییر در آدرس

از این بخش برای گزارش آدرس جدید در صورت نقل مکان استفاده کنید.

آدرس جاده جدید

شهر	ایالت	کد پستی
-----	-------	---------

شماره تلفن جدید

تاریخ تغییر (ماه/روز/سال)

تغییر در خانه

از این بخش برای گزارش اگر شخصی به خانه شما نقل مکان کرد یا از آن خارج شد، ازدواج کرد، حامله شد یا زایمان کرد، استفاده کنید. اگر شخصی حامله شد، به ما بگویید کیست، تاریخ زایمان و تعداد نوزادان مورد انتظار.

نام (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)

شماره تامین اجتماعی

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)

رابطه با شما

تاریخ تغییر (ماه/روز/سال)

تغییر را توصیف کنید

تغییر در درآمد

از بخش A برای گزارش تغییرات درآمد ناشی از شغل یا خوداشتغالی یا منابعی غیر از شغل مانند بیمه تامین اجتماعی یا بیمه بیکاری استفاده کنید. اگر شخصی در خانه شما شغل خود را از دست داد، بخش B را پر کنید یا اگر شخصی در خانه شما شغل جدیدی پیدا کرد، بخش C را پر کنید.

A. تغییرات در درآمد از هر منبع

نام (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)

منبع درآمد

چه چیزی تغییر کرد؟

تاریخ تغییر (ماه/روز/سال)	مقدار درآمد جدید \$	هر چند وقت یک بار پرداخت می شود؟
---------------------------	------------------------	----------------------------------

B. از دست دادن شغل

نام (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)

نام - کارمند

تاریخ پایان کار (ماه/روز/سال)	تاریخ پرداخت نهایی (ماه/روز/سال)	مبلغ چک دستمزد نهایی \$
-------------------------------	----------------------------------	----------------------------

C. شغل جدید

نام (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)	تاریخ شروع کار (ماه/روز/سال)
نام - کارمند	شماره تلفون

آدرس جاده - کارمند

شهر	ایالت	کد پستی
-----	-------	---------

آیا این شخص در اعتصاب است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ساعت کار هر هفته
ساعت وار پرداخت می شود	مقدار در ساعت \$
آیا این شخص پول نقد و/یا انعام می گیرد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مبلغ در هر دوره پرداخت \$
آیا این شخص پاداش و/یا مزد اضافی دریافت می کند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مبلغ در هر دوره پرداخت \$

هر چند وقت یک بار به این شخص معاش می دهند؟

هفتگی هر 2 هفته دو بار در ماه یک بار در ماه موارد دیگر - در زیر توضیح دهید

نوع کار دائمی <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/>	عنوان شغل مدیر <input type="checkbox"/> کارمندان <input type="checkbox"/>	آیا این شخص یک کارگر مهاجر است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
---	--	--

تمام کسرهای قبل از مالیات را که این شخص از معاش خود برای این شغل برداشته است فهرست کنید.

نوع کسر مالیات	چقدر؟	چند وقت؟
حساب پس انداز مراقبت از طفل	\$	
بیمه عمر گروهی	\$	
حق بیمه صحت	\$	
حساب های پس انداز صحت	\$	
مصارف پارکینگ و حمل و نقل	\$	
کمک های تقاعد	\$	

تغییر در معلومات مالیاتی

از این بخش برای گزارش اگر شخصی در خانه شما تغییری در وضعیت دوسیه مالیاتی مورد انتظار یا وابستگان مالیاتی داشته است استفاده کنید. اگر فرد متاهل است و به طور مشترک دوسیه دارد، فقط باید معلومات یکی از همسران را تکمیل کنید. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، یک ورق کاغذ با معلومات اضافی ضمیمه کنید.

نام (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)	نام - همسر در صورت تشکیل دوسیه مشترک (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)
--	---

آیا این شخص انتظار دارد برای درآمدی که در سال جاری به دست می آورد مالیات بدهد؟

بله خیر

اگر بله، وضعیت دوسیه مالیاتی او چگونه است؟
 مجرد دوسیه مشترک متاهل تشکیل دوسیه جداگانه

آیا این دوسیه مالیاتی به عنوان یک شخص تحت تکفل توسط شخصی خارج از خانه ادعا می شود؟
 بله خیر

وابستگی را که این شخص در مورد مالیات خود مطالبه خواهد کرد، فهرست کنید.

نام - وابسته به مالیات (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	شماره تامین اجتماعی	جنسیت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
--------------------------	---------------------	---

آیا انتظار می رود که این مالیات وابسته به بیش از \$6300 دالر در سال جاری درآمد داشته باشد؟
 بله خیر

آیا انتظار می رود که این مالیات وابسته به بیش از \$1050 دالر درآمد غیرقابل کسب در سال جاری داشته باشد؟ (نقشه فرزند، تامین اجتماعی، درآمد تامین اضافی، غرامت کارگران یا مزایای جانبازان را شامل نشود).
 بله خیر

آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
--	--

نام - وابسته به مالیات (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	شماره تامین اجتماعی	جنسیت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
--------------------------	---------------------	---

آیا انتظار می رود که این مالیات وابسته به بیش از \$6300 دالر در سال جاری درآمد داشته باشد؟
 بله خیر

آیا انتظار می رود که این مالیات وابسته به بیش از \$1050 دالر درآمد غیرقابل کسب در سال جاری داشته باشد؟ (نقشه فرزند، تامین اجتماعی، درآمد تامین اضافی، غرامت کارگران یا مزایای جانبازان را شامل نشود).
 بله خیر

آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
--	--

نام - وابسته به مالیات (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	شماره تامین اجتماعی	جنسیت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
--------------------------	---------------------	---

آیا انتظار می رود که این مالیات وابسته به بیش از \$6300 دالر در سال جاری درآمد داشته باشد؟
 بله خیر

آیا انتظار می رود که این مالیات وابسته به بیش از \$1050 دالر درآمد غیرقابل کسب در سال جاری داشته باشد؟ (نقشه فرزند، تامین اجتماعی، درآمد تامین اضافی، غرامت کارگران یا مزایای جانبازان را شامل نشود).
 بله خیر

آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
--	--

تغییرات دیگر
از این فضا برای گزارش تغییرات دیگر استفاده کنید.

من می دانم که برای پنهان کردن معلومات یا دادن معلومات نادرست جریمه وجود دارد. همچنین می دانم که ممکن است مجبور باشم هر گونه مزایایی را که دریافت می کنم پس بدهم، زیرا تغییرات شرایط خود را به طور کامل گزارش نمی کنم. موافقت می کنم در صورت درخواست، مدرکی بر هرگونه تغییر ارائه کنم. جواب های من در این فرم تا جایی که می دانم صحیح و کامل است.

تاریخ امضا (ماه/روز/سال)

امضا - عضو