

**QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) APPLICATION**

المستفيد المؤهل لبرنامج Medicare (QMB)، والمستفيد من برنامج Medicare لمحدودي الدخل (SLMB)، وطلب الفرد المؤهل (QI)

الاسم	رقم Social Security	رقم Medicare	التاريخ
رقم الهاتف	تاريخ الميلاد	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> أرمل
العنوان (الرقم، الشارع)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

الهدف من هذه المعلومات هو مساعدتك على التقدم بطلبات إلى برامج Qualified Medicare Beneficiary (QMB) (طلب المستفيد من Medicare المؤهل) أو Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) (المستفيد من Medicare المحدد صاحب الدخل المنخفض) أو Qualifying Individual (QI) (الأفراد المؤهلين). وستدفع الولاية أقساط Medicare Parts A و B والاستقطاعات ومبالغ التأمين المشترك للأشخاص المؤهلين لبرنامج QMB. كما ستدفع الولاية أقساط Medicare Part B للأشخاص المؤهلين لبرنامج SLMB أو QI. ويمكنك التقدم بطلب إلى برنامج QMB أو SLMB أو QI من خلال إكمال هذا النموذج وإرساله عبر البريد إلى وكالة الخدمات الاجتماعية المحلية بمقاطعتك.

لتكون مؤهلاً للتقدم بطلب للحصول على برنامج QMB أو SLMB أو QI، يجب أن تتوافر لديك المتطلبات التالية

التأهيل لـ Medicare Part A (تأمين المستشفى).

التأهيل لـ Medicare Part B (التأمين الطبي).

تلبية متطلبات الدخل التالية

**QMB:** صافي الدخل المحتسب عند 100% أو أقل من Federal Poverty Level (FPL) (عند مبلغ \$1,074\* دولار أو أقل للشخص الأعزب أو \$1,452\* دولار للمتزوجين).

**SLMB:** صافي الدخل المحتسب أقل من 120% من FPL (أقل من \$1,288\* للشخص الأعزب أو \$1,742\* للمتزوجين).

**QI:** صافي الدخل المحتسب أقل من 135% من FPL (أقل من \$1,449\* للشخص الأعزب أو \$1,960\* للمتزوجين)

\*إذا كان لديك طفل يعيش معك في المنزل، فقد تكون هذه المبالغ أعلى من تلك المحددة. ويتوقع أن تزيد هذه المبالغ كل عام في شهر أبريل. فإذا تُلقيت تعديلات على تكلفة المعيشة تتعلق بـ Title II Social Security في شهر يناير، فإن هذا المبلغ لن يتم احتسابه حتى شهر أبريل.

امتلاك ما لا يزيد عن \$7,970 دولار في عقار غير معفي للشخص الأعزب أو \$11,960 دولار للشخص المتزوج. تلبية متطلبات وشروط محددة، مثل أن تكون مقيماً في ولاية California.

#### هام

قد تكون مؤهلاً لبرامج Medi-Cal الأخرى بالإضافة إلى برنامجي QMB و SLMB، مثل برامج CalFresh و/أو Medi-Cal مع خصومات التكلفة الشهرية (مشاركة التكلفة). وقد تكون مؤهلاً كذلك لبرنامج Medi-Cal مع إمكانية مشاركة التكلفة الشهرية إن تجاوزت حدود الدخل لبرامج SLMB، QMB، و QI. إن كنت ترغب في التقديم بهذه البرامج، يرجى تحديد "نعم" وسترسل لك المقاطعة نماذج أخرى لاستكمالها.

هل ترغب في التقدم للحصول على ثلاثة أشهر من التغطية بأثر رجعي لبرنامجي SLMB و QI (لا توجد تغطية بأثر رجعي لبرنامج QMB).

قم بإدراج كل الأشخاص الذين يعيشون في منزلك (زوجة/أطفال). إذا كان لديك أكثر من ثلاثة أشخاص يعيشون معك، فيمكنك إدراجهم في صفحة منفصلة.

الاسم	رقم Social Security	الجنس ذكر، أنثى	تاريخ الميلاد	العلاقة بك

قم بإرسال الاستمارة المعبئة بالبريد إلى وكالة الخدمات الاجتماعية المحلية في مقاطعتك.

**A. الدخل المكتسب COUNTY USE**

<p><b>1. قم بتحديد الدخل الشهري غير المكتسب الذي يحصل عليه مقدم طلب الحصول على برنامج QMB/SLMB/QI:</b></p> <p>a. شيك Social Security \$ _____</p> <p>b. مزايا VA \$ _____</p> <p>c. فائدة متحصلة من حسابات بنكية أو شهادات إيداع \$ _____</p> <p>d. دخل من التقاعد \$ _____</p> <p>e. أي دخل آخر غير مكتسب \$ _____</p> <p>f. دخل غير مكتسب Total – أضف السطرين a. من خلال e. \$ _____</p> <p><b>2. إذا كنت متزوجاً وتعيش مع زوجك، فقم بملء الدخل الشهري غير المكتسب الذي يحصل عليه زوجك:</b></p> <p>g. شيك Social Security \$ _____</p> <p>h. مزايا VA \$ _____</p> <p>i. فائدة متحصلة من حسابات بنكية أو شهادات إيداع \$ _____</p> <p>j. أي دخل آخر غير مكتسب \$ _____</p> <p>k. دخل من التقاعد \$ _____</p> <p>l. دخل غير مكتسب Total للزوجة – أضف السطرين g. من خلال k. \$ _____</p> <p><b>3. قم بتحديد الدخل الشهري المكتسب الذي يحصل عليه مقدم طلب برامج QMB/SLMB/QI وزوجك:</b></p> <p>m. الكسب الإجمالي للشخص الذي يرغب في الحصول على خدمات برنامج QMB أو SLMB أو QI \$ _____</p> <p>n. الكسب الإجمالي للزوج \$ _____</p> <p>o. Total – أضف السطرين m. و n. \$ _____</p> <p>p. مطروحاً منه \$65 \$ _____</p> <p>q. الباقي \$ _____</p> <p>r. مقسوماً على 2 \$ _____</p> <p><b>4. إجمالي الدخل:</b></p> <p>أضف السطور f. و a. و r. \$ _____</p> <p>s. مطروحاً منه \$20 (أي استقطاع من الدخل) \$ _____</p> <p><b>5. إجمالي الدخل المكتسب</b> \$ _____</p> <p><b>6. المؤهلون المحتملون للحصول على برنامج QMB أو SLMB أو QI:</b></p> <p>أنت مؤهل محتمل للحصول على خدمات برنامج QMB إذا كان دخلك عند 100% أو أقل من FPL (عند \$1,074* للشخص الأعزب أو عند \$1,452* دولار للمتزوجين).</p> <p>أنت مؤهل محتمل للحصول على خدمات برنامج SLMB إذا كان دخلك أقل من 120% من FPL (أقل من \$1,288* دولار للشخص الأعزب أو عند \$1,742* دولار للمتزوجين).</p> <p>أنت مؤهل محتمل للحصول على خدمات برنامج QI إذا كان دخلك أقل من 135% من FPL (أقل من \$1,449* دولار للشخص الأعزب أو عند \$1,960* دولار للمتزوجين).</p> <p>*إذا كان لديك طفل يعيش في منزل، فقد تكون هذه المبالغ أعلى من تلك المحددة.</p>	<p>Applicant's unearned income (line f) \$ _____</p> <p>Spouse's unearned income (line l) + _____</p> <p>Any Income deduction - _____</p> <p>Net unearned income _____</p> <p>Net earned income (line r) + _____</p> <p>Total net income _____</p> <p>MFBU size _____</p> <p>Compare to QMB/SLMB/QI income limit.</p> <p>If over income limit, is there a spouse and/or children in the home? Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI form.</p>
---	---

**B. الملكية**

قد يكون لدى المتلقي لخدمات برنامج QMB أو SLMB أو QI غير المتزوج أو الذي لا يعيش مع الزوج/الزوجة ملكية محتسبة والتي تساوي مبلغ \$7,970 أو أقل. ويتعين على أي متلقي برنامج QMB أو SLMB أو QI متزوج ويعيش مع الزوج/الزوجة أن يكون لديه ملكية محتسبة تساوي \$11,960 أو أقل.

فيما يلي أمثلة للملكية المحتسبة. هام: المنزل الذي تعيش فيه أنت و/أو زوجك غير محتسب. سيارة واحدة مستخدمة للتنقل غير محتسبة. فإذا كنت ترغب في التقدم إلى وكالة الخدمات الاجتماعية المحلية في مقاطعتك كمتلقي لخدمات برنامج QMB، SLMB أو QI، فإن المقاطعة قد تتعامل مع الملكية المدرجة في هذا النموذج على نحو مختلف. وتوجد أنواع أخرى من الملكية التي ستنتظر إليها وكالة الخدمات الاجتماعية المحلية في مقاطعتك، مثل شهادات الإيداع. وقد تحسب هذه الملكية الأخرى أو لا تحسب فيما يتعلق بحدود الملكية.

قم بتحديد قيمة الملكية التالية التي تخصك أنت أو زوجك أو كليهما.

- |            |   |
|------------|---|
| \$ _____   | 1. حسابات شيكات   |
| \$ _____   | 2. حسابات الادخار   |
| \$ _____   | 3. شهادات إيداع   |
| \$ _____   | 4. الأسهم   |
| \$ _____   | 5. السندات  |
| \$ _____   | 6. سيارة ثانية (القيمة مطروحاً منها المبلغ المستحق)   |
| \$ _____   | 7. سيارة ثانية (القيمة مطروحاً منها المبلغ المملوك)   |
| \$ _____   | 8. القيمة الاستردادية النقدية لبوالص التأمين على الحياة، إذا كانت القيمة الاسمية لكل البوالص مجتمعة تزيد عن \$1,500 (لا تتضمن البوالص "لفترة محدودة") |
| **\$ _____ | 9. إجمالي الملكية – أضف من السطر 1 حتى السطر 8<br>**لا يمكن أن يتجاوز هذا الإجمالي مبلغ \$7,970 دولار للشخص الأعزب أو \$11,960 دولار للمتزوجين.       |

**COUNTY USE**

معلومات إضافية: قد تكون مؤهلاً للحصول على تغطية بأثر رجعي تصل إلى ثلاثة شهور من أقساط Medicare Part B بموجب برنامج SLMB و QI.

ملاحظة: يجب على برنامج Medi-Cal المطالبة التعويض من عقارات بعض أعضاء Medi-Cal المتوفين للقيام بالتعويض بما يشمل أقساط العناية المدارة لخدمات منشأة التمريض والمنزل والخدمات المجتمعية والمستشفى ذو الصلة وخدمات وصفات العقاقير الطبية المقدمة لعضو Medi-Cal المتوفى عند أو بعد عيد ميلاد العضو 55. إذا لم يترك العضو المتوفى عقار أو لم يملك شيئاً عند موته فعندها لن يتم الحجز على أي شيء. يمكنك زيارة موقع استرداد العقارات الإلكتروني للحصول على مزيد من المعلومات على العنوان <http://dhcs.ca.gov/er> أو الاتصال بالرقم 650-0590 (916). غير أنه لا يخضع الأفراد المقيدون في برامج QMB/SLMB/ QI (سواء بالاشتراك مع برنامج Medi-Cal أو بدونه) لاسترداد المصاريف من الملكية فيما يتعلق بأقساط برنامج Medicare أو الاستقطاعات أو مبالغ السداد الثابتة المشتركة.

أقر بموجب عقوبة الحنث باليمين وبموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية و State of California أن المعلومات التي قدمتها في هذه الاستمارة حقيقية وصحيحة وكاملة.	
التاريخ	توقيع (رمز) مقدم الطلب
<b>County Use</b>	
<input type="checkbox"/> QMB approved <input type="checkbox"/> SLMB approved <input type="checkbox"/> QI approved <input type="checkbox"/> QMB/SLMB/QI-denied	
Date	Eligibility Worker's signature

**إفادة الخصوصية الخاصة بـ DHCS**

هذه الاستمارة مخصصة لتلقي الإعانات من خلال Department of Health Care Services (DHCS). المعلومات الشخصية والطبية التي تقدمها على هذه الاستمارة سرية وخاصة. تحتاج DHCS إلى هذه الاستمارة للتعرف عليك وعلى الأشخاص الآخرين المذكورين في هذه الاستمارة وإدارة برامجنا. سوف نشارك معلوماتك مع وكالات تابعة للولايات ووكالات فيدرالية ومحلية ومقاولين وخطط صحية وبرامج من أجل إدارة البرامج فقط، ومع وكالات تابعة للولايات ووكالات وفيدرالية أخرى بحسب ما ينص عليه القانون.

يجب أن تجيب على كافة الأسئلة على هذه الاستمارة ما لم تكن محددة على أنها "اختيارية". إذا كانت استمارتك تفتقد أي شيء نحتاجه، فسوف نتصل بك للحصول عليه. إذا لم تقدم هذه الاستمارة، فلن نتمكن من اتخاذ قرار بخصوص إعاناتك. قد يتعين عليك تقديم طلب جديد أو قد يتم رفض تقديم الخدمات إليك.

وفي معظم الحالات، يحق لك رؤية المعلومات الشخصية الخاصة بك المحفوظة في السجلات الفيدرالية والسجلات الخاصة بالولايات. يمكنك الاطلاع على هذه المعلومات بصيغة بديلة (بطباعة كبيرة على سبيل المثال) إذا كنت بحاجة إليها. لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بـ DHCS Information Protection Unit على:

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA

95899-7413

Phone: 1-866-866-0602

TTY: 1-877-735-2929

تمنحك قوانين الولايات هذه الحق في تجميع المعلومات والاحتفاظ بها: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9 Privacy Statement. يجب أن نعطيك under CA Civil Code § 1798.17 هذه.