

QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) APPLICATION
«MEDICARE»-ի ԻՐԱՎԱՍՈՒՄ ԵՎ ՆՊԱՍՏԱՌՈՒԻ (QMB), ՑԱԾՐ ԵԿՎԱՍՈՒՄ ԱՆՁ ՈՒՆԵՑՈՂ ՃԱՆԱԶՎԱԾ ՆՊԱՍՏԱՌՈՒԻ (SLMB) ԵՎ ԻՐԱՎԱՍՈՒՄ ԱՆՁԻ (QI) ԴԻՄՈՒՄ

Անունը		«Social Security»-ի համարը	«Medicare»-ի համարը	Ամսաթիվը
Հեռախոսի համարը ()	Ծննդյան ամսաթիվը	Սեռը <input type="checkbox"/> արական <input type="checkbox"/> իգական	Ընտանեկան դրությունը` <input type="checkbox"/> ամուսնացած <input type="checkbox"/> ամուսնալուծված <input type="checkbox"/> առանձնացած <input type="checkbox"/> ամուրի <input type="checkbox"/> այրի	
Հասցեն (համարը, փողոցը)		Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը

Այս տեղեկությունների նպատակն է օգնել Ձեզ դիմել *Qualified Medicare Beneficiary* (QMB) («Medicare»-ի որակված նպաստառուի), *Specified Low-Income Medicare Beneficiary* (SLMB) («Medicare»-ի սահմանված ցածր եկամուտ ունեցող նպաստառուի), *Qualifying Individual* (QI) (կամ Որակված անհատի) ծրագրերի համար: Նահանգը կվճարի QMB ծրագրին մասնակցելու իրավասու անձանց «Medicare»-ի «Part A»-ի և «Part B»-ի ապահովագիմը, չապահովագրված մասը և համաապահովագրությունը: Նահանգը կվճարի SLMB կամ QI ծրագրերին մասնակցելու իրավասու անձանց «Medicare»-ի «Part B»-ի ապահովագիմը: Դուք կարող եք դիմել QMB, SLMB կամ QI ծրագրերին մասնակցելու համար՝ լրացնելով այս թերթիկը և ուղարկելով այն սոցիալական ծառայությունների Ձեր շրջանային գործակալություն:

QMB, SLMB կամ QI ծրագրի իրավունք ստանալու համար Դուք պետք է՝

- «Medicare»-ի A մասի իրավասություն (հիվանդանոցային ապահովագրություն) ունենաք:
 - «Medicare»-ի B մասի իրավասություն (բժշկական ապահովագրություն) ունենաք:
 - Բավարարեք եկամտի վերաբերյալ հետևյալ պահանջները.
 - QMB**՝ զուտ հաշվարկելի եկամուտը պետք է «Federal Poverty Level»-ի (FPL) 100%-ի չափ կամ դրանից ցածր լինի (անհատի դեպքում՝ \$1,153* կամ պակաս, իսկ ամուսնական զույգի դեպքում՝ \$1,546* կամ պակաս):
 - SLMB**՝ զուտ հաշվարկելի եկամուտը պետք է FPL-ի 120%-ից ցածր լինի (անհատի դեպքում՝ \$1,380*-ից, իսկ ամուսնական զույգի դեպքում՝ \$1,852*-ից պակաս):
 - QI**՝ զուտ հաշվարկելի եկամուտը պետք է FPL-ի 135%-ից ցածր լինի (անհատի դեպքում՝ \$1,550*-ից, իսկ ամուսնական զույգի դեպքում՝ \$2,081*-ից պակաս):
- *Եթե Դուք տանը Ձեզ հետ ապրող երեխա ունեք, այդ գումարները կարող են ավելի մեծ լինել: Ակնկալվում է, որ ամեն տարի ապրիլին այդ գումարների չափը կմեծանա: Եթե հունվարին Ձեզ համար «Title II»-ի «Social Security»-ի ապրուստի համար անհրաժեշտ նվազագույն գումարի ճշգրտում է կատարվել, ապա այդ գումարը հաշվի չի առնվի մինչև ապրիլ ամիսը:
- Անհատի դեպքում՝ \$130,000-ը, իսկ ամուսնական զույգի դեպքում՝ \$195,000-ը չգերազանցող պարտավորությունից չազատված սեփականություն ունենաք:
 - Բավարարեք որոշակի պահանջներ և պայմաններ, օրինակ՝ California-ի բնակիչ լինեք:

ԿԱՐԵՎՈՐ Է

QMB և SLMB ծրագրերից բացի Դուք կարող եք իրավասու լինել մասնակցելու նաև Medi-Cal ի այլ ծրագրերի, օրինակ՝ սննդամթերքի կտրոնների ծրագրին և/կամ անսական

ԼՐԱՑՎԱԾ ԹԵՐԹԻԿԸ ՓՈՍՏՈՎ ՈՒՂԱՐԿԵՔ ՁԵՐ ՇՐՋԱՆԻ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳՈՐԾԱՎԱԼՈՒԹՅՈՒՆ:

Ժախսի համեմատ զեղչ տրամադրող (ծախսերի բաժնով) Medi-Cal ին: Հնարավոր է, որ Դուք ամսական ծախսերի բաժնով Medi-Cal ի իրավասություն Դուք ունենաք նաև այն դեպքում, եթե Ձեր եկամուտը **գերազանցում** է QMB, SLMB և QI ծրագրերի սահմանաչափը: Եթե Դուք ցանկանում եք դիմել այդ ծրագրերի համար, նշան դրեք «այո» վանդակում, և շրջանը Ձեզ այլ թերթիկներ կուղարկի, որ Դուք լրացնեք:

Այո Ոչ

Դուք ցանկանում եք դիմել հետին թվով SLMB և QI ծրագրերի եռամսյա ապահովագրության համար (QMB-ի համար հետին թվով ապահովագրություն չկա):

Այո Ոչ

Թվեք Ձեր տանը բնակվող բոլոր անձանց (կնոջը կամ ամուսնուն/երեխաներին): Եթե Ձեզ հետ ավելի քան երեք հոգի է ապրում, նրանց կարող եք նշել առանձին էջի վրա:

Անունը	«Social Security»-ի համարը	Սեռը արական իգական	Ծննդյան ամսաթիվը	Հարաբերությունը Ձեզ հետ

A. ՀԱՇՎԱՐԿԵԼԻ ԵԿԱՍՈՒՏԸ

COUNTY USE

1. Նշեք QMB-ի/SLMB-ի/QI-ի համար դիմողի ստացած ԱՄՍԱԿԱՆ չվաստակած եկամուտը:

- a. «Social Security»-ի վճարագիր \$ _____
- b. VA նպաստներ \$ _____
- c. Բանկային հաշիվներից կամ ավանդի վկայագր(եր)ից ստացած շահ \$ _____
- d. Կենսաթոշակ \$ _____
- e. Այլ չվաստակած եկամուտ \$ _____
- f. Total ՉՎԱՍՏԱԿԱԾ ԵԿԱՍՈՒՏ՝ գումարեք a.-ից e. տողերը \$ _____

Applicant's unearned income (line f)
\$ _____

Spouse's unearned income (line l)
+ _____

2. Եթե Դուք ամուսնացած եք և Ձեր ԿՆՈՋ կամ ԱՍՈՒՍՆՈՒ հետ եք ապրում, լրացրեք Ձեր կնոջ կամ ամուսնու ստացած ԱՄՍԱԿԱՆ չվաստակած եկամուտը:

- g. «Social Security»-ի վճարագիր \$ _____
- h. VA նպաստներ \$ _____
- i. Բանկային հաշիվներից կամ ավանդի վկայագր(եր)ից ստացած շահ \$ _____
- j. Այլ չվաստակած եկամուտ \$ _____
- k. Կենսաթոշակ \$ _____
- l. Total ԿՆՈՋ ԿԱՍ ԱՍՈՒՍՆՈՒ ՉՎԱՍՏԱԿԱԾ ԵԿԱՍՈՒՏ՝ գումարեք g.-ից k. տողերը \$ _____

Any Income deduction
- _____

Net unearned income

Net earned income (line r)
+ _____

3. Նշեք QMB-ի/SLMB-ի/QI-ի համար դիմողի և նրա կնոջ կամ ամուսնու ստացած ԱՄՍԱԿԱՆ վաստակած եկամուտը:

- m. Այն անձի համախառն եկամուտը, ով ցանկանում է QMB, SLMB կամ QI լինել \$ _____
- n. Կնոջ կամ ամուսնու համախառն եկամուտը \$ _____
- o. Total՝ գումարեք m. և n. տողերը \$ _____
- p. Հանեք \$65 \$ _____
- q. Մնացորդը \$ _____
- r. Բաժանեք 2-ի \$ _____

Total net income

MFBU size

4. Ընդհանուր եկամուտը՝

Գումարեք f., l. և r. տողերը \$ _____
 s. Հանեք \$20 (եկամուտից ցանկացած հանուրդ) \$ _____

5. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀԱՇՎԱՐԿԵԼԻ ԵԿԱՍՈՒՏԸ

\$ _____

6. QMB-ի, SLMB-ի կամ QI-ի համար հավանական իրավասու անձինք.

Դուք հավանական իրավասու անձ եք համարվում QMB-ի համար, եթե Ձեր եկամուտը FPL-ի 100%-ի չափ կամ դրանից ցածր է (ամհատի դեպքում՝ \$1,153* կամ պակաս, իսկ ամուսնական զույգի դեպքում՝ \$1,546* կամ պակաս):

Դուք հավանական իրավասու անձ եք համարվում SLMB-ի համար, եթե Ձեր եկամուտը FPL-ի 120%-ից ցածր է (ամհատի դեպքում՝ \$1,380*-ից, իսկ ամուսնական զույգի դեպքում՝ \$1,852*-ից պակաս):

Դուք հավանական իրավասու անձ եք համարվում QI-ի համար, եթե Ձեր եկամուտը FPL-ի 135%-ից ցածր է (ամհատի դեպքում՝ \$1,550*-ից, իսկ ամուսնական զույգի դեպքում՝ \$2,081*-ից պակաս):

*Եթե Դուք տանը երեխա ունեք, այդ գումարները կարող են ավելի մեծ լինել:

COUNTY USE

Compare to QMB/SLMB/QI income limit.

If over income limit, is there a spouse and/or children in the home? Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI form.

B. ՍԵՓՎԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Իր կնոջ կամ ամուսնու հետ չապրող QMB-ն, SLMB-ն կամ QI-ը կարող է \$130,000-ի չափ կամ դրանից պակաս հաշվարկելի սեփականություն ունենալ: Ամուսնացած և իր կնոջ կամ ամուսնու հետ ապրող QMB-ն, SLMB-ն կամ QI-ը կարող է \$195,000-ի չափ կամ դրանից պակաս հաշվարկելի սեփականություն ունենալ:

Ստորև բերված են հաշվարկելի եկամուտի օրինակներ: **Կարևոր է:** Տունը, որում բնակվում եք Դուք և/կամ Ձեր կինը/ամուսինը, հաշվի չի առնվում: Փոխադրման համար օգտագործվող մեկ ավտոմեքենան հաշվի չի առնվում: Եթե Դուք դիմում եք սոցիալական ծառայությունների Ձեր շրջանային գործակալություն: որպես QMB, SLMB կամ QI, ապա շրջանը կարող է տարբեր կերպ վերաբերվել այս թերթիկում նշված սեփականությանը: Կան սեփականության մաս այլ տեսակներ, որոնք Շրջանի սոցիալական ծառայությունների գործակալություն նույնպես կուսումնասիրի, օրինակ՝ ավանդի վկայագիրը/վկայագրերը: Սեփականության այդ տեսակները կարող են հաշվի առնվել կամ չառնվել սեփականության սահմանաչափը որոշելիս:

Լրացրեք Ձեզ, Ձեր կնոջը/ամուսնուն կամ երկուսիդ պատկանող հետևյալ սեփականության արժեքը:

- 1. ընթացիկ հաշիվներ \$ _____
- 2. խնայողական հաշիվ \$ _____
- 3. ավանդի վկայագիր/վկայագրեր \$ _____
- 4. արժետոմսեր \$ _____
- 5. պարտատոմսեր \$ _____
- 6. երկրորդ մեքենա (գինը մինուս չվճարված մասը) \$ _____
- 7. երկրորդ տուն (գինը մինուս չվճարված մասը) \$ _____
- 8. կյանքի ապահովագրերի ետգնման գումարը, եթե \$ _____
բոլոր ապահովագրերի համատեղ անվանական արժեքը գերազանցում է \$1,500-ը (մի հաշվեք կյանքի «Ժամկետային» ապահովագրերը)

COUNTY USE

9. Ընդհանուր ՍԵՓԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ՝ գումարեք 1-ից 8-րդ տողերը ****\$ _____**
****Այս ընդհանուր գումարը մեկ անձի համար չպետք է գերազանցի \$130,000-ը, իսկ ամուսնական զույգի համար՝ \$195,000-ը:**

Լրացուցիչ տեղեկություններ: Հնարավոր է, որ SLMB և QI ծրագրերով՝ Դուք իրավասու լինեք **մինչև երեք ամիս հետին թվով ապահովագրություն ստանալու**՝ «Medicare»-ի Չեր «Part B»-ի ապահովագրի համար:

ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ: «Medi-Cal» ծրագիրը պետք է փորձի «Medi-Cal»-ի որոշ մահացած անդամների գույքի հաշվին փոխհատուցել իր ծախսերը, այդ թվում՝ կառավարվող բուժսպասարկման ամսվճարները, ծերանոցի, տնային և համայնքային ծառայությունների ու դրանց հետ կապված հիվանդանոցային ու դեղատոմսային դեղերի ծառայությունների համար կատարված վճարումները, որոնք տրամադրվել են «Medi-Cal»-ի մահացած անդամին՝ վերջինիս 55-րդ տարեդարձին կամ դրանից հետո: Եթե ծրագրի անդամը մահանալիս գույք կամ պարտք չի թողնում, ապա նա ազատ է որևէ պարտավորությունից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք այցելել «Գույքի հաշվին փոխհատուցում» կայքը՝ <http://dhcs.ca.gov/er> հասցեով, կամ զանգահարել (916) 650-0590: Սակայն QMB/SLMB/QI ծրագրերում ընդգրկված անձինք (կամ «Medi-Cal»-ի հետ միասին, կամ առանց դրա) ենթակա չեն գույքի հաշվին «Medicare»-ի ապահովագրի, չապահովագրված մասի կամ համավճարումների համար կատարված ծախսերի փոխհատուցման:

Կեղծ տվյալներ տրամադրելու համար Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների և State of California-ի օրենքների համաձայն պատասխանատվության ենթարկվելու սպառնալիքի տակ՝ ես հայտարարում եմ, որ այս թերթիկի վրա իմ տրամադրած տեղեկությունները ճշմարտացի, ստույգ և ամբողջական են:	
Դիմորդի ստորագրությունը (կամ նշանը) ➤	Ամսաթիվը
County Use	
<input type="checkbox"/> QMB approved <input type="checkbox"/> SLMB approved <input type="checkbox"/> QI approved <input type="checkbox"/> QMB/SLMB/QI-denied	
Eligibility Worker's signature ➤	Date

DHCS-ի ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՓԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՊԱՆՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Այս թերթիկը «Department of Health Care Services»-ի (DHCS)-ի միջոցով նպաստներ ստանալու համար է: Դիմումի մեջ Ձեր կողմից տրամադրվող անձնական և բժշկական տեղեկությունները գաղտնի են: DHCS-ը դրանց օգնությամբ պետք է պարզի Ձեր և այս թերթիկի մեջ նշված այլ անձանց ինքնությունը և կառավարի մեր ծրագրերը: Մենք Ձեր մասին տեղեկություններն այլ նահանգային, դաշնային և տեղական կազմակերպությունների, կապալառուների և առողջապահական ծրագրերի կտրամադրենք միմիայն ծրագրերն իրականացնելու նպատակով, ինչպես նաև կտրամադրենք այլ նահանգային և դաշնային կազմակերպությունների՝ օրենքով թույլատրված կարգով:

Դուք պետք է պատասխանեք այս թերթիկի մեջ տրված բոլոր հարցերին, բացառությամբ այն հարցերի, որոնց դիմաց նշված է «կամընտրական»: Եթե Ձեր թերթիկի մեջ մեզ անհրաժեշտ որևէ տեղեկություն պակաս լինի, մենք Ձեզ հետ կապ կհաստատենք այն ստանալու համար: Եթե Դուք չտրամադրեք այդ տեղեկությունները, մենք չենք կարողանա որոշում կայացնել Ձեր նպաստների կապակցությամբ: Հնարավոր է, որ Դուք ստիպված լինեք նոր դիմում ուղարկել, այլապես ծառայությունները կմերժվեն:

Մեծ մասամբ Դուք իրավունք ունեք տեսնելու Ձեր մասին այն անձնական տեղեկությունները, որոնք պահվում են դաշնային և նահանգային կազմակերպություններում: Ցանկության դեպքում՝ Դուք կարող եք դրանք տեսնել այլընտրանքային ձևաչափով (օրինակ՝ խոշորատառ): Լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք DHCS-ի Information Protection Unit՝

P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Հետևյալ նահանգային օրենքները մեզ իրավունք են տալիս հավաքել և պահել տեղեկությունները. CA Welfare and Institutions Code « 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9: Մենք պետք է Ձեզ տանք հետևյալը. Privacy Statement under CA Civil Code § 1798.17: