

QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) APPLICATION
अर्हताप्राप्त चकित्सा सहायता लाभार्थी (QMB), वशिष्ट नमिन आय चकित्सा सहायता लाभार्थी (SLMB), और अर्हकारी व्यक्तगित (QI) आवेदन

नाम		Social Security संख्या		Medicare संख्या	दिनांक
टेलीफोन नंबर ()	जन्म तिथि	लिंग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला	वैवाहिक स्थिति <input type="checkbox"/> ववाहित <input type="checkbox"/> तलाकशुदा <input type="checkbox"/> अलग <input type="checkbox"/> अववाहित <input type="checkbox"/> वधवा		
पता (सड़क संख्या)		शहर	राज्य	ज़िप कोड	

यह जानकारी Qualified Medicare Beneficiary (QMB) (योग्य मेडिकेयर लाभकारी के लिये है), Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) (निर्धारित नमिन-लाभ मेडिकेयर लाभकारी), or the Qualifying Individual (QI) (योग्यता वाले व्यक्ति)। रिकॉर्डों के लिए आवेदन करने में आपकी सहायता के लिए है। QMB कार्यक्रम के लिए योग्य व्यक्तियों के लिए राज्य Medicare Parts A और B प्रीमियम, कटौती, और सहबीमा फीस को भुगतान करेंगे। SLMB या QI के लिए योग्य व्यक्तियों के लिए राज्य Medicare Part B प्रीमियम का भुगतान करेंगे। इस फॉर्म को पूरा करके अपने नजदीकी स्थानीय काउंटी सामाजिक सेवा एजेंसी को मेल करके आप QMB, SLMB, या QI के लिए आवेदन कर सकते हैं।

QMB, SLMB, या QI के योग्य होने के लिए, आपको चाहिए की

- Medicare Part A के लिए योग्य होना चाहिए (अस्पताल बीमा)।
- Medicare Part B के लिए योग्य होना चाहिए (मेडिकल बीमा)।
- नमिनलखित आय आवश्यकताओं को पूरा होनी चाहिए।
 - QMB:** आपकी आधिकारिक नेट आय Federal Poverty Level (FPL) (संघीय गरीबी रेखा) के बराबर या 100% से कम (एक के लिए \$1,153* बराबर व एक जोड़े के लिए \$1,546*) की आय होनी चाहिए
 - SLMB:** आपकी आधिकारिक नेट आय FPL के 120% से नीचे (एक व्यक्तिके लिए \$1,380* से कम व एक जोड़े के लिए \$1,852*) होनी चाहिए
 - QI:** आपकी आधिकारिक नेट आय FPL के 135% से नीचे (एक व्यक्तिके लिए \$1,550* से कम व एक जोड़े के लिए \$2,081) होनी चाहिए

*यदि आपके घर में बच्चा साथ रहता है, तो यह राशि अधिक हो सकती है। प्रत्येक वर्ष अप्रैल में इन राशियों में वृद्धि होने की उम्मीद है। यदि आपको जनवरी में Title II Social Security से रहने की जीवित आय के लिए एक समायोजन प्राप्त हुआ है, तो यह राशि अप्रैल तक गिना नहीं जाएगा।

- एक व्यक्तिके लिए छूट के बिना कर संपत्ति \$130,000 से अधिक नहीं होनी चाहिए व एक जोड़े के लिए \$195,000 से अधिक नहीं होनी चाहिए
- कुछ आवश्यकताओं और शर्तों को पूरा करना, जैसे कि California का निवासी होना

महत्वपूर्ण

आप QMB और SLMB कार्यक्रमों के अलावा अन्य Medi-Cal कार्यक्रमों के लिए भी पात्र हो सकते हैं, जैसे कि CalFresh तथा/या मासिक स्पेंडडाउन (spenddown) (लागत में साझा) के साथ Medi-Cal के लिए। अगर आप QMB, SLMB तथा QI कार्यक्रमों की आय सीमा से **ऊपर** हैं, तब शायद आप मासिक लागत में साझा के साथ मेडी-कैल के लिए भी पात्र हो सकते हैं। अगर आप इन अन्य कार्यक्रमों के लिए भी आवेदन करना चाहते हैं, तब हाँ पर चेक करिए और काउंटी आपको पूरे करने के लिए अन्य पत्र भी भेजेगे।

क्या आप SLMB और QI प्रोग्राम्स के लिए तीन माह के पूर्वव्यापी कवरेज के लिए आवेदन करना चाहते हैं (QMB के लिए कोई पूर्वव्यापी कवरेज नहीं है) हाँ नहीं

भरे हुए फॉर्म को आपके काउंटी सोशल सर्विसिज एजेंसी को मेल करें।

अपने परिवार में रहने वाले सभी व्यक्तियों का सूचीबद्ध करें (पति-पत्नी)/ बच्चे। यदि आपके साथ तीन से ज्यादा लोग रहते हैं, तो आप उन्हें एक अलग पृष्ठ पर सूचीबद्ध कर सकते हैं।

नाम	Social Security संख्या	लिंग पुरुष महिला	जन्म तिथि	आप से सम्बन्ध

A. गणना योग्य आय

COUNTY USE

1. QMB / SLMB / QI आवेदक द्वारा प्राप्त मासिक अनर्जति आय भरें:

- a. Social Security की जांच \$ _____
- b. VA लाभ \$ _____
- c. बैंक खाते या जमा प्रमाण पत्र से ब्याज \$ _____
- d. सेवानिवृत्ति आय \$ _____
- e. कोई अन्य अनर्जति आय \$ _____
- f. Total अनावृत्त आय - लाइनों को जोड़ें a. e. के माध्यम से \$ _____

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

Spouse's unearned income (line l)
+ _____

2. यदि आप विवाहित हैं और अपने पत्नी के साथ रह रहे हैं, तो अपने पत्नी द्वारा प्राप्त मासिक अनर्जति आय भरें:

- g. Social Security की जांच \$ _____
- h. VA लाभ \$ _____
- i. बैंक खाते या जमा प्रमाण पत्र से ब्याज \$ _____
- j. कोई अन्य अनर्जति आय \$ _____
- k. सेवानिवृत्ति आय \$ _____
- l. Total पत्नी/ पतिद्वारा प्राप्त मासिक अनर्जति आय - लाइनों को जोड़ें g. k. के माध्यम से \$ _____

Any Income deduction
- _____

Net unearned income

3. QMB / SLMB / QI आवेदक और उनकी पत्नी/पतिद्वारा प्राप्त मासिक अनर्जति आय भरें:

- m. उस व्यक्तिका सकल आय जो QMB, SLMB, या QI होना चाहता है \$ _____
- n. पत्नी की सकल आय \$ _____
- o. Total- m. लाइनों को जोड़ें n. के माध्यम से \$ _____
- p. \$65 को घटाएं \$ _____
- q. शेष \$ _____
- r. 2 से भाग \$ _____

Net earned income (line r)
+ _____

Total net income

4. कुल आय:

- f. लाइनों को जोड़ें, l. और r \$ _____
- s. \$20 घटाएं (कोई आय की कटौती) \$ _____

MFBU size

5. कुल गणनीय आय

\$ _____

Compare to QMB/SLMB/QI income limit.

6. संभावित QMB, SLMB, या QI के पात्र:

- आप QMB के एक संभावित पात्र हैं यदि आपकी आय 100% FPL के बराबर या कम है (एक व्यक्तिके लिए \$1,153*, व एक विवाहितके लिए \$1,546* में)।

If over income limit, is there a spouse and/or children

- आप SLMB के एक संभावित पात्र हैं यदि आपकी आय 120% FPL से कम

है (\$1,380* एक व्यक्ति के लिए, व एक ववाहित के लिए \$1,852* से कम).

आप QI के एक संभावित पात्र हैं यदि आपकी आय 135% FPL से कम है (\$1,550* एक व्यक्ति के लिए, व एक ववाहित के लिए \$2,081* से कम).

यदि आपके घर में एक बच्चा है, तो यह राशि अधिक हो सकती है।

COUNTY USE

in the home?
Complete the MC
176-2 A QMB/
SLMB/QI form.

B. संपत्ति

एक QMB, SLMB, या QI जो ववाहित नहीं है या जो अपने जीवनसाथी के साथ नहीं रह रहा है, वह उसकी गणना योग्य संपत्ति \$130,000 रख सकता है। एक QMB, SLMB, या QI जो ववाहित है या जो अपने जीवनसाथी के साथ रह रहा है, वह उसकी गणना योग्य संपत्ति \$195,000 के बराबर या कम रख सकता है। निम्नलिखित व्यक्ति की मलिकियत में गणना किए जाने योग्य संपत्ति के उदाहरण हैं। **महत्वपूर्ण:** उस घर को नहीं गिना जाएगा, जिसमें आप और/या आपका जीवनसाथी रहते हैं। परिवहन के लिए उपयोग की जाने वाली एक कार **नहीं** गिनी जाएगी। यदि आप QMB, SLMB, या QI के तौर अपने स्थानीय प्रान्त समाज सेवा एजेंसी को आवेदन करते हैं, प्रान्त आपके द्वारा इस फॉर्म पर शामिल की गई संपत्ति के साथ अलग-अलग व्यवहार कर सकती है। कुछ अन्य प्रकार की संपत्तियां भी हैं जिन पर प्रान्त समाल सेवा एजेंसी, नजर डालेगी जैसे, जमा(ओं) के प्रमाणपत्र। इस अन्य संपत्ति की गणना संपत्ति सीमा में **की जा सकती है** या **नहीं की जा सकती है**।

निम्नलिखित संपत्ति के मूल्य को भरें जो आपके, आपके पति-पत्नी, या आप दोनों के हैं।

- | | |
|---|----------|
| 1. चेकिंग खाते | \$ _____ |
| 2. बचत खाता | \$ _____ |
| 3. डिपॉजिट्स के प्रमाण पत्र | \$ _____ |
| 4. स्टॉक्स | \$ _____ |
| 5. बांड्स | \$ _____ |
| 6. एक दूसरी कार (मूल्य से बकाया राशि घटाएं) | \$ _____ |
| 7. एक दूसरा घर (मूल्य से बकाया राशि घटाएं) | \$ _____ |
| 8. जीवन बीमा पॉलिसियों का नकद मूल्य यदि सभी संयुक्त पॉलिसियों का नाममात्र मूल्य \$1,500 से अधिक है ("टर्म" बीमा पॉलिसियों को शामिल न करें)) | \$ _____ |
| 9. कुल संपत्ति-1 लाइन को जोड़ें 8 के माध्यम से **\$ | _____ |

**एक व्यक्ति के लिए \$130,000 व एक जोड़े के लिए \$195,000 से अधिक यह टोटल नहीं हो सकता।

अतिरिक्त जानकारी: आप SLMB और QI प्रोग्राम्स के तहत अपने Medicare Part B **प्रीमियम के तीन महीने पूर्वव्यापी कवरेज के पात्र हो सकते हैं।**

नोट: Medi-Cal कार्यक्रम को कुछ निश्चित दिवंगत Medi-Cal सदस्यों से उस भुगतान को कवर करने के लिए व्यक्तिगत संपत्तियों में से वापस भुगतान प्राप्त होना चाहिए, जिसमें प्रबंधित देखभाल प्रीमियम, नर्सिंग सुविधाओं में सेवाएं और घर और समुदाय में सेवाएं, और दिवंगत को उसके 55वें जन्मदिन पर या उसके बाद दी गई अस्पताल और दवाओं की सेवाएं शामिल हैं। यदि दिवंगत Medi-Cal सदस्य कोई भी संपत्ति नहीं छोड़ जाते हैं या जब उनकी मृत्यु हुई उनके पास हमारे लिए कुछ नहीं था, उन्हें कुछ भी नहीं देना होगा। अधिक जानकारी के लिए राज्य रिकवरी वेबसाइट <http://dhcs.ca.gov/er> पर विजिट करें या (916) 650-0590 पर कॉल करें। QMB/SLMB/QI प्रोग्राम्स में नामांकित व्यक्ति (या तो मेडी-कैल या इसके बिना संयोजन में), Medicare प्रीमियम, कटौती या सह-भुगतान के लिए एस्टेट रिकवरी के अधीन नहीं हैं।

COUNTY USE

संयुक्त राज्य अमेरिका और State of California के कानूनों के तहत झूठी गवाही के दंड के तहत मैं घोषित करता हूँ, इस फॉर्म में दी गई जानकारी सच, सही और पूर्ण है।	
आवेदक के हस्ताक्षर (या चिह्न) ➤	दिनांक
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 की गोपनीयता कथन

यह फॉर्म हेल्थ Department of Health Care Services (DHCS) (हेल्थ केयर सर्विसेज के विभाग (डीएचसीएस)) से लाभ प्राप्त करने के लिए है। इस फॉर्म में आपके द्वारा दी गई व्यक्तिगत और चिकित्सा संबंधित जानकारी निजी और गोपनीय है। DHCS को इस फॉर्म में आपको और अन्य लोगों की पहचान करनी है और आपके कार्यक्रमों का संचालन करने की आवश्यकता है। हम आपकी जानकारी को अन्य राज्य, संघीय, और स्थानीय एजेंसियों, ठेकेदारों, स्वास्थ्य योजनाओं और कार्यक्रमों को मात्र कार्यक्रमों को संचालित करने हेतु ही साझा करेंगे, तथा अन्य राज्य और संघीय एजेंसियों से कानून द्वारा जरूरी होने पर साझा करेंगे।

आपको इस फॉर्म के सभी प्रश्नों का जवाब देना है जब तक कि उन्हें "वैकल्पिक" चिह्नित न किया हो। यदि आपके फॉर्म में छूटी हुई जानकारी प्राप्त करने हेतु हम आपसे संपर्क करेंगे। यदि आप छूटी हुई जानकारी प्रदान नहीं करेंगे, तो हम आपके लाभ पर निर्णय नहीं सकते। आपको एक नया आवेदन जमा करना पड़ सकता है, या सेवाओं को अमान्य किया जा सकता है।

ज्यादातर मामलों में, आपके पास व्यक्तिगत जानकारी देखने का अधिकार है जो संघीय और राज्य रिकॉर्ड में उपलब्ध व्यक्तिगत जानकारी देखने का अधिकार आपके पास है। जरूरत पड़ने पर आप इसे वैकल्पिक प्रारूप में देख सकते हैं (जैसे बड़े प्रिंट)। अधिक जानकारी के लिए, DHCS Information Protection Unit से इस पते पर संपर्क करें:

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

हमें जानकारी एकत्र करने और रखने का अधिकार राज्य के कानून देते हैं: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. CA Civil Code § 1798.17 के तहत हमें आपको यह Privacy Statement दनी चाहिए।