

التاريخ:

رقم القضية:

إسم القضية:

### إخطار إلى مقدمي الطلبات والمشاركين بشأن التأمين الصحي من طرف ثالث (Arabic)

يُشترط على مقدمي الطلبات لتلقي مخصصات برنامج المساعدة النقدية والمشاركين فيه، كأحد شروط التأهيل، أن يقدموا ويستخدموا أي تأمين صحي جماعي متوفر لديهم. يمكن أن تُقدّم تغطية التأمين هذه من قبل صاحب العمل الحاضر أو السابق أو من خلال خطة صحية نقابية، أو أن تكون تغطية مزوّدة تحت خطة تأمين لقريب مسؤول شرعاً أو من قبل أي مصدر آخر.

يتطلب منك أن تقدّم معلومات تغطية التأمين الصحي لنفسك وللأقارب المسؤولين شرعاً الآخرين المؤهلون لتأمين صحي جماعي. يرجى أن تطلب من الشخص الملائم (صاحب العمل الحالي / السابق، ممثل نقابة أو أي طرف آخر يقدم تأمين صحي جماعي) ملء ظهر هذا النموذج بالكامل ورده إليك. إذا طُلب منك رد النموذج بالبريد، فأرسله إلى العنوان المعطى لك. إذا كان لديك موعد محدد لإجراء مقابلة، فعليك إحضار النموذج المملوء بالكامل معك مع البطاقات التعريفية التي صدرت لك بشأن كل من التأمين الصحي وطب الأسنان والنظر والأدوية.

في حال رفضك أو عدم تعاونك في تثبيت هذه المعلومات، أو رفضك للتقديم لأي تأمين صحي جماعي متوفر لك، فيجوز رفض طلبك لتلقي المساعدة النقدية و Medicaid أو إنهاء مخصصاتك منها عملاً بأحكام الفقرة NYCRR 351.1(b)(2)(iii).

أشمل في مجموعة "A" / حزمة إعادة تثبيت اللياقة

إسم مقدم الطلب / المشترك: \_\_\_\_\_ رقم القضية: \_\_\_\_\_

التأمين الصحي لـ: \_\_\_\_\_  
(إسم الموظف الحالي / السابق)

تاريخ بدء العمل لديكم: \_\_\_\_\_ تاريخ إنتهاء العمل لديكم: \_\_\_\_\_

عنوان بيت الموظف أثناء العمل عندكم: \_\_\_\_\_

الولاية: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي المستخدم لصرف الراتب: \_\_\_\_\_

هل لدى الموظف تأميناً صحياً؟  نعم  لا

من خلال صاحب العمل: \_\_\_\_\_ من خلال نقابة: \_\_\_\_\_

إسم شركة التأمين: \_\_\_\_\_ رقم المجموعة: \_\_\_\_\_

رقم البوليصا أو بطاقة هوية التأمين: \_\_\_\_\_ تواريخ التغطية: من: \_\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_\_

أسماء الأفراد الذين تشملهم تغطية التأمين: \_\_\_\_\_

قدر المبلغ المدفوع من الموظف: \$ كل: \_\_\_\_\_ (أسبوع / شهر)

أنواع التغطية المشمولة. ضع علامة "X" في كل رمز تغطية ملائم	طب رئيسي	استشفاء داخلي	رعاية المسنين	مريض خارجي	أدوية من الصيدلية	رعاية منزلية	طب أسنان	تمريضي للمسنين	مأوى النظر
	<input type="checkbox"/>								

إن لم يعد الموظف يعمل عندك، فهل لا يزال متوفر له / لها تغطية التأمين الصحي؟  نعم  لا

هل يمكن تحويل البوليصا إلى بوليصة فردية؟  نعم  لا

كلفة التحويل للموظف: \$ كل: \_\_\_\_\_ (أسبوع / شهر)

#### معلومات عن صاحب العمل

العنوان: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

لمدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

الرقم التعريفي لصاحب العمل/ Employer ID No.: \_\_\_\_\_

يرجى كتابة اسمك بحروف كبيرة وواضحة / Please print your name: \_\_\_\_\_

التوقيع/ Signature: \_\_\_\_\_

صفتك الرسمية/ Title: \_\_\_\_\_