

DECLARATION OF RESIDENCY/NO INCOME OR SUPPORT/INSURANCE INELIGIBILITY

التصريح بمكان السكن/عدم الدخل أو الدعم/عدم الاستحقاق للحصول على تأمين

(إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان) Michigan Department of Health and Human Services

عنوان السكن الحالي (يُرجى الكتابة بحروف كبيرة وواضحة)

اسم الأخير القانوني	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأول القانوني
رقم بطاقة MIDAP (برنامج إعانة الأدوية لولاية ميشيغان) (إذا كان ملائماً)	رقم الضمان الاجتماعي	
تاريخ الميلاد	رقم الهاتف	
عنوان الشارع	رقم الشقة، رقم قطعة الأرض، رقم الجناح	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي

نموذج التصريح هذا هو لتحديد أهلية العميل للتالي (ضع علامة على كل ما هو ملائم)

- التصريح بمكان السكن**
بتوقيع اسمي على هذا النموذج، أشهد بموجبه أن السكن المدرج أعلاه هو مكان السكن الرئيسي لمقدم الطلب المدرج أعلاه. أفهم أنه يجب توقيع هذا النموذج من طرف ثالث لا يمكن أن يكون أحد أفراد أهل المنزل.
- التصريح لعدم الدخل أو الدعم**
بتوقيع اسمي على هذا النموذج، أشهد بموجبه أنه ليس لدي مصدر دخل أو دعم إضافي. عندما تتغير ظروف في أي وقت حيث أتلقى دخلاً أو دعماً، سأبلغ عن هذا التغيير إلى برامج رايبان وايت (Ryan White Programs)، و/أو برنامج إعانة الأدوية لولاية ميشيغان (Michigan Drug Assistance Program) و/أو برنامج ولاية ميشيغان لرعاية الأسنان (Michigan Dental Program).
- التصريح لعدم الاستحقاق للتأمين**
بصفتي مقدم طلب إلى واحد أو أكثر من البرامج التالية: Michigan Dental، Michigan Drug Assistance Program، Ryan White Programs، أشهد أنني لا أستحق لي في الوقت الحالي الاشتراك بأي تغطية تأمين صحي أخرى. في حال تغيرت ظروف في أي وقت، وأصبحت مستحقاً للحصول على تغطية تأمين صحي، فسأخذ الخطوات الضرورية لأضمن أنني مسجل في خطة التأمين الصحي الملائمة. سأبلغ عن انتسابي في التأمين الصحي إلى Ryan White Programs و/أو Michigan Drug Assistance Program و/أو Michigan Dental Program.
- يقتضي على كل واحد من البرامج من Ryan White Programs و Michigan Drug Assistance Program و Michigan Dental Program أن توثق بدقة وتتابع بقوة أن هذه البرامج هي "الملجأ الأخير للدفع" لجميع الخدمات المقدمة. بفضل تنفيذ قانون الرعاية الميسرة (بأسعار معقولة) (Affordable Care Act)، ازداد لسكان ميشيغان سبل التوصل إلى توسيع نطاق أنواع تغطية التأمين. من حرصنا على ضمان الامتثال بالمتطلبات الفيدرالية للملجأ الأخير للدفع، يقتضي على العملاء الذين لا يكون لديهم تأمين صحي أن يقدموا هذا النموذج بعد تعينته بشكل كامل للبت في كل أهلية للإشراك.

مصادقة أو شهادة

كتابة اسم مقدم الطلب بحروف كبيرة وواضحة	توقيع مقدم الطلب	التاريخ
-----------------------------------------	------------------	---------

توقيع الطرف الثالث لأغراض السكن فقط

اسم الطرف الثالث بحروف كبيرة وواضحة	توقيع الطرف الثالث	التاريخ	رقم هاتف الطرف الثالث
-------------------------------------	--------------------	---------	-----------------------

نموذج التصريح هذا هو للبت في أهلية العميل للتالي (ضع علامة على كل ما هو ملائم)

- برامج وكالة Ryan White الممولة، احرص على حفظ نسخة في ملف العميل.
- معالجة الطلب المقدم لـ Michigan Drug Assistance Program، يُرجى إرسال نموذج التصريح عد تعينته بشكل كامل بالبريد أو عبر الفاكس مع طلب التقديم لـ MIDAP إلى العنوان أو رقم الفاكس المدرج أدناه:
- معالجة الطلب المقدم لـ Michigan Dental Program، يُرجى إرسال طلب التقديم لبرنامج رعاية الأسنان لولاية ميشيغان (MDP) إلى العنوان أو رقم الفاكس المدرج أدناه:
- Michigan Drug Assistance Program (MIDAP)
هاتف: 888-826-6565 فاكس: 517-335-7723
Michigan Avenue, 9th Floor, Lansing, MI 48913 109
- Michigan Dental Program (MDP)
هاتف: 844-648-3384 فاكس: 517-763-0220
109 Michigan Avenue, 5th Floor, Lansing, MI 48913

لن تميز إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Health and Human Services: MDHHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو المعلومات الجينية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصورها الشخص لنفسه أو التعابير الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز.