

**MICHIGAN DRUG ASSISTANCE PROGRAM (برنامج إعانة الأدوية لولاية ميشيغان الذي يُعرف باسمه المختصر MIDAP)**  
Michigan Department of Health and Human Services (إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان)

جديد (لم أكن أبداً في برنامج MIDAP)       عضو حالي في برنامج MIDAP      رقم العضوية (ID) في برنامج MIDAP: \_\_\_\_\_

إذا كان ينطبق عليك أي من المعايير التالية، فُرجي وضع علامة في المربع المناسب عليها

إنني حامل في الوقت الحاضر  
 نتيجة اختبار تعداد خلايا CD4 الذي خضعت له هو أقل من 200 (إذا كان تعداد CD4 أقل من 200؛ فأكتب تعداد CD4 \_\_\_\_\_).  
 عمري أقل من 18 عاماً  
 لقد تمّ الإفراج عني من السجن خلال الـ 30 يوماً الماضية  
 لقد تمّ إخراجي من المستشفى خلال الـ 14 يوماً الماضية  
 انتقلت مؤخراً إلى ميشيغان خلال الـ 60 يوماً الماضية  
 فقدت تأميني خلال الـ 30 يوماً الماضية. (أكتب اسم شركة التأمين التي كنت مؤمّن فيها: \_\_\_\_\_).  
 كنت مشتركاً في برنامج ولاية أخرى لإعانة الأدوية. (أكتب اسم تلك الولاية: \_\_\_\_\_).

**تقييم أحقية الاشتراك في البرنامج**

<b>A. بيانات ومعلومات ديموغرافية خاصة بمقدّم الطلب (يرجى كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة)</b>			
اسم الأخير القانوني	اسم الأول القانوني	الاسم الأوسط القانوني	
الاسم قبل الزواج		الاسم المفضّل	
ما هو وضع سكنك الحالي؟ <input type="checkbox"/> أعيش في سكن دائم: <input type="checkbox"/> مستأجر <input type="checkbox"/> مالك <input type="checkbox"/> أعيش في سكن مؤقت (بقاء مع صديق، فندق، سكن جامعي) <input type="checkbox"/> أنا متشرد و/أو أعيش في مأوى <input type="checkbox"/> غير ذلك:			
رقم الشقة	عنوان السكن/المنزل (يجب إرفاق إثبات بالسكن)		
المدينة	الولاية <b>MI</b>	الرمز البريدي	المقاطعة
هل يجوز إرسال معلومات عن البرنامج إلى العنوان المذكور أعلاه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
رقم الشقة	العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن عنوان السكن)		
المدينة	الولاية <b>MI</b>	الرمز البريدي	المقاطعة
هل يجوز إرسال معلومات عن البرنامج إلى العنوان المذكور أعلاه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
رقم الهاتف الأساسي الذي يمكن الوصول إليه خلال ساعات النهار	رقم هاتف بديل الذي يمكن الوصول إليه خلال ساعات النهار	هل يجوز لبرنامج MIDAP الاتصال بك على هذا الرقم حول طلبك؟ <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> خليوي <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل يجوز لبرنامج MIDAP الاتصال بك على هذا الرقم حول طلبك؟	هل يجوز لبرنامج MIDAP ترك رسالة صوتية على هذا الرقم؟	هل يجوز لبرنامج MIDAP ترك رسالة صوتية على هذا الرقم؟ <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> خليوي <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
عنوان البريد الإلكتروني	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	
الجنس المعين عند الولادة	الجنس الحالي	متحوّل جنسياً <input type="checkbox"/> غير ذلك، يُرجى التحديد	
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		
حالة التحوّل الجنسي <input type="checkbox"/> من ذكر إلى أنثى <input type="checkbox"/> من أنثى إلى ذكر <input type="checkbox"/> غير ذلك، يُرجى التحديد			

<p>ما هي لغتك المفضلة التي توذ التواصل بها؟  <input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> العربية <input type="checkbox"/> غير ذلك</p>					
<p>هل أنت حامل في الوقت الحاضر؟  <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق <input type="checkbox"/> غير معروف</p>					
<p>العرق (يجوز تحديد واحد أو أكثر من الفئات التالية):  <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أمريكي من أصل أسود أو أفريقي <input type="checkbox"/> أمريكي من الهنود الأمريكيين أو سكان الاسكا الأصليين  من سكان هاواي الأصليين / إحدى جزر المحيط الهادئ (حدّد واحداً أو أكثر من الفئات الفرعية التي تنطبق عليك أدناه):  <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين <input type="checkbox"/> غوامي أو شامورو <input type="checkbox"/> ساموي  <input type="checkbox"/> من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى</p>					
<p>آسيوي (حدّد واحداً أو أكثر من الفئات الفرعية التي تنطبق عليك أدناه):  <input type="checkbox"/> هندي آسيوي <input type="checkbox"/> صيني <input type="checkbox"/> فيليبيني <input type="checkbox"/> ياباني <input type="checkbox"/> كوري <input type="checkbox"/> فيتنامي <input type="checkbox"/> من فئات فرعية آسيوية أخرى</p>					
<p>الإثنية (حدّد واحداً مما يلي)  <input type="checkbox"/> هسباني/لاتيني <input type="checkbox"/> غير إسباني <input type="checkbox"/> غير معروف  إذا كنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني، فحدّد واحداً أو أكثر من الفئات الفرعية التي تنطبق عليك أدناه:  <input type="checkbox"/> مكسيكي، أمريكي مكسيكي، تشيكانو <input type="checkbox"/> كوبي  <input type="checkbox"/> من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني آخر <input type="checkbox"/> بورتوريكو</p>					
<p><b>B. حالة المرض وتاريخه</b></p> <table border="1"> <tr> <td> <p>مرحلة HIV المرضية (ضع علامة واحدة على إحدى المربعات)  <input type="checkbox"/> HIV إيجابي، نتيجة حالة AIDS (الأيذز) غير معرفة  <input type="checkbox"/> HIV إيجابي، ليس AIDS  <input type="checkbox"/> المرحلة الثالثة لمرض الـ HIV (AIDS حسب تعريف CDC - مراكز مكافحة الأمراض) <input type="checkbox"/> غير معروف</p> </td> <td> <p>التشخيص/ التاريخ المقدر لنتيجة HIV الإيجابي  التاريخ المقدر للـ AIDS الإيجابي، إذا وُجد <input type="checkbox"/> لا ينطبق</p> </td> </tr> </table>		<p>مرحلة HIV المرضية (ضع علامة واحدة على إحدى المربعات)  <input type="checkbox"/> HIV إيجابي، نتيجة حالة AIDS (الأيذز) غير معرفة  <input type="checkbox"/> HIV إيجابي، ليس AIDS  <input type="checkbox"/> المرحلة الثالثة لمرض الـ HIV (AIDS حسب تعريف CDC - مراكز مكافحة الأمراض) <input type="checkbox"/> غير معروف</p>	<p>التشخيص/ التاريخ المقدر لنتيجة HIV الإيجابي  التاريخ المقدر للـ AIDS الإيجابي، إذا وُجد <input type="checkbox"/> لا ينطبق</p>		
<p>مرحلة HIV المرضية (ضع علامة واحدة على إحدى المربعات)  <input type="checkbox"/> HIV إيجابي، نتيجة حالة AIDS (الأيذز) غير معرفة  <input type="checkbox"/> HIV إيجابي، ليس AIDS  <input type="checkbox"/> المرحلة الثالثة لمرض الـ HIV (AIDS حسب تعريف CDC - مراكز مكافحة الأمراض) <input type="checkbox"/> غير معروف</p>	<p>التشخيص/ التاريخ المقدر لنتيجة HIV الإيجابي  التاريخ المقدر للـ AIDS الإيجابي، إذا وُجد <input type="checkbox"/> لا ينطبق</p>				
<p><b>C. أثبات حالة الإصابة بـ HIV (المقدمي الطلبات الجدد فقط)</b>  يجب ملء هذا القسم بأحدث القيم المسجلة بأخر تحليل دم خضعت له.  التعداد المطلق لـ CD4 تاريخ أحدث نتيجة اختبار</p> <table border="1"> <tr> <td> <p>إذا لم تكن النتائج المختبرية متوفرة على الفور، فيرجى أن تطلب من طبيبك أو من يكلفه أو يكلفها (كما يجيزه قانون ميشيغان) أن يوقع اسمه أو اسمها للحصول على تغطية مؤقتة لمدة 30 يوماً.  اسم الطبيب / اسم المكلف (يرجى الكتابة بحروف كبيرة وواضحة)</p> </td> <td> <p>تاريخ أحدث نتيجة اختبار</p> </td> <td> <p>Viral Load / HIV RNA (الحمل الفيروسي بالدم)</p> </td> <td> <p>تاريخ أحدث نتيجة اختبار</p> </td> </tr> </table>		<p>إذا لم تكن النتائج المختبرية متوفرة على الفور، فيرجى أن تطلب من طبيبك أو من يكلفه أو يكلفها (كما يجيزه قانون ميشيغان) أن يوقع اسمه أو اسمها للحصول على تغطية مؤقتة لمدة 30 يوماً.  اسم الطبيب / اسم المكلف (يرجى الكتابة بحروف كبيرة وواضحة)</p>	<p>تاريخ أحدث نتيجة اختبار</p>	<p>Viral Load / HIV RNA (الحمل الفيروسي بالدم)</p>	<p>تاريخ أحدث نتيجة اختبار</p>
<p>إذا لم تكن النتائج المختبرية متوفرة على الفور، فيرجى أن تطلب من طبيبك أو من يكلفه أو يكلفها (كما يجيزه قانون ميشيغان) أن يوقع اسمه أو اسمها للحصول على تغطية مؤقتة لمدة 30 يوماً.  اسم الطبيب / اسم المكلف (يرجى الكتابة بحروف كبيرة وواضحة)</p>	<p>تاريخ أحدث نتيجة اختبار</p>	<p>Viral Load / HIV RNA (الحمل الفيروسي بالدم)</p>	<p>تاريخ أحدث نتيجة اختبار</p>		
<p>توقيع الطبيب/المكلف  رقم NPI الخاص بالطبيب</p>					
<p>إذا كان الموقع بصفة مكلف، فيرجى كتابة اسم الطبيب بحروف كبيرة وواضحة</p>					
<p><b>D. حجم أفراد المنزل والدخل</b>  <b>حجم أفراد المنزل</b>  يستخدم برنامج MIDAP عدد الأفراد الذين يعيشون في منزلك للمساعدة في تحديد ما إذا كنت تستحق الاشتراك في البرنامج. ويشمل حجم أفراد المنزل كل من نفسك وزوجك وكل من المعالين تحت سن الـ 19 عاماً الذين يعيشون معك.</p>					
<p>هل لديك دخل؟  <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا  إذا كانت الإجابة بنعم، فضع علامة على جميع مصادر الدخل لديك. ضع مجموع المبالغ على السطر إلى اليمين في مجموع المبالغ الإجمالية الشهرية (قبل الضرائب)</p> <table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ليس لدي أي نوع من الدخل  <input type="checkbox"/> أجر عمل  <input type="checkbox"/> تأمين البطالة  <input type="checkbox"/> نفقة طلاق/إعالة الطفل  <input type="checkbox"/> دخل من معاش/تقاعد  <input type="checkbox"/> دخل من الضمان الاجتماعي  <input type="checkbox"/> دخل من أعمال حرّة </td> <td> <input type="checkbox"/> تأمين تعويض العامل (وركمان كومب)  <input type="checkbox"/> دخل إعاقاة من الضمان الاجتماعي  <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي  <input type="checkbox"/> إعانة من TANF/FIP  <input type="checkbox"/> إعانة الإعاقة من الولاية  <input type="checkbox"/> مخصصات قدامى المحاربين  <input type="checkbox"/> غير ذلك </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> ليس لدي أي نوع من الدخل <input type="checkbox"/> أجر عمل <input type="checkbox"/> تأمين البطالة <input type="checkbox"/> نفقة طلاق/إعالة الطفل <input type="checkbox"/> دخل من معاش/تقاعد <input type="checkbox"/> دخل من الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> دخل من أعمال حرّة	<input type="checkbox"/> تأمين تعويض العامل (وركمان كومب) <input type="checkbox"/> دخل إعاقاة من الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي <input type="checkbox"/> إعانة من TANF/FIP <input type="checkbox"/> إعانة الإعاقة من الولاية <input type="checkbox"/> مخصصات قدامى المحاربين <input type="checkbox"/> غير ذلك		
<input type="checkbox"/> ليس لدي أي نوع من الدخل <input type="checkbox"/> أجر عمل <input type="checkbox"/> تأمين البطالة <input type="checkbox"/> نفقة طلاق/إعالة الطفل <input type="checkbox"/> دخل من معاش/تقاعد <input type="checkbox"/> دخل من الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> دخل من أعمال حرّة	<input type="checkbox"/> تأمين تعويض العامل (وركمان كومب) <input type="checkbox"/> دخل إعاقاة من الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي <input type="checkbox"/> إعانة من TANF/FIP <input type="checkbox"/> إعانة الإعاقة من الولاية <input type="checkbox"/> مخصصات قدامى المحاربين <input type="checkbox"/> غير ذلك				
<p>إذا لم يكن لديك دخل أو كان دخلك منخفض (أقل من 138% من مستوى الفقر الفيدرالي)، فعليك أن تقدم طلباً إلى Medicaid (مديكيد) وأن تعطي رقم تتبّع الطلب (Tracking Number) إلى برنامج MIDAP قبل أن يمكن تقديم أية تغطية لك. للحصول على مساعدة في تحديد ذلك، يُرجى الرجوع إلى جدول الدخل الموجود على الصفحة 3 من هذا الطلب.</p>					
<p>تاريخ الطلب المقدم إلى MDHHS</p>	<p>رقم تتبّع الطلب المقدم إلى MDHHS</p>				

**E. تأمين الرعاية الصحية والأدوية**

ضع علامة على جميع المربعات التي تصف حالة تأمينك الصحي وأعطى معلومات عن خطة التأمين أدناه. يجب وضع علامة على مربع واحد على الأقل.  
 غير مؤهل للتأمين من أي نوع. إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على تأمين (مديكيد/ خطة ميشيغان الصحية) Medicaid/Healthy Michigan Plan، فيُفرض تقديم Declaration of Insurance Ineligibility (إشهار عدم الاستحقاق للتأمين)

خاص - صاحب العمل (تأمين برعاية صاحب العمل)

خاص - فردي (تدفع أقساط التأمين بنفسك أو يتحمل دفعها كيان آخر)

Medicare (مديكيد)

Part A (مستشفى)  Part B (طبي)  Part C (Advantage / أدفنتيج)  Part D (أدوية)

إذا كنت مسجلاً ومنتسباً في Medicare Part D، فيجب عليك التسجيل في **Extra Help/Low Income Subsidy (LIS) Program** (المساعدة الإضافية / برنامج الدعم المالي لنوعي الدخل المنخفض). وبمجرد أن تستلم رسالة تفيدك بالموافقة على طلبك لإعطائك دعم مالي كامل أو جزئي، أو رفض طلبك للتسجيل في برنامج Extra Help/LIS، فيجب عليك إرسال نسخة من الرسالة إلى برنامج MIDAP.

موافق - مساعدة 100%  مرفوض

موافق - مساعدة جزئية  في انتظار القرار: تاريخ الطلب:

إذا كان لديك Medicare Part A أو Medicare Part B، فيُرجى إعطاء المعلومات التالية:

رقم العضوية (ID) في المديكيد تاريخ ابتداء Part A (الجزء A) تاريخ ابتداء Part B (الجزء B)

Medicaid (مديكيد)

كامل (Straight)  HMO  Healthy Michigan Plan  CHIP  Spenddown

Veteran's Administration (VA)، Tricare أو رعاية صحية عسكرية أخرى

الموقع/المدينة التي تتلقى فيها الرعاية:

خدمات صحة الهنود (IHS)

خطة صحية مؤهلة ("ماركت بليس")

COBRA (كوبرا)

خطة أخرى

**معلومات بطاقة التأمين**

اسم شركة التأمين الأولى (1)		تاريخ ابتداء الخطة	
رقم العضوية (ID)	رقم RxBin	رقم RXPCN	رقم RXGroup
اسم شركة التأمين الثانية (2)		تاريخ ابتداء الخطة	
رقم العضوية (ID)	رقم RxBin	رقم RXPCN	رقم RXGroup

**قواعد الإرشاد الفدرالية الخاصة بمستوى الفقر لعام 2017**

قواعد الإرشاد للـ 48 ولاية المجاورة ومقاطعة كولومبيا (سنوي)

عدد الأشخاص في المنزل

%500	%450	%400	%300	%250	%200	%150	%138	%133	%100	
\$60,300	\$54,270	\$48,240	\$36,180	\$30,150	\$24,120	\$18,090	\$16,644	\$15,804	\$12,060	1
\$81,200	\$73,080	\$64,960	\$48,720	\$40,600	\$32,480	\$24,360	\$22,416	\$21,600	\$16,240	2
\$102,100	\$91,890	\$81,680	\$61,260	\$51,050	\$40,840	\$30,630	\$28,188	\$27,156	\$20,420	3
\$123,000	\$110,700	\$98,400	\$73,800	\$61,500	\$49,200	\$36,900	\$33,948	\$32,724	\$24,600	4
\$143,900	\$129,510	\$115,120	\$86,340	\$71,950	\$57,560	\$43,170	\$39,720	\$38,280	\$28,780	5
\$164,800	\$148,320	\$131,840	\$98,880	\$82,400	\$65,920	\$49,440	\$45,492	\$43,836	\$32,960	6
\$185,700	\$167,130	\$148,560	\$111,420	\$92,850	\$74,280	\$55,710	\$51,252	\$49,404	\$37,140	7
\$206,600	\$185,940	\$165,280	\$123,960	\$103,300	\$82,640	\$61,980	\$57,024	\$54,960	\$41,320	8

يجب إضافة 4,180 دولار لكل شخص في المنزل الذي يزيد عددهم عن ثمانية أشخاص.

## الموافقة / إعطاء الإذن للإفصاح عن المعلومات

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

MICHIGAN DRUG ASSISTANCE PROGRAM (برنامج إعانة الأدوية لولاية ميشيغان الذي يُعرف باسمه المختصر MIDAP)

بتوقيعي على هذه الموافقة، فإنني أخول إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان - برنامج إعانة الأدوية لولاية ميشيغان (MIDAP) أن تتبادل وتستلم وتفصح عن المعلومات الطبية المتعلقة برعاية وعلاج إصابتي بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) مع أي تأمين صحي أو برنامج تأمين صحي حكومي، أو مدير الحالة، أو الطبيب، أو طبيب الأمراض المُعدية، أو ما يتطلب عمله مع أفراد آخرين.

وإنني أدرك أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب سيتم تبادلها مع وكالات حكومية أخرى، وشركات التأمين الصحي و/أو مدير مخصصات الصيدلية المتعاقد معها لأغراض التحقق من صحة المعلومات المقدمة وفي تحديد أهليتي للتسجيل والانتساب في برنامج MIDAP و/أو أي برامج أخرى قد يكون لي أحقية الاشتراك فيها.

وإنني أدرك أنه إذا أصبحت مسجلاً ومنسباً في إحدى برامج التأمين الصحي، أو برامج تغطية الأدوية أو إذا أصبحت مؤهلاً للحصول على الإعانة الطبية من خلال إحدى برامج المخصصات الطبية الأخرى على المستوى الفيدرالي أو الولاية أو المقاطعة، فيجب عليّ أن أبلغ برنامج MIDAP فوراً إضافة إلى تبليغ مدير الحالة والصيدلي والطبيب المسؤولين عني.

وإنني أدرك وأوافق على تقديم معلومات دورية بشأن استمرار أهليتي للبقاء في برنامج MIDAP، بما فيه تقديم إثبات الدخل، وإثبات السكن، وتغطية التأمين الصحي، وتحديثات عامة على النماذج التي يزودني بها برنامج MIDAP. كما أفهم أنه سيتم تقييم التغييرات في وضعي لأجل تحديد استمرار أهليتي للبقاء في برنامج MIDAP.

وأدرك إنني أتحمّل مسؤولية تزويد المستندات الطبية وإثبات الدخل كل سنة أشهر لأجل إعادة ترخيص أهليتي للبقاء في برنامج MIDAP لأجل الحصول على إعانة في أدويتي. وأدرك أنه في حال تقديمي لطلب يتم تحديده كطلب ناقص في استيفاء متطلبات الموافقة على الطلب، فلن أكون مستحقاً للإعانة حتى يتم استيفاء جميع المتطلبات.

وأدرك أنه في حال طرأ تغيير على أي من المعلومات المزودة على هذا الطلب، فيجب عليّ أن أبلغ MIDAP فوراً بذلك. وإضافة إلى ذلك، فإنني أدرك أن تقصيري في التبليغ عن التغييرات و/أو التبليغ عن معلومات غير صحيحة سيؤثر على تغطية MIDAP وأحقية الانتساب في البرنامج.

وأدرك أنه باستخدامي برنامج MIDAP لإعانة الأدوية وملء أدويتي، واستخدامي لبطاقة SGRX/MIDAP الخاصة بي، فإنني قرأت كل سياسات وإجراءات برنامج MIDAP وإنني أوافق على التقيّد بها.

وإنني أدرك أن برنامج MIDAP ليس تأميناً وأنه ليس صالحاً خارج ولاية ميشيغان.

وأقر بأن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب هي معلومات صحيحة وكاملة حسب علمي. وأشهد بأنني أستوفي متطلبات الأحقية كما هي محددة في تعليمات برنامج MIDAP وإنني اتبعت الخطوات اللازمة المفروضة عليّ لأكون مستحقاً للتسجيل في برنامج MIDAP.

يحتوي هذا الطلب، عند اكتماله، على معلومات سرية يجب حمايتها بموجب القوانين الفيدرالية السارية وقوانين الولاية المعنية بالحفاظ على السرية.

كتابة الاسم القانوني الكامل بحروف كبيرة وواضحة (الأول، الأوسط، الأخير)	توقيع مقدم الطلب	التاريخ
توقيع أحد الوالدين/ ولي الأمر القانوني (إن وجد)	التاريخ	

جهة أو جهات اتصال بديلة: فإنني أخول لكل من برنامج MIDAP وبرنامج Premium Assistance Program أن يتحدث مع كل من الأشخاص التاليين حول طلبي (أي مدير الحالة، والأخصائي الاجتماعي، وأحد أفراد الأسرة، وأحد الأصدقاء)

الاسم	المؤسسة / صلة العلاقة	عنوان البريد الإلكتروني	رقم الهاتف

لن تميّز 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 التوجّه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصورها الشخص لنفسه أو التعابير الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز.