



## مرحبًا بكم في الخدمات الصحية والاجتماعية بولاية ديلاوير (DHSS)

قدم طلبك بشكل أسرع عبر الإنترنت على [www.assist.dhss.delaware.gov](http://www.assist.dhss.delaware.gov)  
وهذا يشمل أي شخص يرغب في التقدم بطلب للحصول على المساعدة الطبية فقط.

قدم طلبك بشكل أسرع  
عبر الإنترنت



- استخدم هذا الطلب لتقديم طلب لأي شخص في منزلك بما في ذلك أي من معالي الضرائب الموجودين خارج المنزل.
- قدم طلبك، حتى لو كنت أنت أو طفلك تتمتع بالفعل بتغطية صحية. قد تكون مؤهلاً للحصول على تغطية مجانية أو بتكلفة أقل.
- يمكن للعائلات التي تضم مهاجرين التقديم. يمكنك التقدم بطلب لطفلك، حتى لو لم تكن مؤهلاً. لن يؤثر التقديم على حالة الهجرة الخاصة بك أو فرصك في أن تصبح مقيمًا أو مواطنًا دائمًا.
- إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على المساعدة الطبية فقط، فقد تتمكن من استخدام نموذج قصير.



- أرقام الضمان الاجتماعي (أو أرقام الوثائق لأي مهاجرين قانونيين)
- معلومات صاحب العمل والدخل لكل فرد في أسرتك (على سبيل المثال، من إيصالات الدفع، أو نماذج W-2، أو بيانات الأجور والضرائب)
- رقم البوليصة لأي تأمين صحي حالي
- معلومات حول أي تأمين صحي متعلق بالوظيفة متاح لعائلتك. قد تحتاج إلى إكمال الملحق أ.



نحن نسألك عن الدخل والمعلومات الأخرى لإعلامك بالتغطية التي تكون مؤهل لها وما إذا كان بإمكانك الحصول على أي مساعدة في دفع ثمنها. سنحافظ على خصوصية وأمان جميع المعلومات التي تقدمها، وفقًا لما يقتضيه القانون.

لماذا نطلب هذه المعلومات؟



يرجى استخدام الظرف المختوم الذي يحمل عنوان المُرسل لإرسال طلبك الموقع بالبريد. إذا لم يكن لديك جميع المعلومات التي نطلبها، قم بالتوقيع وإرسال طلبك على أي حال. سنتابع معك. ستحصل على تعليمات حول الخطوات التالية. إذا لم تسمع منا، اتصل بالرقم 1-800-372-2022.

ماذا يحدث بعد ذلك؟



- الهاتف: اتصل بوحدة علاقات العملاء لدينا على الرقم 1-800-372-2022.
- شخصيًا: قد يكون هناك أخصائيون اجتماعيون/مديرو الحالات في منطقتك يمكنهم مساعدتك.
- **En Español: Llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-866-843-7212**
- بلغة غير الإنجليزية: اتصل بالرقم 1-866-843-7212.
- مستخدمو الهاتف النصي (TTY): يرجى الاتصال على الرقم 711 أو 1-800-232-5460.







## مرحبًا بكم في الخدمات الصحية والاجتماعية بولاية ديلاوير (DHSS)

نحن نساعد سكان ديلاوير المحتاجين من خلال توفير برامج المساعدة الطبية التي تشمل:

- تأمين مجاني أو منخفض التكلفة من برنامج Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP)
- الأطباء والمستشفيات والوصفات الطبية والتحليلات المعملية والأشعة
- خطط تأمين صحي خاص بأسعار معقولة من خلال Marketplace
- انتمان ضريبي جديد يمكن أن يساعد على الفور في دفع أقساط التغطية الصحية

يمكننا تقديم معلومات حول الخدمات المفيدة الأخرى في مجتمعك. قد يساعدك صديق أو قريب، أو أي شخص تريده، في إكمال هذا الطلب. إذا كنت ترغب في أن يقوم شخص آخر بإدارة حالتك والتصرف كمثل لك، فيرجى إكمال الملحق ج.

يعتبر طلبك غير مكتمل حتى توقع الصفحة الأخيرة. أعد الطلب إلينا.

### أخبرنا عن نفسك.

### الخطوة 1

(نحن بحاجة إلى شخص بالغ في الأسرة ليكون جهة الاتصال لطلبك.)

الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير، واللقب			
رقم الشقة أو الجناح		عنوان المنزل	
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	
رقم الشقة أو الجناح	العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن عنوان المنزل)		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	
رقم الهاتف الرئيسي	-	( )	رقم الهاتف الثانوي
طرق الاتصال المفضلة			
أريد الحصول على معلومات حول هذا الطلب والتواصل المستقبلي عن طريق: <input type="checkbox"/> عنوان البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> بريد الولايات المتحدة			
عنوان البريد الإلكتروني: _____			
اللغة المنطوقة أو المكتوبة المفضلة (إذا لم تكن الإنجليزية)			

## الخطوة 2

### أخبرنا عن نفسك وعن الأشخاص في منزلك.

هل أنت؟ ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ مُطلق ☐ منفصل ☐ مرتبط مدنيًا ☐ أرمل ☐ شريك من دون زواج

#### التعليمات

املأ الخانات الخاصة بجميع الأشخاص الذين يعيشون معك. إذا قمت بتقديم الضرائب، فنحن بحاجة إلى معرفة كل شخص في إقرارك الضريبي.

العرق: B = ذو بشرة سوداء/أمريكي من أصل أفريقي W = ذو بشرة بيضاء A = آسيوي H = من أصل إسباني/لاتيني N = من أصل غير إسباني/لاتيني  
PI = سكان هاواي الأصليين/سكان جزر المحيط الهادئ I = هندي أمريكي/ من سكان الاسكا الأصليين (إذا كان أي شخص في أسرتك هو هندي أمريكي/من سكان الاسكا الأصليين، قم أيضًا بإكمال الملحق ب).

الاسم الأخير	الاسم الأول، الاسم الأوسط	العلاقة بك	هل تتقدم بطلب لهذا الشخص؟	الجنس ذكر/أنثى	تاريخ الميلاد سنة/يوم/شهر	رقم الضمان الاجتماعي*	العرق/المجموعة العرقية (اختياري)	مواطن أمريكي؟ الإجابة لمقدمي الطلبات فقط.**
		الذات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

\*نحتاج إلى ذلك إذا كنت تريد التغطية الصحية ولديك رقم الضمان الاجتماعي (SSN). يمكن أن يكون توفير رقم SSN الخاص بك مفيدًا إذا كنت لا تريد التغطية الصحية أيضًا لأنه قد يؤدي إلى تسريع عملية تقديم الطلب. نحن نستخدم أرقام SSN للتحقق من الدخل والمعلومات الأخرى لمعرفة من هو المؤهل للحصول على المساعدة في تكاليف التغطية الصحية. إذا أراد شخص ما المساعدة في الحصول على رقم SSN، فاتصل بالرقم 1-800-772-1213 أو قم بزيارة [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). يجب على مستخدم TTY الاتصال بالرقم 1-800-325-0778.  
\*\* ينطبق على مقدمي الطلبات للحصول على التغطية الصحية فقط.

### أكمل هذا القسم لمقدمي الطلبات الأجانب القانونيين فقط.

1. هل يتمتع المتقدمون بوضع هجرة مؤهل؟ ☐ نعم. ☐ أكمل القسم أدناه.

الاسم	نوع وثيقة الهجرة	رقم معرف الوثيقة	هل عشت في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟	هل أنت أو شريك حياتك أو أحد والديك من المحاربين القدامى أو عضوًا نشطًا في الجيش الأمريكي؟

2. هل لدى أي مقدم طلب يقل عمره عن 18 عامًا أحد الوالدين غائب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
3. هل يوجد أطفال يقل عمرهم عن 19 عامًا يعيشون في المنزل؟ إذا كانت الإجابة بنعم، املا الجدول أدناه. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم ولي الأمر أو مقدم الرعاية	اسم الطفل

## أخبرنا عن خطة الرعاية الصحية الخاصة بك.

## الخطوة 3

هل حصل أي شخص في أسرتك على تغطية صحية من وظيفة (حتى لو كانت التغطية من وظيفة شخص آخر، مثل أحد الوالدين أو شريك الحياة)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فستحتاج إلى إكمال الملحق أ.  
☐ نعم ☐ لا

☐ نعم ☐ لا

هل هذه خطة استحقاقات تابعة لموظفي الولاية؟

☐ نعم ☐ لا

بخلاف برنامج Medicaid، هل يتمتع أي شخص في أسرتك بتأمين صحي أو برنامج Medicare؟

إذا كانت الإجابة بنعم، قم بتقديم المعلومات التالية:

اسم صاحب البوليصة	اسم التأمين	من هو الشخص الذي يتم تغطيته	ضع دائرة حول ما يتم تغطيته	رقم البوليصة
			الطبيب - المستشفى - التحاليل المعملية - الأشعة	
			الطبيب - المستشفى - التحاليل المعملية - الأشعة	
			الطبيب - المستشفى - التحاليل المعملية - الأشعة	

4. قم بتسمية أي شخص حامل في منزلك \_\_\_\_\_ تاريخ الولادة \_\_\_\_\_  
كم عدد الأطفال المتوقعين خلال هذا الحمل؟ \_\_\_\_\_

5. قم بتسمية أي شخص يعاني من حالة صحية جسدية أو عقلية أو عاطفية تسبب قيودًا في ممارسة الأنشطة (مثل الاستحمام وارتداء الملابس والأعمال الروتينية اليومية والعمل وما إلى ذلك) أو يعيش في منشأة طبية أو دار تربية \_\_\_\_\_

6. قم بتسمية أي شخص أصيب خلال العام الماضي (حادث سيارة، إصابة متعلقة بالعمل، خطأ طبي، إلخ.) \_\_\_\_\_

☐ نعم ☐ لا

7. هل يخطط أي شخص لتقديم الإقرار الضريبي للعام الحالي؟  
(لا يزال بإمكانك التقدم بطلب للحصول على المساعدة الطبية حتى لو لم تقم بتقديم إقرار ضريبي.)

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ملء البيانات أدناه والإجابة على السؤال أ. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال ب.

اسم مقدم الضرائب	من سيتم المطالبة به باعتباره معالًا في الإقرار الضريبي

أ. هل سيقوم أي شخص بالتقديم المشترك مع شريك الحياة؟  
إذا كانت الإجابة بنعم، اسم شريك الحياة: \_\_\_\_\_  
☐ نعم ☐ لا

☐ نعم ☐ لا

ب. هل سيتم المطالبة بك كمعال في الإقرار الضريبي لشخص ما؟  
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر اسم مقدم الضرائب وعلاقتك به: \_\_\_\_\_

8. قم بتسمية أي شخص في أسرتك كان في الرعاية البديلة في ديلاوير بعمر 18 عامًا أو أكبر وحصل على استحقاقات برنامج Medicaid في ديلاوير:

## الخطوة 4

أخبرنا عن الأموال التي يحصل عليها أفراد أسرتك.

<input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> عمل حر <input type="checkbox"/> غير موظف		ابدأ بالسؤال رقم 9 (إذا كان أي شخص يعمل حالياً، أخبرنا عن دخله). انتقل إلى السؤال رقم 19 انتقل إلى السؤال رقم 21	
<input type="checkbox"/> الوظيفة الحالية 1		9. يرجى ذكر اسم الشخص:	
10. اسم صاحب العمل وعنوانه		11. رقم هاتف صاحب العمل ( ) -	
12. الأجور/الإكراميات/العمولات (قبل الضرائب) <input type="checkbox"/> بالساعة <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً \$ _____			
13. متوسط ساعات العمل كل أسبوع			
<input type="checkbox"/> الوظيفة الحالية 2		14. يرجى ذكر اسم الشخص: (إذا كان لديك المزيد من الوظائف وتحتاج إلى مساحة أكبر، قم بإرفاق ورقة أخرى).	
15. اسم صاحب العمل وعنوانه		16. رقم هاتف صاحب العمل ( ) -	
17. الأجور/الإكراميات/العمولات (قبل الضرائب) <input type="checkbox"/> بالساعة <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> سنوياً \$ _____			
18. متوسط ساعات العمل كل أسبوع			
<input type="checkbox"/> العمل الحر		19. يرجى ذكر اسم الشخص:	
20. إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، أجب عن الأسئلة التالية: أ. طبيعة العمل _____ ب. ما هو مقدار صافي الدخل (الأرباح بمجرد دفع نفقات العمل) الذي ستحصل عليه من هذا العمل الحر هذا الشهر؟ \$ _____			
<input type="checkbox"/> دخل آخر هذا الشهر			
21. اختر كل ما ينطبق، والمبلغ وعدد مرات الحصول عليه. <input type="checkbox"/> لا شيء			
من أين يأتي المال	من يحصل على المال؟	كم من المال يحصلون عليه؟	كم مرة يتم الدفع لهم؟
<input type="checkbox"/> تعويض البطالة		\$	
<input type="checkbox"/> المعاشات التقاعدية		\$	
<input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي		\$	
<input type="checkbox"/> حسابات التقاعد		\$	
<input type="checkbox"/> النفقة مستلمة		\$	
<input type="checkbox"/> صافي الدخل من الزراعة/صيد الأسماك		\$	
<input type="checkbox"/> صافي الدخل من الإيجار/الإتاوات		\$	
<input type="checkbox"/> دخل آخر		\$	
<input type="checkbox"/> التغيير في التوظيف			
22. في العام الماضي، هل قام أحد بما يلي: <input type="checkbox"/> تغيير الوظائف <input type="checkbox"/> التوقف عن العمل <input type="checkbox"/> بدأ العمل لساعات أقل <input type="checkbox"/> لا شيء مما سبق			

## الخطوة 5

### أخبرنا عن الاقتطاعات الضريبية الخاصة بك.

اختر من كل ما ينطبق، وحدد المبلغ وعدد المرات التي تدفعه فيها. إذا كنت تدفع مقابل أشياء معينة يمكن اقتطاعها من الإقرار الضريبي، فإن إخبارنا عنها قد يجعل تكلفة التغطية الصحية أقل قليلاً.

**ملحوظة:** لا ينبغي عليك تضمين التكلفة التي أخذتها في الاعتبار بالفعل في إجابتك على صافي العمل الحر (السؤال 20-ب).

- ☐ النفقة مدفوعة \$ \_\_\_\_\_ كم عدد المرات؟ \_\_\_\_\_
- ☐ فائدة قرض الطالب \$ \_\_\_\_\_ كم عدد المرات؟ \_\_\_\_\_ النوع: \_\_\_\_\_
- ☐ الاقتطاعات الضريبية الأخرى \* \$ \_\_\_\_\_ كم عدد المرات؟ \_\_\_\_\_
- \* بالنسبة للاقتطاعات المحتملة الأخرى، راجع نموذج الإقرار الضريبي الحالي 1040 ضمن قسم إجمالي الدخل المعدل.

## التصاريح

تصريح لتلقي المعلومات عن وسائل منع الحمل

إذا كنت ترغب في الحصول على معلومات، يمكنك الاتصال بتنظيم الأسرة على الرقم 1-800-230-PLAN (7526).

للحصول على معلومات حول حمل المراهقات، اتصل بتحالف منع حمل المراهقات على الرقم 1-800-499-WAIT (9248) يمكنك أيضاً الاتصال بخط المساعدة في ديلاوير على الرقم 211 أو 1-800-464-4357 لعيادة تنظيم الأسرة للصحة العامة في منطقتك.

## الخطوة 6

### اقرأ ووقع هذا الطلب.

الحقوق والمسؤوليات

لقد قرأت جميع البيانات الواردة في هذا النموذج أو تمت قراءتها لي والمعلومات التي أقدمها صحيحة وكاملة على حد علمي. أدرك أنه قد يتم معاقبتي إذا قدمت معلومات كاذبة عن عمد. أدرك أن جميع المعلومات التي أقدمها سرية وأن القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية تحد من الكشف عن المعلومات المتعلقة بي.

أدرك وأوافق على تقديم دليل على تصريحاتي. أدرك وأوافق على أنه يجوز للخدمات الصحية والاجتماعية بولاية ديلاوير (DHSS) الاتصال بأشخاص أو منظمات أخرى للحصول على الدليل اللازم لأهليتي.

يجب أن أعطي رقم الضمان الاجتماعي لكل شخص يتقدم بطلب وسيتم استخدامه للتحقق من السجلات مع الهيئات الحكومية الأخرى. تطلب مني DHSS أيضاً تقديم رقم الضمان الاجتماعي لأي شخص يتم استخدام دخله لتحديد أهليتي. لا يُطلب من الأجانب غير القانونيين تقديم رقم ضمان اجتماعي.

أدرك أنه سيتم النظر في هذا الطلب بغض النظر عن العرق أو اللون أو الجنس أو العمر أو الإعاقة أو الدين أو الأصل القومي أو المعتقد السياسي.

أدرك أنه يجب علي التقدم بطلب للحصول على الاستحقاقات الأخرى التي قد أكون مؤهلاً للحصول عليها مثل تعويض البطالة أو الضمان الاجتماعي وقبولها.

سأسمح لـ DHSS، أو ممثلها، بالعمل كوكيل لي في استرداد الأموال التي أنفقتها برامج المساعدة الطبية عندما تصبح الأموال الأخرى من التأمين، وما إلى ذلك، متاحة لدفع فواتيري الطبية.

قد يتوجب علي أن أسدد إلى DHSS أي مساعدة طبية أتلقيها ولكن لا يحق لي الحصول عليها. وينطبق التزامي بسداد هذه المساعدة خلال فترة أهليتي وبعد توقيني عن تلقي المساعدة الطبية.

وفقاً لما يقتضيه القانون، وكشروط للأهلية، أتنازل عن جميع الحقوق في الدعم الطبي ودفع تكاليف الرعاية الطبية من أي طرف ثالث إلى DHSS، وأفهم أنه يجب علي التعاون مع قسم إنفاذ دعم الأطفال في إثبات الأبوة والحصول على الدعم الطبي لأي طفل يتلقى المساعدة الطبية.

أدرك أن النساء الحوامل غير مطالبات بالتعاون في إثبات الأبوة والحصول على الدعم الطبي، وأنه يجوز لي أن أدعي أن لدي سبباً وجيهاً لرفض التعاون في إثبات الأبوة أو في تحديد وتقديم معلومات حول الأطراف الثالثة المسؤولة.

كما أدرك أنه باعتباري متلقياً للمساعدة الطبية، سألتقي تلقائياً بخدمات دعم الأطفال الكاملة من قسم إنفاذ دعم الأطفال، ما لم أصرح بأنني أرغب في تلقي خدمات دعم الأطفال المتعلقة بالدعم الطبي فقط.

وأدرك أنه إذا كنت أحد المتقدمين/المستفيدين من برنامج Medicaid أو برنامج ديلاوير للأطفال الأصحاء، فيحق لي الحصول على جلسة استماع عادلة إذا لم أكن راضياً عن أي قرار تم اتخاذه بشأن أهليتي. أدرك أيضاً أنه يمكن تمثيلي بمحامٍ أو أي شخص آخر أختاره.

أوافق على السماح لـ DHSS، مباشرة أو من خلال وكلائها أو الخطة الصحية للولاية الماسية أو برنامج ديلاوير للأطفال الأصحاء، بالوصول إلى جميع سجلات الخدمات الطبية والصحية المدرسية والخدمات ذات الصلة لكل فرد من أفراد أسرتي مؤهل للحصول على المساعدة الطبية من أجل إدارة برنامج المساعدة الطبية، وتنسيق الرعاية، وتحديد الضرورة الطبية، وتقييم أو دفع تكاليف الخدمات الطبية المتعلقة أو المتكيدة.

أشهد، تحت طائلة عقوبة شهادة الزور، أنني مواطن أمريكي أو أجنبي في وضع الهجرة القانوني. يجب أن أقدم دليلاً على حالة الهجرة القانونية وسيتم التحقق من ذلك لدى دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية (USCIS). لن يتم التحقق من وضع الأجنبي غير القانوني. لن يؤثر هذا على أي قرار يتعلق بالمسؤولية العامة أو يؤدي إلى إجراءات الترحيل. قد يكون الأجانب غير القانونيين مؤهلين للحصول على خدمات الطوارئ والام المخاض والولادة فقط.

أوافق على الإبلاغ خلال 10 أيام عن التغييرات في وضعي والتي قد تؤثر على أهليتي، مثل التغيير في عدد الأشخاص الذين يعيشون معي، أو وظيفة جديدة أو تغيير في الدخل، أو إذا انتقلت.

- ☐ أؤكد أنه لم يتم اعتقال أو احتجاز أو سجن أي شخص يتقدم بطلب للحصول على المساعدة الطبية بناءً على هذا الطلب.
- ☐ إذا لم يكن الأمر كذلك، \_\_\_\_\_ مسجون. أدرك أنني لا أستطيع الحصول على استحقاقات المساعدة الطبية أو برنامج CHIP أثناء السجن.

#### تجديد التغطية في السنوات المقبلة

لتسهيل تحديد أهليتي للمساعدة في دفع تكاليف التغطية الصحية في السنوات المقبلة، أوافق على السماح لـ DHSS باستخدام بيانات الدخل، بما في ذلك المعلومات من الإقرارات الضريبية. سوف ترسل لي DHSS إشعاراً، وتسمح لي بإجراء أي تغييرات، ويمكنني الإلغاء في أي وقت.

- نعم، قم بتجديد أهليتي تلقائياً
- ☐ للسنوات 5 المقبلة (الحد الأقصى لعدد السنوات المسموح بها)، أو لعدد أقل من السنوات:
- ☐ 4 سنوات ☐ 3 سنوات ☐ سنتين ☐ سنة واحدة ☐ لا تستخدم المعلومات من الإقرارات الضريبية لتجديد تغطيتي.

يجب أن يتم التوقيع على هذا الطلب من قبل أحد أفراد الأسرة البالغين (18 عاماً أو أكثر) أو من قبل قاصر متحرر من الوصاية (أقل من 18 عاماً).

لقد تلقيت "الحقوق والمسؤوليات" وأفهم ما تعنيه.

توقيع مقدم الطلب أو الممثل \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

للأشخاص الذين لا يستطيعون التحدث باللغة الإنجليزية  
تم تقديم خدمات الترجمة أو كان أحد أفراد العائلة أو أي شخص آخر حاضراً للترجمة.

توقيع المترجم \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_ رقم الهاتف والهيئة/العلاقة \_\_\_\_\_



## الخطوة 7

### المساعدة في إكمال هذا الطلب - اختياري

يمكنك اختيار ممثل مفوض.

يمكنك منح شخص موثوق به الإذن بالتحدث معنا عن هذا الطلب والإطلاع على معلوماتك والتصرف نيابةً عنك في الأمور المتعلقة بهذا الطلب، بما في ذلك الحصول على معلومات حول طلبك وتوقيع طلبك نيابةً عنك. يُطلق على هذا الشخص اسم "الممثل المفوض". إذا كنت بحاجة في أي وقت إلى تغيير ممثلك المفوض، فاتصل بالخدمات الصحية والاجتماعية بولاية ديلاوير (DHSS). إذا كنت ممثلاً معيناً قانونياً لشخص ما في هذا الطلب، فأرسل إثباتاً مع الطلب.

1. اسم الممثل المفوض (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)		
2. العنوان	3. رقم الشقة أو الجناح	
4. المدينة	5. الولاية	6. الرمز البريدي
7. رقم الهاتف		
-		
8. اسم المنظمة	9. رقم الهوية (إن وجد)	
من خلال التوقيع، فإنك تسمح لهذا الشخص بالتوقيع على طلبك، والحصول على معلومات حول هذا الطلب، والتصرف نيابةً عنك في جميع الأمور المستقبلية مع هذه الهيئة.		
10. توقيع	11. التاريخ (سنة/يوم/شهر)	

### لمرشدي طلبات التقديم والمستكشفين والوكلاء والوسطاء المعتمدين فقط.

أكمل هذا القسم إذا كنت مرشداً، أو مستكشفاً، أو وكيلًا، أو وسيطاً معتمداً لطلبات التقديم يقوم بملء هذا الطلب نيابةً عن شخص آخر.

1. تاريخ بدء التقديم (سنة/يوم/شهر)	
2. الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير، واللقب	
3. اسم المنظمة	4. رقم الهوية (إن وجد)

## الخطوة 8

### أرسل الطلب المكتمل بالبريد.

يرجى استخدام الطرف المختوم الذي يحمل عنوان المرسل لإرسال طلبك الموقع بالبريد. إذا لم يكن لديك جميع المعلومات التي نطلبها، قم بالتوقيع وإرسال طلبك على أي حال. إذا لزم الأمر، سوف نتابع معك. إن تقديم هذا الطلب لا يعني أن عليك شراء التغطية الصحية.