



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

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

قدم طلب بشكل أسرع  
عبر الإنترنت



من يمكنه استخدام هذا الطلب؟ • استخدم هذا الطلب لتقديم طلب لأي شخص في منزلك بما في ذلك أي من معايير الضرائب الموجودين خارج المنزل.



• قدم طلبك، حتى لو كنت أنت أو طفلك تتمتع بالفعل بمتغطية صحية. قد تكون مؤهلاً للحصول على متغطية مجانية أو بتكففة أقل.

• يمكن للعائلات التي تضم مهاجرين التقديم. يمكنك التقديم بطلب لطفلك، حتى لو لم تكن مؤهلاً. لن يؤثر التقديم على حالة الهجرة الخاصة بك أو فرصك في أن تصبح مقيماً أو مواطناً دائماً.

• إذا كنت تتقىم بطلب للحصول على المساعدة الطبية فقط، فقد تتمكن من استخدام نموذج قصير.

### ما قد تحتاجه من أجل التقديم



• 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 الأجر والضرائب)

• رقم保单 لأى تأمين صحي حالياً

• معلومات حول أي تأمين صحي متعلق بالوظيفة متاح لعائلتك. قد تحتاج إلى إكمال الملحق A.

### لماذا نطلب هذه المعلومات؟



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

### ماذا يحدث بعد ذلك؟



يرجى استخدام الطرف المختار 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.

### احصل على مساعدة لإكمال هذا الطلب



• الهاتف: اتصل بوحدة علاقات العملاء لدينا على الرقم 1-800-372-2022.

• شخصياً: 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 1-800-5460.







## مرحباً 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 والتحاليل المعملية والأشعة
- خطط تأمين صحي خاص بأسعار معقولة من خلال Marketplace
- انتeman ضريبي جديد يمكن أن يساعد على الفرر 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 حالي والتصرف كممثل لك، فيرجى إكمال الملحق ج. يعتبر طلبك غير مكتمل حتى توقع الصفحة الأخيرة. أعد الطلب إلينا.

### الخطوة 1 أخبرنا عن نفسك.

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

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

## الخطوة 2 أخبرنا عن نفسك وعن الأشخاص في منزلك.

هل أنت؟  أعزب  متزوج  مطلق  منفصل  مرتبط مدنياً  أرمل  شريك من دون زواج  
**التعليمات**

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

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

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

\*تحتاج إلى ذلك إذا كنت تزيد التغطية الصحية ولديك رقم الضمان الاجتماعي ولديك رقم SSN الخاص بك معيًا إذا كنت لا تزيد التغطية الصحية أيضًا لأنه قد يؤدي إلى تسرع 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 مستخدمي 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 يمتلك المتقدمون بوضع هجرة مؤهل؟  نعم. أكمل القسم أدناه.

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

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

### الخطوة 3 أخبرنا عن خطة الرعاية الصحية الخاصة بك.

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 هل هذه خطة استحقاقات تابعة لموظفي الولاية؟

نعم  لا بخلاف برنامج Medicaid، هل يمتلك أي شخص في أسرتك بتأمين صحي أو برنامج Medicare؟

إذا كانت الإجابة بنعم، قم بتقديم المعلومات التالية:

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

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

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

6. قم بتسمية أي شخص أصيب خلال العامين الماضيين (حادث سيارة، إصابة متعلقة بالعمل، خطأ طبي، إلخ).

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 لا، فانتقل إلى السؤال أ.

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

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

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 ديلوير بعمر 18 عاماً أو أكبر وحصل على استحقاقات برنامج Medicaid في ديلوير.

## أخبرنا عن الأموال التي يحصل عليها أفراد أسرتك.

## الخطوة 4

ابدأ بالسؤال رقم 9 (إذا كان أي شخص يعمل حالياً، أخبرنا عن دخله).

انتقل إلى السؤال رقم 19

انتقل إلى السؤال رقم 21

موظف

عمل حر

غير موظف

9. يرجى ذكر اسم الشخص:

### الوظيفة الحالية 1

10. اسم صاحب العمل وعنوانه

11. رقم هاتف صاحب العمل

( ) - ( )

12. الأجر/الإكماميات/العمولات (قبل الضرائب)  بالساعة  أسبوعياً  كل أسبوعين  مرتين في الشهر  شهرياً  سنوياً

\$

13. متوسط ساعات العمل كل أسبوع

14. يرجى ذكر اسم الشخص:

### الوظيفة الحالية 2

15. اسم صاحب العمل وعنوانه

16. رقم هاتف صاحب العمل

( ) - ( )

17. الأجر/الإكماميات/العمولات (قبل الضرائب)  بالساعة  أسبوعياً  كل أسبوعين  مرتين في الشهر  شهرياً  سنوياً

\$

18. متوسط ساعات العمل كل أسبوع

19. يرجى ذكر اسم الشخص:

### العمل الحر

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 يستحصل عليه من هذا العمل الحر هذا الشهر؟ \$ \_\_\_\_\_

### دخل آخر هذا الشهر

21. اختر كل ما ينطبق، والمبلغ وعدد مرات الحصول عليه.

لا شيء

كم مرة يتم الدفع لهم؟	كم من المال يحصلون عليه؟	من يحصل على المال؟	من أين يأتي المال
	\$		<input type="checkbox"/> تعويض البطالة
	\$		<input type="checkbox"/> المعاشات التقاعدية
	\$		<input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي
	\$		<input type="checkbox"/> حسابات التقاعد
	\$		<input type="checkbox"/> النفقة مستتبة
	\$		<input type="checkbox"/> صافي الدخل من الزراعة/صيد الأسماك
	\$		<input type="checkbox"/> صافي الدخل من الإيجار/الإتاوات
	\$		<input type="checkbox"/> دخل آخر

### التغيير في التوظيف

22. في العام الماضي، هل قام أحد بما يلي:

تغير الوظائف

التوقف عن العمل

بدأ العمل لساعات أقل

لا شيء مما سبق

## أخبرنا عن الاقتطاعات الضريبية الخاصة بك.

## الخطوة 5

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 تكالفة التغطية الصحية أقل قليلاً.

ملحوظة: لا ينبع عليك تضمين النكالفة التي أخترتها في الاعتبار بالفعل في إجابتكم 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 (7526) 1-800-230-PLAN.

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

## اقرأ ووقع هذا الطلب.

### الحقوق والمسؤوليات

لقد قرأت جميع البيانات الواردة في هذا النموذج أو ثمنت قراءتها لي والمعلومات التي أقمنها صحيحة وكاملة على حد علمي. أدرك أنه قد يتم معاقبتي إذا قدمت معلومات كاذبة عن عدم. أدرك أن جميع المعلومات التي أقمنها 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 ديلاور (DHSS) الاتصال بأشخاص أو منظمات أخرى للحصول على الدليل اللازن لأهليتي.

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

أدرك أنه سيتم النظر في هذا الطلب بغض النظر عن العرق أو اللون أو الجنس 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 البطلة أو الضمان الاجتماعي وقبولها.

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

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

وفقاً لما يقتضيه القانون، وكشوط للأهليية، 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 أدعى أن لدى سبباً وجبياً لرفض التعاون في إثبات الأبوة أو في تحديد وتقييم معلومات حول الأطراف الثالثة المسؤولة.

كما أدرك أنه باعتباري متلقياً للمساعدة الطبية، سألتقي تلقائياً خدمات 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 ديلاور للأطفال الأصحاء، فيحق لي الحصول على جلسة استماع عادلة إذا لم أكن راضياً عن أي قرار تم اتخاذه بشأن أهليتي. أدرك أيضًا أنه يمكن تمثيلي بمحامٍ أو أي شخص آخر اختاره.

أتفق على السماح لـ DHSS، مباشراً أو من خلال وكلائها أو الخطة الصحية للولاية الماسية أو برنامج ديلاور 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 المعلقة أو المتبدلة.

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 التتحقق 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 وألام المخاض والولادة فقط. أواق على الإبلاغ خلال 10 أيام عن التغييرات في وضعني 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 ينقدم 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، أواق 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 الـ 5 المقبلة (الحد الأقصى لعدد السنوات المسموح بها)، أو لعدد أقل من السنوات:  
 سنة واحدة     سنتين     3 سنوات     4 سنوات     لا تستخدم المعلومات من الإقرارات الضريبية لتجديد تعطيلي.

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.

---

التاريخ

توقيع مقدم الطلب أو الممثل

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

---

رقم الهاتف والهيئة/العلاقة

---

التاريخ

توقيع المترجم

## الخطوة 7 المساعدة في إكمال هذا الطلب - اختياري

### الخطوة 7

يمكنك اختيار ممثل مفوض.

يمكنك منح شخص موثوق به الإذن بالتحديث معنا عن هذا الطلب والاطلاع على معلوماتك والتصرف نيابة عنك في الأمور المتعلقة بهذا الطلب، بما في ذلك الحصول على معلومات حول طلبك وتوقيع طلبك نيابة 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 قانونياً لشخص ما في هذا الطلب، فارسل إثباتاً مع الطلب.

1. اسم الممثل المفوض (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

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

**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 نيابة عن شخص آخر.

1. تاريخ بدء التقديم (سنة/يوم/شهر)

2. الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير، واللقب

3. اسم المنظمة

## 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 تتتابع معك. إن تقديم هذا الطلب لا يعني أن عليك شراء التغطية الصحية.