

التسجيل في برنامج FAMILY CARE (الرعاية الأسرية) تعليمات ومعلومات هامة

(FAMILY CARE PROGRAM ENROLLMENT INSTRUCTIONS AND IMPORTANT INFORMATION)

إن إكمال هذا النموذج لهو أمر اختياري، ومع ذلك، يتعين عليك إكمال هذا النموذج إذا كنت ترغب بالتسجيل في برنامج Family Care (الرعاية الأسرية). إذا كنت ترغب في التقدم لهذا البرنامج، فيجب أن تتصل بـ local aging and disability resource center (مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة) ADRC المحلي الذي تتبعه أو إذا كنت عضوًا في أحد القبائل، فيمكنك أيضًا بـ Tribal Aging and Disability Resource Specialist (أخصائي موارد المسنين وذوي الإعاقة) (ADRS) القبلي الذي تتبعه. يمكن العثور على معلومات الاتصال الخاصة بـ ADRCs المحلي أو ADRS القبلي من خلال www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm.

كيفية استخدام هذا النموذج

1. اقرأ قسم المعلومات الهامة وجميع الإرشادات قبل توقيع النموذج. إذا كنت بحاجة للمعلومات بلغة أخرى أو بتنسيق مختلف، فيرجى الاتصال بـ ADRC المحلي، أو القبلي ADRS.
2. يمكن توقيع هذا النموذج فقط من قبل الفرد أو ولي أمره أو الوصي القائم عليه أو حامل الوكالة السارية عليه.

معلومات هامة

- لا بضمن التوقيع على هذا النموذج أهليتك لبرنامج Family Care (الرعاية الأسرية).
- بعد أن توقع على هذا النموذج، يمكنك اختيار عدم التسجيل.
- التسجيل في برنامج Family Care (الرعاية الأسرية) اختياري، ويمكنك إلغاء التسجيل في أي وقت.
- قد تؤثر التغييرات الطارئة على حالتك الصحية أو المالية على أهليتك لهذا البرنامج. في حالة وقوع مثل هذه التغييرات، تحدث مع مدير الرعاية الخاص بمؤسسة الرعاية الصحية (MCO) التابع لها، أو مع مدير الحالة القبلية إذا كان ذلك ينطبق عليك.

توقيع النموذج

أعني أن توقعي (أو توقيع الوكيل القانوني، أو الوصي أو من لديه تفويض رسمي مفعّل) على هذا النموذج يعني أنني قد قرأت محتويات هذا النموذج وفهمتها، بما في ذلك المعلومات الخاصة بتاريخ التسجيل وتأكيد الاختيار أدناه. أقر بأن جميع إجاباتي كاملة إلى حد علمي. أفهم أنه في حال تعدي إخفاء معلومات أو توفير معلومات خاطئة في هذا النموذج، فقد يتم إلغاء تسجيلي من البرنامج. أعني أن توقعي يخول وكالة ADRC أو القبلي ADRS بعرض معلوماتي للجهات الأتية:

- مؤسسة Managed Care Organization (إدارة الرعاية الصحية)
- وكالة ADRC أو القبلي ADRS أخرى
- قبيلة الانتماء، إذا توفرت
- وكالات صيانة الدخل
- Medicaid
- Medicare
- موفرو الخدمات وممثليهم المعتمدين بغرض توفير الرعاية الخاصة بي.

تاريخ التسجيل المطلوب

- يمكنك اختيار التاريخ الذي تريده للتسجيل في البرنامج. ومع ذلك، لا يمكن التسجيل قبل تاريخ:
- تتلقى وكالة ADRC أو القبلي ADRS هذا النموذج الموقع
 - أنت تستوفي جميع المتطلبات الأهلية المالية والوظيفية.

تأكيد الاختيار

الغرض الأساسي لبرنامج Family Care (الرعاية الأسرية) هو مساعدتك في الحصول على الخدمات التي تحتاجها للعيش في منزلك أو مجتمعك كلما أمكن ذلك.

المعلومات الشخصية

بموجب Wis. رقم § 49.45(4)، يتم الإبقاء على سرية معلوماتك التي قد تؤدي إلى الإفصاح عن هويتك، ويتم استخدامها للإدارة المباشرة لبرنامج Family Care (الرعاية الأسرية) فقط.

تعليمات إضافية**القسم 1**

- يُقصد بـ"مقاطعة الإقامة" المقاطعة التي تعيش فيها بصفة مادية.
- يُقصد بـ"مقاطعة المسؤولية" المقاطعة المسؤولة عن توفير خدمات الصحة العقلية وغيرها.
- يُقصد بـ"عنوان الشارع الدائم" عنوان الإقامة الذي تعيش فيه بصفة مادية.

القسم 2

يتم إكمال هذا القسم إذا كان لك وكيل قانوني، أو وصي، أو شخص مفوض رسمياً، أو ممثل مرخص من ميديكيد (Medicaid).

القسم 3

يرجى توفير معلومات اتصال الطوارئ الخاصة بصديق، أو أحد أقاربك؛ حتى تتمكن من الاتصال به في حالة الطوارئ.

القسم 4

يتم إكمال هذا القسم إذا كان ينطبق.

القسم 5

توقيعك أو توقيع ولي أمرك القانوني، أو الوصي، أو حامل الوكالة السارية ضروري. إذا كنت توقع بعلامة، فسيلزم توقيع شاهدين. إذا كان هناك ما يعيقك جسدياً على التوقيع، يمكنك أن تطلب من شخص بالغ أن يوقع على النموذج في حضور شاهدين. يجب أن يوضح الشخص الذي يوقع بالنيابة عنك أنه يقوم بالتوقيع بناءً على توجيهات مقدم الطلب.

يتوجب على وكالة ADRC أو القبلي ADRS الاحتفاظ بنموذج التسجيل الموقع الأصلي، أو صورة ضوئية من النموذج الموقع، لمدة 10 سنوات في حالة طلب السجلات.

التسجيل: برنامج FAMILY CARE (الرعاية الأسرية)

إرشادات: اقرأ جميع الإرشادات قبل التوقيع على النموذج.

القسم 1 – المعلومات الشخصية

اسم الشخص (الاسم الأول، الأوسط، اللقب)		تاريخ الميلاد	
الحالة الاجتماعية في الحاضر (ضع علامة على خانة واحدة فقط) ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ أرمل		إذا كنت متزوجاً في الوقت الحالي، اسم الزوجة (الأول، الأوسط، الأخير)	
عنوان المراسلة		المدينة	الولاية
رقم الهاتف		مقاطعة السكن	مقاطعة المسؤولية
أمريكي من السكان الأصليين / من سكان ألاسكا الأصليين ☐ نعم ☐ لا		أمريكي من السكان الأصليين / منتسب إلى سكان ألاسكا الأصليين	
البريد الإلكتروني			
شارع العنوان الدائم (إذا كان يختلف عن الموضح أعلاه)		المدينة	الولاية
اسم المنشأة — التحقق من النوع:		تاريخ الإدراج في NH/ICF-IID ☐ NH ☐ ICF-IID ☐ CBRF ☐ AFH ☐ RCAC	
شارع عنوان المنشأة (إذا كان يختلف عن الموضح أعلاه)		المدينة	الولاية

القسم 2 – سلطة التسجيل البديلة

هل لديك ولي أمر قانوني؟ ☐ نعم ☐ لا		النوع: ☐ ولي أمر للشخص ☐ وصي على الممتلكات ☐ ولي أمر للشخص ووصي على الممتلكات	
اسم ولي الأمر (الأول، الأوسط، الأخير)		رقم الهاتف	
شارع العنوان البريدي		المدينة	الولاية
هل لديك ولي أمر قانوني؟ ☐ نعم ☐ لا		النوع: ☐ ولي أمر للشخص ☐ وصي على الممتلكات ☐ ولي أمر للشخص ووصي على الممتلكات	
اسم ولي الأمر (الأول، الأوسط، الأخير)		رقم الهاتف	
شارع العنوان البريدي		المدينة	الولاية
هل لديك Power of Attorney for Finance and Property (حامل وكالة سارية للمال والممتلكات) (POAF)؟ ☐ نعم ☐ لا			
اسم حامل الوكالة السارية للمال والممتلكات POAF (الأول، الأوسط، الأخير)		رقم الهاتف	
شارع العنوان البريدي		المدينة	الولاية
هل لديك Power of Attorney for Health Care (حامل وكالة سارية للرعاية الصحية) (POAHC)؟ ☐ نعم — تاريخ سريان الوكالة: ☐ لا			
اسم حامل الوكالة السارية للرعاية الصحية (POAHC) (الأول، الأوسط، الأخير)		رقم الهاتف	

التوزيع:

النسخة الأصلية – مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة (ADRC) // أخصائي موارد
المسنين وذوي الإعاقة القلبي (ADRS)؛ النسخ – مقدم الطلب، IM (صيانة الدخول)، MCO

شارع العنوان البريدي	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
----------------------	---------	---------	---------------

هل لديك وصي؟ ☐ نعم — تاريخ طلب الوصي ☐ لا

اسم الوصي (الأول، الأوسط، الأخير)	رقم الهاتف
شارع العنوان البريدي	المدينة
الولاية	الرمز البريدي

هل لديك ممثل معتمد من Medicaid كما هو موضح بنموذج DHS **F-10126A** أو **F-10126B** ☐ نعم — تاريخ التوقيع: ☐ لا

اسم ممثل Medicaid المعتمد (الأول، الأوسط، الأخير)	رقم الهاتف	مقاطعة السكن
---	------------	--------------

شارع العنوان البريدي	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
----------------------	---------	---------	---------------

القسم 3 – معلومات الاتصال الإضافية

اسم صديق أو أحد أقاربك يمكننا الاتصال به في حالة الطوارئ

اسم جهة الاتصال (الأول، الأوسط، الأخير)	رقم الهاتف الذي يمكننا الاتصال به أثناء النهار	رقم الهاتف في المساء
---	--	----------------------

صلته بك

القسم 4 – معلومات التأمين

هل لديك تغطية تأمينية طبية/صحية حالية مثل تأمين صحي مقدم من قبل صاحب العمل، أو تأمين خاص، أو مزايا إدارة قدامى المحاربين (VA)، أو TRICARE أو تغطية المزايا الصحية لموظف فيدرالي؟ ☐ نعم ☐ لا

اسم وعنوان شركة التأمين	رقم الهوية
رقم المجموعة	

هل تحصل في الوقت الحالي على تغطية للعقاقير الطبية؟ ☐ نعم ☐ لا

اسم التغطية	رقم الهوية	رقم المجموعة
-------------	------------	--------------

هل تحصل على مزايا ضمان اجتماعي؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تحصل على مزايا Railroad Retirement Board (مجلس تقاعد السكك الحديدية) (RRB)؟ ☐ نعم ☐ لا

لأفراد المؤهلين لبرنامج Medicare (مديكير): اسم المستفيد (الاسم الأول، الأوسط، اللقب): _____	تاريخ السريان: (شهر/يوم/سنة) المستشفى (الجزء A)
	طبي (الجزء B)
Medicare Beneficiary Identifier (معرف مستفيد Medicare) (MBI) _____	

التوزيع:

النسخة الأصلية – مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة (ADRC) // أخصائي موارد
المسنين وذوي الإعاقة القلبي (ADRS)؛ النسخ – مقدم الطلب، IM (صيانة الدخول)، MCO

القسم 5 - خيار التسجيل والتوقيع

التسجيل في: ☐ Family Care (الرعاية الأسرية)	اسم MCO:
إدارة الحالات القبلية الخاصة ببرنامج Family Care (الرعاية الأسرية) في حال الاختيار: ☐ Menominee ☐ Oneida	اسم MCO:

أقر أنا، الموقع أدناه، بنيتي وموافقتي على التسجيل ببرنامج Family Care (الرعاية الأسرية) المحدد أعلاه.

توقيع - الشخص	تاريخ التوقيع
توقيع - ولي الأمر، أو الوصي أو حامل الوكالة السارية	تاريخ التوقيع
التوقيع - الشاهد (إذا انطبق)	تاريخ التوقيع
التوقيع - الشاهد (إذا انطبق)	تاريخ التوقيع

التوزيع:

النسخة الأصلية - مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة (ADRC) // أخصائي موارد
المسنين وذوي الإعاقة القبلي (ADRS)؛ النسخ - مقدم الطلب، IM (صيانة الدخل)، MCO

Space reserved for future bar code use

للاستخدام المكتبي من قبل ADRC أو القبلي ADRS فقط

ADRC أو القبلي:	مقاطعة:
مسؤول وكالة ADRC أو القبلي ADRS:	رقم الهاتف:
البريد الإلكتروني:	

معلومات تاريخ التسجيل:	برنامج:	قم بتأكيد تاريخ انتهاء HMO، إذا كان ينطبق:
تاريخ التسجيل الفعلي:	Family Care ☐	
☐ تاريخ التسجيل معلق: خدمات عاجلة		
☐ تاريخ التسجيل معلق: اتفاقية ابتدائية		
☐ تاريخ التسجيل معلق: التحويل إلى وكالة جديدة مع الانتقال		

حالة التسجيل في نظام FHiC:

☐ تاريخ التسجيل في نظام FHiC

☐ لم يتم إدراج تاريخ التسجيل في نظام FHiC: القيد في نظام MA
أو IRIS معلق. لا تقوم MCO بتحديث LTCFS إلا بعد أن يتم تأكيد
التسجيل في نظام FHiC.

مستوى الرعاية	مجموعة المستهدفة:												
اختر NH/NNH LOC المخصص في العمود الأيسر ثم اختر DD LOC المناسب في العمود الأيمن. يجب اختيار مربعين كحد أقصى.	متلقي رعاية Medicaid (ميديكيد) ☐ نعم ☐ لا رقم هوية Medicaid: لغة إشعار CARES: ☐ الإنجليزية ☐ الأسبانية												
<table border="1"> <tr> <th>اختيار 1</th> <th>اختيار 1</th> </tr> <tr> <td>DD1A ☐</td> <td>NH-ISR ☐</td> </tr> <tr> <td>DD1B ☐</td> <td>NH-SNF ☐</td> </tr> <tr> <td>DD2 ☐</td> <td>NH-ICF ☐</td> </tr> <tr> <td>DD3 ☐</td> <td>NNH ☐</td> </tr> <tr> <td>NDD ☐</td> <td></td> </tr> </table>	اختيار 1	اختيار 1	DD1A ☐	NH-ISR ☐	DD1B ☐	NH-SNF ☐	DD2 ☐	NH-ICF ☐	DD3 ☐	NNH ☐	NDD ☐		FE ☐ ID/DD ☐ PD ☐
اختيار 1	اختيار 1												
DD1A ☐	NH-ISR ☐												
DD1B ☐	NH-SNF ☐												
DD2 ☐	NH-ICF ☐												
DD3 ☐	NNH ☐												
NDD ☐													

☐ الشخص مدرج حالياً في برنامج Children's Waiver (تتأهل الأطفال) "المساهمة بالرعاية طويلة الأمد للأطفال" (CLTS)

الاسم - عامل CLTS	المقاطعة
-------------------	----------

رقم الهاتف	البريد الإلكتروني
توزيع النموذج المستكمل:	☐ الشخص أو ولي الأمر القانوني أو الوصي، أو حامل الوكالة السارية ☐ MCO المختارة ☐ صيانة الدخل، إن أمكن ☐ القبيلة، إن أمكن ☐ عامل CLTS، إن أمكن

التوزيع:

النسخة الأصلية - مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة (ADRC) // أخصائي موارد
 المسنين وذوي الإعاقة القبلي (ADRS)؛ النسخ - مقدم الطلب، IM (صيانة الدخل)، MCO