

التسجيل في برنامج (الشراكة) PARTNERSHIP تعليمات ومعلومات هامة

(PARTNERSHIP PROGRAM ENROLLMENT INSTRUCTIONS AND IMPORTANT INFORMATION)

يُعد استكمال هذا النموذج أمرًا تطوعيًا؛ غير أنه يجب استكمال هذا النموذج إذا كنت مهتمًا بالتسجيل في برنامج Partnership (الشراكة). إذا كنت ترغب في التقدم لبرنامج Partnership (الشراكة)، فيجب أن تتصل بـ Aging and Disability Resource Center (مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة) (ADRC) المحلي الذي تتبعه أو إذا كنت عضوًا في أحد القبائل، فيمكنك أيضًا الاتصال بـ 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 على 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 ADRS القبلي.
2. يمكن توقيع هذا النموذج فقط من قبل الفرد أو ولي أمره أو الوصي القائم عليه أو حامل الوكالة السارية عليه.

معلومات هامة

- توقيع هذا النموذج ليس من شأنه ضمان أهليتك لبرنامج الرعاية Partnership (الشراكة).
- إذا كنت مؤهلاً، فستتمكن من الاختيار بين برامج Partnership (الشراكة) المتوفرة في منطقتك.
- بعد أن توقع على هذا النموذج، يمكنك اختيار عدم التسجيل.
- التسجيل في برنامج Partnership (الشراكة) أمر تطوعي ويمكنك إلغاء التسجيل في أي وقت، غير أن مزايا Medicare الخاصة بك ستستمر في هذه الخطة إلى أن تتأهل لتغيير خطة Medicare الخاصة بك.
- قد تؤثر التغييرات في حالتك الصحية أو المالية على أهليتك لبرنامج Partnership (الشراكة). في حالة وقوع مثل هذه التغييرات، تحدث مع مدير الرعاية الخاص بك بـ Partnership Organization (مؤسسة الشراكة) (PO) أو مع مدير الحالة القبلي، إن أمكن.

توقيع النموذج

أفهم أن توقيع (أو توقيع ولي أمرني القانوني أو الوصي القائم علي أو حامل الوكالة السارية) على هذا النموذج معناه أنني قرأت وفهمت محتويات هذا النموذج، بما في ذلك المعلومات المتعلقة 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. أعي أن توقيعني يخول وكالة ADRC أو ADRS القبلي بعرض معلوماتي للجهات الأتية:

- Managed Care Organization (مؤسسة الرعاية الصحية المدارة)
- وكالة ADRC أو ADRS القبلي أخرى
- وكالات Income Maintenance (صيانة الدخل)
- قبيلة الانتماء، إذا توفرت
- 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 والمالية والوظيفية.

تأكيد الاختيار

الغرض الأساسي من برنامج Partnership (الشراكة) هو مساعدتك في الحصول على الخدمات التي تحتاج إليها للعيش في منزلك أو مجتمعك متى أمكن.

المعلومات الشخصية بموجب (Wis. Stat. § 49.45(4)، تظل معلومات التعريف الشخصية الخاصة بك سرية ولا تُستخدم إلا في الإدارة المباشرة لبرنامج Partnership (الشراكة).

معلومات تتعلق ببرنامج Partnership (الشراكة)

برنامج Partnership (الشراكة) هو برنامج رعاية بولاية Wisconsin يُدار بواسطة Medicaid و Medicare وتنطبق عليه متطلبات أهلية محددة. إذا كنت مسجلاً في Medicare وترغب في التسجيل ببرنامج Partnership (الشراكة)، فيجب أن تسجل في خطة Medicare Partnership (الشراكة الخاصة بـ Medicare).

وإذا كنت مسجلاً في الوقت الحالي في Medicare، فستستمر خطتك الحالية المتعلقة بتوفير مزايا Medicare الخاصة بك إلى أن تصبح مؤهلاً للتسجيل في خطة Medicare Partnership (الشراكة) الخاصة بـ Medicare.

للتسجيل في Partnership (الشراكة)، يجب أن تعيش في منطقة خدمة منظمة Partnership (الشراكة)، وأن يكون عمرك 18 سنة على الأقل في شهر التسجيل، وأن تطلب مستوى الرعاية المقدم في دار الرعاية، وأن تكون مؤهلاً لـ Medicaid.

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 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

سيُستكمل هذا القسم إذا كنت ترغب في خصم أي من أقساط خطة الأدوية المسجلة في الملحق D من Medicare من Social Security (ضمانك الاجتماعي) مباشرةً.

القسم 6

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

برنامج PARTNERSHIP (الشراكة) - التسجيل

إرشادات: اقرأ جميع الإرشادات قبل التوقيع على النموذج.

القسم 1 - المعلومات الشخصية			
اسم العضو (الأول، الأوسط، الأخير)		تاريخ الميلاد	
الحالة الاجتماعية الحالية (اختر مربع واحد فقط) <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل		إذا كنت متزوجًا في الوقت الحالي، اسم الزوجة (الأول، الأوسط، الأخير)	
عنوان المراسلة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف	مقاطعة السكن	مقاطعة المسؤولية	
أمريكي من السكان الأصليين / من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		أمريكي من السكان الأصليين / منتسب إلى سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
عنوان الشارع الدائم (إذا كان مختلفًا عما سبق)		المدينة	الولاية
اسم المنشأة - التحقق من النوع: <input type="checkbox"/> ICF-IID <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> RCAC <input type="checkbox"/> AFH <input type="checkbox"/> CBRF		تاريخ دخول NH أو ICF-IID	
عنوان شارع المنشأة (إذا كان مختلفًا عما سبق)		المدينة	الولاية

القسم 2 - سلطة التسجيل البديلة			
هل لديك ولي أمر قانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
النوع: <input type="checkbox"/> وصي على الشخص <input type="checkbox"/> وصي على الممتلكات <input type="checkbox"/> وصي على الشخص والممتلكات			
اسم ولي الأمر (الأول، الأوسط، الأخير)		رقم الهاتف	مقاطعة السكن
عنوان المراسلة (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)			
هل لديك ولي أمر قانوني آخر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
النوع: <input type="checkbox"/> وصي على الشخص <input type="checkbox"/> وصي على الممتلكات <input type="checkbox"/> وصي على الشخص والممتلكات			
اسم ولي الأمر (الأول، الأوسط، الأخير)		رقم الهاتف	مقاطعة السكن
عنوان المراسلة (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)			
هل لديك Power of Attorney for Finance and Property (حامل وكالة سارية للمال والممتلكات) (POAF)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
اسم حامل الوكالة السارية للمال والممتلكات POAF (الأول، الأوسط، الأخير)		رقم الهاتف	مقاطعة السكن
عنوان المراسلة (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)			

هل لديك Power of Attorney for Health Care (حامل وكالة سارية للرعاية الصحية) (POAHC)؟

نعم — تاريخ سريان الوكالة: لا

مقاطعة السكن	رقم الهاتف	اسم حامل الوكالة السارية للرعاية الصحية (POAHC) (الأول، الأوسط، الأخير)
--------------	------------	--

عنوان المراسلة (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

هل لديك وصي؟ نعم — تاريخ طلب الوصي لا

مقاطعة السكن	رقم الهاتف	اسم الوصي (الأول، الأوسط، الأخير)
--------------	------------	-----------------------------------

عنوان المراسلة (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

هل لديك ممثل Medicaid معتمد كما هو محدد في نموذج DHS

نعم - التاريخ: لا

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

عنوان المراسلة (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)

القسم 3 - معلومات الاتصال الإضافية

اذكر صديق أو قريب يمكننا الاتصال بهم في حالات الطوارئ.

اسم جهة الاتصال (الأول، الأوسط، الأخير)	رقم الهاتف خلال 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 البوليصه أو الهوية
	رقم المجموعة

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

اسم التغطية	رقم البوليصه أو الهوية	رقم المجموعة
-------------	------------------------	--------------

هل تحصل على مزايا Social Security (ضمان اجتماعي)؟ نعم لا

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

مخول لـ: تاريخ السريان: (شهر/يوم/سنة) المستشفى (الجزء A)	إذا كنت مؤهلاً لـ Medicare: اسم المستفيد (الأول، الأوسط، الأخير): Medicare Beneficiary Identifier (معرف مستفيد (MBI)):
--	--

طبي (الجزء B)



يُرجى قراءة هذه المعلومات الهامة

إذا كانت لديك تغطية صحية من صاحب عمل أو اتحاد، فقد يؤثر الانضمام إلى برنامج **Partnership (الشراكة) على المزايا الصحية** التي تحصل عليها من صاحب العمل أو الاتحاد. وقد تفقد التغطية الصحية التي تحصل عليها من صاحب العمل أو الاتحاد في حال الانضمام إلى برنامج **Partnership (الشراكة)**. اقرأ المراسلات التي يرسلها إليك صاحب العمل أو الاتحاد. وإذا كانت لديك أسئلة، ففضل بزيارة الموقع، أو الاتصال بالمكتب المذكور في مراسلاتهم. إذا لم تكن على علم بمن تتصل به، فقد يساعدك مدير مساعداتك أو المكتب الذي يجيب عن أسئلتك بخصوص التغطية التي تحصل عليها.

القسم 5 - قسط خطة العقاقير الطبية الواردة في الجزء D من MEDICARE

معظم الأشخاص مؤهلون للحصول على مساعدة إضافية فيما يتعلق بتكاليف تغطية العقاقير الطبية من Medicare. وقد تقوم Medicare بتغطية كل أو بعض من أقساط خطتك. إن أمكن، يمكن خصم القسط الشهري لخطة Medicare Advantage هذه بشكل تلقائي من شيك Social Security (الضمان الاجتماعي) الخاص بك. وإذا لم تحدد هذا الخيار، فستقوم خطة Partnership (الشراكة) الخاصة بك بإرسال فاتورة كل شهر بحيث يمكنك السداد عن طريق البريد أو electronic funds transfer (التحويل الإلكتروني للأموال) (EFT).
أرغب في خصم قسط هذه الخطة من شيك المزايا الشهري الخاص بي من Social Security Administration (إدارة الضمان الاجتماعي) (SSA): نعم لا

القسم 6 - خيار التسجيل والتوقيع

قراءة وتوقيع ما يلي

تاريخ التسجيل في Medicaid المطلوب: _____

خطة Partnership (الشراكة) المحددة:

My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.

Community Care Health Plan, Inc.

Independent Care Health Plan

باستكمال طلب التسجيل هذا، أوافق على ما يلي:

خطة Partnership (الشراكة) هي خطة Medicare Advantage ولها عقد مبرم مع الحكومة الفيدرالية. يمكنني أن أكون في خطة Medicare Advantage فقط في الوقت الحالي، وأفهم أن تسجيلي في هذه الخطة من شأنه أن ينهي تسجيلي في خطة Medicare الصحية الأخرى أو خطة العقاقير الطبية الأخرى. سأستمر في الحصول على مزايا Medicare الخاصة بي من خطة Medicare الحالية الخاصة بي إلى أن أوهل لتغيير خطط Medicare. عادةً ما يكون التسجيل في خطة Medicare خاص بالسنة كاملةً. بمجرد أن أسجل، يمكنني ترك خطة Medicare الخاصة بي وإجراء التغييرات في أوقات محددة فقط من السنة عندما تتوفر فترة التسجيل (مثال: 15 أكتوبر - 7 ديسمبر من كل سنة)، أو في ظل ظروف خاصة محددة. من مسؤوليتي إخطار ADRC أو ADRS القبلي بالتغطية الخاصة بي وقت التسجيل وإخطار منظمة PO بأي تغطية عقاقير طبية لدي أو أحصل عليها في المستقبل. الخطة المحددة تخدم منطقة خدمة محددة. إذا انتقلت خارج المنطقة التي تخدمها الخطة المحددة، فيجب أن أخطر الخطة حتى أتمكن من إلغاء التسجيل والعثور على خطة جديدة في منطقتي الجديدة. بمجرد أن أكون عضوًا في الخطة المحددة، يحق لي استئناف قرارات الخطة الخاص بالسداد أو الخدمات في حال رفضها. سأقرأ مستند Partnership Evidence of Coverage (دليل تغطية الشراكة) واتفاقية التسجيل من الخطة المحددة عندما أحصل عليه لمعرفة القواعد التي يتوجب علي اتباعها للحصول على التغطية باستخدام خطة Medicare Advantage أو Medicare هذه. أفهم أن الأشخاص لدى Medicare لا يحصلون على التغطية دائمًا بموجب Medicare عند التواجد خارج البلد باستثناء التغطية المحدودة بالقرب من الحدود الأمريكية. أفهم أنه بدايةً من تاريخ بدء تغطية الخطة المحددة؛ يجب أن أحصل على كامل الرعاية الصحية الخاصة من الخطة المحددة باستثناء الخدمات الطارئة أو الخدمات اللازمة الملحة أو خدمات غسيل الكلى خارج المنطقة. ستتم تغطية الخدمات المعتمدة بموجب الخطة المحددة والخدمات الأخرى المضمنة في مستند Partnership Evidence of Coverage (دليل تغطية الشراكة) واتفاقية التسجيل.

لن تقوم MEDICARE أو الخطة المحددة بالسداد مقابل الخدمات، دون اعتماد.

نشر المعلومات: بالانضمام إلى خطة Medicare الصحية هذه، أقر بأن الخطة المحددة سنقوم بنشر معلوماتي إلى Medicare والخطط الأخرى حسب الضرورة من أجل عمليات المعالجة والسداد والرعاية الصحية. كما أقر بأن الخطة المحددة ستنتشر معلوماتي بما في ذلك بيانات أحداث العقاقير الطبية الخاصة بي إلى Medicare، التي قد تنتشرها من أجل البحث وأغراض أخرى تتبع كل القوانين واللوائح

الفيدرالية المطبقة. المعلومات الموجودة بنموذج التسجيل هذا صحيحة حسب علمي. أفهم أنه في حال تعدي توفير معلومات خاطئة في هذا النموذج، فسيتم إلغاء تسجيلي من الخطة. أفهم أن توقيعني (أو توقيع الشخص المفوض بالتصرف نيابةً عني بموجب قوانين الولاية التي أعيش فيها) على هذا الطلب يشير إلى أنني قرأت وفهمت محتويات هذا الطلب. في حال توقيعني بواسطة الفرد المفوض (على النحو المذكور أعلاه)، فهذا التوقيع شهادة بأن (1) هذا الشخص مفوض بموجب قانون الولاية باستكمال هذا التسجيل (2) مستندات هذا التفويض متوفرة عند الطلب من قبل الخطة المحددة أو من قبل Medicare.

أنا، الموقع أدناه، أعلن بموجب ذلك عن نيتي في وأوافق بموجب ذلك على التسجيل في برنامج Partnership (الشراكة) المحدد أعلاه.

أفهم أن تاريخ بدء التسجيل في Medicaid الخاص بي سيكون _____ وأن تسجيلي في Medicare سيبدأ في أول الشهر التالي لهذا النموذج في حال تأهيلي Special Election Period (فترة اختيار خاصة). سأستمر في الحصول على مزايا Medicare الخاصة بي من خطتي الحالية إلى أن أوهل للتسجيل في خطة Partnership (الشراكة) التي حددتها أعلاه.

أنا، الموقع أدناه، أعلن بموجب ذلك عن نيتي في وأوافق بموجب ذلك على التسجيل في برنامج Partnership (الشراكة) المحدد أعلاه.

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

يصرح بالاستخدام المكتبي لهذه الوثيقة لوكالة ADRC أو القبلي ADRS فقط

ADRC أو القبلي: مقاطعة:

مسؤول وكالة ADRC أو القبلي: رقم الهاتف:

البريد الإلكتروني:

معلومات تاريخ التسجيل: التاريخ الدقيق للتسجيل:	برنامج: Partnership (الشراكة) <input type="checkbox"/>	قم بتأكيد تاريخ انتهاء HMO، إذا كان ينطبق:
<input type="checkbox"/> تاريخ التسجيل معلق: خدمات عاجلة		
<input type="checkbox"/> تاريخ التسجيل معلق: اتفاقية ابتدائية		
<input type="checkbox"/> 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 PO بتحديث LTCFS إلا بعد أن يتم تأكيد التسجيل في نظام FHiC.

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

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

الاسم - عامل CLTS المقاطعة

رقم الهاتف البريد الإلكتروني

لاستخدام مكتب Partnership (الشراكة) فقط

اسم الموظف (إذا ساعد في التسجيل)

رقم هوية الخطة:

فترة اختبار Medicare:

IEP أو ICEP OEPI AEP SEP (النوع):

تاريخ سريان تغطية Medicare رقم موافق Medicaid التاريخ الدقيق للتسجيل في Medicaid

توزيع النموذج المستكمل:

الشخص أو ولي الأمر القانوني أو الوصي، أو حامل الوكالة السارية

مؤسسة Partnership (الشراكة) المحددة

Income Maintenance (صيانة الدخل)، إن أمكن

القبيلة، إن أمكن

عامل CLTS، إن أمكن