

## إلغاء التسجيل من برنامج PACE تعليمات ومعلومات هامة

### (PACE PROGRAM ENROLLMENT INSTRUCTIONS AND IMPORTANT INFORMATION)

يُعد استكمال هذا النموذج أمرًا تطوعيًا؛ غير أنه يجب استكمال هذا النموذج إذا كنت مهتمًا بالتسجيل في برنامج PACE. إذا كنت ترغب في التقدم لبرنامج PACE، فيجب أن تتصل بـ Aging and Disability Resource Center (مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة) المحلي الذي تتبعه أو إذا كنت عضوًا في إحدى القبائل، فيمكنك الاتصال أيضًا 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 من خلال [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](http://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 PACE.
- بعد أن توقع على هذا النموذج، يمكنك اختيار عدم التسجيل. التسجيل في PACE أمر طوعي ويمكنك إلغاء التسجيل في أي وقت، غير أن مساعدات Medicare الخاصة بك ستظل في خطة PACE حتى آخر يوم تطالب فيه بإلغاء التسجيل من البرنامج.
- قد تؤثر التغييرات في حالتك الصحية أو المالية على أهليتك لبرنامج PACE. في حالة وقوع مثل هذه التغييرات، تحدث مع مدير الرعاية الخاص بمؤسسة PACE التابع لها، أو مع مدير الحالة القبلية إن أمكن.
- للتسجيل في PACE، قد تكون، إلا أنك غير مطالب بأن تكون (1) مؤهل لـ Medicare الجزء A؛ (2) مسجل في Medicare الجزء B؛ (3) أو مؤهل لـ Medicaid.

### توقيع النموذج

أفهم أن توقيعني (أو توقيع ولي أمري 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. أعني أن توقيعني يخول وكالة ADRC أو ADRS القبلي بعرض معلوماتي للجهات الأتية:

- مؤسسة PACE
- وكالة ADRC أو ADRS القبلي أخرى
- وكالات صيانة الدخل
- قبيلة الانتماء، إذا توفرت
- Medicaid
- Medicare
- موفرو الخدمات وممثلهم المعتمدين بغرض توفير الرعاية الخاصة بي.

### تاريخ التسجيل المطلوب

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

## تأكيد الاختيار

الغرض الأساسي من برنامج PACE 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 PACE.

## معلومات تتعلق بـ PACE

PACE هو برنامج رعاية بولاية Wisconsin يُدار بواسطة Medicaid و Medicare وتنطبق عليه متطلبات أهلية محددة. إذا كنت مسجلاً في Medicare وترغب في التسجيل في برنامج PACE، فيجب أن تسجل في خطة PACE Medicare. ستبدأ مساعدات برنامج PACE Medicare الخاص بك في أول يوم من الشهر التالي للشهر الذي حددت فيه أهليتك لـ PACE.

إذا كنت مسجلاً حالياً في Medicare، فستستمر خطط الحالية في تزويدك بمساعدات Medicare إلى أن تصبح مؤهلاً للتسجيل في خطة PACE.

للتسجيل في الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، يجب أن تعيش في منطقة خدمة منظمة الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، وأن يكون عمرك 55 سنة على الأقل، وأن تطلب مستوى الرعاية المقدم في دار الرعاية، وأن تتمكن من العيش على نحو آمن في المجتمع وقت التسجيل.

## 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

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

## برنامج PACE – إلغاء التسجيل

إرشادات: اقرأ جميع الإرشادات قبل التوقيع على النموذج.

|                                                                                                                                                                                      |              |                                                                     |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>القسم 1 – المعلومات الشخصية</b>                                                                                                                                                   |              |                                                                     |               |
| اسم العضو (الأول، الأوسط، الأخير)                                                                                                                                                    |              | تاريخ الميلاد                                                       |               |
| الحالة الاجتماعية الحالية (اختر مربع واحد فقط)<br><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<br><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا                                                                      |              | أمريكي من السكان الأصليين / منتسب إلى سكان ألاسكا الأصليين          |               |
| البريد الإلكتروني                                                                                                                                                                    |              |                                                                     |               |
| عنوان الشارع الدائم<br>(إذا كان مختلفًا عما سبق)                                                                                                                                     |              | المدينة                                                             | الولاية       |
| اسم المنشأة — التحقق من النوع: <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> ICF-IID <input type="checkbox"/> RCAC <input type="checkbox"/> AFH <input type="checkbox"/> CBRF |              | تاريخ دخول NH أو دخول ICF-IID                                       |               |
| عنوان شارع المنشأة<br>(إذا كان مختلفًا عما سبق)                                                                                                                                      |              | المدينة                                                             | الولاية       |
| <b>القسم 2 – سلطة التسجيل البديلة</b>                                                                                                                                                |              |                                                                     |               |
| هل لديك ولي أمر قانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا                                                                                                     |              |                                                                     |               |
| النوع: <input type="checkbox"/> ولي أمر للشخص <input type="checkbox"/> وصي على الممتلكات <input type="checkbox"/> ولي أمر للشخص ووصي على الممتلكات                                   |              |                                                                     |               |
| 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"/> ولي أمر للشخص <input type="checkbox"/> وصي على الممتلكات <input type="checkbox"/> ولي أمر للشخص ووصي على الممتلكات                                   |              |                                                                     |               |
| 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

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

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

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

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

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

هل لديك ممثل Medicaid معتمد كما هو محدد في نموذج DHS **F-10126A** أو نموذج **F-10126B**؟ ☐ نعم — التاريخ: ☐ لا

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

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 البوليصة أو الهوية |
|                         | رقم المجموعة           |

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

|             |                        |              |
|-------------|------------------------|--------------|
| اسم التغطية | رقم البوليصة أو 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

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



### يُرجى قراءة هذه المعلومات الهامة

إذا كانت لديك تغطية صحية من صاحب عمل أو اتحاد، فقد يؤثر الانضمام إلى PACE على المساعدات الصحية التي تحصل عليها من صاحب العمل أو الاتحاد. وقد تفقد التغطية الصحية التي تحصل عليها من صاحب العمل أو الاتحاد فيحال الانضمام إلى PACE. اقرأ المراسلات التي يرسلها إليك صاحب العمل أو الاتحاد. وإذا كانت لديك أسئلة، فتفضل 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 - خيار التسجيل والتوقيع

#### قراءة وتوقيع ما يلي

تاريخ التسجيل المطلوب:

خطة الرعاية الشاملة للمسنين (PACE) المحددة:

PACE - Community Care Health Plan, Inc. ☐

باستكمال طلب التسجيل هذا، أوافق على ما يلي:

خطة PACE هي خطة Medicare 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. سأتابع حصولي على مساعدات Medicare الخاصة بي من خطة Medicare الحالية حتى آخر أيام الشهر الذي أقدم فيه هذا النموذج. من مسؤوليتي إخطار ADRC أو ADRS القبلي بالتغطية الخاصة بي وقت التسجيل وإخطار منظمة PACE 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 دليل عضو PACE 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 دليل عضو PACE 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 ستقوم بنشر معلوماتي إلى Medicare والخطط الأخرى حسب الضرورة من أجل عمليات المعالجة والسداد والرعاية الصحية. كما أقر بأن الخطة المحددة ستنشر معلوماتي بما في ذلك بيانات أحداث العقاقير الطبية الخاصة بي إلى Medicare، التي قد تنشرها 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 توقيعي (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 توقيعي 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 PACE المحدد أعلاه. أفهم أن تاريخ بدء التسجيل في Medicare الخاص بي سيكون \_\_\_\_\_ وأن تسجيلي في Medicare سيبدأ في أول الشهر التالي لإرسال هذا النموذج. سأستمر في الحصول على مساعدات Medicare الخاصة بي من خطتي الحالية إلى أن أوهل للتسجيل في خطة PACE التي حددتها أعلاه.

أنا، الموقع أدناه، أعلن بموجب ذلك عن نيتي في، وأوافق بموجب ذلك على، التسجيل في برنامج PACE 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 ADRS القبلي فقط

ADRC أو القبيلة: مقاطعة:

مسؤول وكالة ADRC أو ADRS القبلي: رقم الهاتف:

البريد الإلكتروني:

التاريخ الدقيق للتسجيل في Medicaid: تاريخ التسجيل في Medicare:

معلومات تاريخ التسجيل:

تاريخ التسجيل الفعلي:

☐ 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.متلقي رعاية Medicaid ☐ نعم ☐ لا

رقم هوية Medicaid:

لغة إشعار CARES:

☐ الإنجليزية ☐ الأسبانية

المجموعة المستهدفة:

FE ☐ID/DD ☐PD ☐

مستوى الرعاية

اختر NH LOC المخصص في العمود الأيسر ثم

اختر DD LOC المناسب في العمود الأيمن. يجب

اختيار مربعين كحد أقصى.

اختيار 1

NH-ISN ☐NH-SNF ☐NH-ICF ☐

اختيار 1

DD1A ☐DD1B ☐DD2 ☐DD3 ☐NDD ☐

اسم الموظف (إذا ساعد في التسجيل)

لاستخدام مكتب PACE فقط

رقم هوية الخطة:

التاريخ الدقيق للتسجيل في Medicaid

رقم موافق Medicaid

تاريخ سريان تغطية Medicare

☐ الشخص أو ولي الأمر القانوني أو الوصي، أو حامل الوكالة السارية☐ MCO المختارة☐ صيانة الدخل، إن أمكن☐ القبيلة، إن أمكن

توزيع النموذج المستكمل: