

**گزارش تغییر WISCONSIN MEDICAID**  
(WISCONSIN MEDICAID CHANGE REPORT)

اگر Medicaid دریافت میکنید، باید هرگونه تغییر در ترکیب خانواده خود را گزارش دهید (اگر کسی در خانه شما نقل مکان میکند یا خارج میشود، اگر کسی ازدواج میکند، حامله میشود یا کودک به دنیا میآورد)، تغییر در آدرس، درآمد، دارایی یا وضعیت اشتغال در عرض 10 روز. اگر این گزارش فضای کافی برای مستند سازی تغییر را فراهم نمیکند، یک ورق کاغذ با اطلاعات اضافی نوشته شده در آن را ضمیمه این گزارش کنید. همچنین میتوانید تغییرات را به صورت آنلاین در [access.wi.gov](https://access.wi.gov)، توسط تلفون یا به صورت شخصی گزارش دهید.

اگر هرگونه تغییر را گزارش ندهید یا اطلاعات نادرست ارائه دهید، ممکن است جریمه گردید، مجبور شوید هر گونه مزایای Medicaid را که دریافت کردید و نباید دریافت میکردید (حتی اگر از کارت خود استفاده نکرده اید) را بازپرداخت کنید، محاکمه شوید یا هر سه مورد. ممکن است از شما خواسته شود که برای هر گونه تغییر که گزارش میدهید، مدرک ارائه دهید.

اطلاعات قابل شناسایی شخصی فقط برای مدیریت مستقیم برنامه Medicaid استفاده خواهد شد.

اسم شما	شماره پرونده	نام کارگر
---------	--------------	-----------

**بخش 1 - تغییر در آدرس**

اگر نقل مکان کرده اید، باید آدرس جدید خود را گزارش دهید.

تاریخ تغییر	شماره جدید تلفون
آدرس جدید - سرک	شهر
	ایالت
	کد پستی

**بخش 2 - تغییر در ترکیب خانواده**

اگر کسی در خانه شما منتقل شده یا از خانه خارج میگردد، اگر کسی ازدواج میکند، حامله میشود یا نوزادی به دنیا می آورد (اطلاعات مربوط به فردی که زایمان کرده و نوزاد تازه متولد شده را شامل کنید) باید گزارش دهید.

نام(ها) (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)	تاریخ تغییر
شماره تامین اجتماعی (SSN)*	تاریخ تولد
	ارتباط با رئیس دوسیه
تغییر را توصیف کنید	

\*ارائه یا درخواست برای SSN داوطلبانه است؛ با این حال، هر شخصی که Wisconsin Medicaid را میخواهد، اما SSN خود را اما نمیخواهد ارائه دهد و یا برای یکی درخواست می کند، بر اساس بخش (2) 49.82 اساسنامه Wisconsin واجد شرایط دریافت مزایا نخواهد بود.

**بخش 3 - تغییر در دارایی ها**

شما باید تغییرات پول نقد، حساب های بانکی، اوراق قرضه، سهام یا سایر دارایی های خانواده خود را گزارش دهید.

نام مالک (نام خانوادگی، نام، نام میانی)	تاریخ تغییر
نوع دارایی	تغییر را توصیف کنید
	قیمت یا مقدار جدید \$

**بخش 4 - تغییر در منابع/درآمد**

شما باید هر گونه درآمد یا منابعی را که شما و/یا همسرتان داده یا به قیمت کمتر از ارزش بازار فروخته اید گزارش دهید. مثال های منابع عبارتند از پول نقد و هدایای نقدی، املاک و مستغلات، سهام یا اوراق قرضه، ارث و غیره.

نوع دارایی یا درآمد	تاریخ فروختن یا واگذار کردن	ارزش دارایی یا درآمد \$
در مقابل آن چه چیزی را گرفت اید؟		

**بخش 5 - تغییر در وسایل نقلیه**

اگر موتور، لاری، موتور سیکلت، قایق، موتور برفی، کمپینگ یا نوع دیگری از وسیله نقلیه را حاصل کرده، فروخته یا هدیه داده اید، باید گزارش دهید.

نام مالک (نام خانوادگی، نام، نام میانی)			تاریخ تغییر
نوع وسیله نقلیه	ساخت	مادل	سال
تغییر را توصیف کنید (خریده شده، فروخته شده و غیره)	مبلغ دریافت شده \$	ارزش تعیین شده بازار* \$	مقدار قرض شده \$

\* هدف ما از ارزش تعیین شده بازار، مبلغی است که اگر آن را در بازار آزاد بفروشید، به دست می آورید.

**بخش 6 - تغییر در درآمد**

شما باید تغییر در میزان درآمد ناخالص خود، منبع درآمد جدید، تغییر وضعیت شغلی خود (نیمه وقت به تمام وقت یا تمام وقت به نیمه وقت، از دست دادن شغل)، تغییر در معاش یا میزان معاش، تغییر در میزان تامین اجتماعی، بیمه بیکاری، غرامت کارگران، مزایای کهنه سربازی، یا هر تغییر دیگری در مقدار پولی که خانواده شما دریافت میکند را باید گزارش دهید.

نام(ها) (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)	تاریخ تغییر درآمد
منبع درآمد	مبلغ ماهانه \$
چند بار پرداخت شده <input type="checkbox"/> هر هفته <input type="checkbox"/> یک هفته بعد <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> یک بار در ماه <input type="checkbox"/>	

**بخش 7 - تغییرات دیگر**

شما باید هرگونه تغییر دیگری را که ممکن است بر واجد شرایط بودن Medicaid شما تأثیر بگذارد گزارش دهید. مثال های تغییرات دیگر عبارتند از شخصی بیمه صحتی دریافت میکند یا آن را کنار میگذارد، شخصی معلول میگردد یا از معلولیت بهبود می یابد. تغییر همچنین میتواند تغییر در هزینه هایی مانند افزایش یا کاهش در حق بیمه صحتی، هزینه های طبی یا هزینه های سرپناه باشد.

تغییر را توصیف کنید	
تاریخ تغییر	آیا انتظار دارید که تغییرات گزارش شده در این فورم در ماه آینده به همین صورت باقی خواهد ماند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر نه، توضیح دهید.

بلی  نخیر میدانم که برای مخفی کردن اطلاعات یا دادن اطلاعات نادرست مجازات وجود دارد.

بلی  نخیر میدانم که ممکن است مجبور باشم هر گونه مزایایی که دریافت میکنم را بازپرداخت کنم، چون تغییرات شرایطم را به طور کامل گزارش نمیدهم (حتی اگر از کارت Medicaid خود استفاده نکنم).

بلی  نخیر موافق هستم که در صورت درخواست، مدرکی دال بر هرگونه تغییر را ارائه کنم.

بلی  نخیر پاسخهای من در این گزارش تا جایی که میدانم صحیح و کامل است.

تاریخ امضاء شده

امضا - درخواستگر/نماینده/سرپرست/وکالت نامه/محافظ

شماره تلفون (شامل کد منطقه)

اگر این گزارش فضای کافی برای مستند سازی تغییر را فراهم نه می کند، یک ورق کاغذ با اطلاعات اضافی نوشته شده در آن را ضمیمه این گزارش کنید.

درخواست ها، فورمه ها او/یا مدرک/تاییدی ها را ایمیل یا فکس کنید

اگر در ولسوالی Milwaukee زندگی نمیکنید:

اگر در ولسوالی Milwaukee زندگی میکنید:

CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547-5234

MDPU  
6055 N. 64th St.  
Milwaukee, WI 53218

فکس: 1-855-293-1822

فکس: 1-888-409-1979

همچنین میتوانید هر مدرکی را بصورت آنلاین در [access.wi.gov](http://access.wi.gov) اسکن و/یا آپلود کنید.