

WISCONSIN MEDICAID بدلون راپور
(WISCONSIN MEDICAID CHANGE REPORT)

که تاسي Medicaid تر لاسه کوي، بايد د خپلي کورنۍ جوړښت کې د هر ډول بدلون (که چېرې يو څوک کورنۍ ته راځي يا ځي، که څوک واده کوي، امېدواره کېږي، يا ماشوم زېږوي)، په ادرس، عايد، شتمنيو يا د دندې حالت کې بدلون په اړه **10 ورځو کې دننه راپور وکړئ**. که چېرې دغه راپور د يو بدلون مستند کولو لپاره په کافي اندازه فضا وړاندې نه کړي، دغه راپور سره د کاغذ يوه پاڼه چې اضافي معلومات په کې ليکل شوي وي ضميمه کړئ. تاسي همداراز access.wi.gov کې په پرليکه توگه، د تېليفون له لارې يا شخصاً د بدلونونو راپور ورکولی شئ.

که د بدلونونو راپور ورکولو کې پاتې شئ راشئ يا غلط معلومات وړاندې کړئ، تاسي کېدای شي جریمه شئ، د Medicaid ټولې هغه گټې چې تر لاسه کړي مو دي او ور يې نه ياست بايد بېرته ورکړئ (حتی که چېرې خپل کارت مو نه وي کارولی)، محاکمه يا درېواړه شئ. کېدای شي تاسي څخه د هر هغه بدلون چې راپور يې ورکوي ثبوت وړاندې کولو غوښتنه وشي.

په شخصي توگه پېژندل کېدونکي معلومات يوازې کېدای شي د Medicaid پروگرام مستقيم اداري لپاره وکارول شي.

ستاسي نوم	د قضیې شمېره	د کارکوونکي نوم
-----------	--------------	-----------------

برخه 1 - ادرس کې بدلون

که کډه شوي ياست، بايد د خپل نوي ادرس راپور ورکړئ.

د بدلون نېټه	د تېليفون نوي شمېره
نوی ادرس - کوڅه	ښار
	ایالت
	زېږ کد

برخه 2 - د کورنۍ جوړښت کې بدلون

که چېرې يو څوک ستاسي کورنۍ ته راځي يا ځي، که څوک واده کوي، امېدواره کېږي، يا ماشوم زېږوي (د هغه کس چې ماشوم زېږولی او نوي زېږېدلي په اړه معلومات شامل کړئ) بايد راپور يې ورکړئ

نوم (کورنۍ، لومړۍ، منځنۍ نوم)	د بدلون نېټه
د ټولنيز خوندیتوب شمېره (SSN)*	د زېږېدنې نېټه
	د قضیې مشر سره يې اړیکه
بدلون تشریح کړئ	

*د SSN وړاندې کول او غوښتنه په خپله خوښه ده؛ خو بيا هم، هر هغه څوک چې Wisconsin Medicaid غواړي خو نه غواړي خپل SSN وړاندې کړي يا يې غوښتنه وکړي د Wisconsin قوانينو برخه 49.82(2) پر بنسټ به د گټو مستحق نه وي.

برخه 3 - شتمني کې بدلون

تاسي بايد د خپلې کورنۍ نغدي پيسې، بانکي حسابونو، پور پانې، سهام يا نورو شتمنيو کې د بدلون راپور ورکړئ.

د څښتن نوم (لومړۍ، کورنۍ، منځنۍ نوم)	د بدلون نېټه
د شتمنۍ بڼه	بدلون تشریح کړئ
	نوی ارزښت يا مقدار
	\$

برخه 4 - سرچينو/عايد کي بدلون

تاسي بايد د هر هغه عايد يا سرچيني چي تاسي او/ستاسي د ژوند ملگري د بازار مناسب ارزښت څخه په نتيجه بيه ورکړي يا پلورلي وي راپور ورکړي. د سرچينو مثالونو کي نغدي پيسي، نغدي ډالي، ملکيتونه، سهام يا پورپاني، ميراث او داسي نور شامل دي.

د شتمني يا عايد بڼه	د خرڅولو يا ورکولو نېټه	د شتمني يا عايد ارزښت \$
په بدل کي مو څه ترلاسه کړ؟		

برخه 5 - موټرونو کي بدلون

که چېرې تاسي موټر، لاري، موټرسايکل، کبنتي، د واورې موټر، کيمپر يا د موټر نور ډولونه ترلاسه، خرڅ يا ورکړي وي راپور يي ورکړي.

د څښتن نوم (لومړی، کورنی، منځنی نوم)			د بدلون نېټه
د موټر بڼه	جوړوونکی	مايل	کال
بدلون تشرېح کړئ (پېرل، خرڅ، داسي نور.)	ترلاسه شوی مقدار \$	د بازار مناسب ارزښت* \$	پور شوی مقدار \$

* د بازار مناسب ارزښت څخه زموږ موخه هغه مقدار دی چي په ازاد بازار کي پلورلو څخه مو ترلاسه کولی شو.

برخه 6 - عايد کي بدلون

تاسي بايد خپل ناخالص عايد مقدار، د عايد نوي سرچينه، خپل د دندې حالت کي بدلون (بعد له وخته څخه بشپړ وخت ته يا بشپړ وخت څخه بعد له وخت ته، دنده له لاسه ورکول)، معاش يا د تاديي درجي کي بدلون، ټولنيز امنيت مقدار کي بدلون، د بي روزگاري بيمه، د کارگرانو خساره، د پخوانيو پوځيانو گټي، يا د پيسو هغه مقدار کي چي ستاسي کورنی يي ترلاسه کوي د هر ډول بدلون راپور ورکړي.

نوم (کورنی، لومړی، منځنی نوم)	د عايد د بدلون نېټه
د عايد سرچينه	مياشتنی مقدار \$
څو ځلي تاديه کېږي ☐ هره اوونۍ ☐ هره بله اونۍ ☐ هره مياشت دوه ځلي ☐ هره مياشت يو ځل	

برخه 7 - نور بدلونونه

تاسي بايد د هر هغه بدلون چي Medicaid لپاره ستاسي وړوالی اغېزمنولی شي راپور ورکړي. د نورو بدلونونو مثالونو کي يو څوک روغتيايي بيمه ترلاسه کوي يا پرېږدي، يو څوک معلول کېږي يا له معلوليت څخه رغېږي شامل دي. يو بدلون همداراز په لگښتونو کي لکه د روغتيايي بيمې پيسو، روغتيايي لگښتونو يا د سرپناه لگښتونو کي زياتوالی يا کموالی کېدلی شي.

بدلون تشرېح کړئ	
ايا اټکل کوي چي دغې فورمي کي راپور شوي بدلونونه به راتلونکي مياشت ورته پاتي شي؟ ☐ نه ☐ هو	د بدلون نېټه

برخه 8 - لاسلیک

☐ نه زه پوهېږم چې د معلوماتو پټول يا غلط معلومات وړاندې کول مجازات لري.		☐ هو
☐ نه زه پوهېږم چې زه بايد ټولې هغې گټې چې ما تر لاسه کړي دي بېرته ورکړم ځکه چې ما په بشپړه توگه خپلو حالاتو کې د بدلون راپور نه دی ورکړی (حتی که چېرې خپل د Medicaid کارت مې نه وي کارولی).		☐ هو
☐ نه زه موافقت کوم چه که راځخه وغوښتل شي د هر ډول بدلون ثبوت به وړاندې کړم.		☐ هو
☐ نه دغه راپور کې زما له پوهې سره سم زما ځوابونه صحيح او بشپړ دي.		☐ هو
د لاسلیک نېټه	لاسلیک - عريضه کوونکی/استازی/سرپرست/وکالت لیک/ساتونکی	
د تیلیفون شمېره (د ساحې کوډ په ګډون)		

که چېرې دغه راپور د یو بدلون مستند کولو لپاره په کافي اندازه فضا وړاندې نه کړي، دغه راپور سره د کاغذ یوه پاڼه چې اضافي معلومات په کې لیکل شوی وي ضمیمه کړئ.

غوښتنلیکونه، فورمي او یا ثبوت/تصدیقونه ایمیل یا فکس کړئ

که Milwaukee ولسوالی کې ژوند نه کوئ:

که Milwaukee ولسوالی کې ژوند کوئ:

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

تاسې همداراز هر ثبوت په انلاین ډول access.wi.gov ته سکین او/یا پورته کولی شئ.