

گزارش تغییر معلومات (INFORMATION CHANGE REPORT)

BadgerCare Plus

اگر در BadgerCare Plus ثبت نام کرده اید، باید انواع تغییرات زیر را حداکثر تا 10 روز پس از وقوع تغییر گزارش دهید:

- شما به یک آدرس جدید یا خارج از ایالت منتقل می شوید.
- شخصی در خانه شما نقل مکان می کند یا از آن خارج می شود، باردار می شود یا زایمان می کند.
- ترتیب زندگی شما تغییر می کند (مثلاً شما در زندان هستید یا به خانه سالمندان یا مؤسسه دیگری می روید).
- ازدواج می کنید یا طلاق می گیرید.
- شخصی در خانه شما بیمه صحت را تغییر داده است.
- شخصی در خانه شما تغییری در وضعیت دوسیه مالیاتی مورد انتظار یا وابستگان مالیاتی دارد یا دیگر کسر مالیاتی که قبلاً گزارش کرده است ندارد.

اگر تغییری در درآمد دارید که باعث می شود درآمد ناخالص ماهانه شما از حد برنامه BadgerCare Plus بالاتر رود، باید آن تغییر را تا 10 روز ماه بعد گزارش دهید.

هنگامی که در BadgerCare Plus ثبت نام می کنید یا در صورت تغییر در مزایا، از طریق نامه خطاری با محدودیت های برنامه برای اندازه خانواده خود دریافت خواهید کرد. همیشه باید آخرین اطلاعیه خود را برای جدیدترین معلومات نگاه کنید.

Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده)

اگر در Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) ثبت نام کرده اید، باید فقط انواع تغییرات زیر را حداکثر تا 10 روز پس از وقوع تغییر گزارش دهید:

- شما به یک آدرس جدید یا خارج از ایالت منتقل می شوید.
- ترتیب زندگی شما تغییر می کند (مثلاً شما در زندان هستید یا به خانه سالمندان یا مؤسسه دیگری می روید).

می توانید تغییرات ذکر شده در بالا را با استفاده از این فرم، با تماس با دفتر خود یا به صورت آنلاین در ACCESS.wi.gov گزارش دهید. اگر از این فرم برای گزارش تغییرات خود استفاده می کنید، پس از تکمیل و امضای فرم، باید آن را به آدرس زیر ایمیل یا فکس کنید:

اگر در شهر Milwaukee زندگی نمی کنید
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
فکس: 1-855-293-1822

اگر در شهر Milwaukee زندگی می کنید:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee WI 53205
فکس: 1-888-409-1979

اگر این فرم فضای کافی برای توصیف یک تغییر را فراهم نمی کند، یک برگ کاغذ با معلومات اضافی ضمیمه کنید.

شماره دوسیه یا شماره تامین اجتماعی	نام - عضو (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)
------------------------------------	--

تغییر در آدرس

از این بخش برای گزارش آدرس جدید در صورت نقل مکان استفاده کنید.

آدرس جاده جدید

شهر	ایالت	کد پستی
-----	-------	---------

شماره تلفن جدید

تاریخ تغییر (ماه/روز/سال)

تغییر در خانه

از این بخش برای گزارش اگر شخصی به خانه شما نقل مکان کرد یا از آن خارج شد، ازدواج کرد، حامله شد یا زایمان کرد، استفاده کنید. اگر شخصی حامله شد، به ما بگویید کیست، تاریخ زایمان و تعداد نوزادان مورد انتظار.

نام (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)

شماره تامین اجتماعی

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)

رابطه با شما

تاریخ تغییر (ماه/روز/سال)

تغییر را توصیف کنید

تغییر در درآمد

از بخش A برای گزارش تغییرات درآمد ناشی از شغل یا خوداشتغالی یا منابعی غیر از شغل مانند بیمه تامین اجتماعی یا بیمه بیکاری استفاده کنید. اگر شخصی در خانه شما شغل خود را از دست داد، بخش B را پر کنید یا اگر شخصی در خانه شما شغل جدیدی پیدا کرد، بخش C را پر کنید.

A. تغییرات در درآمد از هر منبع

نام (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)

منبع درآمد

چه چیزی تغییر کرد؟

تاریخ تغییر (ماه/روز/سال)	مقدار درآمد جدید \$	هر چند وقت یک بار پرداخت می شود؟
---------------------------	------------------------	----------------------------------

B. از دست دادن شغل

نام (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)

نام - کارمند

تاریخ پایان کار (ماه/روز/سال)	تاریخ پرداخت نهایی (ماه/روز/سال)	مبلغ چک دستمزد نهایی \$
-------------------------------	----------------------------------	----------------------------

C. شغل جدید

نام (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)	تاریخ شروع کار (ماه/روز/سال)
نام - کارمند	شماره تلفون

آدرس جاده - کارمند

شهر	ایالت	کد پستی
-----	-------	---------

آیا این شخص در اعتصاب است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ساعت کار هر هفته
ساعت وار پرداخت می شود <input type="checkbox"/>	مقدار در ساعت \$
آیا این شخص پول نقد و/یا انعام می گیرد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مبلغ در هر دوره پرداخت \$
آیا این شخص پاداش و/یا مزد اضافی دریافت می کند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر بله - مبلغ در هر دوره پرداخت \$
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر بله - مبلغ در هر دوره پرداخت \$

هر چند وقت یک بار به این شخص معاش می دهند؟

هفتگی هر 2 هفته دو بار در ماه یک بار در ماه موارد دیگر - در زیر توضیح دهید

نوع کار دائمی <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/>	عنوان شغل مدیر <input type="checkbox"/> کارمندان <input type="checkbox"/>	آیا این شخص یک کارگر مهاجر است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
---	--	--

تمام کسرهای قبل از مالیات را که این شخص از معاش خود برای این شغل برداشته است فهرست کنید.

نوع کسر مالیات	چقدر؟	چند وقت؟
<input type="checkbox"/> حساب پس انداز مراقبت از طفل	\$	
<input type="checkbox"/> بیمه عمر گروهی	\$	
<input type="checkbox"/> حق بیمه صحت	\$	
<input type="checkbox"/> حساب های پس انداز صحت	\$	
<input type="checkbox"/> مصارف پارکینگ و حمل و نقل	\$	
<input type="checkbox"/> کمک های تقاعد	\$	

تغییر در معلومات مالیاتی

از این بخش برای گزارش اگر شخصی در خانه شما تغییری در وضعیت دوسیه مالیاتی مورد انتظار یا وابستگان مالیاتی داشته است استفاده کنید. اگر فرد متاهل است و به طور مشترک دوسیه دارد، فقط باید معلومات یکی از همسران را تکمیل کنید. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، یک ورق کاغذ با معلومات اضافی ضمیمه کنید.

نام (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)	نام - همسر در صورت تشکیل دوسیه مشترک (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)
--	---

آیا این شخص انتظار دارد برای درآمدی که در سال جاری به دست می آورد مالیات بدهد؟

بله خیر

اگر بله، وضعیت دوسیه مالیاتی او چگونه است؟ <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> دوسیه مشترک متاهل <input type="checkbox"/> تشکیل دوسیه جداگانه	
آیا این دوسیه مالیاتی به عنوان یک شخص تحت تکفل توسط شخصی خارج از خانه ادعا می شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
وابستگی را که این شخص در مورد مالیات خود مطالبه خواهد کرد، فهرست کنید. نام - وابسته به مالیات (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)	

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	شماره تامین اجتماعی	جنسیت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
آیا انتظار می رود که این مالیات وابسته به بیش از \$6300 دالر در سال جاری درآمد داشته باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
آیا انتظار می رود که این مالیات وابسته به بیش از \$1050 دالر درآمد غیرقابل کسب در سال جاری داشته باشد؟ (نقده فرزند، تامین اجتماعی، درآمد تامین اضافی، غرامت کارگران یا مزایای جانبازان را شامل نشود). <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
نام - وابسته به مالیات (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)		

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	شماره تامین اجتماعی	جنسیت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
آیا انتظار می رود که این مالیات وابسته به بیش از \$6300 دالر در سال جاری درآمد داشته باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
آیا انتظار می رود که این مالیات وابسته به بیش از \$1050 دالر درآمد غیرقابل کسب در سال جاری داشته باشد؟ (نقده فرزند، تامین اجتماعی، درآمد تامین اضافی، غرامت کارگران یا مزایای جانبازان را شامل نشود). <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
نام - وابسته به مالیات (نام خانوادگی، نام اول، نام میانی)		

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	شماره تامین اجتماعی	جنسیت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
آیا انتظار می رود که این مالیات وابسته به بیش از \$6300 دالر در سال جاری درآمد داشته باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
آیا انتظار می رود که این مالیات وابسته به بیش از \$1050 دالر درآمد غیرقابل کسب در سال جاری داشته باشد؟ (نقده فرزند، تامین اجتماعی، درآمد تامین اضافی، غرامت کارگران یا مزایای جانبازان را شامل نشود). <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
آیا این مالیات به زندگی در خارج از خانه بستگی دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا این متوفی وابسته به مالیات است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	

تغییرات دیگر
از این فضا برای گزارش تغییرات دیگر استفاده کنید.

من می دانم که برای پنهان کردن معلومات یا دادن معلومات نادرست جریمه وجود دارد. همچنین می دانم که ممکن است مجبور باشم هر گونه مزایایی را که دریافت می کنم پس بدهم، زیرا تغییرات شرایط خود را به طور کامل گزارش نمی کنم. موافقت می کنم در صورت درخواست، مدرکی بر هرگونه تغییر ارائه کنم. جواب های من در این فرم تا جایی که می دانم صحیح و کامل است.

تاریخ امضا (ماه/روز/سال)

امضا - عضو