

FoodShare
WISCONSIN
التسجيل

REGISTRATION

إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى الوصول إلى هذا الطلب بصيغة بديلة أو إذا كنت بحاجة إليه مترجمًا بلغة أخرى، يرجى الاتصال بالوكالة الخاصة بك. وللحصول على رقم الهاتف الخاص بوكالتك، اذهب إلى dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/customerhelp/index.htm أو اتصل بخدمات الأعضاء على رقم 1-800-362-3002. خدمات الترجمة مجانية.

قد يكون لديك شخص بالغ آخر ليكمل لك عملية تقديم الطلب. إذا توقفت مخصصات برنامج FoodShare الخاصة بك في غضون الـ 30 يومًا الماضية، يمكن إكمال هذا الطلب أو الاتصال بالموظف الخاص بك لمعرفة إذا كان يمكنك إعادة فتح مخصصات FoodShare الخاصة بك بدون إكمال هذا الطلب.

ستبدأ مخصصات FoodShare من تاريخ تلقي وكالتك لطلبك. سيتم تجهيز طلبك في أقرب وقت ممكن، ولكن في موعد لا يتجاوز 30 يومًا من تاريخ استلام وكالتك الطلب الخاص بك.

الاسم – مقدم الطلب (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحروف الأولى من الاسم الأوسط)

رقم الهاتف (اختياري)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة - اختياري)	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)
----------------------	---------------------------------------	--------------------------------

العنوان – الشارع

الرمز البريدي	الولاية	المدينة
تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)	التوقيع – مقدم الطلب أو الممثل المفوض	

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة على الفور، قد يمكنك الحصول على FoodShare خلال سبعة أيام من تقديم طلب الخاص بك إذا كانت أسرته:

- تملك مبلغ 100 دولار أمريكي أو أقل نقدًا أو كرسيد في البنك و
- تتوقع الحصول على دخل قيمته أقل من 150 دولار أمريكي هذا الشهر أو
- لها إيجار / رهن عقاري أو نفقات مرافق تكون قيمتها أكثر من مجموع الدخل الشهري الإجمالي، متوفرة هذا الشهر سواء نقدًا أو حسابات بنكية أو
- تتضمن مهاجر أو عامل مزرعة موسمي والذي توقف دخله.

أجب عن الأسئلة التالية ليتم النظر في تقديم الخدمات بشكل أسرع.

مجموع الدخل الشهر الذي تتوقع أسرته الحصول عليه هذا الشهر (قبل الضرائب وغيرها من الاستقطاعات)	دولار أمريكي
مجموع الأصول المتاحة (أمثلة: نقدًا، أموال في حسابات الشيكات / التوفير، شهادات إيداع، أسهم، حسابات التقاعد الفردية)	دولار أمريكي
إجمالي الإيجار أو الرهن العقاري هذا الشهر	دولار أمريكي
هل حصلت أسرته على مخصصات برنامج FoodShare الخاصة بولاية ويسكونسن هذا الشهر؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل حصلت أسرته على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP/food stamp, EBT) في ولاية أخرى هذا الشهر؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هناك أحد في أسرته من المهاجرين أو يعمل كمزارع موسمي ممن توقف دخلهم مؤخرًا ولا يتوقع الحصول على أكثر من 25 دولار أمريكي كدخل، في الـ 10 أيام المقبلة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

إذا كانت أسرته ملتزم بسداد قيمة المرافق، أجب على الأسئلة التالية.

إذا كنت تدفع إيجارًا، هل تشمل قيمة الإيجار على التدفئة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
ضع علامة في المربع (المربعات) الخاصة بالمرافق التي يتعين على أسرته دفع قيمتها وإذا كانت المرافق تستخدم في تدفئة منزلك. تستخدم للتدفئة؟	تستخدم للتدفئة؟		
الغاز (الطبيعي)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	مازوت / كيروسين	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
كهرباء	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	فحم	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
غاز البروبان السائل	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	خشب	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

ضع علامة في المربع (المربعات) الخاصة بالمرافق التي يتعين على أسرته دفع قيمتها.

الهاتف الماء الصرف الصحي إزالة القمامة التركيب غير ذلك: _____

يحق لك تقديم الطلب الخاص بك في أي وقت. ولكي تتمكن من فعل ذلك، سوف تكون على الأقل بحاجة إلى إعطاء اسمك، العنوان والتوقيع لتحديد تاريخ الإيداع الخاص بك. سوف لا تزال بحاجة إلى التحدث مع وكالتك شخصياً أو عبر الهاتف من أجل الانتهاء من بقية الطلب الخاص بك.

قد تضطر إلى تقديم ما يثبت بعض إجاباتك. انظر "الاثباتات المطلوبة" في الصفحتين 5 للحصول على قائمة الإثباتات التي قد تحتاج إلى تقديمها لنا.

ترسل الطلبات و/أو الإثباتات /البراهين عبر البريد أو الفاكس

إذا لم تكن تعيش في مقاطعة ميلووكي
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
فاكس: 1-855-293-1822

إذا كنت كنت تعيش في مقاطعة ميلووكي:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee WI 53205
فاكس: 1-888-409-1979

ويمكنك أيضاً عمل مسح ضوئي لأي من مستندات الإثبات و/أو تحميلها عبر الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني ACCESS.wi.gov.

يمكنك تحديد تاريخ تقديم الطلب الخاص بك بالاسم، والعنوان، والتوقيع فقط أو إكمال نموذج الطلب الكامل من خلال تقديم الطلب عبر الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني ACCESS.wi.gov، أو بالبريد العادي، أو شخصياً، أو عن طريق الهاتف.

إذا كنت ترغب في تقديم طلب للحصول على برنامج BadgerCare Plus أو Medicaid، يمكنك تقديم طلبات الحصول على هذه البرامج عبر الإنترنت من خلال الموقع ACCESS.wi.gov وذلك في نفس الوقت الذي تقدم فيه طلب الحصول على مخصصات FoodShare. أو يمكنك إكمال طلب الرعاية الصحية. يمكن العثور على الطلبات من خلال dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/customerhelp/index.htm أو من خلال الاتصال بوكالتك.

معلومات هامة حول FOODSHARE بولاية ويسكونسن (IMPORTANT INFORMATION)

هذا الطلب مخصص فقط لمخصصات برنامج FoodShare. وليس طلباً لبرامج BadgerCare Plus أو Medicaid أو Child Care أو Wisconsin Works (W-2). يمكنك تقديم طلب الحصول على برنامج Family Planning Only Services و Child Care عبر الإنترنت من خلال هذا الرابط ACCESS.WI.GOV في نفس الوقت الذي تقدم فيه طلب برنامج FoodShare. يجب عليك الاتصال بمقاطعتك المحلية أو وكالتك القبلية لطلب الحصول على W-2.

برنامج FoodShare هو برنامج مستحق. ولا يتعين عليك تقديم طلب للحصول على W-2 أو أي برنامج آخر للحصول على مخصصات برنامج FoodShare. يتم توفير برنامج FoodShare للمساعدة في تلبية الاحتياجات الغذائية للأسر محدودة الدخل. عادة ما تكون الأسرة مكونة من الأشخاص الذين يعيشون مع بعضهم ويتشاركون الغذاء. تتوقف كمية مخصصات FoodShare على حجم الأسرة والدخل. يتم إصدار مخصصات FoodShare على بطاقة Wisconsin QUEST التي تستخدم كبطاقة خصم في متاجر السلع التموينية التي تقبل برنامج FoodShare.

بيان عدم التمييز الخاص بـ USDA

طبقاً للقانون الاتحادي للحقوق المدنية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية المتبعة في U.S. Department of Agriculture (USDA)، يحظر على الوزارة USDA ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج USDA أو القائمة على إدارتها ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو النوع أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الثأر عن نشاط سابق في الحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تمارسه أو تموله الوزارة USDA.

يتعين على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل طريقة برييل، أو حروف كبيرة، أو شريط صوتي، أو لغة الإشارة الأمريكية، الخ) الاتصال بالوكالة (بالولاية أو المحلية) حيث تم تقديم طلب الحصول على المخصصات. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو من صعوبات في التحدث الاتصال بالوزارة USDA عبر خدمة المساعدة الفيدرالية على رقم 877-8339 (800). أيضاً يمكن توفير معلومات عن البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى ضد التمييز بشأن البرنامج، قم بملء [استمارة شكوى تمييز بشأن برامج USDA](https://www.ascr.usda.gov/how-file-program-discrimination-complaint) (AD-3027) من على الرابط التالي: <https://www.ascr.usda.gov/how-file-program-discrimination-complaint>، وفي أي من مكاتب USDA، أو اكتب خطاب إلى USDA يحتوي على كافة المعلومات المطلوبة في الاستمارة. لطلب استمارة الشكوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). قدم استمارتك المستوفاة أو خطابك إلى USDA عن طريق:

(1) البريد: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) أو الفاكس: (202) 690-7442؛

(3) أو البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

تتفيد هذه المؤسسة بتقديم فرص متكافئة.

جلسة استماع عادلة

يحق لك الحصول على جلسة استماع عادلة إذا كنت لا توافق على أي إجراء يتم اتخاذه فيما يتعلق بالطلب أو المخصصات المستمرة الخاصة بك. ويمكنك أن تطلب الحصول على جلسة استماع عادلة كتابياً:

Department of Administration
Division of Hearing and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

ويمكنك تنزيل طلب الحصول على جلسة استماع عادلة من خلال الرابط dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/customerhelp/index.htm ويمكنك أيضاً الاتصال بوكالتك لطلب جلسة استماع شفوية أو كتابية.

الممثل المفوض

يحق لك أن تحصل على شخص آخر ليتقدم بطلب الحصول على FoodShare بدلاً منك. وسيكون هذا الشخص بمثابة "الممثل المفوض" عنك. وإذا كنت ترغب في الحصول على شخص ليصبح ممثلاً مفوضاً عنك، أكمل نموذج الممثل المفوض (F-10126). ولكي تحصل على هذا النموذج يمكنك الذهاب إلى dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/customerhelp/index.htm أو طلب ذلك من وكالتك. وفي حالة تقديم الممثل المفوض عنك لأي معلومات خاطئة تستخدم في تحديد مخصصات FoodShare الخاصة بك، سوف تكون أنت المسئول عن أي أخطاء.

استخدام أرقام الضمان الاجتماعي / معلومات شخصية

معلومات التعريف الشخصية، بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي (SSNs)، سوف تستخدم فقط للإدارة المباشرة لبرنامج FoodShare بولاية ويسكونسن. تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو تقديم طلب للحصول على واحد هو أمر تطوعي؛ ومع ذلك، فإن أي شخص يرغب في الحصول على مخصصات FoodShare ولم يقدم رقم SSN الخاص به/بها أو يتقدم للحصول على رقم لن يكون قادراً على الحصول على تلك المخصصات. أي فرد من أفراد الأسرة لم يتقدم بطلب للحصول على مخصصات برنامج FoodShare لا يحتاج إلى تقديم SSN. يسمح رقم ضمانك الاجتماعي بإجراء فحص بالكمبيوتر للمعلومات الخاصة بك مع الوكالات الحكومية مثل مصلحة الضرائب (IRS)، أو إدارة الضمان الاجتماعي، أو إدارة تنمية القوى العاملة، أو برنامج الغذاء المدرسي. وتستخدم أرقام الضمان الاجتماعي أيضاً للتحقق من هوية أفراد الأسرة والتحقق من الدخل من مصادر مثل أرباب العمل.

حالة الهجرة

لكي تتمكن من الحصول على برنامج FoodShare، يجب أن تكون من مواطني الولايات المتحدة أو أن تكون حالة الهجرة الخاصة بك مؤهلة مع إدارة خدمات المواطنين والهجرة في الولايات المتحدة (USCIS). وسيتم التحقق مع USCIS من حالة الهجرة لجميع الأشخاص المتقدمين بطلبات للحصول على برنامج FoodShare والذي يمكن أن يؤثر على كمية المخصصات والالتحاق ببرنامج FoodShare. ولن يتم التحقق من حالة الهجرة مع USCIS لأي شخص لم يتقدم بطلب للحصول على مخصصات FoodShare أو لأولئك الذين يتبين أن حالة الهجرة الخاصة بهم لا تؤهلهم مع USCIS. ومع ذلك، فإن الدخل من هؤلاء قد يؤثر على الالتحاق ببرنامج FoodShare وكمية المخصصات.

تسجيل العمل

يجب أن يكون كل فرد من أفراد أسرتك في برنامج FoodShare الخاص بك مسجلاً للحصول على عمل، ما لم يكن بخلاف ذلك معفيًا. وفيما يلي الأشخاص الذين لا يتعين عليهم التسجيل للحصول على عمل:

- أحد الوالدين أو أي من أي من أفراد الأسرة الآخرين المسئول عن رعاية طفل مستقل أقل من 6 سنوات أو أي شخص معاق من أي عمر؛

- شخص أقل من 16 عام أو في سن 60 سنة فأكثر؛
 - الأشخاص الملتحقين ببرامج العلاج من إدمان المخدرات أو الكحوليات؛
 - الأشخاص الذين يعملون بالفعل لعدد 30 ساعة أسبوعيًا (أو يحصلون على دخل أسبوعي يساوي 30 مرة ضعف الحد الأدنى الفيدرالي للأجر بالساعة)؛
 - الأشخاص الذين يحصلون على أو تقدموا بطلبات للحصول على تأمينات البطالة؛
 - الطلاب المقيدون على الأقل لنصف الوقت في مدرسة، برنامج تدريبي، أو مؤسسة تعليم عالي معترف بها؛ أو
 - الأشخاص الذين جسدياً أو عقلياً غير مؤهلين للعمل على النحو الذي تحدده الوكالة.
- وعلى الرغم من أن التسجيل للعمل مطلوب، فإن اتخاذ جزء في برنامج عمل هو أمرٌ تطوعي.

اعتباراً من 1 إبريل 2015، سيحصل بعض البالغين من الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 49 عام ولا يعولون أطفال قصر فقط على ثلاثة أشهر من مخصصات FoodShare في غضون 36 شهراً ما لم يستوفوا متطلبات العمل الخاصة بالبرنامج. ولكي يستوفوا متطلبات العمل، سوف يتم إحالتهم لبرنامج التدريب والتوظيف الخاص ببرنامج FoodShare (FSET)، ما لم يخالف ذلك يكونوا معفيين. سوف تحصل على المزيد من المعلومات حول برنامج FSET إذا كنت مقيداً في برنامج FoodShare.



متوفر لك. و Job Center هو أكبر مصدر لفرص العمل في ويسكونسن. ويمكنك زيارة موقع Job Center الإلكتروني من خلال هذا الرابط <https://jobcenterofwisconsin.com/> ويمكنك أيضاً استخدام يمكنك استخدام أجهزة الكمبيوتر تعمل باللمس في مركز التوظيف المحلي الخاص بك. ولإيجاد أقرب مركز توظيف قريب منك، اتصل برقم 888-258-9966 (رقم الاتصال المجاني).

جمع المعلومات

عملية جمع المعلومات على الطلب المقدم، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة المقدمة للطلب، هي عملية مصرح بها قانونياً بموجب قانون الغذاء والتغذية لعام 2008، بصيغته المعدلة من خلال القانون العام 110-246، وذلك لتحديد ما إذا كانت أسرته ستكون قادرة على أن تكون جزءاً من برنامج FoodShare بولاية ويسكونسن. سيتم التحقق من المعلومات من خلال برامج المطابقة بالكمبيوتر وستستخدم أيضاً لرصد الامتثال لقواعد برنامج FoodShare وإدارة البرنامج.

فحص الكمبيوتر

سوف تخضع معلومات الطلب الخاص بك للتحقق من خلال نظام التحقق والأهلية الخاص بالولاية. إذا كنت تعمل، سوف يتم التحقق عن طريق الكمبيوتر من الأجور والرواتب التي قمت بالإبلاغ عنها مقابل التقارير التي تقدمها جهة العمل الخاصة بك لإدارة تنمية القوى العاملة. وكذلك سيتم الاتصال بمصلحة الضرائب، إدارة الضمان الاجتماعي، وإدارة التأمين ضد البطالة ليتم الاستفسار منهم عن الإيرادات والأصول التي قد تمتلكها. وقد تؤثر المعلومات التي يتم الحصول عليها من تلك الهيئات على التحاق أسرته بالبرنامج و/أو حجم المخصصات.

إذا وجد أن المعلومات التي تقدمها غير صحيحة، قد يتم استبعادك من الحصول على مخصصات FoodShare و/أو تخضع للملاحقة الجنائية لتقديم معلومات كاذبة عن علم. وسوف يتعين عليك سداد قيمة المخصصات التي حصلت عليها إذا قدمت معلومات خاطئة. إذا أقيمت ضد أسرته دعوى قضائية خاصة ببرنامج FoodShare، قد يتم إحالة كافة معلومات الطلب، بما فيها أرقام الضمان الاجتماعي إلى الهيئات الفيدرالية وهيئات الدولة، وكذلك الهيئات الخاصة المعنية بجمع المعلومات لاتخاذ إجراءات دعوى جمع المعلومات.

العقوبات التحذيرية لبرنامج FoodShare

أي فرد من أفراد أسرته يتعمد مخالفة أي من القواعد التالية قد يتم استبعاده من برنامج FoodShare بولاية ويسكونسن لمدة 12 شهراً بعد المخالفة الأولى، ولمدة 24 شهراً بعد المخالفة الثانية أو مخالفة أولى تنطوي على المواد الخاضعة للرقابة، ويستبعد بشكل دائم عند المخالفة الثالثة.

- إعطاء معلومات كاذبة أو إخفاء معلومات للحصول على أو الاستمرار في الحصول على مخصصات برنامج FoodShare
- تداول أو بيع أو تغيير مخصصات برنامج FoodShare
- استخدام مخصصات برنامج FoodShare، لشراء سلع غير الغذائية، مثل الكحول أو التبغ
- استخدام مخصصات برنامج FoodShare أو بطاقات تعريف الهوية، أو غيرها من المستندات التي تخص شخصاً آخر

تبعاً لقيمة إساءة استخدام المخصصات، قد يتم أيضاً تعزيم الفرد بمبلغ يصل إلى 250,000 دولار أمريكي وعقوبة سجن تصل إلى 20 عاماً، أو كليهما. ويجوز للمحكمة أيضاً أن تمنع الفرد من البرنامج لمدة 18 شهراً إضافية. كما يمكن أن يتم استبعادك نهائياً إذا ما تمت إدانتك بتهمة الاتجار بمخصصات برنامج FoodShare بمبلغ من 500 دولار أمريكي فأكثر. وسوف تكون غير مؤهل للمشاركة في برنامج FoodShare بولاية ويسكونسن لمدة 10 سنوات إذا وجد أنك قد أدليت ببيان أو إقرار كاذب فيما يتعلق بالهوية والإقامة من أجل الحصول على مخصصات

متعددة في نفس الوقت. المجرمين الفارين والمخالفين الخاضعين لمراقبة / تحت إطلاق السراح المشروط غير مؤهلون للمشاركة في برنامج FoodShare بولاية ويسكونسن. وقد تخضع أيضا لمزيد من الدعاوي القضائية بموجب القوانين الاتحادية الأخرى المعمول بها.

إذا كنت تتاجر (شراء أو بيع) في مخصصات برنامج FoodShare مقابل الحصول على المواد الخاضعة للرقابة / المخدرات أو العقاقير الغير مشروعة سوف يتم استبعادك من برنامج FoodShare لمدة سنتين عند تقصي الحقائق لأول مرة وستستبعد نهائياً عند تقصي الحقائق لثاني مرة. وإذا كنت تتاجر (شراء أو بيع) الأسلحة النارية، أو الذخائر، أو المتفجرات، سيتم استبعادك نهائياً من مخصصات برنامج FoodShare بولاية ويسكونسن.

الإثباتات المطلوبة

لا يمكن تحديد الالتحاق ببرنامج FoodShare إلا إذا قمت بتقديم إثبات لبعض الأجوبة. وتوضح القائمة أدناه ما هي الإثباتات اللازمة وبعض البنود التي يمكنك استخدامها. إذا كان لديك موعداً في الوكالة يرجى أن تحضر أكبر قدر من البنود المدرجة أثناء إجراء المقابلة. إذا كانت المقابلة الخاصة بك عبر الهاتف، وسوف تتلقى قائمة من البنود التي سوف تكون في حاجة إليها بعد موعدك. وإذا لم تكن قادراً على الحصول على البنود التي تحتاج إليها، أبلغ الوكالة عن البنود التي لم تتمكن من الحصول عليها ونحن سوف نقدم لك المساعدة. وقد يطلب منك إعطاء إثبات لبنود أخرى غير المدرجة أدناه. إذا كان الأمر كذلك، سوف ترسل لك الوكالة قائمة تشمل بنود الإثبات الأخرى المطلوبة.

تحقيق الهوية	الدخل المكتسب	مصادر أخرى للدخل
<ul style="list-style-type: none"> • رخصة قيادة • شهادة ميلاد • جواز سفر أو بطاقة الجنسية الأمريكية • شيكات الرواتب • هوية موظف • سجل المستشفى 	<ul style="list-style-type: none"> • جميع كعوب الشيكات التي تلقيتها في آخر 30 يوماً • بيان موقع من جهة العمل يتضمن إجنالي الإيرادات المكتسبة وتواريخ الدفع المتوقع في الـ 30 يوماً القادمة • نموذج إيرادات موثق من جهة العمل 	<ul style="list-style-type: none"> • (تأمين البطالة، التأمين ضد العجز، الضمان الاجتماعي، التقاعد، مخصصات قدامى المحاربين والمخصصات العسكرية) • إشعار منح • نسخة من آخر شيك

قد تكون البنود التالية مطلوبة للحصول على الائتمان.

تكاليف السكن وفواتير المرافق	دعم الطفل
<ul style="list-style-type: none"> • إيصال الإيجار الحالي مع اسم ورقم هاتف المالك عليه • أوراق الإيجار أو الرهن العقاري • بيان ضريبة الأملاك العقارية • فواتير المرافق 	<ul style="list-style-type: none"> • (المتلقى أو المدفوع في ولاية أخرى غير ولاية ويسكونسن) • أوراق أمر المحكمة أو سجل آخر للمدفوعات • سجل مدفوعات من ولاية أخرى

إذا كان عمرك 60 عاماً أو أكثر، أو أعمى، أو شخص معاق، قد تحصل على ائتمان لتغطية بعض التكاليف الطبية.

التكاليف / المصروفات الطبية

تشمل التكاليف الطبية، ولكن على سبيل المثال لا الحصر على:

<ul style="list-style-type: none"> • خدمات المستشفى والخدمات الطبية، وطب الأسنان والخدمات البصرية • أقساط التأمين الصحي، وأقساط وتكاليف الرعاية الطبية وخطط الوصفات الدوائية • وصفات الأدوية المدرجة والغير مدرجة • التمريض المنزلي والخدمات الصحية المنزلية • المعدات واللوازم الطبية • تكاليف النقل والإقامة للحصول على الرعاية الطبية • التكاليف ذات الصلة بالكلب المخصص لفاقد البصر أو السمع • تكاليف جهاز تنبيه خط الحياة / الطبيب إذا تم وصفه من قبل متخصص في الرعاية الصحية • بيان الفواتير • إيصالات مفصلة 	<ul style="list-style-type: none"> • بوليصة التأمين الصحي توضح قسط التأمين، التأمين المشترك، المشاركة في السداد، أو الخصم. • دواء أو زجاجة حبوب مع السعر على الملصق • بيان من صيدلية • اتفاقية سداد مع مقدم خدمات • بيان من طبيب يتحقق من دواء غير مدرج كان موصوفاً لك • فاتورة خدمات خاصة بممرضة زائرة، ربة منزل، أو معاون الصحة المنزلية • إيصالات السكن و/أو الانتقالات، للحصول على العلاج الطبي أو الخدمات • فاتورة أو إيصالات غذاء الكلب و/أو الخدمات البيطرية، للكلب المخصص لفاقد البصر أو السمع.
--	---