

- الخطوة 1 أجب عن جميع الأسئلة الواردة في نموذج التجديد (MAP-909e). إذا كانت التعليمات تخبرك بأنه يجب عليك تقديم إثبات، فانظر أسفل هذه الصفحة وخلفها للاطلاع على قائمة بما يمكنك استخدامه كإثبات.
- الخطوة 2 نموذج الالتزامات المالية عند التجديد، في الصفحة 8 من نموذج إخطار التجديد (MAP-909e)، مطلوب فقط إذا كانت حصتك من نفقات السكن الشهرية تتجاوز نسبة 70% من إجمالي دخلك الشهري.
- الخطوة 3 إذا كنت ملتحقاً بخطة رعاية مدارة طويلة المدى (Managed Long Term Care Plan)، فتواصل مع القائمين على الخطة إذا كنت بحاجة إلى المساعدة لإكمال نموذج التجديد الخاص بك.
- الخطوة 4 إذا كان لديك زوج/زوجة لا يتقدم بطلب للحصول على مخصصات برنامج Medicaid، فقم بإكمال وتوقيع تفويض التحقق من الموارد (MAP-3179a E) (الزوج/الزوجة القانوني).
- الخطوة 5 قم بإعادة إرسال نموذج التجديد المكتمل، تفويض التحقق من الموارد MAP-3179a E (الزوج/الزوجة القانوني) والإثباتات إلينا باستخدام المظروف البريدي المدفوع مسبقاً المرفق. يُرجى الرد قبل حلول التاريخ المطبوع على الصفحة 1 من نموذج التجديد (MAP-909e).
تذكير: إذا كنت متزوجاً، يجب أن توقع أنت وزوجك على الصفحة 7 من إخطار التجديد.
- الخطوة 6 إذا لم تحصل على المظروف الخاص بنا، فأرسل الطرد البريدي عن طريق البريد إلى:

MAIL RENEWAL PROGRAM
HRA/MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM
PO BOX 329060
BROOKLYN, NY 11232-9823

تذكر - إذا لم تتبع هذه التعليمات، فقد تنتهي تغطية Medicaid الخاصة بك.

إذا أرسلت إلينا الوثائق الخاصة بك بالبريد قبل حلول التاريخ المدون على نموذج التجديد الخاص بك، فقد تستمر مخصصاتك الحالية دون تغيير حتى إشعار آخر.

ملاحظة:

- أنت لست بحاجة إلى إرسال إثبات الدخل والموارد ما لم يُطلب منك القيام بذلك في نموذج التجديد. ستتم مقارنة مبلغ الدخل الذي تبلغ به مع البيانات المماثلة المتاحة على الكمبيوتر. إذا كانت نتائج البيانات المماثلة على الكمبيوتر مختلفة عن المعلومات التي تعطيها لنا، فسيتم استخدام نتائج البيانات المماثلة المتاحة على الكمبيوتر عند تحديد أهليتك. يمكنك إرسال إثبات دخلك ومواردك للتأكد من أن لدينا المعلومات الصحيحة. إذا اخترت عدم إرساله الآن، فقد يُطلب منك تقديم إثبات دخلك و/أو مواردك لاحقاً. يعرض لك الجدول الموجود خلف هذه الصفحة ما يمكنك استخدامه كإثبات.
- إذا كنت قد انتقلت مؤخراً من مدينة نيويورك إلى مقاطعة أخرى داخل ولاية نيويورك، ولكن لم يتم فتح حالة Medicaid لك في المكان الذي تعيش فيه الآن، ينبغي عليك إكمال نموذج التجديد (MAP-909e) وإعادة إرساله إلينا. وسنساعدك في نقل تغطيتك.

وثائق الدخل والموارد: يجب أن تكون جميع وثائق الدخل والموارد سارية. لا تُرسل وثائق أصلية - أرسل نسخًا فقط.

الدخل: تشمل الأنواع الشائعة للدخل والإثباتات الصالحة لهذا الدخل ما يلي:

نوع الدخل	الوثيقة	نوع الدخل	الوثيقة
الدخل المكتسب من صاحب العمل	شيكات/كعوب شيكات الراتب الحالي ([4] أربعة أسابيع متتالية) أو خطاب من صاحب العمل	تعويضات العاملين	خطاب المنح أو كعب الشيك
دخل العمل الحر	إقرار حالي موقع بضريبة الدخل وجميع قوائم أو سجلات الدخل والنفقات	مخصصات المحاربين القدامى	خطاب المنح أو كعب شيك المخصصات أو مراسلة من قبل إدارة المحاربين القدامى (Veterans Administration)
دخل من الإيجار/النزلاء-السكان الداخليين	خطاب من المنزل أو السكان الداخلي أو المستأجر أو كعب الشيك	مدفوعات الجيش	خطاب المنح أو كعب الشيك
تعويض عن فترة المرض للموظفين/دخل ذوي الإعاقات	خطاب/شهادة المنح، أو كعب شيك المخصصات، أو مراسلة من مصدر الدخل	الفوائد/الأرباح/عوائد الملكية الفكرية	بيان سار من بنك أو اتحاد ائتماني أو مؤسسة مالية أو خطاب من وسيط أو خطاب من وكيل أو نموذج 1099 أو إقرار ضريبي (في حال عدم توفر وثائق أخرى)
مخصصات البطالة	خطاب/شهادة المنح أو بيان بالمخصصات الشهرية أو مراسلة من قبل إدارة العمل بولاية نيويورك (NYS Department of Labor) أو نموذج مطبوع بمعلومات حساب المتلقي من الموقع الإلكتروني الخاص بإدارة العمل بولاية نيويورك NYS www.labor.state.ny.us أو نسخة من بطاقة الدفع المباشر مرفق بها نموذج مطبوع	دعم من قبل أفراد الأسرة الآخرين	بيان أو خطاب موقع من فرد الأسرة
معاشات تقاعد خاصة/مدفوعات سنوية	بيان الجهة المانحة للمعاش/المدفوعات السنوية	دخل من صندوق ائتماني	وثيقة الصندوق الائتماني
الضمان الاجتماعي	خطاب/شهادة المنح أو بيان بالمخصصات السنوية، أو مراسلة من قبل إدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration)	نفقة/إعالة الطفل	خطاب من الشخص الذي يقدم الإعالة أو خطاب من المحكمة أو كعب شيك نفقة/إعالة الطفل أو نسخة من NY Eppicard مرفق بها نموذج مطبوع أو نسخة من معلومات حساب إعالة الطفل من خلال الموقع الإلكتروني www.newyorkchildsupport.com أو نسخة من كشف الحساب المصرفي يوضح الإيداع المباشر

التوظيف: إذا كنت ملتحقًا ببرنامج Medicaid Buy-In لدعم العاملين من ذوي الإعاقات (MBI-WPD)، فيتعين عليك تقديم إثبات توظيفك. يمكنك إرسال إحدى الوثائق التالية إلينا:

بيان كتابي مفصل من صاحب العمل	نموذج W-2
شيك/كعب شيك الراتب الحالي	إقرار ضريبة الدخل

الموارد: تشمل الموارد: النقد الجاهز، حسابات ادخار وحسابات جارية، شهادات إيداع، أسهم، سندات، صناديق ائتمانية، حسابات خطة 401K، صناديق استثمار، ملكية عمل تجاري، عقار تملكه أو يملكه أحد أفراد أسرته، إلخ.

تشمل إثباتات الموارد المقبولة ما يلي:

بيانات/كشوف حسابات من المؤسسات المالية المُودعة لديها هذه الموارد	تحديد/تقدير قيمة العقارات
نسخ من البوليصات/الشهادات	نسخ من الكمبيالات

برنامج MEDICARE PART C (الخطة Medicare Advantage Plan) / التأمين الصحي الخاص: إذا كنت تتمتع بتغطية برنامج Medicare من خلال الخطة Medicare Advantage Plan، فقد تكون مؤهلاً لخصم تكلفة أقساط البوليصه من الدخل الذي ندخله في الميزانية لتحديد أهليتك/الأهلية المستمرة. نظرًا لاختلاف أقساط الخطط، يجب عليك تقديم إثبات بالتكلفة التي تدفعها.

قد ينطبق هذا الخصم من الدخل عليك إذا كنت تدفع قسط تأمين صحي لصاحب العمل أو لل نقابة التي تتبعها أو لشركة تأمين تتبع طرفًا ثالثًا.

يمكنك إرسال إحدى الوثائق التالية إلينا:

فاتورة مدفوعة	شيك لاغ أو حوالة مالية لاغية
نسخة من كشف الحساب المصرفي تُثبت الدفع	مراسلة من قبل مقدم التأمين تقرّ باستلام (والمبلغ بالدولار) دفعة القسط المُسددة
كعب شيك الراتب موضحة الخصم من الراتب مقابل التكلفة/حصتك من تكلفة التغطية الصحية الخاصة بك،	

هل تعاني من حالة صحية أو إعاقة طبية أو عقلية؟ هل تجعل هذه الحالة من الصعب عليك فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه؟ هل هذه الحالة تجعل من الصعب عليك الحصول على خدمات أخرى من إدارة HRA؟ **يمكننا مساعدتك.** اتصل بنا على الرقم 888-692-6116. يمكنك أيضًا طلب المساعدة عند زيارة أحد مكاتب HRA. يحق لك طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة بموجب القانون.

يمكن للعملاء ضعاف السمع الذين يستخدمون أجهزة الهاتف النصي (TTY) التواصل معنا على الرقم
718-636-7783 أو بالاتصال على الرقم 711