

د غوښتنلیک کڅوره د BADGERCARE PLUS د
(BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET)

- د نیلي یا تور رنگ په کارولو سره بی په روښانه ډول چاپ کړئ.
- مخکې له دې چې پوښتنو ته ځوابونه وواياست، ټولې لارښوونې ولولئ.
- د غوښتنلیک ټولې هغه برخې چې تاسې او ستاسې کورنۍ پورې اړه لري، بشپړې کړئ. که چیرې غوښتنلیک په بشپړ ډول ډک نکړئ، بنایي چې د BadgerCare Plus گټې مو له ځنډ سره مخامخ شي.
- که ډیر ځای ته اړتیا وي، د اضافي پاڼې یا د غوښتنلیک په پای کې خالي پاڼې وکاروئ.

- د ټولو هغو کسانو په اړه چې ستاسې په کور کې اوسېږي، مهلومات درج کړئ. ټول هغه ماشومان لیست کړئ چې لږترلږه 40% وخت ستاسو سره په کور کې ژوند تېروي.

- تاسو ممکن د خپلو ځینو ځوابونو ثبوت وړاندې کولو ته اړتیا ولرئ. د دې کتلو لپاره چې کوم اسناد باید وړاندې کړئ په 4 پاڼه کې د تایید/ثبوت برخه وگورئ. خپل غوښتنلیک سره د ثابتونکي اسناد، اضافي اسناد یا د کاغذ پاڼې چې دغه غوښتنلیک بشپړولو کې کارول شوي دي ضمیمه کړئ. مهرباني وکړئ کاپي واستوئ. اصلي نسخې مه استوئ.

- غوښتنلیک او ټول هغه ضمایم لاسلیک کړئ چې لاسلیک ته اړتیا لري. د لاسلیک پرته غوښتنلیکونه او/یا ضمایم بیرته ستنېږي.

- که چیرې تاسو د ملکیت اړوند قانوني استازي لرئ، د شخص او ملکیت قانوني سرپرست، ساتونکي، یا د مالي چارو لپاره د دوامدار فعاله وکیل لرئ، نو هغه قانوني اسناد ضمیمه کړئ چې د غوښتونکي لپاره ټاکل شوي قانوني استازي، ساتونکي، یا د وکالت صلاحیت ورکوي. که تاسو یو باصلاحیته استازي لرئ، د همدې استازي د ټاکل کېدو، بدلولو یا لیرې کولو اړوند فورمه ضمیمه کړئ (شخصي فورمه F-10126A یا د سازمان فورمه F-10126B).

- که تاسو غواړئ د FoodShare لپاره غوښتنه وکړئ، د FoodShare غوښتنلیک، F-16019 فورمه بشپړه کړئ، دا فورمه د DHS په دغه ویبپاڼه کې موندلای شئ dhs.wisconsin.gov/library/collection/F-16019

دا د BadgerCare Plus او Family Planning Only Services (یواځې او یواځې د کورنۍ پلان جوړونې خدمتونو) غوښتنلیک دی. تاسې کولای شئ چې غوښتنه وکړئ:

- په انلاین بڼه د access.wi.gov له لارې. د اوس غوښتنه وکړئ پر تنی کېکړئ.
- د پوستي یا فاکس له لارې: دا غوښتنلیک بشپړ کړئ او د پوستي یا فاکس له لارې یې واستوئ:

که د Milwaukee ولسوالۍ کې ژوند کوئ:

MDPU
6055 N 64th St.
Milwaukee WI 53218
فکس: 1-888-409-1979

که چیرې تاسې د Milwaukee هېواد کې استوګن نه یاست

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
فکس: 1-855-293-1822

- د ټیلیفون له لارې یا په حضورې ډول: تاسو باید خپلې ادارې ته زنگ ووهئ ترڅو د ټیلیفون له لارې یا په حضورې ډول غوښتنې کولو لپاره د ملاقات وخت تنظیم کړئ.

که ددغه غوښتنلیک ډکولو کې مرستې ته اړتیا لرئ یا غواړئ پوښتنو ته شخصاً یا د ټیلیفون له لارې ځواب ورکړئ، خپلې نمایندګۍ سره اړیکه ونیسئ. د خپلې ادارې د ادرس یا ټیلیفون شمیرې تر لاسه کولو لپاره، 800-362-3002 شمیرې سره اړیکه ونیسئ یا لاندې لینک ته مراجعه وکړئ. dhs.wi.gov/im-agency

که چیرې تاسې کوم ډول معیوبیت لرئ یا اړتیا لرئ چې دا مهلومات درته په شفاهي یا کتبي ډول وژباړل شي یا مو کوم بل فارمټ کې په کار وي، خپلې ادارې سره اړیکه ونیسئ. دا خدمتونه وربا دي.

ACCESS – په انلاین ډول غوښتنه وکړئ

ACCESS یو آنلاین وسیله ده چې تاسو ته اجازه درکوي د گټو لپاره غوښتنه وکړئ، د خپلو گټو وضعیت وگورئ، یا خپل کارګر ته د بدلونونو راپور ورکړئ. ACCESS ته لاس رسې لپاره access.wi.gov څخه لینډه وکړئ.

د ACCESS له لارې تاسې کولای شئ FoodShare Wisconsin ته غوښتنه وکړئ، دا یو پروګرام دی چې له خلکو سره د مغزي خوړو په اخیستلو کې مرسته کوي. د FoodShare په اړه د نورو مالوماتو لپاره، دغه لینک dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm ته مراجعه وکړئ.

دا فورمه څنګه وکارو — څارلیست

- مخکې له دې چې تاسو غوښتنه وکړئ مهم معلومات، د حقونو او مسؤلیتونو برخې ولولئ.

- په دې غوښتنلیک کڅوره کې د 1 څخه تر 6 پورې مخونه او د معلوماتو د بدلون راپور، F-10183، د راتلونکو بدلونونو لپاره وساتئ.

مهم معلومات

لاندې مهم معلومات دي چې تاسو به يې د BadgerCare Plus د غوښتنلیک لپاره، پوهېدلو ته اړتیا لرئ.

د کار گمارونکي گروپ روغتیايي بیمې ته لاسرسی
که چېرې د گمارونکي لخوا تمويل شوي روغتیايي بیمه شتون ولري، ممکن ځینې ماشومان او امیندواره میرمنې ونه شي کولای BadgerCare Plus ترلاسه کړي.

مخکې لدې چې تاسو شامل شئ یا نوم لیکنه وکړئ د Department of Health Services (روغتیايي خدماتو څانگه) به دا معلومات ستاسو د کار گومارونکي سره وگوري.

BADGERCARE PLUS د مجرایي وړ

که تاسې د متحده ایالاتو اوسېدونکي امېدواره میرمن یاست یا د کډوالی وړ یاست او Federal Poverty Level (غربت فدرالي کچې) (FPL) څخه 300% لوړ عاید لرئ یا که چېرې ستاسې ماشوم له دې امله چې د عاید محدودیت څخه لوړ دی داخله نشي کولی یا د استخدامونکي له لوري تمويل شوي روغتیايي بیمې ته لاس رسی لرئ چېرې چې استخدامونکي د 80% یا ډېر د بیمې حق تادیه کوي، تاسې اوس هم یو کسر بشپړولو له لاري داخله کولی شئ.

د یوې امیندواري بنځې لپاره د مجرایي وړ د بشپړو میاشتنو په موده کې د کورنی خالص عاید او د فدرال غربت کچې 300% سلني ترمنځ فرق ته ویل کېږي. د کوچنیانو لپاره د مجرایي وړ د بشپړو میاشتنو په موده کې د کورنی خالص عاید او د فدرال غربت کچې 150% سلني ترمنځ فرق ته ویل کېږي. د بېلگې په ډول، که چېرې ستاسې میاشتنی عاید د فدرال غربت کچې 150% څخه \$100 زیات وي، تاسې مکلف یاست چې \$600 تادیه کړئ تر څو وکولای شئ د گټو څخه برخمن شئ. (100 \$ X 6 میاشتنی = \$600). د اوسني عاید لارښوود لپاره په دې شمېرې 800-362-3002 سره په اړیکه کې شئ یا دغه لینک ته

www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm

مراجعه وکړئ.

نور طبي پوښښونه

د BadgerCare Plus کې د شمولیت یا نوم لیکني د شرط په توگه، تاسو باید اداري ته یا هغه دریم اړخ ته راپور ورکړئ چې بنایي ستاسې یا ستاسې کورنی د طبي پاملرنې لپاره پېسي ورکړي. تاسې باید غوښتنې سره سم معلومات وړاندې کولو سره همکاري وکړئ. په دې کې هر هغه بیمه هم شامله ده چې ممکن د غیر حاضر والدینو یا د کار گمارونکي ډلې روغتیايي بیمې له لاري شتون ولري.

په شخصي توگه د پیژندلو وړ معلومات/ د ټولنیز امنیت شمیره (SSN)

د شخصي پیژندلو وړ معلومات او د ټولنیز امنیت شمیرې یوازې د BadgerCare Plus پروگرامونو د مستقیم مدیریت لپاره کارول کېږي.

که ستاسو په کورنی کې څوک د BadgerCare Plus لپاره غوښتنه نه کوي، تاسو اړتیا نلرئ د نوموړي کس لپاره د ټولنیز امنیت شمیره (SSN) یا د کډوالی معلومات وړاندې کړئ. هر هغه څوک چې د BadgerCare Plus غواړي، باید خپل SSN وړاندې کړي یا د Wis. Stat. § 49.82(2) په تعقیب یې ترلاسه کولو لپاره غوښتنه وکړي.

که تاسو د BadgerCare Plus لپاره غوښتنه کوئ او د مذهبي عقیدې یا ستاسو د کډوالی د وضعیت له امله SSN نلرئ، د SSN ځای خالي پرېږدئ.

ستاسو SSN په دولتي ادارو لکه د Internal Revenue Service (داخلي عوایدو اداره) (IRS)، Social Security Administration (ټولنیز امنیت اداره)، Department of Revenue (د عوایدو ریاست)، Department of Transportation (ترانسپورت ریاست) او د Department of Workforce Development (کاري ځواک پراختیا ریاست) سره ستاسو د معلوماتو کمپیوټري کتلو ته اجازه ورکوي. په دې

- دا مهمه ده چې ژر تر ژره درخواست وکړئ ځکه چې ستاسو د غوښتنلیک نېټه هغه نېټه ده چې اداره ستاسو لاسلیک شوی غوښتنلیک ترلاسه کوي.
- که تېرو درېیو میاشتو لپاره بیمې ستاسې طبي لگښتونه یا د کورنی پلان کولو لگښتونه نه وي تادیه کړي، تاسې د دغه لگښتونو تادیه کولو لپاره د پوښښ غوښتنه کولی شئ. دغې مرستې غوښتنې لپاره، ضمیمه 7 ډک کړئ؛ د طبي لگښتونو د تادیه غوښتنې سره مرسته وکړئ او له بشپړ شوی غوښتنلیک سره یې واستوئ.
- که تاسو په BadgerCare Plus کې شامل شوي یاست، تاسو اړتیا لرئ چې په هرو 12 میاشتو کې خپلې ادارې سره تمدیدل بشپړ کړئ تر څو شامل پاتې شئ.
- د HealthCare.gov لپاره ستاسو غوښتنلیک، د د فدرالي Health Insurance Marketplace (روغتیايي بازار ځای) له لاري د خصوصي روغتیايي بیمې تادیه کولو کې د مرستې لپاره غوښتنلیک هم دی. که تاسو په BadgerCare Plus یا Medicaid کې د نوم لیکني یا شاملېدو لپاره مقررات نه پوره کوئ، ستاسو معلومات ممکن بازار ځای ته واستول شي. که داسې وشي، بازار ځای به تاسو سره اړیکه ونیسي او تاسو ته به خبر درکړي که چېرې تاسو د شخصي روغتیايي بیمې په تادیه کولو کې مرسته ترلاسه کولی شئ. د بازار په اړه د لا ډېرو معلوماتو لپاره HealthCare.gov ته مراجعه وکړئ یا په 1-800-318-2596، 1-855-889-4325 (TTY) شمیره اړیکه ونیسي.

قانوني سرپرست، محافظ یا باصلاحیته وکیل

که چېرې تاسو د ملکیت قانوني سرپرست، د شخص او ملکیت چارو اړوند قانوني سرپرست، محافظ، یا د مالي چارو لپاره دوامدار فعاله وکیل ولرئ، هغوی کولای شي ستاسې په استازیتوب دا فورمه ډکه کړي او ویې سپاري. دغه کس باید دغې فورمې سره یو ځای د خپلې گومارنې په اړه اسناد هم وسپاري.

کله چې دا غوښتنلیک سپارئ، هغه قانوني اسناد هم ورسره ضمیمه کړئ چې د غوښتونکي لپاره د مالي چارو لپاره ټاکل شوي قانوني سرپرست، ساتونکي، یا دوامدار وکیل ته د اړوند فعالیت اجازه ورکوي.

د یو شخص قانوني استازي کولای شي یواځې په هغه صورت کې ستاسو په استازیتوب ستاسو د BadgerCare Plus د وړتیا او امتیازاتو اړوند فعالیت ترسره کړي چې دا ډول واک د همدې استازي د ټاکل کېدو پرمهال د محکمې په اسنادو کې ورکړل شو وي.

د روغتیايي پاملرنې لپاره د وکیل صلاحیت د دې وړتیا نلري چې ستاسو د BadgerCare Plus وړتیا او امتیازاتو لپاره ستاسو په استازیتوب فعالیت ترسره کړي.

مجاز استازي

یو صلاحیت لرونکی استازي ستاسې لپاره غوښتنه کولی شي. د یو باصلاحیته استازي د ټاکلو، بدلولو یا گوښه کولو لپاره دا فورمه ډکه کړئ: شخص فورمه، F-10126A (dhs.wisconsin.gov/library/collection/F-10126A) ، یا د یو باصلاحیته استازي ټاکل، بدلول، یا لیرې کول: د سازمان فورمه، F-10126B (dhs.wisconsin.gov/library/collection/F-10126B). دا ستاسې صلاحیت لرونکي استازي ته اجازه ورکوي چې ستاسې لپاره غوښتنلیک ډک او لاسلیک کړي.

دغې فورمې ترلاسه کولو لپاره، 800-362-3002 سره اړیکه ونیسي یا dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm ته مراجعه وکړئ.

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 3 پاڼه

سرېبره، Department of Health Services (روغتيايي خدمتونو څانگه) به د دې مشخص کولو لپاره چې ايا نورې روغتيايي بيمې لري ستاسې نوم او SSN د بيمې وړاندې کوونکو له لوري وړاندې شويو معلوماتو سره پرتله کړي.

ستاسې SSN به United States Citizenship and Immigration Services (د متحده ايالاتو تابعيت او کډوالۍ خدمتونو) (USCIS) سره شريک نه شي.

د ماشوم ملاتړ همکاري

په ځينو حالاتو کې، تاسو بايد د Child Support Agency (ماشوم له ملاتړ ادارې) سره د پلار توب رامينځته کولو لپاره همکاري وکړئ. دا پدې مانا ده چې تاسو بايد د ادارې سره د غير حاضر والدينو په موندلو کې مرسته وکړئ، په قانوني توگه د غير حاضر والدينو نوم ورکړئ او/يا د طبي ملاتړ مسوليت احکام پلي کړئ. که تاسو Child Support Agency (د ماشومانو د ملاتړ ادارې) سره همکاري ونکړئ او د همکارۍ نه کولو لپاره ښه دليل نلري، ستاسو گټې به پای ته ورسېږي که تاسو بالغ ياست او اميندواره نه ياست.

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 4 پاڼه

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

د عادلانه اورېدني غوښتنه په
موندل کېدې شي. www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm کې

که د فورمي کارولو پر ځای لیکل انتخاب کړئ، تاسې باید شامل کړئ:

- ستاسې نوم.
- ستاسې پوستي ادرس.
- د ستونزې لنډه تشریح.
- د ادارې نوم.
- ستاسې د CARES قضیې شمېره.
- ستاسې لاسلیک.

غوښتنه باید د اقدام نېټې څخه 45 ورځو څخه ونه ځنډېږي.

تاسې همداراز هغه ادارې سره چېرې چې مو غوښتنه کړې وه اړیکه نیولې او د عادلانه اورېدني غوښتنې دکولو کې د مرستې غوښتنه کولی شئ. د عادلانه اورېدني پروسی په اړه د نورو معلوماتو لپاره د ForwardHealth د شمولیت او گټو لارښود کتاب (P-00079) ته مراجعه وکړئ. کله چې اداره ستاسو غوښتنلیک ترلاسه کړي تاسو کتاب ترلاسه کولی یا په www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm کې لاسي کتاب موندلی شئ.

که د عادلانه اورېدني پروسی په اړه پوښتنې لرئ،
Division of Hearings and Appeals (د اورېدني او استیناف څانګه)
سره په 608-266-7709 اړیکه نیولې شئ.

مسئولیتونه

د عامه مرستو درغلی راپور ورکړئ، دغه لینک
www.reportfraud.wisconsin.gov ته مراجعه وکړئ په دې شمېره په
وریا ډول زنگ ووهئ 877-865-3432 (باج نشته).

تاسو مسئولیت لرئ چې په دې غوښتنلیک، ضمایمو، یا بل هر ډول فورمو کې
چې د BadgerCare Plus او Family Planning Only Services
(بواځې د کورنۍ پلان جوړونې خدماتو) د نوم لیکنې لپاره اړین دي، رېښتیني
او بشپړ معلومات چمتو کړئ.

د BADGERCARE PLUS بیرته تر پوښښ لاندې راوستل

د Wisconsin قانون دا غوښتنه کوي چې د Medicaid ځینې
امتیازات ستاسو د ملکیت یا ستاسو د ژوندی میرمنې له ملکیت څخه
بیرته ترلاسه شي. د Wisconsin Estate Recovery Program
Handbook (املاکو بیاموندني لاسي کتاب)، P-13032، تاسې ته د
املاکو بیاموندني اړوند معلومات وړاندې کوي. تاسو کولی شئ د
خپروني یوه کاپي د غړو ادارو سره د دې شمیرې په واسطه
800-362-3002 د اړیکې له لارې، له خپلې ادارې څخه ترلاسه
کړئ، یا بي هم لډې لنک څخه ډاونلوډ کړئ:

dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p13032.pdf. ځینې گټې
چې تاسو یې د 55 کلنۍ څخه وروسته په ټولنه کې ترلاسه کولی او ټول
هغه گټې چې تاسو یې د 55 کلنۍ وروسته ترلاسه کولی پداسې حال کې
چې تاسو د اوږدې مودې پاملرنې پروگرام کې برخه اخلئ، د ډېر عمر
لرونکو کور کې ژوند کولی یا په داسې حال کې چې تاسو په روغتون
کې د 30 ورځو یا ډیرو لپاره داخل یاست، د بیرته راگرځیدو وړ دي.

حقوقه

ایالتی او فدرالی قوانین د هر هغه چا حقوقه تضمینوي چې د BadgerCare
Plus لپاره غوښتنه کوي یا په کې نوملیکنه کړي وي. په دې حقوقو کې لاندې
حقوقه شامل دي:

- د دولت او حکومت کارمندانو لخوا په درناوي چلند کېدل.
- د ټولو هغو معلوماتو محرمانیت چې محلي ادارو ته د نوم لیکنې لپاره
ورکړل شوی. (دا د پروگرام مدیریت لپاره د دا ډول معلوماتو کارول نه
منع کوي.)
- ستاسو د قضیې اړوند د ادارې ریکارډونو او فایلونو ته لاسرسی، پرته له
هغو معلوماتو څخه چې د محلي ادارې لخوا د محرمانیت له تعهد سره سم
ترلاسه شوي وي.
- په BadgerCare Plus کې د شامل پاتې کېدو حق حتی که په لنډمهاله
توګه له ایالت څخه بهر هم وي، پدې شرط چې تاسو د Wisconsin
استوګن پاتې شئ.
- باخبره واوسئ چې له هغې ورځې څخه چې نمایندګي د BadgerCare
Plus لپاره ستاسې غوښتنلیک ترلاسه کړي په 30 ورځو کې دننه تاسې
په BadgerCare Plus کې داخله کولی شئ.
- ستاسو د قضیې اړوند د ادارې ریکارډونو او فایلونو ته لاسرسی، پرته له
د معلوماتو اړوند دلایلو په اساس په پروگرام کې د گډون لپاره د مناسبې
استوګنې غوښتنه کول، یا په پروگرام کې د گډون لپاره د کتبي یا شفاهي
ژباړې د غوښتنې حق.
- ستاسو د BadgerCare Plus غوښتنلیک په اړوند د هر ډول ترسره
شوي اقدام یا د روانو گټو په تړاو چې تاسې ورسره موافق نه یاست د
عادلانه اورېدني له لارې د استیناف غوښتنه.

عادلانه اورېدنه

تاسې Division of Hearings and Appeals (د اورېدني او استیناف
څانګه) یا خپلې ادارې څخه غوښتنه کولی شئ که چېرې:

- د BadgerCare Plus لپاره ستاسو غوښتنلیک په غلطې سره رد شو.
- ستاسې غوښتنلیک د هغې نېټې څخه چې اداره ترلاسه کړې و، د 30
ورځو په ترڅ کې ورسره نه شو.
- تاسې د ادارې له لوري ستاسې د گټو موقوفولو، فسخه کولو، ځنډولو، یا
کمولو پرېکړې سره موافق نه یاست.
- ستاسو د مخکې له مخکې اجازې غوښتنه رد شوه.

تاسې کولی شئ لاندې ادرس ته په لیکلو سره عادلانه اورېدني غوښتنه وکړئ:

د بدلونونو راپور ورکول

BadgerCare Plus

که چیرې تاسې په BadgerCare Plus کې شمولیت لرئ، نو په 10 ورځو کې دننه باید د لاندې ذکر شویو بدلونونو په اړه راپور ورکړئ:

- یو نوې ادرس یا یو بل ایالت ته انتقالیږئ او د هغه ایات استوګن کېږي (لاندې یادښت وګورئ).
- هر څوک چې ستاسې کور ته درځي یا له کوره وځي، یا امیندواره کېږي یا هم ماشوم زیږوي.
- ستاسې د اوسېدلو ترتیبات بدلون مومي (د بیلګې په ډول: تاسې د ډیر عمر لرونکو کور یا بل مرکز ته انتقالیږئ).
- ستاسو میاشتنۍ عاید ستاسو د کورنۍ اندازې لپاره د پروګرام له حد څخه زیاتېږي.
- تاسو واده شوي یا طلاق شوي یاست.
- تاسې د روغتیا بیمې په پوښښ کې بدلون لرئ.
- ستاسې د اټکل شوي ماليې ثبت کولو وضعیت یا د ماليې انحصاریانو په حالت کې بدلون راځي.
- تاسو نور د ماليې اړوند کسر نلرئ چې تاسو یې په اړه مو مور ته ویلي.
- تاسې اوسمهال محبس یا زندان کې یاست یا له محبس یا زندان څخه خوشي شوي یاست.

که تاسو په عاید کې بدلون ولرئ او ستاسو ناخالص میاشتنۍ عاید ستاسو د کورنۍ اندازې لپاره د برنامې له حد څخه ډیرېږي، تاسو باید د راتلونکي میاشتي په 10مه ورځ د بدلون راپور ورکړئ.

د کورنۍ اندازې لپاره د پروګرام عاید حد به د "ستاسو د کتو په اړه" ترسرلیک لاندې استول کېږي. تاسو باید تل د خپلې کورنۍ اندازې لپاره د پروګرام عاید حد لپاره خپل وروستي لیک وګورئ.

Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه)

که چیرې تاسو Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان جوړونې خدماتو) کې شامل یاست، تاسو اړ یاست چې یوازې په 10 ورځو دننه د دې بدلونونو راپور ورکړئ:

- تاسې یو نوې ادرس ته انتقالیږئ یا له ایالت څخه بهر ځئ.
- ستاسې د ژوند ترتیبات بدل شي (مثلا: تاسې د زورو خلکو کور یا بلي ادارې ته ولاړ شئ).
- تاسې اوسمهال محبس یا زندان کې یاست یا له محبس یا زندان څخه خوشي شوي یاست.

د بدلونونو په اړه څنگه راپور ورکړو

د بدلونونو په اړه په آنلاین بڼه د access.wi.gov، خپلې ادارې ته د زنگ وټولو، یا د معلوماتو د بدلون راپور، F-10183 په کارولو سره چې په دې غوښتنلیک کڅوره کې موجود دی، له لارې راپور ورکړئ.

تاییدي/ثبوت

تاسې اړ یاست چې د ځینو معلوماتو په اړه ثبوت وړاندې کړئ. لاندیني د ثابتونکو اسنادو مثالونه دي.

د تابعیت / هويت ثبوت

هغه خلک چې د BadgerCare Plus یا Family Planning Only Services (د کورنۍ پلان جوړونې خدماتو) لپاره غوښتنه کوي، مکلف دي چې د خپل هويت، تابعیت، او/یا مهاجرت حالت ثبوت وړاندې کړي. که چیرې تاسو دمخه د متحده ایالاتو د تابعیت او/یا هويت ثبوت وړاندې کړی وي، اړتیا نلرئ چې دوباره یې وړاندې کړئ.

د متحده ایالاتو اتباع

که تاسو د متحده ایالاتو تبعه یاست، د هغه څه مثالونه چې تاسو یې د تابعیت او هويت ثابتولو لپاره کارولی شئ په 1 لیست کې دي:

1 لیست

- د متحده ایالاتو پاسپورت
- د متحده ایالاتو د تابعیت سند
- د متحده ایالاتو د تابعیت منلو سند
- ایالت له لوري صادر شوی پرمختللی د موټر چلولو جواز
- د قبیلوي پېژندنې اسناد

که تاسو په 1 لیست کې د ذکر شویو توکو څخه یو یې نلرئ، تاسو باید یو توکي د 2 لیست څخه او یو له 3 لیست څخه ورکړئ.

2 لیست

- د متحده ایالاتو د زېږون سند
- په بهر کې زېږون لپاره د امریکا د بهرنیو چارو وزارت راپور
- د متحده ایالاتو د تابعیت پېژند کارت
- د فرزندني نیولو کاغذونه چې په متحده ایالاتو کې د زېږون ښودنه کوي
- متحده ایالاتو کې د زېږون د روغتون سوانح
- د خدمتونو د متحده ایالاتو نظامي سوانح یا متحده ایالاتو کې د زېږون ښودونکی چټل نویس سوانح
- متحده ایالاتو کې زېږون ښودونکی د ژوند یا روغتیايي بیمې سوانح
- متحده ایالاتو کې زېږون ښودونکی د زرو کور کې د داخلي کاغذونه

3 لیست

- د موټر چلولو ایالتي جواز
- د هويت کارت چې د فدرال، ایالت، یا محلي حکومت لخوا صادر شوی وي
- متحده ایالاتو پوځ سره د اړیکې پېژند کارت
- متحده ایالاتو د پوځ پېژند کارت
- د ښوونځي تصویر لرونکی پېژند کارت
- د 18 کالو څخه کم عمر ماشومانو لپاره، د هويت فورمي لاسلیک شوي بیانیه، F-10154، په دې غوښتنلیک کڅوره کې شتون لري

که له تاسو سره دا توکي په هغه ورځ چې تاسې خپل غوښتنلیک (په کاغذي یا آنلاین ډول access.wi.gov) سپارئ، موجود وي، نو له خپل غوښتنلیک سر یې یو ځای کړئ. ممکن د ادارې لخوا تاسې سره اړیکه ونیول شي او له تاسو څخه وغوښتل شي چې د کمبودو، متضادو یا مبهمو معلوماتو ثبوت وړاندې کړئ، په هغه صورت کې چې وړاندې شوي معلومات ستاسو د BadgerCare Plus یا Family Planning Only Services (یواځې د کورنۍ پلان جوړونې خدماتو) کې د شمولیت پر پرېکړه اغیزه کوي. که تاسو د کتو لپاره درخواست ورکړئ، تاسو باید د غوښتنلیک یا درخواست له نېټې څخه لږ تر لږه 95 ورځې ترڅو ادارې ته ثبوت وړاندې کړئ، که چیرې غوښتنه یې وشي.

نور پروگرامونه

Medicare Savings Program (د درملني سپما پروگرام)

که تاسو يا ستاسې له کور څخه کوم بل کس د Medicare برخه A او يا برخه B تر لاسه کوي، هغوی کولی شي خپل د Medicare د بيمې حق، گډې تاديې او کسرونو تاديې کولو کې مرسته تر لاسه کړي.

Medicare Savings Program (د طبي سپما پروگرام) په نوم يادېږي.

په پروگرام کې د شموليت يا نومليکني د پوهېدو په اړه، تاسو اړ ياست 8 ضميمه بشپړ کړئ: شتمني او د دې شتمنيو ثبوت وړاندي کول.

FoodShare Wisconsin

FoodShare د محدودو پيسو لرونکو خلکو سره مرسته کوي هغه خواړه واخلې چې دوی د ښه روغتيا لپاره ورته اړتيا لري.

د FoodShare Wisconsin په اړه د نورو معلوماتو لپاره، لينک ته مراجعه وکړئ dhs.wisconsin.gov/foodshare/index.htm.

د لږترلږه ارزښت معياري پلانونه

د لږترلږه ارزښت معيار پدې معنی دی چې پلان د ټولې کټې لږترلږه 60 سلنه لگښت، چې د پلان لخوا اجازه ورکړل شوی، تاديې کوي.

ستاسو کارگومارونکی بايد تاسو ته ووايي چې ايا دوی د لږترلږه ارزښت معياري پلان (MVSP) وړانديز کوي که نه.

ځينې کارگومارونکي اړ دي چې خپلو کارکوونکو ته يو ليک ورکړي چې پکې ويل شوي چې ايا د دوی پلان د لږترلږه ارزښت معيار سره سمون لري. يا، تاسې کولای شئ چې

<https://marketplace.cms.gov/applications-and-forms/employer-coverage-tool.pdf> ته مراجعه وکړئ او هغه

فورمه تر لاسه کړئ چې تاسې کولای شئ کارگومارونکي ته يې ورکړئ او د مالوماتو په تر لاسه کولو کې مرسته تر لاسه کړئ.

که ستاسو کارگومارونکی يو داسې پلان وړانديز کوي چې د لږترلږه ارزښت معيار سره مطابقت ولري، په 5b ضميمه کې د لږترلږه ارزښت معياري پلانونو برخې کې پوښتنې بايد د ټيټ لگښت لرونکي، يوازې د کارمندانو پلان سره ترسره شي چې د لږترلږه ارزښت معيار سره سمون ولري. يواځې- کارکوونکی هغه پلان ته ويل کېږي چې يواځې او يواځې هغه څوک په کې شامل وي چې گمارل کېږي. په دې پلان کې د کارکوونکي د کورنۍ نور غړي شامل دي.

حتی که تاسو په داسې يو پلان کې شامل ياست چې د ټيټ لگښت لرونکي يواځې-کارمندانو پلان څخه ډېر لگښت لري، تاسو بايد لاهم مور ته په 5b ضميمه کې د ټيټ لگښت پلان په اړه وواياست.

مهاجر

که تاسو يو مهاجر ياست چې د BadgerCare Plus لپاره غوښتنه کوئ، نو تاسو څخه به و غوښتل شي چې د خپل USCIS اسنادو يوه کاپي واستوئ چې ستاسو د کډوالۍ يا مهاجرت وضعيت ښيي.

يادونه: بي سنډه کډوال يوازي د بېرني روغتيا پاملرني خدماتو پوښښ تر لاسه کولی شي. امېداو اړه ميرمنې کېدای شي BadgerCare Plus Prenatal Services (د بجر کيپر پلس له زېږون وړاندي خدمتونه) کې د نومليکني وړ وي.

د عايد ثبوت

د کار عايد او معاش

ځينې غوښتونکي چې دننه لري بايد د خپل عايد ثبوت وړاندي کړي. دا معلومات د عايداتو څخه د کارگومارونکي د تصديق په فورمه (EVF-E) کې وړاندي کېدای شي، يا تاسو کولی شئ هغه څار سټيټيونه وکاروئ چې په تېرو 30 ورځو کې مو تر لاسه کړي دي. که تاسو غواړئ فورمه تر لاسه کړئ، خپلې ادارې ته زنگ ووهئ. که چيرې شامل ياست، نو ښايي له تاسو څخه و غوښتل شي چې د دې معلوماتو ثبوت په خپل کلني تمديدولو او کله چې تاسو دندې بدلوی، وړاندي کړئ.

ازاد کار

تاسو بايد د کورنۍ د هر غړي چې ازاد کار کوي د عايد ثبوت وړاندي کړئ. تاسو کولی شئ د دې ثبوت د وړاندي کولو لپاره د خپلو مالياتو فورمو کاپي وکاروئ.

نور عايد

تاسو ښايي اړتيا ولرئ ترڅو د کوم بل عايد ثبوت هم وړاندي کړئ چې ستاسو کورنۍ يې تر لاسه کوي (لکه، تقاعد، د معلوليت معاش، د بل دولت څخه د بيکارۍ په له امله معاش، او نور).

نور ثبوتونه

ستاسو کارکوونکی ممکن د نورو شواهدو غوښتنه وکړي. لاندې د نورو توکو ځينې مثالونه دي چې تاسو يې اړتيا لرئ ثبوت وړاندي کړئ.

- د کسر پوره کولو لپاره طبي لگښتونه.
- د وکیل د صلاحيت او د قانوني سرپرستۍ يا محافظت اړوند اسناد.
- شتمني. (يوازې د هغو کسانو لپاره چې د Medicare سپما برنامې لپاره غوښتنه کوي.)

که تاسو د کوم اړين ثبوت په تر لاسه کولو کې مرستې ته اړتيا لرئ، له خپلې ادارې سره اړيکه ونيسئ او د مرستې غوښتنه وکړئ.

د نه تبعيض خبرتيا: تبعيض د قانون خلاف دی - د روغتيا پاملرنې پورې اړوند پروگرامونه

د Wisconsin Department of Health Services (ويسکونسن د روغتيا خدماتو څانگه) د فدرالي مدني حقونو د تطبيق وړ قوانينو سره مطابقت لري او د نژاد، رنگ، ملي اصل، عمر، معلوليت، يا جنسيت پر بنسټ تبعيض نه کوي. د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه) د نژاد، رنگ، قومي اصل، عمر، معيوبيت، يا جنسيت له امله خلک نه اخلي يا له هغوی سره توپير نه کوي.

د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه):

- د معلوليت لرونکو خلکو لپاره وړيا مرستي او خدمتونه وړاندې کوي ترڅو له مور سره په اغيزمنه توگه اړيکه ونيسي، لکه:
 - د نښې ژبې وړ ژباړونکي.
 - په نورو شکلونو کې ليکل شوي معلومات (لوی چاپ، آډيو، د لاسرسي وړ بريننايي بڼه، نور فارميټونه).
- هغو خلکو ته چې لومړنۍ ژبه يې انګليسي نه وي د وړيا ژبې خدمتونه وړاندې کوي، لکه:
 - وړ ژباړونکي.
 - معلومات په نورو ژبو ليکل کيږي.

که تاسو دې خدماتو ته اړتيا لرئ، د 844-201-6870 شميره د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگې) د مدني حقونو همغږي کونکي سره اړيکه ونيسئ.

که تاسو په دې باور ياست چې د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه) د دې خدماتو په وړاندې کولو کې پاتې راغلی يا د نژاد، رنگ، ملي اصل، عمر، معلوليت يا جنسيت پر بنسټ په بل ډول تبعيض شوی، تاسو کولی شئ شکايت درج کړئ: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, بريننايک ته dhsrcc@dhs.wisconsin.gov. تاسو کولی شئ شکايت په شخصي ډول يا د پوستي، فکس يا بريننايک له لارې ثبت کړئ. که تاسو د شکايت ثبتولو کې مرستي ته اړتيا لرئ، د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگې) د مدني حقونو همغږي کونکي ستاسو سره د مرستې لپاره شتون لري.

تاسو کولی شئ د U.S. Department of Health and Human Services (متحده ايالاتو د روغتيا او بشري خدماتو څانگې) سره د مدني حقونو شکايت ثبت کړئ، Office for Civil Rights (د مدني حقونو لپاره دفتر)، په الکترونيکي توگه د Office for Civil Rights (مدني حقونو د شکايتونو د دفتر) له لارې، دلته شتون لري <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، يا د پوستي يا تلفون له لارې.

U.S. Department of Health and Human Services
Independence Avenue, SW 200
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(TDD) 800-537-7697, 800-368-1019

د شکايت فورمې په کې شتون لري <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

| | |
|--|---|
| <p>Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p> | <p>Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).</p> |
| <p>Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).</p> | <p>ພາສາລາວ (Laotian) ເຊີນຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p> |
| <p>繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。</p> | <p>Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p> |
| <p>Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).</p> | <p>Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p> |
| <p>العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمانج اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p> | <p>हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।</p> |
| <p>Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p> | <p>Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p> |
| <p>한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p> | <p>Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).</p> |
| <p>Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).</p> | <p>Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p> |

د BADGERCARE PLUS غوښتنلیک

| | |
|----------------------------|--------------------|
| یوازې د ادارې کارولو لپاره | |
| د قضیې شمېره | د ترلاسه کولو نېټه |

لارښوونې

- اسماني یا تور رنګ وکاروئ
- ټولې نېټې په MM/DD/YY بڼه ولیکئ (مثال 04/02/58)
- که چیرې ډیر ځای ته اړتیا وي، اضافي پاڼه یا د دې غوښتنلیک په پای کې خالي پانې وکاروئ.
- هڅه وکړئ مور ته څومره چې ممکن وي معلومات راکړئ. که اوس مور ته معلومات رانکړئ، کېدای شي مور ستاسې غوښتنلیک په اړه د پرېکړې څخه وړاندې غوښتنه وکړو.
- پاڼه 1-6 او د معلوماتو د بدلون راپور، F-10183 په راټلونکي کې کارونې لپاره وساتئ.

برخه 1 - د غوښتونکي معلومات

پدې برخه کې مور ستاسو په اړه پوښتنه کوو، د غوښتونکي په اړه.

| | |
|---------------------------|---|
| د زېږېدنې نېټه (mm/dd/yy) | نوم - عارض (کورنۍ، لومړۍ، منځنۍ ابتدایي) |
| د ټولنیز خونديتوب شمېره | د زېږون په وخت کې نوم او/یا پخوانی نومونه |

پته

| | | |
|---------|-------|-----|
| زېږ کود | ایالت | ښار |
|---------|-------|-----|

د پستي پته، که له پورته څخه توپیر ولري

| | | |
|---------|-------|-----|
| زېږ کود | ایالت | ښار |
|---------|-------|-----|

| | |
|---|---|
| ایا تاسو د BadgerCare Plus لپاره غوښتنه کوئ؟ | ایا تاسو Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان جوړونې خدماتو) لپاره غوښتنه کوئ؟ |
| هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |

ایا تاسو په تیرو دريو میاشتو کې، ستاسو په کور کې د کوم چا لپاره د روغتیا پاملرنې لپاره تادیه کولو کې مرستې ته اړتیا لرله؟

هو نه

که ستاسو ځواب هو وي، په دې څلور ګانه کې د شته طبي لګښتونو د مرستې (7 ضمیمه) لپاره غوښتنلیک بشپړ کړئ.

| | | |
|--|---|------------------------------------|
| جنسیت | تاسو غواړئ چې ستاسو لیکونه په کومه ژبه چاپ شي؟ | ستاسو په کور کې کومه ژبه ویل کېږي؟ |
| نارینه <input type="checkbox"/> ښځه <input type="checkbox"/> | انګلیسي <input type="checkbox"/> هسپانوي <input type="checkbox"/> | ستاسو په کور کې کومه ژبه ویل کېږي؟ |

قومیت* (انتخابي)

هسپانوي یا لاتیني غیر هسپانوي یا لاتیني

توکم* (اختیاري، یو یا ډېر انتخاب کړئ)

سور پوستی امریکایي/یومي الاسکایي اسیایي تور/افریقایي امریکایي

هاوایي/د ارام ټاپو نور اوسېدونکي سپین

* تاسو اړتیا نلرئ د توکم او نژاد پوښتنو ته ځواب ووايست که تاسو نه غواړئ. مور دغې پوښتنې خپلو پروګرامونو غوره کولو مرستې او له دې څخه ډاډه کېدو لپاره چې د قوم یا توکم پر بنسټ تبعیض نه کوي پوښتو. ستاسې ځوابونه به ستاسې ګټو اړوند پرېکړو لپاره ونه کارول شي.

ایا ستاسو په کور کې څوک روند، معیوب، یا د ناروغۍ یا ټپي کېدو له امله د کار کولو توان نلري؟

هو نه

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 8 پاڼه

ايا اوس بي كوره * ياست يا تېرو 12 مياشتو كي بي كوره وي؟

هو نه

* له بي كوره څخه زموږ هدف دا دی چې د شپي پاتي كېدو لپاره تاسي اوردمهاله ځای نه لرئ. تاسي كېدای شي سر پناه يا يو ملگري يا خپلوان سره اوسېږئ يا د اوسېدلو لپاره ځای نه لرئ.

ستاسو مدني حالت څه دی؟

لغو طلاق شوی په قانوني توگه جلا شوی واده شوی هيڅکله واده نه دی کړی مجرد کونده

ايا تاسو د امريکايي هندي قبيلي غړی، ماشوم، لمسی يا د الاسکا اصلي اوسېدونکی ياست؟

هو نه

که هو، نو 9 ضميمه بشپړه کړئ.

ايا تاسي د سور پوستانو روغتيايي خدمتونو، يو قبيلوي کلينیک، يا د سور پوستان بناري روغتيايي پروگرام څخه د خدمتونو ترلاسه کولو وړ ياست؟

هو نه

ايا تاسو د هند د روغتيا ادارې، يو قبيلوي کلينیک، يا د هند د بناري روغتيا پروگرام څخه خدمات ترلاسه کړي؟

هو نه

لاندي پوښتنو ته يواځي هغه وخت ځواب ورکړئ که چيري تاسو د BadgerCare Plus يا د Family Planning Only Services (کورني پلان جوړولو يوازي خدماتو) لپاره غوښتنه کوئ.

ايا د متحده ايالاتو تبعه ياست؟

هو نه

که ځواب مو نه وي، لاندي پوښتنې بشپړه کړئ:

سناسي د بهرنيانو نومليکنه يا USCIS شمېره څه ده؟

متحده ايالاتو ته کله د ژوند لپاره راغلي؟

ايا تمويلونکی لرئ؟

هو نه

ايا تاسي متحده ايالاتو پوځ كي فعاله دنده لرئ يا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي ياست، فعاله دنده لرونکی يا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي سره مو واده کړی، د پخوانی پوځي د ژوند پاتي شوی ملگري ياست، يا د فعاله دنده لرونکی يا په عزت سره تقاعد شوي پخوانی پوځي ماشوم ياست؟

هو نه

د ماليي ثبت

ايا څوک پلان لري چې ستاسو د کور څخه بهر د يو چا سره په گډه ماليه ثبت کړي، يا د ماليي پوري تړلو کسانو ادعا وکړي چې ستاسو په کور كي ژوند نه کوي؟

هو نه

که هو، 1 او 6 ضمايم ډک کړئ

برخه 2 - د اړيکي معلومات

موږ ته وواياست چې موږ څنگه کولی شو له تاسو سره اړيکه ونيسو.

تليفون شمېره

د تليفون بڼه

کور کار گړخنده/موبايل

د دغه کس نوم څه دی؟

دغه شمېره د چا ده؟

د تليفون بله شمېره

ځان ملگري گاونډي خپلوان

برېښنالیک

د اونی په اوږدو كي له تاسو سره د تماس لپاره غوره لاره او وخت څه دی؟

3 برخه – د کورنی نور غړي

موږ ته په کور کې د نورو ټولو خلکو په اړه ووايست، حتی که دوی غوښتنه هم نه کوي. تاسو اړتیا نلری د توکم او نژاد پوښتنو ته ځواب ووايست که تاسو نه غواړئ. موږ دغې پوښتنې خپلو پروگرامونو غوره کولو مرستی او له دې څخه ډاډه کېدو لپاره چې د قوم یا توکم پر بنسټ تبعیض نه کوي پوښتو. ستاسې ځوابونه به ستاسې گټو اړوند پرېکړو لپاره ونه کارول شي. ټول هغه ماشومان لیست کړئ چې لږترلږه 40% وخت ستاسو سره په کور کې ژوند تیروي. هر هغه ماشوم شامل کړئ چې تاسو یې د پاملرنې مسولیت لری، څوک چې د شپږو میاشتو یا لږ وخت لپاره له کوره بهر وي. هر هغه ماشوم هم شامل کړئ چې ستاسو له کوره ایستل شوی وي او د پالونکي پاملرنې یا خپلوانو سره ځای په ځای شوی وي. که نور ځای ته اړتیا لری د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ.

| | |
|---------------------------|--|
| د زېږېدنې نېټه (mm/dd/yy) | نوم – میره/بڼځه یا بل بالغ کس (تخلص، لومړی نوم، منځنی نوم) |
| د ټولنیز خوندیتوب شمېره | د پیدایښت نوم |

| | |
|--|--|
| ایا BadgerCare Plus ته غوښتنلیک ورکوئ؟ | <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه |
| Family Planning Only Services (یواځې د کورنی پلان جوړونې خدماتو) لپاره غوښتنه کوئ؟ | <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه |
| جنسیت | <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> بڼځه |
| عارضه سره اړیکه | |

| | |
|-----------------|---|
| توکم (اختیاري): | <input type="checkbox"/> هسپانوي یا لاتیني <input type="checkbox"/> هسپانوي یا لاتیني نه |
|-----------------|---|

| | |
|--------------------------------------|--|
| توکم (اختیاري، یو یا ډېر انتخاب کړئ) | <input type="checkbox"/> سور پوستی امریکایي/یومي الاسکایي <input type="checkbox"/> هاوایي/د ارام ټاپو نور اوسېدونکي <input type="checkbox"/> اسپین <input type="checkbox"/> تور/افریقایي امریکایي |
|--------------------------------------|--|

| | |
|---|--|
| ایا تاسو اوس بی کوره یاست یا په تیرو 12 میاشتو کې بی کوره شوي یاست؟ | <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه |
| ستاسو مدني حالت څه دی؟ | |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> لغوه <input type="checkbox"/> طلاق شوی <input type="checkbox"/> په قانوني توگه جلا شوی <input type="checkbox"/> واده شوی <input type="checkbox"/> هیڅکله واده نه دی کړی <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> کونده | |
|---|--|

| | |
|---|--|
| ایا تاسو د امریکایي هندي قبیلې غړي یا د الاسکا اصلي اوسېدونکی یاست؟ | <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه |
|---|--|

| | |
|------------------------------|--|
| که هو، نو 9 ضمیمه بشپړه کړئ. | |
|------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| ایا تاسی د سور پوستانو روغتیايي خدمتونو، یو قبیلوي کلینیک، یا د سور پوستان بناري روغتیايي پروگرام څخه د خدمتونو ترلاسه کولو وړ یاست؟ | <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه |
|--|--|

| | |
|--|--|
| ایا تاسو د هند د روغتیايي ادارې، یو قبایلي کلینیک، یا د هند د بناري روغتیايي پروگرام څخه خدمات ترلاسه کړي؟ | <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه |
|--|--|

| | |
|---|--|
| لاندې پوښتنو ته یواځې هغه وخت ځواب ورکړئ که چیرې تاسو د BadgerCare Plus یا د Family Planning Only Services (کورنی پلان جوړولو یوازي خدماتو) لپاره غوښتنه کوئ. | |
|---|--|

| | |
|--------------------------------|--|
| ایا د متحده ایالاتو تبعه یاست؟ | <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه |
|--------------------------------|--|

| | |
|---|--|
| که ځواب مو نه وي، لاندې پوښتنې بشپړه کړئ: | |
|---|--|

| | |
|---|--|
| ستاسې د بهرنيانو نوملیکنه یا USCIS شمېره څه ده؟ | |
|---|--|

| | |
|--|--|
| متحده ایالاتو ته کله د ژوند لپاره راغلی؟ | |
|--|--|

| | |
|-------------------------|--|
| ایا تاسو تمویلونکی لری؟ | <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه |
|-------------------------|--|

| | |
|--|--|
| ایا تاسی متحده ایالاتو پوځ کې فعاله دنده لری یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي یاست، فعاله دنده لرونکی یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي سره مو واده کړی، د پخوانی پوځي د ژوند پاتې شوی ملگری یاست، یا د فعاله دنده لرونکي یا په عزت سره تقاعد شوي پخوانی پوځي ماشوم یاست؟ | <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه |
|--|--|

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 10 پاڼه

APP

| | | |
|---|---|--|
| د زېږېدنې نېټه (mm/dd/yy) | نوم - د 1 ماشوم (تخلص، لومړی نوم، منځنی نوم) | |
| د ټولنيز خونديتوب شمېره | د پېدايښت نوم | |
| Family Planning Only Services (يوځي د کورنۍ پلان جوړونې خدماتو) لپاره غوښتنه کوئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | ايا BadgerCare Plus ته غوښتنلیک ورکړئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | |
| عارضه سره اړیکه | جنسیت <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> ښځه | |
| قومیت (اختیاري) <input type="checkbox"/> هسپانوي يا لاتیني <input type="checkbox"/> غیر هسپانوي يا لاتیني | | |
| توکم (اختیاري، یو یا ډېر انتخاب کړئ) <input type="checkbox"/> سور پوستی امریکایي/بومي الاسکایي <input type="checkbox"/> اسپایي <input type="checkbox"/> تور/افریقایي امریکایي <input type="checkbox"/> هاوایی/د آرام ټاپو نور اوسېدونکي <input type="checkbox"/> سپین | | |
| ستاسو مدني حالت څه دی؟ <input type="checkbox"/> لغوه <input type="checkbox"/> طلاق شوی <input type="checkbox"/> په قانوني توگه جلا شوی <input type="checkbox"/> واده شوی <input type="checkbox"/> هیڅکله واده نه دی کړی <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> کونډه | | |
| ایا تاسو د امریکایي هندي قبیلې غړي یا د الاسکا اصلي اوسېدونکی یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که هو، نو 10 ضمیمه بشپړه کړئ. | | |
| ایا تاسی د سور پوستانو روغتیايي خدمتونو، یو قبیلوي کلینیک، یا د سور پوستان ښاري روغتیايي پروگرام څخه د خدمتونو ترلاسه کولو وړ یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| ایا تاسو د هند د روغتیا ادارې، یو قبایلي کلینیک، یا د هند د ښاري روغتیا پروگرام څخه خدمات ترلاسه کړي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| ایا دا ماشوم د پالونکي پاملرنې کي دی یا د خپلوانو سره ژوند کوي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| لاندې پوښتنو ته یوځي هغه وخت ځواب ورکړئ که چیرې تاسو د BadgerCare Plus یا د Family Planning Only Services (کورنۍ پلان جوړولو یوازي خدماتو) لپاره غوښتنه کوئ. | | |
| ایا د متحده ایالاتو تبعه یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| که ځواب مو نه وي، لاندې پوښتنې بشپړه کړئ: ستاسی د بهرنيانو نوملیکنه یا USCIS شمېره څه ده؟ | | |
| متحده ایالاتو ته کله د ژوند لپاره راغلی؟ | | |
| ایا تاسو تمویلونکی لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| ایا تاسی متحده ایالاتو پوځ کي فعاله دنده لری یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي یاست، فعاله دنده لرونکی یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي سره مو واده کړی، د پخوانی پوځي د ژوند پاتې شوی ملگری یاست، یا د فعاله دنده لرونکي یا په عزت سره تقاعد شوي پخواني پوځي ماشوم یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 11 پاڼه

APP

| | | |
|---|---|--|
| د زېږېدنې نېټه (mm/dd/yy) | نوم - د 2 ماشوم (تخلص، لومړی نوم، منځنی نوم) | |
| د ټولنيز خونديتوب شمېره | د پېدايښت نوم | |
| Family Planning Only Services (يوځي د کورنۍ پلان جوړونې خدماتو) لپاره غوښتنه کوئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | ايا BadgerCare Plus ته غوښتنلیک ورکړئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | |
| عارضه سره اړیکه | جنسیت <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> ښځه | |
| قومیت (اختیاري) <input type="checkbox"/> هسپانوي يا لاتیني <input type="checkbox"/> غیر هسپانوي يا لاتیني | | |
| توکم (اختیاري، یو یا ډېر انتخاب کړئ) <input type="checkbox"/> سوری پوسټي امریکایي/بومي الاسکایي <input type="checkbox"/> اسیایي <input type="checkbox"/> تور/افریقایي امریکایي <input type="checkbox"/> هاوایی/د آرام ټاپو نور اوسېدونکي <input type="checkbox"/> سپین | | |
| ستاسو مدني حالت څه دی؟ <input type="checkbox"/> لغوه <input type="checkbox"/> طلاق شوی <input type="checkbox"/> په قانوني توګه جلا شوی <input type="checkbox"/> واده شوی <input type="checkbox"/> هیڅکله واده نه دی کړی <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> کونډه | | |
| ایا تاسو د امریکایي هندي قبیلې غړي یا د الاسکا اصلي اوسېدونکی یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که هو، نو 9 ضمیمه بشپړه کړئ. | | |
| ایا تاسی د سور پوسټانو روغتیايي خدمتونو، یو قبیلوي کلینیک، یا د سور پوسټان ښاري روغتیايي پروګرام څخه د خدمتونو ترلاسه کولو وړ یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| ایا تاسو د هند د روغتیا ادارې، یو قبایلي کلینیک، یا د هند د ښاري روغتیا پروګرام څخه خدمات ترلاسه کړي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| ایا دا ماشوم د پالونکي پاملرنې کې دی یا د خپلوانو سره ژوند کوي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| لاندې پوښتنو ته یوځي هغه وخت ځواب ورکړئ که چیرې تاسو د BadgerCare Plus یا د Family Planning Only Services (کورنۍ پلان جوړولو یوازې خدماتو) لپاره غوښتنه کوئ. | | |
| ایا د متحده ایالاتو تبعه یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| که ځواب مو نه وي، لاندې پوښتنې بشپړه کړئ: ستاسی د بهرنيانو نوملیکنه یا USCIS شمېره څه ده؟ | | |
| متحده ایالاتو ته کله د ژوند لپاره راغلی؟ | | |
| ایا تاسو تمویلونکی لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| ایا تاسی متحده ایالاتو پوځ کې فعاله دنده لری یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي یاست، فعاله دنده لرونکی یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي سره مو واده کړی، د پخوانی پوځي د ژوند پاتې شوی ملګری یاست، یا د فعاله دنده لرونکي یا په عزت سره تقاعد شوي پخواني پوځي ماشوم یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 12 پاڼه

APP

| | | |
|---|---|--|
| د زېږېدنې نېټه (mm/dd/yy) | نوم - د 3 ماشوم (تخلص، لومړی نوم، منځنی نوم) | |
| د ټولنيز خونديتوب شمېره | د پېدايښت نوم | |
| Family Planning Only Services (يوځي د کورنۍ پلان جوړونې خدماتو) لپاره غوښتنه کوئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | ايا BadgerCare Plus ته غوښتنلیک ورکوی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | |
| عارضه سره اړیکه | جنسیت <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> ښځه | |
| قومیت (اختیاري) <input type="checkbox"/> هسپانوي يا لاتیني <input type="checkbox"/> غیر هسپانوي يا لاتیني | | |
| توکم (اختیاري، یو یا ډېر انتخاب کړئ) <input type="checkbox"/> سور پوستی امریکایي/بومي الاسکایي <input type="checkbox"/> اسیایي <input type="checkbox"/> تور/افریقایي امریکایي <input type="checkbox"/> هاوایی/د آرام ټاپو نور اوسېدونکي <input type="checkbox"/> سپین | | |
| ستاسو مدني حالت څه دی؟ <input type="checkbox"/> لغوه <input type="checkbox"/> طلاق شوی <input type="checkbox"/> په قانوني توگه جلا شوی <input type="checkbox"/> واده شوی <input type="checkbox"/> هیڅکله واده نه دی کړی <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> کونډه | | |
| ایا تاسو د امریکایي هندي قبیلې غړي یا د الاسکا اصلي اوسېدونکی یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که هو، نو 9 ضمیمه بشپړه کړئ. | | |
| ایا تاسی د سور پوستانو روغتیايي خدمتونو، یو قبیلوي کلینیک، یا د سور پوستان ښاري روغتیايي پروگرام څخه د خدمتونو ترلاسه کولو وړ یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| ایا تاسو د هند د روغتیا ادارې، یو قبایلي کلینیک، یا د هند د ښاري روغتیا پروگرام څخه خدمات ترلاسه کړي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| ایا دا ماشوم د پالونکي پاملرنې کي دی یا د خپلوانو سره ژوند کوي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| لاندې پوښتنو ته یوځي هغه وخت ځواب ورکړئ که چیري تاسو د BadgerCare Plus یا د Family Planning Only Services (کورنۍ پلان جوړولو یوازي خدماتو) لپاره غوښتنه کوئ. | | |
| ایا د متحده ایالاتو تبعه یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| که ځواب مو نه وي، لاندې پوښتنې بشپړه کړئ: ستاسی د بهرنيانو نوملیکنه یا USCIS شمېره څه ده؟ | | |
| متحده ایالاتو ته کله د ژوند لپاره راغلی؟ | | |
| ایا تاسو تمویلونکی لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| ایا تاسی متحده ایالاتو پوځ کي فعاله دنده لری یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي یاست، فعاله دنده لرونکی یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي سره مو واده کړی، د پخوانی پوځي د ژوند پاتې شوی ملگری یاست، یا د فعاله دنده لرونکي یا په عزت سره تقاعد شوي پخواني پوځي ماشوم یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 13 پاڼه

APP

| | | |
|---|---|--|
| د زېږېدنې نېټه (mm/dd/yy) | نوم - د 4 ماشوم (تخلص، لومړی نوم، منځنی نوم) | |
| د ټولنيز خونديتوب شمېره | د پېدايښت نوم | |
| Family Planning Only Services (يوځي د کورنۍ پلان جوړونې خدماتو) لپاره غوښتنه کوئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | ايا BadgerCare Plus ته غوښتنلیک ورکوی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | |
| عرض سره اړیکه | جنسیت <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> ښځه | |
| قومیت (اختیاري) <input type="checkbox"/> هسپانوي يا لاتیني <input type="checkbox"/> غیر هسپانوي يا لاتیني | | |
| توکم (اختیاري، یو یا ډېر انتخاب کړئ) <input type="checkbox"/> سوری پوسټي امریکایي/بومي الاسکایي <input type="checkbox"/> اسپایي <input type="checkbox"/> تور/افریقایي امریکایي <input type="checkbox"/> هاوایی/د آرام ټاپو نور اوسېدونکي <input type="checkbox"/> سپین | | |
| ستاسو مدني حالت څه دی؟ <input type="checkbox"/> لغوه <input type="checkbox"/> طلاق شوی <input type="checkbox"/> په قانوني توګه جلا شوی <input type="checkbox"/> واده شوی <input type="checkbox"/> هیڅکله واده نه دی کړی <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> کورنده | | |
| ایا تاسو د امریکایي هندي قبیلې غړي یا د الاسکا اصلي اوسېدونکی یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که هو، نو 9 ضمیمه بشپړه کړئ. | | |
| ایا تاسی د سور پوسټانو روغتیايي خدمتونو، یو قبیلوي کلینیک، یا د سور پوسټان ښاري روغتیايي پروګرام څخه د خدمتونو ترلاسه کولو وړ یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| ایا تاسو د هند د روغتیا ادارې، یو قبایلي کلینیک، یا د هند د ښاري روغتیا پروګرام څخه خدمات ترلاسه کړي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| ایا دا ماشوم د پالونکي پاملرنې کي دی یا د خپلوانو سره ژوند کوي؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| لاندې پوښتنو ته یوځي هغه وخت ځواب ورکړئ که چیري تاسو د BadgerCare Plus یا د Family Planning Only Services (کورنۍ پلان جوړولو یوازي خدماتو) لپاره غوښتنه کوئ. | | |
| ایا د متحده ایالاتو تبعه یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| که ځواب مو نه وي، لاندې پوښتنې بشپړه کړئ: ستاسی د بهرنيانو نوملیکنه یا USCIS شمېره څه ده؟ | | |
| متحده ایالاتو ته کله د ژوند لپاره راغلی؟ | | |
| ایا تاسو تمویلونکی لری؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |
| ایا تاسی متحده ایالاتو پوځ کي فعاله دنده لری یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي یاست، فعاله دنده لرونکی یا په عزت سره تقاعد شوی پخوانی پوځي سره مو واده کړی، د پخوانی پوځي د ژوند پاتې شوی ملګری یاست، یا د فعاله دنده لرونکي یا په عزت سره تقاعد شوي پخواني پوځي ماشوم یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | |

4 برخه – نور معلومات

تاسو باید د لاندې لیست شوي هرې پوښتنې لپاره هو یا نه ځواب ورکړئ. که ستاسو ځواب هو وي، تاسو باید لاندې ضمیمو ته لار شئ او هغه برخه بشپړه کړئ چې اشاره ورته شوې.

A. آیا ستاسو په کور کې څوک پلان لري چې د سرکال ترلاسه شوي عاید لپاره د مالي بېرته ستندینه ثبت کړي؟

هو نه

که هو، د 6 ضمیمه (د مالیاتو معلومات) ډکه کړئ. که تاسو د Family Planning Only Services (کورنۍ پلان جوړونې یواځینې خدماتو) لپاره غوښتنه کوئ، تاسو اړتیا نلرئ د 6 ضمیمه (د مالیاتو معلومات) بشپړ کړئ.

B. آیا څوک د معاش، د لوړو زده کړو لگښتونه، د کسر وړ ازاد کاروبار مالیه، د تحصیلي پور سود، او نور ورکوي؟

هو نه

که هو، د 1 ضمیمه (د مالیاتو تخفیف) بشپړه کړئ

C. آیا ستاسو په کور کې داسې څوک و چې د هغه/هغې په 18 کلنۍ کې یې د پالونکي پاملرنې، د محکمې-په حکم، Kinship Care یا مالي مرستې سرپرستي کوله؟

هو نه

که هو، د شخص/اشخاصو نومونه

D. آیا ستاسو په کور کې څوک امیندواره دی؟

هو نه

که هو، 2 ضمیمه (امیندواره میرمنې) ډکه کړئ.

E. آیا کوم ماشومان چې عمر ونه یې د 18 کالو څخه کم وي، (د نه زیږیدلو ماشومانو په ګډون) حقیقي یا پالونکي مور یا پلار لري چې په کور کې ژوند نه کوي؟

هو نه

که هو، آیا یو دلیل شتون لري چې تاسو نه غواړئ د غایبو والدينو په اړه معلومات وړاندې کړئ؟

هو نه

F. آیا ستاسو په کور کې به څوک په دې میاشت یا راتلونکې میاشت کې له دندې څخه عاید ترلاسه کړي؟

هو نه

که هو، 3 ضمیمه (دندې) بشپړه کړئ.

G. که معلومه شي چې ستاسو د ماشوم عمر د عاید له حد څخه ډیر دی یا د ګمارونکي لخوا تمویل شوي روغتیا بیمې ته لاسرسی لري چې پر اساس یې کارګمارونکي لږترلږه 80% بیمه تادیه کوي، آیا تاسو غواړئ خپل ماشوم د BadgerCare Plus په کسر کې شامل کړئ؟ (د BadgerCare Plus د مجرایي وړ په اړه د نورو معلوماتو لپاره 2 صفحې ته مراجعه وکړئ)

هو نه

که هو، د ماشوم/نومونه نوم څه دی؟

H. آیا ستاسې کور کې کوم څوک شخصي کار کوي؟

هو نه

که هو، د 4a ضمیمه (ازاد کاروبار) بشپړه کړئ.

I. آیا ستاسو په کور کې څوک د دندې پرته له بلې سرچینې څخه عاید ترلاسه کوي؟ د دا ډول عاید بیلګې په دې ډول دي لکه ټولنیز امنیت، ساتنه/معاش، د بیکارۍ بیمه، معیوبیت یا ناروغ معاش، او نور. که هو، د 4b ضمیمه (نور عاید) بشپړ کړئ.

هو نه

J. آیا څوک اوس طبي یا روغتیايي بیمه لري، یا یې په تیرو دريو میاشتو کې لرله؟

هو نه

که هو، د 5a ضمیمه (روغتیايي بیمه) بشپړ کړئ.

K. آیا ستاسو په کور کې څوک کولی شي د کار ګومارونکي له لارې روغتیايي بیمه ترلاسه کړي مګر د هغې لپاره یې غوښتنه نه ده کړې؟

هو نه

که هو، 5b ضمیمه ډکه کړئ.

L. آیا ستاسو په کور کې څوک د Medicare A برخه او/یا B برخه ترلاسه کوي؟

هو نه

که هو او دا کس بیا هم غواړي د Medicare Savings Program (طبي سپما پروګرام) لپاره غوښتنه وکړي، 8 ضمیمه (شتمنې)، ډکه کړئ.

M. ايا څوک تمه لري چې د دوی عايد به له يوې مياشتې څخه بلې مياشت کې بدل شي؟

هو نه

که هو، د 10 ضميمه (کلنی عايد) ډک کړئ.

5 برخه – لاسلیک

مهرباني وکړئ د لاسلیک کولو دمخه لاندې بیانات ولولئ. که تاسو د دې غوښتنلیک په کومه برخه نه پوهیږئ، خپلې ادارې سره اړیکه ونیسئ.

د قانون او/یا د دروغو د جزا له مخې، زه اعلان کوم چې ما دا غوښتنلیک او هره ضمیمه لوستلې او درک کړی، او زما د غوره پوهې سره سم، هغه معلومات چې ما ورکړي دي رېښتیا، سم او بشپړ دي. زه غلطو معلوماتو ورکولو یا قوانینو ماتولو په سزا پوهېږم. زه پوهېږم چې زه باید ثبوت وړاندې کړم ترڅو چې هغه څه چې ما ويلي دي رېښتیا دي. زه پوهېږم چې زه باید ټول هغه گټې چې زما په استازیتوب ورکړل شوي، او د بدلون په راپور یا د سمو او بشپړو مالوماتو وړاندې کولو په برخه کې زما د اشتباه له امله په غلط ډول صادر شوي، بیرته تادیه کوم.

زه په خپلو حقونو او همداراز په خپلو مسولیتونو پوهېږم، او د هغوی د مراعاتولو سره موافق یم.

زه پوهېږم چې فدرالي مقررات دا بیاني چې ټول هغه معلومات چې ما ورکړي، باید بیاکنته یې وشي او د دولتي کارمندانو لخوا تایید شي. همداراز، زه پوهېږم چې زه باید د دولت او فدرالي کارمندانو سره بشپړه همکاري وکړم، که چېرې زما قضیه وڅېړل شي. د کوم ثبوت یا نورو معلوماتو ترلاسه کولو لپاره، زما لخوا اضافي اجازي ته اړتیا نشته.

زه پوهېږم چې **BadgerCare Plus** طبي لگښتونه نه ورکوي خو دریم اړخ، لکه د خصوصي روغتیا بیمې شرکت یا یو څوک چې ما تپي کوي باید دغه لگښتونه تادیه کړي. له همدې امله زه دمسوول شخص څخه د هر ډول تادیاتو پر وړاندې خپل حقوق د **Wisconsin Department of Health Services** (Wisconsin) روغتیا خدماتو ادارې) ته د تادیاتو تر هغې اندازې پورې ورکوم چې **BadgerCare Plus** زما د طبي پاملرنې لپاره ورکړي دي. دا کار زما په ټولو کم عمره کوچنیانو پلي کېږي. په دې تادیاتو کې د روغتون او روغتیايي بیمې پالیسي څخه نیولې تر هغه تادیاتو پورې شامل دي چې د حادثې څخه وروسته د جوړجاړي په توګه ترلاسه شوي دي.

زه پوهېږم چې زما لاسلیک محلي ادارې او د ویسکانسن د **Department of Health Services** (روغتیا خدماتو ادارې) ته اجازه ورکوي چې د هر هغه معلوماتو غوښتنه وکړي چې د **BadgerCare Plus** د مناسب مدیریت لپاره اړین وي، لکه څرنگه چې د **Wisconsin** تر قانون لاندې صلاحیت ورکړل شوی.

زه پوهېږم که چېرې که زه په **BadgerCare Plus** او/یا **Medicaid** کې د شمولیت شرایط/مقررات پوره نه کړم، اداره ممکن زما معلومات د فدرالي روغتیا بیمې بازار ته واستوي. بازار دا معلومات کاروي ترڅو وګوري چې ایا زه د شخصي روغتیا بیمې لپاره د پیسو ورکولو کې مرسته ترلاسه کولی شم که نه.

د لاسلیک نېټه

لاسلیک — غوښتونکی یا باصلاحیته استازی، قانوني سرپرست، وکیل یا محافظ

1 ضمیمه – د مالیاتو کسرونه

ځاني په نښه کړئ ترڅو مور ته ووايست چې تاسو د دې کال لپاره، د کومې ماليې د کسر/تخفيف تمه لری چې تاسې یې په بیرته راستنېدونکې مالیه کې ترلاسه کړئ. تاسو کولی شئ د هر هغه چا لپاره "هو" په نښه کړئ چې لگښت لري (د مثال په توګه، د زده کونکي د پور سود)، حتی که دوی د مالیاتو د سپارلو پلان نلري. تاسې د لږ عام مالي کسونو د تشریح جدول کې د لږ عام مالي کسونو تشریح کتلی شئ.

| د مالیاتو د کسر ډول | څوک دا کسر ترلاسه کوي؟ | څومره؟ | څو ځلي؟ |
|--|------------------------|--------|---------|
| معاش ورکړل شوی هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| د لوړو زده کړو لگښتونه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| د ازاد کار د کسر وړ مالیه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| د زده کونکي د پور سود هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |

دا ډیر لږ معمول د ماليې کسر دی:

| د مالیاتو د کسر ډول | څوک دا کسر ترلاسه کوي؟ | څومره؟ | څو ځلي؟ |
|---|------------------------|--------|---------|
| د کورني تولید فعالیتونو کسر هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| د فیس پر بنسټ مامورینو د مالیاتو د کسر لگښتونه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| د انفرادي تقاعد حساب ونډه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| د سوداګریز ملکیت د پلور څخه تاوان هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| د نظامي زیرمو د مالیاتي کسر لگښتونه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| Net Operating Loss (د خالص عملیاتي زیان) (NOL) هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| د دندې اړوند تګ لپاره د جیب څخه بهر لگښتونه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| له وخت مخکې د سپما څخه وتلو جزا هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| د اجرای هنرمندانو د مالیاتي کسر لگښتونه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| د ازاد کار روغتیايي بیمې د پلان ونډه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| د ازاد کار پر اساس د تقاعد پلان ونډه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| د ښوونکو د مالیاتي کسر لگښتونه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| نور د اجازې وړ کتبي کسرونه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | |
| د کسر تشریح: _____ | | | |

د لږ عام مالي کسرونو تشریح

| تشریح | د مالیاتو د کسر ډول |
|--|---|
| <p>شخصي کار لرونکو کسانو لپاره چې متحده ایالاتو کې یې توکي تولید یا پنځولي دي یو کسر دی. د تولید مثالونه دي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ملکیت • طبیعي گاز • د څښاک اوبه <p>د پنځونو مثالونه دي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سافت ویبر جوړول • ثبتول • فلم | <p>د کورني تولید فعالیتونو کسر</p> |
| <p>د فیس پر بنسټ چارواکو لپاره چې له خپل جیب څخه سوداگریز لګښتونه لري یو کسر دی. په دې کې هغه لګښتونه چې د استخدامونکي له لوري تادیه شوي شامل نه دي. د فیس پر بنسټ چارواکو مثالونو کې شامل دي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • روجانیون • د ولسوالۍ کمیشنران • قاضیان • د سولي قاضیان • حاکم • پولیس • د اسنادو ثبت کوونکی • د ودانۍ مفتش <p>که ډاډه نه یاست چې ایا ور یاست، IRS فورمه 2106 وګورئ.</p> | <p>د فیس پر بنسټ مامورینو د مالیاتو د کسر لګښتونه</p> |
| <p>شخصي کار لرونکو کسانو ته چې د هغه ملکیت چې د سوداګرۍ لپاره یې څښتن د پلور یا تبادلې څخه زیان لیدلی وي یو کسر دی.</p> | <p>د سوداګریز ملکیت د پلور څخه تاوان</p> |
| <p>که یو کس د کال لپاره عاید څخه ډېر کسرونه ولري، هغوی کېدای شي Net Operating Loss (خالص عملیاتي زیان) (NOL) ولري. د بل کال یا کلونو له عاید څخه کسر کېدلی شي. که یو کس له بل کال څخه لېږدول شوی NOL ولري، دغه چوګاټ په نښه کړئ.</p> <p>IRS د NOL لرو لپاره یو شمېر قوانین لري. په عمومي ډول، NOL یو څښتن لرونکی سوداګری یا کرایي ملکیت چلولو کې زیان له امله رامنځته کېږي IRS. همداراز دا قوانین لري چې د NOL پر مهال دا چې څه کسر کېدلی شي محدودوي. د مثال په توګه، تاسې د سرمایي ګټې څخه ډېر د سرمایي زیان نشي کسر کولی. له دې سربېره، له 2017 څخه وروسته مالي کلونو کې زیانونو لپاره د NOL کسرونه د مالیې وړ عاید 80% څخه نشي زیاتېدلی.</p> <p>د NOL اړوند نورو معلوماتو لپاره، لطفاً د IRS فورمه 1040 او IRS خپرونه 536 بشپړولو لپاره لارښوونې وګورئ.</p> | <p>Net Operating Loss (د خالص عملیاتي زیان) (NOL)</p> |
| <p>هغو خلکو لپاره چې د دندې لپاره کډه کېدو په موخه یې له خپل جیب څخه تادیه کړې. دغه کډه باید د دندې اړوند موخې لپاره وي، لکه د نوې دندې پیلول. له دې سربېره، نوې دنده باید د هغوی پخوانی کور او دندې څخه 50 میله لرې وي. دا هم حسابېږي، چې هغوی مخکې دنده ونه لري، او د هغوی نوې دنده د هغوی پخوانی کور څخه 50 میله لرې وي.</p> <p>دغه کسر که چېرې د هغوی استخدامونکي د کډه کېدو لګښتونه تادیه کړي وي نه کارول کېږي.</p> | <p>د دندې اړوند تګ لپاره د جیب څخه بهر لګښتونه</p> |
| <p>د هغو جرمو چې بانک ته له وخت وړاندې د هغو پیسو چې باید ټاکلي مودې لپاره پاتې شوي وي ویستلو له امله تادیه شوي وي. په دې کې شامل دي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • د وخت سپما حساب • د امانت سند • کلني اداینه | <p>له وخت مخکې د سپما څخه وتلو جزا</p> |

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 18 پاڼه

| | |
|--|--|
| <p>د اجرا کوونکو هنرمندانو لپاره چې خپل هنر لپاره له خپل جیب څخه سوداگریز لگښتونه ولري یو کسر دی. په دې کې هغه لگښتونه چې د هغوی استخدامونکي له لوري تادیه شوي دي شامل نه دي. دا یوازې هغه مهال چې لاندیني ټول رښتیا وي کارول کېدی شي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • هغوی دوه استخدامونکو لپاره چې هر یو یې لږ تر لږه \$200 تادیه کړل کار وکړي. • هغوی د خپل کار لپاره له \$16,000 څخه ډېر ونه کتل. • د هغوی خپل جیب څخه لگښت د هغوی عوایدو 10% څخه ډېر نه و. که ډاډه نه یاست چې ایا ور یاست، IRS فورمه 2106 وگورئ. | <p>د اجرای هنرمندانو د مالیاتي کسر لگښتونه</p> |
| <p>شخصي کار لرونکي کسانو لپاره چې د شخصي کار لرونکو کسانو تقاعد یا سپما پلان جوړولو کې ونډه اخلي. په دې کې شامل دي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simplified Employee Pension (د کارکوونکو ساده شوی تقاعد) (SEP) پلان • Savings Incentive Match Plan for Employees (کارکوونکو لپاره د سپما هڅونې د تطابق پلان) (SIMPLE) • د ور پلان مرستې | <p>د ازاد کار روغتیايي بیمې د پلان ونډه</p> |
| <p>د K-12 ښوونکو لپاره چې تر \$250 پورې له جیب څخه لگښتونه لري یو کسر دی. په دې کې هغه لگښتونه چې د استخدامونکي له لوري تادیه شوي شامل نه دي.</p> | <p>د ښوونکو د مالیاتي کسر لگښتونه</p> |
| <p>نورو ثبت شویو کسرونو کې شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • د Archer Medical Savings Accounts (روغتیايي سپما حسابونو) سره مرستې • کرایو او امتیازاتو لپاره کسرونه • د ژوند کرایه یا د ملکیت عاید څخه گټه اخیستونکو ځانگړي کسرونه • د منطقه پلاوي کاري تادیه چې استخدام کوونکي ته ورکړل شوي وي ځکه چې د منصفه هیئت غړي ته د دندې پر مهال معاش ورکړل شوی و • د ځنګل بیارغونې لگښتونه • د تعصب د شکایتونو لگښتونه • افشا کوونکو ته جایزې لپاره د وکیل فیس • د تقاعد پلانونو برخه (D)(18)(c) 501 سره مرسته • د برخه (b) 403 پلانونو سره د ځانگړو روحانیونو مرسته <p>که ډاډه نه یاست چې ایا ور یاست، IRS فورمه 1040 وگورئ.</p> | <p>نور د اجازې ور کتبي کسرونه</p> |

2 ضمیمه – امیندواره میرمنی

که د هرې برخې لپاره ډیر ځای ته اړتیا وي، اضافي پاڼه وکاروئ.

امیندواره بڼه

| | | |
|------------------------|-------------------------|--|
| د امیندواره میرمنی نوم | د زیږون نیټه (mm/dd/yy) | که څو ولادتونه وي، د څومره شمیر ماشومانو تمه کیږي. |
| د امیندواره میرمنی نوم | د زیږون نیټه (mm/dd/yy) | که څو ولادتونه وي، د څومره شمیر ماشومانو تمه کیږي. |
| د امیندواره میرمنی نوم | د زیږون نیټه (mm/dd/yy) | که څو ولادتونه وي، د څومره شمیر ماشومانو تمه کیږي. |

3 ضمیمه - دنده

دنده

دا برخه ستاسو په کور کې د هر هغه چا لپاره بکه کړئ چې پدې میاشت یا راتلونکې میاشت کې به د دندې څخه عاید یا غیر نقدي عاید ترلاسه کړي. د غیر نقدي عاید څخه زموږ مطلب هغه دنده ده چې د پیسو پر ځای توکي یا خدمات تادیه کوي. د مثال په توګه، یو څوک چې د کار په بدل کې وریا استوګنځای ترلاسه کوي. که نور ځای ته اړتیا لرئ د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ.

| | |
|--|----------------|
| دنده 1 - د ګمارل شوي کس نوم (تخلص، لومړی نوم، منځنی نوم) | د کار پیل نېټه |
|--|----------------|

د استخدامونکي نوم

د استخدامونکي پته

| | | |
|-----|-------|---------|
| ښار | ایالت | زېږ کود |
|-----|-------|---------|

| | |
|--|-----------------------------------|
| ایا دا سړی په اعتصاب کې دی؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | دا سړی هره اونۍ څو ساعته کار کوي؟ |
|--|-----------------------------------|

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| ایا دغه کس ته پر ساعت یا معاش ورکول کېږي؟ پر ساعت <input type="checkbox"/> معاش <input type="checkbox"/> | که د ساعت په حساب مزد ورکول کېږي، هر ساعت څومره؟ \$ | که معاش، هره میاشت څومره؟ \$ |
|---|--|---------------------------------|

| | |
|--|-------------------------------|
| ایا دا سړی نغدې پیسې او/یا لارښوونې ترلاسه کوي؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | که هو، هره میاشت څومره؟ \$ |
|--|-------------------------------|

| | |
|---|-------------------------------|
| ایا دا سړی بونس او/یا کارمزد ترلاسه کوي؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | که هو، هره میاشت څومره؟ \$ |
|---|-------------------------------|

څو ځلي دا سړی پیسې ورکوي؟

په اونیز ډول
 په هرو دوه اونيو کې
 په هره میاشت کې دوه ځل
 په میاشت کې یو ځل

نور، تشریح: _____

| | |
|--|---|
| د دندې ډول | د دندې سرلیک |
| <input type="checkbox"/> دایمي <input type="checkbox"/> لنډمهاله | <input type="checkbox"/> مدیر <input type="checkbox"/> کارمند |

| | | |
|---|--------------------|----------------------------|
| که چیرې کار پای ته رسېدلی وي، د پای نېټه (mm/dd/yy) | د وروستي معاش نېټه | د وروستي معاش اندازه \$ |
|---|--------------------|----------------------------|

| |
|---|
| ایا دا سړی مهاجر کارګر دی؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
|---|

ټول هغه کسرات لېست کړئ چې استخدام شوي کس د دې دندې لپاره د خپلو معاشونو څخه تر مالیاتو مخکې اخیستي دي.

| څو ځلي؟ | څومره؟ | د مالي څخه مخکې د کسر ډول |
|---------|--------|---|
| | \$ | د ماشوم پاملرنې سپما حساب هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
| | \$ | د ډله ایز ژوند بیمه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
| | \$ | د روغتیا بیمې پاداش هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
| | \$ | د روغتیا سپما حسابونه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
| | \$ | د پارکینګ او حمل و نقل لګښتونه هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 21 پاڼه

APP

| | | | | | | |
|---|---------|--|--------|---|--|--|
| | | د تقاعد ونډې | \$ | | | |
| | | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | | |
| د کار پیل نېټه (mm/dd/yy) | | دنده 2 – د گمارل شوي کس نوم (تخلص، لومړی نوم، منځنی نوم) | | | | |
| د استخدامونکي نوم | | | | | | |
| د استخدامونکي پته | | | | | | |
| ښار | | | | | | |
| ایالت | زېږ کود | | | | | |
| | | ایا دا سړی په اعتصاب کې دی؟ | | دا سړی هره اونۍ څو ساعته کار کوي؟ | | |
| | | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | ایا دا سړی په ساعت یا معاش ورکول کېږي؟ | | که د ساعت په حساب مزد ورکول کېږي، هر ساعت څومره؟ | | |
| | | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | \$ | | |
| | | ایا دا سړی نغدې پیسې او/یا لارښوونې ترلاسه کوي؟ | | که هو، هره میاشت څومره؟ | | |
| | | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | \$ | | |
| | | ایا دا سړی بونس او/یا کارمزد ترلاسه کوي؟ | | که هو، هره میاشت څومره؟ | | |
| | | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | \$ | | |
| څو ځلي دا سړی پیسې ورکوي؟ | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> په اونیز ډول <input type="checkbox"/> په هرو دوه اونیو کې <input type="checkbox"/> په هره میاشت کې دوه ځل <input type="checkbox"/> په میاشت کې یو ځل | | | | | | |
| نور، تشریح: _____ | | | | | | |
| | | د دندې ډول | | د دندې سرلیک | | |
| | | دایمي <input type="checkbox"/> لنډمهاله <input type="checkbox"/> | | مدیر <input type="checkbox"/> کارمند <input type="checkbox"/> | | |
| | | که چیرې کار پای ته رسېدلی وي، د پای نېټه (mm/dd/yy) | | د وروستي معاش نېټه | | |
| | | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | \$ | | |
| ایا دا سړی مهاجر کارگر دی؟ | | | | | | |
| هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| ټول هغه کسرات لیسټ کړئ چې استخدام شوي کس د دې دندې لپاره د خپلو معاشونو څخه تر مالیاتو مخکې اخیستي دي. | | | | | | |
| | | د ماليې څخه مخکې د کسر ډول | څومره؟ | څو ځلي؟ | | |
| | | د ماشوم پاملرنې سپما حساب | \$ | | | |
| | | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | د ډله ایز ژوند بیمه | \$ | | | |
| | | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | د روغتیا بیمې پاداش | \$ | | | |
| | | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | د روغتیا سپما حسابونه | \$ | | | |
| | | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | د پارکینګ او حمل و نقل لګښتونه | \$ | | | |
| | | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | د تقاعد ونډې | \$ | | | |
| | | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | | | | |

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 22 پاڼه

APP

| | |
|---------------------------|--|
| د کار پیل نېټه (mm/dd/yy) | دنده 3 – د گمارل شوي کس نوم (تخلص، لومړی نوم، منځنی نوم) |
|---------------------------|--|

د استخدامونکي نوم

د استخدامونکي پته

| | | |
|---------|-------|-----|
| زېږ کور | ایالت | ښار |
|---------|-------|-----|

| | |
|--|-----------------------------------|
| ایا دا سړی په اعتصاب کي دی؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | دا سړی هره اونۍ څو ساعته کار کوي؟ |
|--|-----------------------------------|

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| ایا دغه کس ته پر ساعت یا معاش ورکول کېږي؟ پر ساعت <input type="checkbox"/> معاش <input type="checkbox"/> | که د ساعت په حساب مزد ورکول کېږي، هر ساعت څومره؟ \$ | که معاش، هره میاشت څومره؟ \$ |
|---|--|---------------------------------|

| | |
|--|-------------------------------|
| ایا دا سړی نغدې پیسې او/یا لارښوونې ترلاسه کوي؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | که هو، هره میاشت څومره؟ \$ |
|--|-------------------------------|

| | |
|---|-------------------------------|
| ایا دا سړی بونس او/یا کارمزد ترلاسه کوي؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | که هو، هره میاشت څومره؟ \$ |
|---|-------------------------------|

څو ځلي دا سړی پیسې ورکوي؟

په اونیز ډول
 په هرو دوه اونيو کي
 په هره میاشت کي دوه ځل
 په میاشت کي یو ځل

نور، تشریح:

| | |
|--|---|
| د دندې ډول دایمي <input type="checkbox"/> لنډمهاله <input type="checkbox"/> | د دندې سرلیک مدیر <input type="checkbox"/> کارمند <input type="checkbox"/> |
|--|---|

| | | |
|---|--------------------|----------------------------|
| که چیرې کار پای ته رسېدلی وي، د پای نېټه (mm/dd/yy) | د وروستي معاش نېټه | د وروستي معاش اندازه \$ |
|---|--------------------|----------------------------|

ایا دا سړی مهاجر کارگر دی؟

هو نه

ټول هغه کسرات لیست کړئ چې استخدام شوي کس د دې دندې لپاره د خپلو معاشونو څخه تر مالیاتو مخکې اخیستي دي.

| د مالیې څخه مخکې د کسر ډول | څومره؟ \$ | څو ځلي؟ |
|--------------------------------|--------------|---|
| د ماشوم پاملرنې سپما حساب | \$ | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
| د ډله ایز ژوند بیمه | \$ | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
| د روغتیا بیمې پاداش | \$ | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
| د روغتیا سپما حسابونه | \$ | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
| د پارکینګ او حمل و نقل لګښتونه | \$ | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
| د تقاعد ونډې | \$ | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |

4A ضمیمه – ازاد کار

ازاد کار

لطفاً موږ ته له شخصي کار څخه هر هغه عايد چې تاسې اويا ستاسې کورنۍ کې يې څوک ترلاسه کوي وواياست. که نور ځای ته اړتيا وي يا له يو کس څخه ډېر د شخصي کار سوداگرۍ لري، د کاغذ يوه جلا پاڼه وکاروئ.

شخصي کار 1

د سوداگرۍ نوم

د شخصي کار لرونکی کس نوم

د سوداگرۍ ادرس

د سوداگرۍ د مالکیت ډول: شراکت S کارپوريشن واحد ملکیت زه نه پوهیږم

د سوداگرۍ د پیل نېټه

د سوداگرۍ بڼه (مثلاً، فارم، ورځنۍ پاملرنې کور)

ايا سوداگرۍ ماليات ورکړی؟ هو نه

که هو، وروستی ماليات د کوم ماليات کال لپاره ورکړل شول؟

ايا سوداگرۍ په عايد يا لگښتونو کې د پام وړ بدلون درلود؟ هو نه زه نه پوهیږم

په اوسط ډول، دغه سوداگرۍ مياشت کې څومره عايد لري؟ مهرباني وکړئ مونږ ته د ترلاسه شوي عايد په اړه معلومات راکړئ مخکې لدې چې اخراجات ځيني وباسئ.
\$

په اوسط ډول، دا کاروبار هره مياشت ټول څومره لگښتونه لري؟ \$

په اوسط ډول، دغه کس په مياشت کې څو ساعت دغې سوداگرۍ لپاره کار کوي؟

شخصي کار 2

د سوداگرۍ نوم

د شخصي کار لرونکی کس نوم

د سوداگرۍ ادرس

د سوداگرۍ د مالکیت ډول: شراکت S کارپوريشن واحد ملکیت زه نه پوهیږم

د سوداگرۍ د پیل نېټه

د سوداگرۍ ډول (د مثال په توګه، فارم، د کور ورځنۍ پاملرنه)

ايا سوداگرۍ ماليات ورکړی؟ هو نه

که هو، وروستی ماليات د کوم ماليات کال لپاره ورکړل شول؟

ايا سوداگرۍ په عايد يا لگښتونو کې د پام وړ بدلون درلود؟ هو نه زه نه پوهیږم

په اوسط ډول، دغه سوداگرۍ مياشت کې څومره عايد لري؟ مهرباني وکړئ مونږ ته د ترلاسه شوي عايد په اړه معلومات راکړئ مخکې لدې چې اخراجات ځيني وباسئ.
\$

په اوسط ډول، دا کاروبار هره مياشت ټول څومره لگښتونه لري؟ \$

په اوسط ډول، دغه کس په مياشت کې څو ساعت دغې سوداگرۍ لپاره کار کوي؟

ضمیمه 5A – روغتیایي بیمه

د روغتیایي بیمه

لاندې فورمې پکې کړئ که یو څوک اوس طبي یا روغتیایي بیمه لري، یا په تیرو دريو میاشتو کې.

| | | |
|------------|----------------|---------------------|
| د پیل نیټه | د پالیسي شمېره | نوم – پالیسي لرونکی |
|------------|----------------|---------------------|

د پلان نوم (د مثال په توګه د سیلور/سپینو زرو پلان)

د بیمې شرکت نوم

د بیمې شرکت پته

| | | |
|--------|-------|-----|
| زېږ کد | ایالت | ښار |
|--------|-------|-----|

څوک د دې پالیسي تر پوښښ لاندې دي یا و (د کورنۍ د غړو نومونه)

ایا دا پوښښ په تیرو دريو میاشتو کې پای ته رسیدلی؟

هو نه

| | |
|------------------|--|
| ولې پوښښ ختم شو؟ | که هو، هغه کومه نېټه وه چې پوښښ په کې پای ته رسیدلی؟ |
|------------------|--|

ایا دا بیمه د ډاکټر خدمتونه تر پوښښ لاندې راولي؟

هو نه

ایا دا بیمه د اوسني کارګمارونکي لخوا چمتو شوې ده/و؟

هو نه

که نه، مور ته د بیمې سرچینه ووايست:

د تقاعد روغتیایي پلان

د COBRA د دوام پوښښ

TRICARE

د خصوصي بیمې پلان

د تجربه لرونکو روغتیایي اداري پروګرامونه

پخوانی دندې

د سولي قول اردو

که هو، په دې پاڼه کې پاتې ټولو پوښتنو ته ځواب ووايست.

که بیمه د اوسني یا تیر استخدامونکي له لارې وي، د استخدامونکي نوم څه دی؟

د استخدامونکي پته څه ده؟

د استخدامونکي د Federal Employer Identification Number (فدرالي کارمند د پیژندنې شمېره) (FEIN) څه ده، که معلومه وي؟

| | |
|---|---|
| ایا دا بیمه د دولتي کارمند د کټي پلان له لارې ده؟ | ایا دا بیمه د ډاکټر خدمتونه تر پوښښ لاندې راولي؟ |
| <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه |

د لږ تر لږه ارزښت معیاري پلانونه (Minimum Value Standard Plans) (لږ تر لږه ارزښت معیاري پلانونو) په اړه د نورو معلوماتو لپاره، 5 پاڼه وګورئ.

ایا دا استخدامونکی داسې پلان وړاندې کوي چې د لږ تر لږه ارزښت معیار پوره کړي؟

هو نه نه پوهېږم

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 26 پاڼه

APP

د دې استخدامونکي لخوا وړاندیز شوي يواځي د ټيټ-لگښت لرونکي کارمند د پلان نوم څه دی؟

| | |
|--|---------------------------------|
| د بيمې حق بايد څومر وخت بعد يو ځلي تاديه شي؟ <input type="checkbox"/> اوڼی <input type="checkbox"/> هره دوه اوڼی <input type="checkbox"/> مياشتنی | مياشتنی بيمې حق څومره دی؟ \$ |
|--|---------------------------------|

د پلان بدلونونه (مور ته د بدلونونو په اړه چې ممکن دا استخدامونکی يې را روان کال د روغتيا بيمې لپاره وړاندیز کړي، مالومات راکړئ.)

ايا دا استخدامونکی به راتلونکی کال د روغتيا بيمې وړاندیز ته دوام ورکړي؟

هو نه نه پوهېږم

ايا د ټيټ لگښت لرونکي کارمند يواځيني پلان لپاره د بيمې په حق کې کوم بدلون شتون لري چې د لږترلږه ارزښت معيار سره سمون ولري؟

هو نه نه پوهېږم

| | |
|--|---|
| د بيمې حق بايد څومر وخت بعد يو ځلي تاديه شي؟ <input type="checkbox"/> اوڼی <input type="checkbox"/> هره دوه اوڼی <input type="checkbox"/> مياشتنی | د دې پلان د نوي بيمې حق به څومره وي؟ \$ <input type="checkbox"/> نه پوهېږم |
|--|---|

نوم — پالیسي لرونکی

د پالیسي شمیره

د پیل نیټه

د پلان نوم (د مثال په توګه د سيلور/سپينو زرو پلان)

د بيمې شرکت نوم

د بيمې شرکت پته

| | | |
|----------|-------|-----|
| زېږ کورډ | ایالت | ښار |
|----------|-------|-----|

څوک د دې پالیسي تر پوښښ لاندې دي يا و (د کورنۍ د غړو نومونه)

ايا دا پوښښ په تېرو دريو مياشتو کې پای ته رسېدلی؟

هو نه

که هو، هغه کومه نېټه وه چې پوښښ په کې پای ته رسېدلی؟

ولي پوښښ ختم شو؟

ايا دا بيمه د ډاکټر خدمتونه تر پوښښ لاندې راولي؟

هو نه

ايا دا بيمه د اوسني کارګمارونکي لخوا چمتو شوې ده/وه؟

هو نه

که نه، مور ته د بيمې سرچينه ووايست:

د تقاعد روغتيا پلان

COBRA د دوام پوښښ

TRICARE

د خصوصي بيمې پلان

د تجربه لرونکو روغتيايي ادارې پروګرامونه

پخوانی دندې

د سولي قول اردو

که هو، په دې پاڼه کې پاتې ټولو پوښتنو ته ځواب ووايست.

که بيمه د اوسني يا تير استخدامونکي له لارې وي، د استخدامونکي نوم څه دی؟

د استخدامونکي پته څه ده؟

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 27 پاڼه

APP

د استخدامونکي د Federal Employer Identification Number (فدرالي کارمند د پیژندنې شمیره) (FEIN) څه ده، که معلومه وي؟

| | |
|---|---|
| ایا دا بیمه د دولتي کارمند د کتي پلان له لاري ده؟ | ایا دا بیمه د ډاکټر خدمتونه تر پوښښ لاندې راولي؟ |
| هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |

د لږ تر لږه ارزښت معیاري پلانونه (Minimum Value Standard Plans) (لږ تر لږه ارزښت معیاري پلانونو) په اړه د نورو معلوماتو لپاره، 5 پاڼه وگورئ.

ایا دا استخدامونکی داسي پلان وړاندې کوي چې د لږ تر لږه ارزښت معیار پوره کړي؟

هو نه نه پوهېږم

د دې استخدامونکي لخوا وړاندیز شوي یواځې د ټیټ-لگښت لرونکي کارمند د پلان نوم څه دی؟

| | |
|---------------------------|--|
| مياشتنی بیمې حق څومره دی؟ | د بیمې حق باید څومر وخت بعد یو ځلي تادیه شي؟ |
| \$ | اونی <input type="checkbox"/> هره دوه اونۍ <input type="checkbox"/> میاشتني <input type="checkbox"/> |

د پلان بدلونونه (مور ته د بدلونونو په اړه چې ممکن دا استخدامونکی یې را روان کال د روغتیا بیمې لپاره وړاندیز کړي، مالومات راکړئ).

ایا دا استخدامونکی به راتلونکی کال د روغتیا بیمې وړاندیز ته دوام ورکړي؟

هو نه نه پوهېږم

ایا د ټیټ لگښت لرونکي کارمند یواځیني پلان لپاره د بیمې په حق کې کوم بدلون شتون لري چې د لږتر لږه ارزښت معیار سره سمون ولري؟

هو نه نه پوهېږم

| | |
|--------------------------------------|--|
| د دې پلان د نوي بیمې حق به څومره وي؟ | د بیمې حق باید څومر وخت بعد یو ځلي تادیه شي؟ |
| \$ | اونی <input type="checkbox"/> هره دوه اونۍ <input type="checkbox"/> میاشتني <input type="checkbox"/> |

نه پوهېږم

ضمیمه 5B - د بیمې نور انتخابونه

د روغتیا بیمې نور انتخابونه

که تاسو په **BadgerCare Plus** کې د شمولیت لپاره مقررات نه پوره کوئ، ستاسو معلومات ممکن بازار ته واستول شي (چې ایکسچینج/تبادل هم ورته ویل کېږي). دوی، د دې او نورو پوښتنو ځوابونه کاروي ترڅو پرېکړه وکړي چې آیا تاسو د شخصي روغتیا بیمې لپاره د پیسو ورکولو کې مرسته ترلاسه کولی شئ که نه. تاسو اړتیا لرئ اوس دې پوښتنو ته ځواب ووايست، مگر دا له تاسو سره مرسته کولی شي چې چټک ځواب ترلاسه کړئ، که چېرې ستاسو معلومات بازار ته واستول شي. ستاسو ځوابونه، ستاسو د **BadgerCare Plus** گټو په اړه پرېکړې کولو لپاره نه کارول کېږي.

د هغو کسانو نومونه لیست کړئ چې کولی شي همدا اوس له دندې څخه روغتیا بیمه ترلاسه کړي، مگر د دې بیمې لپاره یې ثبت نام نه دی کړی.

ایا له کور څخه بهر څوک د دندې څخه بیمه لري چې په کور کې هرڅوک پوښي مگر د دې بیمې لپاره یې ثبت نام نه دی کړی؟

هو نه

که هو، د هغه کس نوم څه دی؟

لاندې پوښتنې ته د هغه استخدامونکي په اړه ځواب ورکړئ چې روغتیا بیمه وړاندې کوي.

| | |
|---|---|
| د استخدامونکي نوم | Federal Employer ID Number (د فدرال استخدامونکي تشخیصه شمېره) (FEIN) (که معلومه وي) |
| ایا دا بیمه د دولتي کارمند د گټو پلان له لارې وړاندیز کېږي؟ | د استخدامونکي تلیفون (ساحوي کود په گډون) |
| <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | د استخدامونکي پته (سرک) |

| | | |
|-----|-------|---------|
| ښار | ایالت | زېږ کود |
|-----|-------|---------|

نوم - په استخدامونکي اداره کې ارتباطي شخص، څوک چې کولای شي د وړاندې شوي روغتیا بیمې په اړه پوښتنې ځواب کړي.

| | |
|---|-----------------|
| د اړیکي تلیفوني شمېره (ساحوي کود په گډون) | د برېښنالیک پته |
|---|-----------------|

د بیمې لپاره ثبت نام (مور ته ووايست چې تاسو ولې د دې بیمې لپاره ثبت نام نه دی کړی).

څه لامل دی چې تاسو د دې روغتیا بیمې لپاره ثبت نام نه ده کړی؟

د انتظار یا آزمویني موده ده

نور، تشریح کړئ:

| | |
|--|------------------------------------|
| ایا تاسو به په راتلونکو 3 میاشتو کې د دې روغتیا بیمې لپاره نوم لیکنه وکړئ؟ | که هو، د بیمې د پیل نېټه به څه وي؟ |
| <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | |

Minimum Value Standard Plans (لږ تر لږه ارزښت معیاري پلانونه) (لږ تر لږه ارزښت معیاري پلانونو) په اړه د نورو معلوماتو لپاره، 5 پاڼه وگورئ.

ایا دا استخدامونکي داسې پلان وړاندې کوي چې د لږ تر لږه ارزښت معیار پوره کړي؟

هو نه نه پوهېږم

د دې استخدامونکي لخوا وړاندیز شوي یواځې د ټیټ-لگښت لرونکي کارمند د پلان نوم څه دی؟

| | | |
|-------------------------------|--|----------------------------------|
| میاشتنی بیمې حق څومره دی؟ | د بیمې حق باید څومر وخت بعد یو ځلې تادیه شي؟ | \$ |
| <input type="checkbox"/> اونی | <input type="checkbox"/> هره دوه اونۍ | <input type="checkbox"/> میاشتنی |

6 ضمیمه – د مالیاتو معلومات

مالیه ثبتونکی

خپل د کورنۍ ټولو هغو غړو لپاره چې اټکل کوي دغه کال مالیات ثبت کړي معلومات لیست کړئ. که تاسو واده کړی یا ست او په گډه یې ثبتوئ، تاسو باید د دواړو ثبتونکو لپاره یواځې یوه برخه ښه کړئ.

| | |
|-----------------------|--|
| د 1 مالیې ثبتونکي نوم | د میره/پنځې نوم (که واده شوی یا ست او په گډه یې ثبتوئ) |
|-----------------------|--|

| | |
|--------------------------|---|
| د مالیاتو د ثبتولو وضعیت | <input type="checkbox"/> مجرد یا د کورنۍ مشر <input type="checkbox"/> واده شوي په گډه ثبت کول <input type="checkbox"/> واده شوي په جلا توگه ثبت کول |
|--------------------------|---|

ایا دا مالیه ورکونکی به د کور څخه بهر د یو کس لخوا د انحصار په توگه ادعا شي؟
 هو نه

په مالیاتو پورې تړلي خلک: هغه انحصار کونکي لیست کړئ چې دا مالیه ورکونکی به د هغه یا هغې مالیاتو باندې ادعا کوي. که نور ځای ته اړتیا لرئ د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ.

| | |
|---------------------------|---|
| په مالیې پورې تړلي کس نوم | د زېږېدنې نېټه |
| د ټولنیز خونديتوب شمېره | جنسیت <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> ښځه |

ایا دا متکي کس تمه لري چې سړ کال تر \$12,400 ډیر عاید ولري؟
 هو نه

ایا دا متکي کس تمه لري چې سړکال به له \$1,100 څخه ډیر عاید ولري؟ (د ماشوم ملاتړ، ټولنیز امنیت، تکمیلی تضمیني عاید، د کارکوونکو د خسارې جبران، پخوانیو پوځیانو گټې یا ډالی/پېسې چې له بل کس څخه تر لاسه کوي مه شاملوئ).
 هو نه

| | |
|---|---|
| ایا دا مالیه د کور څخه بهر ژوند کوي؟ | ایا دا مالیه پورې تړلي مر شوي ده؟ |
| <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه |

| | |
|---------------------------|---|
| په مالیې پورې تړلي کس نوم | د زېږېدنې نېټه |
| د ټولنیز خونديتوب شمېره | جنسیت <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> ښځه |

ایا دا متکي کس تمه لري چې سړ کال تر \$12,400 ډیر عاید ولري؟
 هو نه

ایا دا متکي کس تمه لري چې سړکال به له \$1,100 څخه ډیر عاید ولري؟ (د ماشوم ملاتړ، ټولنیز امنیت، تکمیلی تضمیني عاید، د کارکوونکو د خسارې جبران، پخوانیو پوځیانو گټې یا ډالی/پېسې چې له بل کس څخه تر لاسه کوي مه شاملوئ).
 هو نه

| | |
|---|---|
| ایا دا مالیه د کور څخه بهر ژوند کوي؟ | ایا دا مالیه پورې تړلي مر شوي ده؟ |
| <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه |

| | |
|---------------------------|---|
| په مالیې پورې تړلي کس نوم | د زېږېدنې نېټه |
| د ټولنیز خونديتوب شمېره | جنسیت <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> ښځه |

ایا دا متکي کس تمه لري چې سړ کال تر \$12,400 ډیر عاید ولري؟
 هو نه

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 30 پاڼه

APP

ايا دا متکي کس تمه لري چې سرکال به له \$1,100 څخه ډېر عايد ولري؟ (د ماشوم ملاتړ، ټولنيز امنيت، تکميلې تضميني عايد، د کارکوونکو د خسارې جبران، پخوانيو پوځيانو گټې يا ډالۍ/پيسې چې له بل کس څخه ترلاسه کوي مه شاملوئ.)

هو نه

ايا دا ماليه پورې تړلې مر شوي ده؟

هو نه

ايا دا ماليه د کور څخه بهر ژوند کوي؟

هو نه

د زېږېدنې نېټه

په ماليې پورې تړلې کس نوم

جنسيت

نارينه بنځه

د ټولنيز خونديتوب شمېره

ايا دا متکي کس تمه لري چې سر کال تر \$12,400 ډير عايد ولري؟

هو نه

ايا دا متکي کس تمه لري چې سرکال به له \$1,100 څخه ډېر عايد ولري؟ (د ماشوم ملاتړ، ټولنيز امنيت، تکميلې تضميني عايد، د کارکوونکو د خسارې جبران، پخوانيو پوځيانو گټې يا ډالۍ/پيسې چې له بل کس څخه ترلاسه کوي مه شاملوئ.)

هو نه

ايا دا ماليه پورې تړلې مر شوي ده؟

هو نه

ايا دا ماليه د کور څخه بهر ژوند کوي؟

هو نه

د ميره/بنځې نوم (که واده شوي ياست او په گډه يې ثبتوئ)

د 2 ماليې ثبتونکي نوم

د مالياتو د ثبتولو وضعيت

واده شوي په جلا توگه ثبت کول

واده شوي په گډه ثبت کول

مجرد يا د کورنۍ مشر

ايا دا ماليه ورکونکي به د کور څخه بهر د يو کس لخوا د انحصار په توگه ادعا شي؟

هو نه

په مالياتو پورې تړلې خلک: هغه انحصار کونکي ليست کړئ چې دا ماليه ورکونکي به د هغه يا هغې مالياتو باندې ادعا کوي. که نور ځای ته اړتيا لرئ د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ.

د زېږېدنې نېټه

په ماليې پورې تړلې کس نوم

جنسيت

نارينه بنځه

د ټولنيز خونديتوب شمېره

ايا دا متکي کس تمه لري چې سر کال تر \$12,400 ډير عايد ولري؟

هو نه

ايا دا متکي کس تمه لري چې سرکال به له \$1,100 څخه ډېر عايد ولري؟ (په دې کې د ماشوم ملاتړ، ټولنيز امنيت، اضافي امنيتي عايد، د کارگرانو خساره، د تجربه کارانو گټې او د بل کس څخه ډالۍ/پيسې مه شاملوئ.)

هو نه

ايا دا ماليه پورې تړلې مر شوي ده؟

هو نه

ايا دا ماليه د کور څخه بهر ژوند کوي؟

هو نه

د زېږېدنې نېټه

په ماليې پورې تړلې کس نوم

جنسيت

نارينه بنځه

د ټولنيز خونديتوب شمېره

ايا دا متکي کس تمه لري چې سر کال تر \$12,400 ډير عايد ولري؟

هو نه

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 31 پاڼه

APP

ايا دا متکي کس تمه لري چې سرکال به له \$1,100 څخه ډېر عايد ولري؟ (په دې کې د ماشوم ملاتړ، ټولنيز امنيت، اضافي امنيتي عايد، د کارگرانو خساره، د تجربه کارانو گټې او د بل کس څخه ډالۍ/پيسې مه شاملوئ.)

هو نه

| | |
|--|---|
| ايا دا ماليه پورې تړلې مر شوي ده؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | ايا دا ماليه د کور څخه بهر ژوند کوي؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
|--|---|

| | |
|----------------|---------------------------|
| د زېږېدنې نېټه | په ماليې پورې تړلې کس نوم |
|----------------|---------------------------|

| | |
|--|-------------------------|
| جنسيت نارينه <input type="checkbox"/> بنځه <input type="checkbox"/> | د ټولنيز خونديتوب شمېره |
|--|-------------------------|

ايا دا متکي کس تمه لري چې سر کال تر \$12,400 ډير عايد ولري؟

هو نه

ايا دا متکي کس تمه لري چې سرکال به له \$1,100 څخه ډېر عايد ولري؟ (د ماشوم ملاتړ، ټولنيز امنيت، تکميلي تضميني عايد، د کارکوونکو د خسارې جبران، پخوانيو پوځيانو گټې يا ډالۍ/پيسې چې له بل کس څخه تر لاسه کوي مه شاملوئ.)

هو نه

| | |
|--|---|
| ايا دا ماليه پورې تړلې مر شوي ده؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | ايا دا ماليه د کور څخه بهر ژوند کوي؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
|--|---|

| | |
|----------------|---------------------------|
| د زېږېدنې نېټه | په ماليې پورې تړلې کس نوم |
|----------------|---------------------------|

| | |
|--|-------------------------|
| جنسيت نارينه <input type="checkbox"/> بنځه <input type="checkbox"/> | د ټولنيز خونديتوب شمېره |
|--|-------------------------|

ايا دا متکي کس تمه لري چې سر کال تر \$12,400 ډير عايد ولري؟

هو نه

ايا دا متکي کس تمه لري چې سرکال به له \$1,100 څخه ډېر عايد ولري؟ (د ماشوم ملاتړ، ټولنيز امنيت، تکميلي تضميني عايد، د کارکوونکو د خسارې جبران، پخوانيو پوځيانو گټې يا ډالۍ/پيسې چې له بل کس څخه تر لاسه کوي مه شاملوئ.)

هو نه

| | |
|--|---|
| ايا دا ماليه پورې تړلې مر شوي ده؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | ايا دا ماليه د کور څخه بهر ژوند کوي؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
|--|---|

7 ضمیمه – روغتیایي لگښتونو تادیي لپاره د مرستې غوښتنه

که تېرو درېو میاشتو لپاره بیمه ستاسې طبي لگښتونه یا د کورنۍ پلان کولو لگښتونه نه دي تادیه کړي، تاسې دغو لگښتونو ته تادیه کولو لپاره د Badger Care Plus یا Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه) د پوښښ غوښتنه کولی شئ. که دغو میاشتو لپاره د پروگرام ټول قوانین بشپړ کړئ، تاسې د خپل غوښتنلیک میاشت څخه وړاندې د درېو میاشتو لپاره د BadgerCare Plus او Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه) تر لاسه کولی شئ. د غوښتنلیک میاشت هغه میاشت ده چې نمایندګي ستاسې غوښتنلیک تر لاسه کوي. مهرباني وکړئ په یاد ولرئ: د BadgerCare Plus او Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه) پوښښ غوښتنې د دې ضمانت نه کوي چې د غوښتنل شویو میاشتو لپاره ستاسې نوم ولیکل شي.

که ستاسې د غوښتنلیک میاشت څخه درې میاشتې وړاندې کې کوم بدلونونه موجود وي، لاندې د هرې میاشتې لپاره بدلونونه لیست کړئ. دغو بدلونونو کې شامل دي: ستاسې ادرس، کورنۍ کې څوک ژوند کوي، عاید، روغتیایي بیمه. تاسې باید هر یو د هغو میاشتو لپاره چې تاسې د BadgerCare Plus او Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه) پوښښ غوښتنه کوئ د عاید ثبوت وړاندې کړئ.

د پوښښ هغه ډول (ډولونه) چې تاسې یې غوښتنه کوئ په نښه کړئ.

BadgerCare Plus Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه)

هغه نېټه څه ده چې تاسو غواړئ پوښښ پیل کړئ؟ یادونه: دغه نېټه له درېو میاشتو څخه بهر نشي کېدلی.

1. ایا تاسې له غوښتنې څخه وړاندې میاشت لپاره د طبي او/یا Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه) لگښتونو تادیي کې د مرستې غوښتنه کوئ؟

هو نه

که هو، ایا هغه معلومات چې تاسې خپل غوښتنلیک کې وړاندې کړ هغه میاشت کې هم ورته ده؟ هو نه

که نه، بدلونونه تشریح کړئ.

که ستاسو عاید توپیر درلود، د دې میاشتې لپاره ستاسو د کورنۍ مجموعي عاید څومره و؟

2. ایا تاسې له غوښتنې څخه دوه میاشتې وړاندې د طبي او/یا Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه) لگښتونو تادیي کې د مرستې غوښتنه کوئ؟

هو نه

که هو، ایا هغه معلومات چې تاسې خپل غوښتنلیک کې وړاندې کړ هغه میاشت کې هم ورته ده؟ هو نه

که نه، بدلونونه تشریح کړئ.

که ستاسو عاید توپیر درلود، د دې میاشتې لپاره ستاسو د کورنۍ مجموعي عاید څومره و؟

3. ایا تاسې له غوښتنې څخه درې میاشتې وړاندې د طبي او/یا Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه) لگښتونو تادیي کې د مرستې غوښتنه کوئ؟

هو نه

که هو، ایا هغه معلومات چې تاسې خپل غوښتنلیک کې وړاندې کړ هغه میاشت کې هم ورته ده؟ هو نه

که نه، بدلونونه تشریح کړئ.

که ستاسو عاید توپیر درلود، د دې میاشتې لپاره ستاسو د کورنۍ مجموعي عاید څومره و؟

د لاسلیک نېټه

لاسلیک — غوښتونکی / مجاز استازی

8 ضمیمه – شتمنی د (FOR MEDICARE SAVINGS PROGRAMS ONLY) (یوازې د درملني سپما پروگرامونو لپاره))

دغه فورمه باید یوازې هغه مهال که چېرې ستاسې کورنۍ کې کوم څوک Medicare برخه A او/یا برخه B تر لاسه کوي او تاسې غواړئ د Medicare سپما پروگرام (د Medicare د بیمې حق مرسته یا د ملاتړ برنامه) غوښتنه وکړئ. تاسو باید د خپلې کورنۍ ټولې شتمنۍ لیست کړئ. هغه شتمنې چې نورو سره په گډه یې څښتن یا ست شامل کړئ. د کورنۍ شخصي سامان ارزښت په کې مه شاملوئ (تلویزیونونه، فرنیچر، وسایل). په دې برخه کې د موټرو د معلومات مه لیست کړئ. شتمنۍ کې د نغدي پیسې، جاري یا د سپما حسابونه، د امانت سندونه، وړاندې تادیه شوي ډېټ کارتونه، امانتي بودیجې، سهام، پور پانې د تقاعد حسابونه، کلني سود، د متحده ایالتو د سپما پور پانې، د ملکیتونو ترونونه، قانوني ترونونه، زماني سهام، کرایي ملکیت، د ژوند املاک، اوزار، څاروي، د فارم ماشينونه، Keogh پلانونه یا نور مالي سرچینې، شخصي ملکیتونه چې د پانگوني په موخه ساتل شوي دي، د روغتیا د سپما حسابونه او داسې نور شامل دي.

نوټ: تاسو اړ یاست چې د خپلو ټولو شتمنیو ثبوت وړاندې کړئ. د ثبوت په مثالونو کې ستاسو د بانکي بیان یوه کاپي شامله ده چې د غوښتنلیک بشپړیدو په نېټه باندې ستاسو د بانکي حساب ارزښت ښيي، یا هغه څه چې ستاسو د ژوند بیمې پالیسي اسمي ارزښت او نغدي ارزښت ښيي. که نور ځای ته اړتیا لرئ د کاغذ اضافي پاڼه وکاروئ.

| د شتمنی ډول (پورته وگورئ) | د څښتن (څښتنانو) نوم | په ډالر اوسنی مقدار | د بانک / د مالي موسسي نوم | حساب نمبر |
|---------------------------|----------------------|---------------------|---------------------------|-----------|
| | | \$ | | |
| | | \$ | | |
| | | \$ | | |

د فن شوي شتمني

ټولې د فن شوي شتمني لیست کړئ.

| د فن شوي شتمني بڼه | د څښتن (څښتنانو) نوم | ارزښت |
|---|----------------------|-------|
| د فن شوي بیمه. <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | \$ |
| د بنڅولو نه راگرځېدونکي بودیجه (دا په دې معنی دی چې دا بېرته نشي راگرځېدلی یا بدلیدلی): <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه | | \$ |
| نور: * <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه *نور مثالونه د قبر تیرره، تابوت، گنبد، نښه کوونکي، یا د پیل او پای لگښتونه دي. | | \$ |

د نقلیه وسایطو معلومات

ټول نقلیه وسایطو لیست کړئ. هغه موټرونه چې نورو سره په گډه یې څښتن یاست شامل کړئ.

| 1 موټر | | | | 2 موټر | | | |
|--------------------|-----|----------------------|------|--------------------|-----|----------------------|------|
| د موټر بڼه | کال | جوړونکي | ماډل | د موټر بڼه | کال | جوړونکي | ماډل |
| د موټر د پور مقدار | | د بازار مناسب ارزښت* | \$ | د موټر د پور مقدار | | د بازار مناسب ارزښت* | \$ |

* د بازار مناسب ارزښت څخه زموږ موخه هغه مقدار دی چې په ازاد بازار کې تاسو همدا اوس موټر پلورلی شئ. په انلاین ډول د موټرو Blue Book (بلو بک) ارزښت لټول (www.kbb.com/whats-my-car-worth) یې د موندلو غوره لاره ده.

د ژوند بیمه

موږ ته د هر ډول ژوند بیمې په اړه ووايست چې تاسو او/یا ستاسو کورنۍ یې لری.

ایا تاسو یا د کورنۍ کوم غړی د ژوند بیمې پالیسي لری؟ هو نه

که ځواب مو هو وي، لاندې برخه بشپړ کړئ.

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 34 پاڼه

APP

| د څښتن (څښتنانو) نوم | د نغدي سپارلو ارزښت* | **اسمي ارزښت |
|----------------------|----------------------|--------------|
| | \$ | \$ |
| | \$ | \$ |
| | \$ | \$ |

*د نغدي سپارلو ارزښت څخه زموږ موخه هغه مقدار دی چې د پالیسي فسخه کولو څخه یې ترلاسه کولی شئ. ****اسمي ارزښت څخه زموږ موخه هغه لږ تر لږه مقدار دی چې د مړینې پر مهال یې ترلاسه کولی شئ. اکثر و قضاو کې، دا هغه مقدار دی چې په پالیسي لیکل شوی وي.**

BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182PA

د 36 څخه 36 پاڼه

APP**10 ضمیمه - کلنی عاید**

یواځې هغه وخت یې ډک/بشپړ کړئ که چیرې د یو چا عاید له یوې میاشتې څخه بله میاشت کې بدل شي. که تاسو په دقیق مقدار نه پوهیږئ، خپل غوره اټکل وکاروئ، یا "زه نه پوهیږم" ولیکئ.

| د راتلونکي کال لپاره متوقع عاید څومره دی؟ | د دې کال لپاره متوقع عاید څومره دی؟ | د شخص نوم |
|---|-------------------------------------|-----------|
| \$ | \$ | |
| \$ | \$ | |
| \$ | \$ | |
| \$ | \$ | |

د 18 کالو څخه کم عمر ماشومانو لپاره د هویت بیان
(STATEMENT OF IDENTITY FOR CHILDREN UNDER 18 YEARS OF AGE)

دا بیان ممکن یوازې د نوي Medicaid/BadgerCare Plus/Family Planning Only Services کولو لپاره وکارول شید خدماتو ثبوت هویت د 18 کلونو څخه کم عمر ماشومانو لپاره قاعده. دا بیان ممکن د Medicaid, BadgerCare Plus/ Family Planning Only Services پوره کولو لپاره ونه کارول شي یوازې د خدماتو ثبوت د تابعیت قانون.

لارښوونې: په لاندې ورکړل شوي ځای کې، ستاسو په کور کې د 18 کالو څخه کم عمر ټول ماشومان لیست کړئ د چا لپاره چې تاسو مور او پلار، سرپرست، یا سرپرست خپلوان یاست. د هر ماشوم لپاره، ستاسو په لیست کې د ماشوم د زیږون نېټه او د زیږون ځای (ښار، ایالت، او هیواد) شامل کړئ. دا بیان بشپړ کړئ، لاسلیک کړئ او خپلې ادارې ته یې بیرته ورکړئ.

| د ماشوم بشپړ نوم (لومړی، منځنی، وروستی) | د زیږون نېټه | د زیږون ځای (ښار، ایالت، هیواد) |
|---|--------------|---------------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |
| 9. | | |
| 10. | | |
| 11. | | |
| 12. | | |
| 13. | | |
| 14. | | |

په شخصي توګه، د پیژندلو وړ معلومات به یوازې د کورنۍ پالن جوړونې یوازې خدماتو، Family Planning Only Services, Medicaid او او او BadgerCare Plus او پروګرامونو مستقیم ادارې لپاره کارول کېږي.

د دې بیان په لاسلیک کولو سره، زه تصدیق کوم، د دروغو او دروغ ویلو د جزا لاندې، هغه معلومات چې ما ورکړي دي زما د غوره پوهې سره سم او بشپړ دي. زه پوهیږم چې سیمه ایز اداره ممکن د نورو اشخاصو یا سازمانونو سره زما د بیان دقت تصدیق کولو لپاره اړیکه ونیسي.

لاسلیک (مور او پلار، سرپرست یا سرپرست خپلوان)
د لاسلیک نېټه
نوم ولیکئ (مور او پلار، سرپرست یا سرپرست خپلوان)
د قضیې شمېره

د معلوماتو بدلون راپور (INFORMATION CHANGE REPORT)

BadgerCare Plus

که تاسو په BadgerCare Plus کې نوم لیکنه کوئ، تاسو باید د لاندې ډول بدلونونو راپور ورکړئ د بدلون وروسته تر 10 ورځو پورې:

- تاسو یوې نوې پټې یا له ایالت څخه بهر ځئ.
 - یو څوک ستاسو د کور دننه یا بهر حرکت کوي، امیندواره کيږي، یا زیږون ورکوي.
 - ستاسو د اوسیدو ترتیب بدلیږي (د مثال په توګه، تاسو بند یاست یا تاسو د نرسنگ کور یا بلې ادارې ته ځئ).
 - تاسو واده شوي یا طلاق شوي یاست.
 - ستاسو په کور کې یو څوک د روغتیا بیمې کې بدلون لري.
 - ستاسو په کور کې یو څوک د اټکل شوي ماليې ډکولو حالت یا مالیه پورې تړلو کې بدلون لري یا نور د مالیاتو کسر نلري چې هغه مخکې یې راپور ورکړی دی.
- که تاسو په عاید کې بدلون ولرئ چې ستاسو ناخالص میاشتني عاید د BadgerCare Plus پروګرام حد څخه تیريږي، تاسو باید د راتلونکي میاشتني تر 10 د ورځو پورې د دې بدلون راپور ورکړئ.

کله چې تاسو په BadgerCare Plus کې نوم لیکنه وکړئ یا که تاسو په کتو کې بدلون ولرئ، تاسو به د خپلې کورنۍ اندازې لپاره د پروګرام محدودیتونو سره په بریښنالیک کې خبرتیا تر لاسه کړئ تاسو باید تل د خورا اوسني معلوماتو لپاره خپل وروستي خبرتیا وګورئ.

Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه)

Family Planning Only Services (یوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه) که تاسو کې نوم لیکنه کوئ، تاسو باید یوازې د لاندې ډول بدلونونو راپور ورکړئ د بدلون له 10 ورځو څخه وروسته

- تاسو یوې نوې پټې یا له ایالت څخه بهر ځئ.
 - ستاسو د اوسیدو ترتیب بدلیږي (د مثال په توګه، تاسو بند یاست یا تاسو د نرسنگ کور یا بلې ادارې ته ځئ).
- تاسو کولی شئ د دې فورمې په کارولو سره پورته ذکر شوي بدلونونه راپور کړئ، خپلې ادارې ته زنگ وټولو، یا آنلاین ACCESS.wi.gov کړئ. که تاسو دا فورمه د خپلو بدلونونو راپور ورکولو لپاره کاروئ، یوځل چې تاسو فورمه ډکه او لاسلیک کړه، تاسو باید دا بریښنالیک یا فکس کړئ:

که تاسو په Milwaukee ښار کې نه اوسئ
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
فکس: 1-855-293-1822

Milwaukee ښار کې کيږئ
MDPU په ویجا
6055 N 64th St.
Milwaukee, WI 53218
فکس: 1-888-409-1979

که دا فورمه د بدلون تشریح کولو لپاره کافي ځانې چمتو نکړي، د اضافي معلوماتو سره د کاغذ یوه پاڼه ضمیمه کړئ.

INFORMATION CHANGE REPORT

F-10183PA

پاڼه 1 له 4 څخه

CHG

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| د قضیې شمیره یا د ټولنیز امنیتي شمیره | نوم - غړی (کورنی، لومړی، منځنی نوم) |
|---------------------------------------|-------------------------------------|

په پته کې بدلون

که تاسو تللي یاست د نوي پتي راپور ورکولو لپاره دا برخه وکاروئ.

نوي کوڅه پته

| | | |
|-------------------|-------|-------------------------------|
| ښار | ایالت | زیپ کوډ |
| د تلفون نوی شمیره | | د بدلون نېټه (مياشتي/ورځ/کال) |

په کور کې بدلون

که چیرې کوم څوک ستاسو کور ته دننه یا بهر تللی وي، واده شوی وي، امیندواره وي، یا زیربډلی وي د راپور ورکولو لپاره دا برخه وکاروئ. که یو څوک امیندواره شي، مور ته ووايست چې دا څوک دی، همداراز د ټاکل شوي نېټې، او د متوقع ماشومانو شمیر په اړه ووايست.

| | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| نوم (کورنی، لومړی، منځنی نوم) | د ټولنیز امنیتي شمیره |
| د زیږیدو نېټه (مياشتي/ورځ/کال) | د بدلون نېټه (مياشتي/ورځ/کال) |
| ستاسو سره اړیکه | |

بدلون تشریح کړئ

په عاید کې بدلون

د A برخه وکاروئ ترڅو د دندې یا خان گمارني یا د دندې پرته د نورو سرچینو څخه عاید کې د بدلون راپور ورکړئ، لکه ټولنیز امنیت یا د بیکاری بیمه. B برخه ښه کړئ که چیرې ستاسو په کور کې څوک دنده له لاسه ورکړي یا برخه C که ستاسو په کور کې څوک نوي دنده ترلاسه کړي.

A. د هرې سرچینې څخه په عاید کې بدلون

| | |
|-------------------------------|---------------|
| نوم (کورنی، لومړی، منځنی نوم) | د عاید سرچینه |
|-------------------------------|---------------|

څه بدل شول؟

| | | |
|-------------------------------|-------------------|--------------------|
| د بدلون نېټه (مياشتي/ورځ/کال) | د نوي عاید اندازه | څو ځله ورکول کيږي؟ |
| | \$ | |

B. د دندې له لاسه ورکول

نوم (کورنی، لومړی، منځنی نوم)

نوم - کارکوونکی

| | | |
|---------------------------------|--|------------------------|
| د کار پای نېټه (مياشتي/ورځ/کال) | د وروستي تادیه چیک نېټه (مياشتي/ورځ/کال) | د وروستي معاش چک مقدار |
| | | \$ |

C. نوی دنده

| | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| د کار پیل نیټه (مياشتی/ورځ/کال) | نوم (کورنی، لومړی، منځنی نوم) |
| د تلیفون شمېره | نوم – کارکوونکی |

د کوڅې پته – کارمند

| | | |
|-------|---------|-----|
| ایالت | زیپ کوډ | ښار |
|-------|---------|-----|

| | |
|--|--------------------------|
| ایا دا سړی په اعتصاب کې دی؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | ساعتونه هره اونۍ کار کوي |
|--|--------------------------|

| | | | | |
|----------------------|----------------------|---|----------------------------------|---------------------------------------|
| په ساعت کې نرځ \$ | په ساعت کې نرځ \$ | په ساعت کې تادیه کيږي <input type="checkbox"/> | د هر معاش په موده کې مقدار \$ | معاش ورکړ <input type="checkbox"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------------------|---------------------------------------|

| | |
|--|--|
| ایا دا سړی نغدې پیسې او/یا لارښوونې ترلاسه کوي؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | که ځواب مو هو وي - د هر معاش د مودې اندازه \$ |
|--|--|

| | |
|---|--|
| ایا دا سړی بونس او/یا کارمزد ترلاسه کوي؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | که ځواب مو هو وي - د هر معاش د مودې اندازه \$ |
|---|--|

څو ځلې دا سړی پیسې ورکوي؟

په اونیز ډول په هرو دوه اونیو کې په هره میاشت کې دوه ځله په میاشت کې یو ځل نور – لاندې تشریح کيږي

| | | |
|--|---|---|
| د دندې ډول دایمي <input type="checkbox"/> لنډمهاله <input type="checkbox"/> | د دندې سرلیک مدیر <input type="checkbox"/> کارمند <input type="checkbox"/> | ایا دا سړی مهاجر کارگر دی؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |
|--|---|---|

د مالیاتو څخه مخکې ټول کسرونه لیست کړئ چې دې دندې لپاره د خپلو معاشونو څخه اخیستي دي.

| د مالیاتو مخکې کسر ډول | څومره؟ | څو ځلې؟ |
|---|--------|---------|
| <input type="checkbox"/> د ماشوم پاملرنې سپما حساب | \$ | |
| <input type="checkbox"/> د ډله ایز ژوند بیمه | \$ | |
| <input type="checkbox"/> د روغتیا بیمې پاداش | \$ | |
| <input type="checkbox"/> د روغتیا سپما حسابونه | \$ | |
| <input type="checkbox"/> د پارکینګ او حمل و نقل لګښتونه | \$ | |
| <input type="checkbox"/> د تقاعد ونډې | \$ | |

د مالیاتو په معلوماتو کې بدلون

دا برخه د راپور ورکولو لپاره وکاروئ که چېرې ستاسو په کور کې څوک د تمه شوي ماليې ثبتولو حالت یا مالیه پورې تړلو کې بدلون ولري. که چېرې سړی واده کړی وي او په ګډه دوسیه کوي، تاسو یوازې د یوې میرمنې لپاره معلومات بشپړولو ته اړتیا لرئ. که تاسو نور ځانې ته اړتیا لرئ، د اضافي معلوماتو سره د کاغذ یوه پاڼه ضمیمه کړئ.

| | |
|-------------------------------|--|
| نوم (کورنی، لومړی، منځنی نوم) | نوم - د میره که په ګډه دوسیه کول (کورنی، لومړی، منځنی نوم) |
|-------------------------------|--|

ایا دا سړی تمه لري چې د عایداتو لپاره مالیه ثبت کړي چې هغه به سرکال ترلاسه کړي؟

هو نه

که ځواب مو هو وي، د هغه يا د هغې د ماليې ډکولو حالت څه دی؟

مجرد په گډه د واده دوسيه کول په جلا توگه د واده شوي دوسيه

ايا دا ماليه ورکونکي به د کور څخه بهر د يو کس لخوا د انحصار په توگه ادعا شي؟

هو نه

د انحصار کونکي لپست کړئ چې دا کس به د هغه يا هغې مالياتو باندې ادعا کوي.

نوم - د ماليې پورې تړلی (کورنی، لومړی، منځنی نوم)

| | | |
|---------------------------------|-----------------------|---|
| د زيريدو نيټه (مياشتنۍ/ورځ/کال) | د ټولنيز امنيتي شميره | جنس <input type="checkbox"/> نارينه <input type="checkbox"/> ښځه |
|---------------------------------|-----------------------|---|

ايا د دې ماليې پورې تړلي تمه کيږي چې سرکال تر \$6300 ډالرو ډير عايد ولري؟

هو نه

ايا د دې ماليې پورې تړلي تمه کيږي چې سرکال به له \$1050 ډالرو څخه ډير غير عايد، عايد ولري؟ د ماشوم مالتر، ټولنيز امنيت، اضافي امنيتي عايد، د کارگرانو خساره، يا د تجربه کارانو گټي شامل نه کړئ.

هو نه

| | |
|---|---|
| ايا دا ماليه د کور څخه بهر ژوند کوي؟ | ايا دا ماليه پورې تړلي مر شوي ده؟ |
| هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |

نوم - د ماليې پورې تړلی (کورنی، لومړی، منځنی نوم)

| | | |
|---------------------------------|-----------------------|---|
| د زيريدو نيټه (مياشتنۍ/ورځ/کال) | د ټولنيز امنيتي شميره | جنس <input type="checkbox"/> نارينه <input type="checkbox"/> ښځه |
|---------------------------------|-----------------------|---|

ايا د دې ماليې پورې تړلي تمه کيږي چې سرکال تر \$6300 ډالرو ډير عايد ولري؟

هو نه

ايا د دې ماليې پورې تړلي تمه کيږي چې سرکال به له \$1050 ډالرو څخه ډير غير عايد، عايد ولري؟ د ماشوم مالتر، ټولنيز امنيت، اضافي امنيتي عايد، د کارگرانو خساره، يا د تجربه کارانو گټي شامل نه کړئ.

هو نه

| | |
|---|---|
| ايا دا ماليه د کور څخه بهر ژوند کوي؟ | ايا دا ماليه پورې تړلي مر شوي ده؟ |
| هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |

نوم - د ماليې پورې تړلی (کورنی، لومړی، منځنی نوم)

| | | |
|---------------------------------|-----------------------|---|
| د زيريدو نيټه (مياشتنۍ/ورځ/کال) | د ټولنيز امنيتي شميره | جنس <input type="checkbox"/> نارينه <input type="checkbox"/> ښځه |
|---------------------------------|-----------------------|---|

ايا د دې ماليې پورې تړلي تمه کيږي چې سرکال تر \$6300 ډالرو ډير عايد ولري؟

هو نه

ايا د دې ماليې پورې تړلي تمه کيږي چې سرکال به له \$1050 ډالرو څخه ډير غير عايد، عايد ولري؟ د ماشوم مالتر، ټولنيز امنيت، اضافي امنيتي عايد، د کارگرانو خساره، يا د تجربه کارانو گټي شامل نه کړئ.

هو نه

| | |
|---|---|
| ايا دا ماليه د کور څخه بهر ژوند کوي؟ | ايا دا ماليه پورې تړلي مر شوي ده؟ |
| هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> | هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> |

نور بدلونونه

د نورو بدلونونو راپور ورکولو لپاره دا ځای وکاروئ.

زه پوهیږم چې د معلوماتو پټولو یا غلط معلوماتو ورکولو لپاره جریمې شتون لري. زه دا هم پوهیږم چې زه باید هغه کټي بیرته ورکړم چې زه یې تر لاسه کوم ځکه چې زه په بشپړ ډول زما په شرایطو کې د بدلونونو راپور نه ورکوم. زه موافق یم چې د هر ډول بدلون ثبوت چمتو کړم که چیرې د دې کولو غوښتنه وشي. په دې فورمه کې زما ځوابونه زما د غوره پوهې سره سم او بشپړ دي.

د لاسلیک نیټه (مياشتې/ورځ/کال)

لاسلیک – غړی