

خطة MEDICAID WORKS

اتفاق

أنا، _____، أرغب في التسجيل في **MEDICAID WORKS**، وهي خطة حوافز العمل للأفراد ذوي الإعاقة من خلال برنامج Virginia Medicaid. أدرك أن هذا خيار تطوعي وأنه يجوز لي ترك البرنامج في أي وقت والعودة إلى تغطية Medicaid العادية إذا واصلت تلبية متطلبات الأهلية لمجموعة أخرى مغطاة ببرنامج Medicaid. وأدرك أيضاً أنه أثناء التسجيل في **MEDICAID WORKS**، سيكون لدي خطة مزايا صحية مختلفة، والتي تتضمن جميع مزايا Medicaid القياسية بالإضافة إلى خدمات المساعدة الشخصية، بدلاً من خطة مزايا Medicaid القياسية التي يتم تقديمها عادةً للمُسجلين في Medicaid والتي لا تتضمن خدمات المساعدة الشخصية بدون فحص طبي إضافي. أستطيع اختيار إيقاف خطة مزايا **MEDICAID WORKS** في أي وقت والعودة إلى خطة مزايا Medicaid القياسية.

أعلم أنه يجب أن أكون موظفًا حتى أتمكن من التسجيل في خطة **MEDICAID WORKS**. أدرك أنه يجب علي إنشاء حساب واحد على الأقل لحوافز العمل (WIN) حساب جاري أو حساب توفير منتظم (في بنك أو مؤسسة مالية أخرى لأكون مؤهلاً للحصول على خطة حوافز العمل هذه. يجب أن أقوم بإيداع كل دخلي المكتسب في حساب WIN، ويمكنني استخدام هذا الدخل حسب الحاجة. إذا كنت سأقوم بحفظ بعض أرباحي، فيجب علي أيضاً الاحتفاظ بها في حساب WIN، حيث يمكنني تجميع ما يصل إلى 45,976 دولار أمريكي (اعتباراً من 1 يناير 2024).

يمكنني الحصول على أرباح سنوية تصل إلى 75000 دولار إذا قمت بإيداع دخلي المكتسب في حساب WIN الخاص بي. إذا تلقيت دفعة شهرية من التأمين ضد العجز بالضمان الاجتماعي وزاد المبلغ بسبب العمل و/أو تسوية تكلفة المعيشة (COLA)، فأنا أفهم أنه يجب علي إيداع مبلغ هذه الزيادة في حساب WIN الخاص بي إذا تجاوز مبلغ التأمين ضد العجز بالضمان الاجتماعي الجديد حد الدخل غير المكتسب وهو 138% من مستوى الفقر الفيدرالي. بالإضافة إلى ذلك، إذا أصبحت عاطلاً عن العمل وحصلت على دخل من مدفوعات التأمين ضد البطالة، فيجب علي إيداع جميع هذه الدفعات في حساب WIN الخاص بي لأظل مؤهلاً للحصول على خطة **MEDICAID WORKS** خلال شبكة الأمان لمدة ستة أشهر أو فترة "السماح".

أوافق على المتطلبات المذكورة أعلاه بشأن خطة **MEDICAID WORKS** وإبلاغ موظف التحقق من الأهلية بالتغييرات التي قد تؤثر على تغطيتي، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، تغيير العنوان وتغيير الدخل، وتغيير الوظيفة أو فقدان الوظيفة. وأوافق أيضاً على تقديم أي وثائق مطلوبة بخصوص صاحب العمل، والحالة الوظيفية، والدخل المكتسب، وحسابات WIN. إذا اخترت التوقف عن التسجيل في **MEDICAID WORKS** أو في خطة المزايا المتوفرة في هذا البرنامج، فسوف أقوم بإبلاغ موظف التحقق من الأهلية الخاص بي.

رقم الضمان الاجتماعي

طباعة الاسم الكامل

التوقيع

التاريخ

لا يميز هذا الكيان على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العمر أو الإعاقة في برامج وخدماته.

Medicaid Works هو أحد برامج كومونولث فرجينيا

نشرة MedWorks 0124 AR