**حصول الأفراد على تأمين الرعاية الصحية (PATH)**

تقييم المعلومات للتأمين الصحي

Arabic

*يرجى تعبئة هذه الإستمارة لمساعدتنا على مساعدتك*

*سنحافظ على سرية هذه المعلومات. ستستعمل فقط من أجل التقييم (PATH)*

الإسم: _____

العنوان: _____

عنوان الشارع  المدينة  الولاية  الرمز البريدي

رقم الهاتف (المنزل) : _____(الجوال، العمل، غيره) _____

***يعتمد الإستحقاق لبرامج التأمين الصحي على حجم الأسرة والدخل.***
***ستساعدنا المعلومات التالية في أن نقرر ما إذا كنت تستحق أم لا.***

1. هل يوجد عندك أو أي شخص آخر في أسرتك تأمين صحي؟ **نعم** **لا**

2. إذا كان يوجد عند أحد أفراد الأسرة تأمين فهل يغطيك هذا التأمين الصحي؟
**نعم** **لا**

3. إذا كان الجواب نعم، ما هو نوعه؟
_____

4. إذا كان الجواب لا، فكم مضى عليك وأنت بدون تأمين صحي من أي نوع؟
_____

5. من يعيش معك في البيت؟
(القرابة من كبير الأسرة والعمر)

| | القرابة | العمر | حامل؟ |
|---|---|---|---|
| الكبار | | | |
| | | | |
| الصغار | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6. كم يبلغ مجوع دخل أفراد الأسرة؟
(ضع دائرة على واحدة واكتب المبلغ)

أسبوعياً: _____
كل أسبوعين: _____
شهرياً: _____
سنوياً: _____

7. من يعمل من أفراد الأسرة؟ _____
أين يعملون؟ _____

8. هل تعيش مع شخص آخر يدفع مصروفاتك ؟
**نعم** **لا**

9. هل تستلم تعويض بطالة Unemployment أو SSD, SSI؟ **نعم** **لا**

10. هل يوجد لديك أي مصدر آخر للدخل؟
**نعم** **لا**

11. هل يوجد لديك أو أي فرد من أفراد أسرتك حالة مرضية مزمنة؟ **نعم** **لا**

12. هل يوجد لديك أو أي فرد من أفراد أسرتك حالة مرضية تتطلب العناية الطبية الفورية؟
**نعم** **لا**