

MEDICAID WORKS

توافقنامه

اینجانب، _____، می‌خواهم در **MEDICAID WORKS**، طرح تشویقی کار برای افراد دارای

نام عضو با حروف بزرگ و خوانا

معلومات از طریق برنامه Medicaid Virginia ثبت‌نام کنم. من متوجه هستم که این یک گزینه اختیاری است و اگر همچنان واجد شرایط لازم برای یک گروه تحت پوشش Medicaid دیگر باشم، می‌توانم در هر زمان از برنامه خارج شوم و به پوشش Medicaid عادی برگردم. همچنین متوجه هستم که در زمان عضویت در **MEDICAID WORKS**، به جای طرح استاندارد مزایای Medicaid که معمولاً به اعضای Medicaid ارائه می‌شود و شامل خدمات کمک شخصی بدون غربالگری پزشکی اضافی نمی‌شود، یک طرح مزایای درمانی متفاوت خواهم داشت که شامل تمام مزایای استاندارد Medicaid به علاوه خدمات کمک شخصی می‌شود. من می‌توانم در هر زمانی طرح مزایای **MEDICAID WORKS** را قطع کنم و به طرح مزایای استاندارد Medicaid برگردم.

من می‌دانم که برای ثبت نام در **MEDICAID WORKS** باید شاغل باشم. من متوجه هستم که برای واجد شرایط بودن برای این طرح تشویقی کار، باید حداقل یک حساب تشویقی کار (Work Incentive - WIN)، (یک حساب جاری یا پس‌انداز معمول) در یک بانک یا موسسه مالی دیگر افتتاح کنم. من باید تمام درآمد کاری‌ام را به یک حساب WIN واریز کنم و می‌توانم از این درآمد در صورت نیاز استفاده کنم. اگر قرار باشد مقداری از درآمد را پس‌انداز کنم، باید آن را در یک حساب WIN نیز نگه دارم، که در آن می‌توانم تا سقف 59,755 دلار (از 1 ژانویه 2025) جمع کنم.

اگر درآمد کاری‌ام را به حساب WIN خود واریز کنم، می‌توانم درآمد سالانه تا سقف 75,000 دلار داشته باشم. اگر من ماهانه مبلغی از SSDI دریافت کنم و مبلغ آن به دلیل کار و/یا تعدیل هزینه‌های زندگی (COLA) افزایش یابد، متوجه هستم که اگر مبلغ جدید پرداخت SSDI از سقف درآمد غیرکاری 138% سطح فقر فدرال بیشتر شود، باید مبلغ این افزایش را به حساب WIN خود واریز کنم. علاوه بر این، اگر بیکار شوم و از محل پرداخت‌های بیمه بیکاری درآمد کسب کنم، باید تمام این پرداخت‌ها را به حساب WIN خود واریز کنم تا در طول دوره شش ماهه معافیت یا "دوره ارفاقی"، واجد شرایط دریافت **MEDICAID WORKS** باقی بمانم.

من با الزامات فوق برای **MEDICAID WORKS** موافقم و موظفم تغییراتی را که ممکن است بر پوشش من تأثیر بگذارد، از جمله اما نه محدود به، تغییر آدرس، تغییر درآمد، تغییر شغل یا از دست دادن شغل، به کارشناس مسئول صلاحیت خود اطلاع دهم. همچنین موافقت می‌کنم که هرگونه مدارک لازم در مورد کارفرما، وضعیت استخدام، درآمد کاری و حساب(های) WIN خود را ارائه دهم. اگر تصمیم بگیرم که عضویت در **MEDICAID WORKS** یا در طرح مزایای ارائه شده در این برنامه را متوقف کنم، به کارشناس مسئول صلاحیت خود اطلاع خواهم داد.

شماره تأمین اجتماعی

نام کامل با حروف بزرگ و خوانا

تاریخ

امضا

این نهاد در برنامه‌ها و خدمات خود هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت، سن یا معلولیت قائل نمی‌شود.

Commonwealth of Virginia برنامه‌ای از Medicaid Works است

توافقنامه FA 0126 MedWorks