

هيئة الرعاية الصحية وخدمات الأسرة في إلينوي  
طلب التنازل بسبب الضائقة

يجب على مقدم طلب التنازل بسبب الضائقة تعبئة الأجزاء المطلوبة في هذا الطلب ويرسل الطلب مرفقة معه المستندات الثبوتية في خلال مدة أقصاها **60 يوماً** تقويمياً من تاريخ "إشعار الحق في طلب التنازل عن استرداد التركة" المرفق مع هذا الطلب. لن ينظر في الطلب إذا تم تسليم (1) الطلب أو (2) أي مستندات ثبوتية بعد انقضاء مدة **60 يوماً** تقويمياً من التاريخ المبين بالإشعار. أما إذا طلبت منك بيانات أخرى بعد تقديم الطلب في المدة المقررة، فيجب تسليم المستند المطلوب في خلال **45 يوماً** تقويمياً من تاريخ طلب هذا المستند. إذا كان مقدم الطلب سيتعرض لتأخير ما يحتاج إلى تمديد، فعليه الاتصال بمكتبنا على الرقم **217-785-8711**. فإذا لم يتصل بنا مقدم الطلب ليطلب التمديد ولم نستلم المستند المطلوب في خلال **45 يوماً** تقويمياً، فلن ينظر في الطلب.

تكتب البيانات الآتية بالحروف أو بلوحة المفاتيح

بيانات اشتراك المتوفى في برنامج Medicaid			
اسم عائلة المتوفى:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:	رقم الحالة:
الرقم التعريف للمتوفى في Medicaid:	رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى:	تاريخ ميلاد المتوفى:	(شهر/يوم/سنة)

بيانات ممتلكات التركة			
ضع علامة أمام كل ما ينطبق من الممتلكات وأكمل كل البيانات المعنية. أدرج كل ممتلكات التركة التي تشمل العقارات المنتفع بها على سبيل الإجارة المشتركة، أو الإجارة على الشبوع، أو الممتلكات الممنوحة مدى الحياة، أو الوصايا، أو المعاشات السنوية، أو بوالص التأمين على الحياة، أو حسابات التقاعد. ويرجى إرفاق نسخ من أي صكوك ملكية أو صكوك مسجلة أو بيانات بنكية أو اتفاقيات/عقود إدراج أو كشوفات بوالص التأمين على الحياة، أو أسهم أو سندات أو مستندات معاشات سنوية، إلخ. وأرفق أي كشوفات أخرى إذا لزم الأمر.			
<input type="checkbox"/> العقار	القيمة السوقية: دولار	قيمة التقييم الضريبي: دولار	
	مبلغ الرهن العقاري المستحق: دولار		
هل العقار معروض للبيع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة "لا"، فيرجى التوضيح:			
عنوان العقار بالتفصيل:	المدينة:	الولاية:	الكود البريدي:
هل هناك أحد يعيش في العقار؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة "نعم"، فمنذ متى يعيش هذا الشخص في العقار؟	اسم الشخص المقيم في العقار:	العلاقة بالمتوفى:
<input type="checkbox"/> حسابات بنكية	<input type="checkbox"/> جارية	رقم الحساب:	اسم البنك:
<input type="checkbox"/> أسهم/سندات/سندات ديون/أخرى	<input type="checkbox"/> ادخار	رقم الحساب:	اسم البنك:
		القيمة:	النوع:
		القيمة:	النوع:
		القيمة:	النوع:
		القيمة:	النوع:
		القيمة:	النوع:
		القيمة:	النوع:
<input type="checkbox"/> أخرى	الوصف:		

بيانات مقدم الطلب				
اسم عائلة مقدم الطلب:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:	تاريخ الميلاد:	العمر:
العنوان بالتفصيل	رقم الضمان الاجتماعي:	رقم هاتف المنزل:		
ص. ب.:	المدينة:	الولاية:	الكود البريدي:	
الوظيفة:	جهة العمل:	رقم هاتف جهة العمل:		
نصيب مقدم الطلب المتوقع من التركة (%)		العلاقة بالمتوفى:		
الحالة الزوجية:	اسم عائلة الزوج(ة):	الاسم الأول:		
تاريخ ميلاد الزوج(ة):	عمر الزوج(ة):	رقم الضمان الاجتماعي للزوج(ة):	رقم هاتف الزوج(ة):	
وظيفة الزوج(ة):	جهة عمل الزوج(ة):	هاتف جهة عمل الزوج(ة):		
ممتلكات مقدم الطلب				
يرجى كتابة بيانات ممتلكات مقدم الطلب. وأرفق أي كشوفات أخرى إذا لزم الأمر.				
عقار: (محل الإقامة الشخصي، وعقارات العطلات، والعقارات المستأجرة، إلخ)				
العقار 1	العنوان:	المدينة:	الولاية:	الكود البريدي:
العقار 2	العنوان:	المدينة:	الولاية:	الكود البريدي:
القيمة: (العقار 1) دولار	رصيد الرهن العقاري: (العقار 1) دولار			
القيمة: (العقار 2) دولار	رصيد الرهن العقاري: (العقار 2) دولار			
حسابات بنكية: (ادخار، جاري، شهادات ايداع، حسابات تقاعد، إلخ)				
اسم المؤسسة	رقم الحساب:	نوع الحساب:	الرصيد:	دولار
اسم المؤسسة	رقم الحساب:	نوع الحساب:	الرصيد:	دولار
المركبات الآلية: (كل السيارات، والشاحنات، والدراجات النارية، والمراكب، ومركبات الرحلات المتنقلة، إلخ)				
سنة الصنع، الماركة، الموديل:	رقم الحساب:	نوع الحساب:	الرصيد:	دولار
سنة الصنع، الماركة، الموديل:	رقم الحساب:	نوع الحساب:	الرصيد:	دولار
ممتلكات أخرى: (بنود متنوعة تمتلكها أو تقوم الآن بشرائها، مثل أسهم أو سندات، إلخ)				
الوصف:	تاريخ الشراء:	القيمة:	رصيد القرض:	دولار
الوصف:	تاريخ الشراء:	القيمة:	رصيد القرض:	دولار

الدخل الشهري لمقدم الطلب			
يرجى إرفاق نسخة من آخر إقرار ضريبي فيدرالي وإقرار الولاية.			
صافي أجر مقدم الطلب: (أرفق كعوب شيكات راتب آخر شهرين) دولار	يتم دفع المبلغ: <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين		
صافي أجر الزوج(ة): (أرفق كعوب شيكات راتب آخر شهرين) دولار	يتم دفع المبلغ: <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين		
إيجارات مدفوعة لمقدم الطلب: (يرجى تقديم عقد الإيجار) دولار	دخل من أعمال تجارية: (أرفق بيان الربح والخسارة)		
ضمان اجتماعي: دولار	إعاقعة: (أرفق آخر خطاب منح الإعانة)		
نفقة دولار	عوائد، ائتمان، مصادر دخل أخرى دولار	تعويضات عمل دولار	إعانة إسكان عام دولار
تقاعد/معاشات/معاشات سنوية			
الإعانات العامة الشهرية			
TANF دولار	(SNAP (Food Stamps دولار	V-D Child Support دولار	إعانة إسكان عام دولار
إعانات عامة أخرى دولار			إجمالي الدخل الشهري: دولار

النفقات الشهرية لمقدم الطلب					
المصاريف الشهرية:	المبلغ بالدولار	المصاريف الشهرية:	المبلغ بالدولار	المصاريف الشهرية:	المبلغ بالدولار
مدفوعات رهن عقاري أو إيجار		تأمين مالك المنزل أو تأمين الإيجار		بطاقات ائتمان 1	
ضرائب عقارية		تأمين على مركبات		بطاقات ائتمان 2	
مياه		تأمين صحي		بطاقات ائتمان 3	
صرف صحي		تأمين إعاقعة			
تدفئة		تأمين على الحياة			
كهرباء		تأمين طويل الأمد			
جمع النفايات		أقساط			
قمر صناعي/سلكي/إنترنت		قروض شخصية			
هاتف منزلي/جوال خطة بيانات		قروض دراسية			
بقالة/طعام		قروض مركبات			
وقود/بنزين		أدوية موصوفة			
نقل عام (حافلة، مترو، تاكسي، قطار، سيارات مشاركة)					

## أجب عن جميع الأسئلة وقدم المستندات الخاصة بكل جزء ينطبق عليك.

1. هل من الممكن أن تصبح مستحقًا للإعانات العامة إذا تم استرداد الأموال من التركة؟  نعم  لا

2. وضح كيف من الممكن أن يتسبب استرداد الأموال من التركة أن يجعلك محتاجًا للإعانات العامة ومستحقًا لها.

---



---



---

3. هل ستكون قادرًا على التوقف عن الحصول على الإعانة العامة إذا لم يتم استرداد الأموال من التركة؟  نعم  لا  
وضح من سيكون قادرًا على التوقف عن الحصول على الإعانة العامة/الطبية إذا لم تسترد الولاية الأموال من التركة؟

---



---



---

4. ما نوع الإعانات العامة/الطبية التي تتلقاها حاليًا؟

- Medicaid  Supplemental Security Income (SSI)  Temporary Assistance for Needy Families (TANF)  
 Subsidized Housing  Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

أخرى: \_\_\_\_\_

## أفراد الأسرة المقيمون في المنزل

يجب على الورثة الطالبين لهذا التنازل تقديم البيانات التالية بخصوص أفراد الأسرة المقيمين في المنزل إقامة كاملة.

اسم الفرد	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	العلاقة بمقدم الطلب

## الورثة المذكورون في الوصية

اسم الوريث	العنوان	المدينة	الولاية	الكود البريدي

## المستندات والإقرار

جميع البيانات المطلوبة في الطلب طوعية، إلا أن عدم تقديم هذه البيانات كاملة ودقيقة قد يؤدي إلى رفض طلب التنازل. وأي خطأ أو شطب في المستندات المقدمة من مقدم الطلب قد يؤثر على قرار هيئة HFS فقد يكون مسوغاً لرفض الطلب. يرجى إرفاق نسخة مما يلي، حسب الاقتضاء:

1. وصية المتوفى التي تتضمن أسماء الورثة ونصيب كل منهم في ممتلكات الشركة.
2. صكوك ملكية أي عقار مملوك للمتوفى أو مقدم الطلب.
3. البيانات البنكية للمتوفى.
4. مستند تثمين يحتوي على تقدير قيمة ممتلكات المتوفى.
5. نسخة من آخر خطاب/فاتورة تقييم الضرائب العقارية.
6. صورة من بوليصة التأمين على حياة المتوفى.
7. نسخة من آخر إقرار ضريبي فيدرالي وإقرار الولاية الخاص بمقدم الطلب، شامل الاستثمارات الثبوتية (W-2، وs1099، إلخ).
8. آخر كعوب شيكات راتب مقدم الطلب، وأي مصدر دخل آخر تحصل عليه أو من المتوقع أن تحصل عليه.
9. البيانات البنكية لمقدم الطلب لآخر ثلاثة أشهر.
10. إثبات استحقاق الإعانات العامة.
11. قائمة ببطاقات الائتمان والقروض المستحقة الدفع والمبلغ المدين المستحق لكل منها، شامل فواتير الخدمات (كهرباء، غاز، مياه، نفايات، إلخ).
12. صورة من شهادة ميلاد مقدم الطلب.
13. صورة من رخصة سياقة مقدم الطلب.

## الإقرار

أقر بأنني أفهم أن البيانات التي قدمتها في هذا الطلب خاضعة للتحقيق والتدقيق. وأقر تحت طائلة الحنث باليمين بأن البيانات التي قدمتها في هذا الطلب حقيقية وصحيحة، على حد علمي.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

رقم الهاتف

الاسم بالكامل بالحروف

## الممثل الموكل

إذا ساعدك شخص يمتلكك، فيرجى تعبئة هذا الجزء:

العلاقة:	الاسم الأول:	الاسم: اسم العائلة:
الولاية:	المدينة:	العنوان:
الكود البريدي:		
رقم/أرقام الهاتف		

ترسل جميع المستندات إلى العنوان التالي:

Illinois Department of Healthcare and Family Services  
Bureau of Collections  
Technical Recovery Section  
P.O. Box 19174  
Springfield, IL 62794-9174