

**HFS**Illinois Department of
Healthcare and Family Servicesهيئة الرعاية الصحية وخدمات الأسرة في إلينوي
طلب التنازل بسبب الضائق ة

يجب على مقدم طلب التنازل بسبب الضائقة تعبئة الأجزاء المطلوبة في هذا الطلب ويرسل الطلب مرفقة معه المستندات الثبوتية في خلال مدة أقصاها 60 يومًا تقويميًا 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 يومًا تقويميًا من التاريخ المبين بالإشعار. أما إذا طلبت منك بيانات أخرى بعد تقديم الطلب في المدة المقررة، فيجب تسليم المستند المطلوب في خلال 45 يومًا تقويميًا من تاريخ طلب هذا المستند. إذا كان مقدم الطلب سيتعرض لتأخير ما ويحتاج إلى تمديد، فعليه الاتصال بمكتبنا على الرقم 8711-785-217. فإذا لم يتصل بنا مقدم الطلب ليطلب التمديد ولم نستلم المستند المطلوب في خلال 45 يومًا تقويميًا، فلن ينظر في الطلب

تكتب البيانات الآتية بالحروف أو بلوحة المفاتيح

بيانات تشاركت المتوفى في برنامج Medicaid			
اسم عائلة المتوفى:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:	رقم الحالة:
رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى:	رقم الضمان الاجتماعي للمتوفى:	(شهر/يوم/سنة) تاريخ ميلاد المتوفى:	
بيانات ممتلكات ال رتقة			
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 الشيوخ، 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			
☐ العقار	القيمة السوقية: دولار	قيمة التقييم الضريبي: دولار	
☐ مبلغ الرهن العقاري المستحق: دولار	إذا كانت الإجابة "لا"، فيرجى التوضيح: ☐ نعم ☐ لا		
☐ هل العقار معروض للبيع؟			
عنوان العقار بالتفصيل:	المدينة:	الولاية:	الكود البريدي:
☐ هل هناك أحد يعيش في العقار؟ ☐ لا ☐ نعم	إذا كانت الإجابة "نعم"، فمنذ متى يعيش هذا الشخص في العقار؟	اسم الشخص المقيم في العقار:	العلاقة بالمتوفى:
☐ حسابات بنكية ☐ جارية	الرصيد: دولار	رقم الحساب:	اسم البنك:
☐ ادخار	الرصيد: دولار	رقم الحساب:	اسم البنك:
☐ أسهم/سندات/سندات ديون/أخرى	النوع:	القيمة: دولار	تاريخ الشراء:
☐ معاشات سنوية	النوع:	القيمة: دولار	تاريخ الشراء:
☐ عقار ممنوح مدى الحياة	النوع:	القيمة: دولار	تاريخ القيام:
☐ تأمين على الحياة	النوع:	القيمة: دولار	المستفيد/المستفيدون
☐ حسابات تقاعد	النوع:	القيمة: دولار	المستفيد/المستفيدون
☐ أخرى	الوصف:		

**HFS**Illinois Department of
Healthcare and Family Services**بيانات مقدم الطلب**

اسم عائلة مقدم الطلب:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:	تاريخ الميلاد:	عمر :
عنوان الشارع:	رقم الضمان الاجتماعي:	رقم هاتف المنزل:		
ص. ب:	المدينة:	الولاية:	لكود البريدي:	
الوظيفة:	جهة العمل:	رقم هاتف جهة العمل:		
نصيب مقدم الطلب المتوقع من الترك (%)		العلاقة بالمتوف:		
الحالة الزوجية:	اسم عائلة الزوج/الزوجة:	الاسم الأول:		
تاريخ ميلاد الزوج/الزوجة:	عمر الزوج/الزوجة:	رقم الضمان الاجتماعي للزوج/الزوجة:	رقم هاتف الزوج/الزوجة:	
مهنة الزوج/الزوجة:	صاحب عمل الزوج/الزوجة:	رقم هاتف صاحب عمل الزوج/الزوجة:		

ممتلكات مقدم الطلب

يرجى كتابة بيانات ممتلكات مقدم الطلب. وأرفق أي كشوفات أخرى إذا لزم الأمر .
عقار: (محل الإقامة الشخصي، وعقارات العطلات، والعقارات المستأجرة، إل ٩)

لعقار 1	عنوان الشارع:	المدينة:	الولاية:	الكود البريدي:
	القيمة: \$	رصيد الرهن العقاري: \$		
العقار 2	عنوان الشارع:	المدينة:	الولاية:	الكود البريدي:
	القيمة: \$	رصيد الرهن العقاري: \$		

حسابات بنكية: (ادخار، جاري، شهادات إيداع، حسابات تقاعد، إلخ)

اسم المؤسسة:	رقم الحساب :	نوع الحساب :	الرصيد: \$
اسم المؤسسة:	رقم الحساب :	نوع الحساب :	الرصيد: \$
اسم المؤسسة:	رقم الحساب :	نوع الحساب :	الرصيد: \$

المركبات الآلية: (كل السيارات، والشاحنات، والدراجات النارية، والمراكب، ومركبات الرحلات المتنقلة، إلخ)

سنة الصنع، الماركة، الموديل: \$	رقم الحساب: \$	تاريخ الشراء:	السنة، الصنع، الموديل:
سنة الصنع، الماركة، الموديل: \$	رقم الحساب: \$	تاريخ الشراء:	السنة، الصنع، الموديل:

ممتلكات أخرى: (بنود متنوعة تملكها أو تقوم الآن بشرائها، مثل أسهم أو سندات، إلخ)

الوصف:	تاريخ الشراء:	القيمة: \$	رصيد القرض: \$
--------	---------------	------------	----------------

**HFS**Illinois Department of
Healthcare and Family Services**الدخل الشهري لمقدم الطلب**

يرجى إرفاق نسخة من آخر إقرار ضريبي فيدرالي وإقرار الولاية.

صافي راتب المتقدم: (يرجى إرفاق قسائم الرواتب الشهرية لآخر شهرين)	يتم دفع المبلغ: ☐ شهريًا ☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين
صافي أجر الزوج(ة): (أرفق كعوب شيكات راتب آخر شهرين)	يتم دفع المبلغ: ☐ شهريًا ☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين
إيجارات مدفوعة لمقدم الطلب: (يرجى تقديم عقد الإيجار)	دخل من أعمال تجارية: \$ (أرفق بيان الربح والخسارة)

ضمان اجتماعي:	إعاقة: (أرفق آخر خطاب منح الإعانة)
---------------	------------------------------------

نفقة	عوائد، ائتمان، مصادر دخل أخرى	تعويضات عمل	إعانة إسكان عام
------	-------------------------------	-------------	-----------------

تقاعد/معاشات/معاشات سنوية

الإعانات العامة الشهرية

TANF	(SNAP) Food Stamps	V-D Child Support	إعانة إسكان عام
إعانات عامة أخرى:	إجمالي الدخل الشهري :		

النفقات الشهرية لمقدم الطلب

المصروف الشهري:	المبلغ \$	المصروف الشهري:	المبلغ \$	المصروف الشهري:	المبلغ \$
دفعات الرهن العقاري/الإيجار		تأمين مالك المنزل/المستأجر		بطاقات ائتمان 1	
ضرائب الملكية				الاسم:	
ماء		تأمين السيارة		بطاقات ائتمان 2	
مجري الصرف		تأمين صحي		الاسم:	
التدفئة		تأمين ضد العجز		بطاقات ائتمان 3	
كهربائي		تأمين الحياة		الاسم:	
جمع القمامة		التأمين طويل الأجل			
كابل/إنترنت/فضائي		دفعات التقسيط			
خطة بيانات الهاتف/الجوال		القروض الشخصية			
البقالة/الطعام		قروض الطلاب			
وقود/بنزين		قروض سيارة			
وسائل النقل العامة (الحافلة، المترو، التاكسي، القطار، المشاركة في الركوب)		دواء بوصفة طبية			

**HFS****Illinois Department of
Healthcare and Family Services****أجب عن جميع الأسئلة وقدم المستندات الخاصة بكل جزء ينطبق عليك .**☐ لا ☐ نعم

1 . هل من الممكن أن تصبح مستحقاً للإعانات العامة إذا تم استرداد الأموال من التركة؟

2 . وضح كيف من الممكن أن يتسبب استرداد الأموال من التركة أن يجعلك محتاجاً للإعانات العامة ومستحقاً لها .

☐ لا ☐ نعم3 . هل ستكون قادراً على التوقف عن الحصول على الإعانة العامة إذا لم يتم استرداد الأموال من التركة؟
وضح من سيكون قادراً على التوقف عن الحصول على الإعانة العامة/الطبية إذا لم تسترد الولاية الأموال من التركة ؟

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

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

أخرى:

أفراد العائلة 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 المدرجون في الوصية

اسم الوريث المدينة المدينة: الولاية الكود البريدي

**HFS****Illinois Department of
Healthcare and Family Services****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 التركة .
- 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 ، و 1099s، إلخ).
- 8 . آخر كعوب شيكات راتب مقدم الطلب، وأي مصدر دخل آخر حصل عليه أو من المتوقع أن تحصل عليه.
- 9 . البيانات البنكية لمقدم الطلب لأخر 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 ف

الاسم بالكامل بالحروف

الممثل الموكل

إذا ساعدك شخص يمثلك، فيرجى تعبئة هذا الجزء:

العلاقة :

الاسم الأول :

الاسم: اسم العائلة :

الكود البريدي:

الولاية:

المدينة:

العنوان :

رقم/أرقام الهاتف