

# MEDICAID WORKS

## معاهدہ

میں ورجینیا میڈیکائیڈ پروگرام کے **MEDICAID WORKS** ورک انسینٹیو پروگرام کے لیے درخواست دینا چاہوں گا جو معذور لوگوں کے لیے ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ یہ ایک رضاکارانہ آپشن ہے اور یہ کہ میں کسی بھی وقت پروگر

ام چھوڑ سکتا ہوں اور باقاعدہ Medicaid کوریج پر واپس آ سکتا ہوں اگر میں کسی دوسرے Medicaid کورڈ گروپ کے لیے اہلیت کے تقاضوں کو پورا کرنا جاری رکھتا ہوں۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ **MEDICAID WORKS** میں اندراج کے دوران، مجھے صحت سے متعلق ایک مختلف فائدہ کا منصوبہ ملے گا جس میں تمام معیاری Medicaid فوائد کے ساتھ ساتھ ذاتی امداد کی خدمات بھی شامل ہوں گی، معیاری Medicaid بینیفٹ پلان کے برخلاف جو عام طور پر Medicaid کے اندراج کرنے والوں کو فراہم کیا جاتا ہے اور اس میں بغیر کسی اضافی طبی اسکریننگ کے ذاتی امدادی خدمات شامل نہیں ہیں۔ میں کسی بھی وقت **MEDICAID WORKS** بینیفٹ پلان کو منسوخ کر سکتا ہوں اور معیاری Medicaid بینیفٹ پلان پر واپس جا سکتا ہوں۔

میں جانتا ہوں کہ **MEDICAID WORKS** میں اندراج کرنے کے لیے، مجھے ملازم ہونا ضروری ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ اس کام کی ترغیباتی منصوبہ کے لیے اہل ہونے کے لیے، مجھے بینک یا دیگر مالیاتی ادارے کے ساتھ کم از کم ایک ورک انسینٹیو (WIN) اکاؤنٹ (ایک باقاعدہ چیکنگ یا سیونگ اکاؤنٹ) کھولنا چاہیے۔ مجھے اپنی تمام کمائی ہوئی آمدنی WIN اکاؤنٹ میں جمع کرنی چاہیے، اور میں اس آمدنی کو ضرورت کے مطابق استعمال کر سکتا ہوں۔ اگر میں اپنی کمائی میں سے کچھ بچانے جا رہا ہوں، تو مجھے اسے ایک WIN اکاؤنٹ میں رکھنا چاہیے، جہاں میں \$45,976 (تک جمع کر سکتا ہوں یکم جنوری 2024)۔

اپنی کمائی ہوئی آمدنی کو اپنے WIN اکاؤنٹ میں جمع کرنے سے میں ہر سال \$75,000 تک کما سکتا ہوں۔ اگر میری ماہانہ SSDI ادائیگی کام اور/یا زندگی کی لاگت کی ایڈجسٹمنٹ (COLA) کی وجہ سے بڑھ جاتی ہے، تو میں سمجھتا ہوں کہ اگر نئی SSDI ادائیگی کی رقم وفاقی غربت کی سطح کے 138% کی غیر کمائی ہوئی آمدنی کی حد سے تجاوز کر جاتی ہے، مجھے فرق اپنے WIN اکاؤنٹ میں جمع کرنا ہوگا۔ مزید برآں، اگر میں بے روزگار ہو جاتا ہوں اور بیروزگاری بیمہ کی ادائیگیاں حاصل کرتا ہوں، تو مجھے یہ تمام ادائیگیاں اپنے WIN اکاؤنٹ میں جمع کرانی ہوں گی تاکہ چھ ماہ کی "رعایتی" مدت کے دوران **MEDICAID WORKS** وصول کرنا جاری رکھ سکیں۔

میں تسلیم کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا **MEDICAID WORKS** کے تقاضے مجھ پر لاگو ہوتے ہیں اور یہ کہ میں اپنے اہلیت کارکن کو کسی بھی ایسی تبدیلی کے بارے میں مطلع کروں گا جس کا اثر میرے کوریج پر پڑ سکتا ہے، جیسے کہ منتقل ہونا، میری آمدنی میں تبدیلی، ملازمتیں تبدیل کرنا، یا اپنی ملازمت کھونا۔ میں مزید اپنے آجر، ملازمت کی حیثیت، کمائی ہوئی آمدنی اور WIN اکاؤنٹس سے متعلق کوئی بھی مطلوبہ دستاویزات فراہم کرنے سے اتفاق کرتا ہوں۔ اگر میں **MEDICAID WORKS** یا اس پروگرام کی طرف سے پیش کردہ بینیفٹ پلان میں اندراج بند کرنے کا فیصلہ کرتا ہوں، تو میں اپنے اہلیت کارکن کو مطلع کروں گا۔

سوشل سیکورٹی نمبر

مکمل نام پرنٹ کریں

تاریخ

دستخط

یہ ادارہ اپنے پروگراموں اور خدمات میں نسل، رنگ، قومی اصل، جنس، عمر، یا معذوری کی بنیاد پر امتیازی سلوک نہیں کرتا ہے۔

Medicaid Works کامن ویلتھ آف ورجینیا کا ایک پروگرام ہے

MedWorks Flyer 0124 UR