



ما هو برنامج EPIC؟

برنامج التغطية التأمينية الدوائية لكبار السن (EPIC) هو برنامج تابع لولاية نيويورك تحت إدارة إدارة الصحة، ويمنح كبار السن المساعدة عن طريق التحمل الجزئي لتكاليف الأدوية التي تصرف بوصفة طبية، والتي يغطيها برنامج ميديكير الجزء د (Medicare Part D) بعد استيفاء أي مستقطعات خاصة بالجزء د. كما يغطي برنامج EPIC العديد من الأدوية المستثناة من تغطية برنامج ميديكير الجزء د (Medicare Part D).

• يدفع مشتركو نظام الرسوم رسوماً سنوية لبرنامج EPIC وفقاً لدخلهم. تتراوح المدفوعات المشتركة لبرنامج EPIC من 3 دولارات - إلى 20 دولاراً بناءً على تكلفة الدواء، وتسقط رسوم برنامج EPIC عن متلقي التغطية الكاملة لبرنامج المساعدة الإضافية (Extra Help).

• يجب أن يبلي مشتركو نظام الاستقطاعات قيمة سنوية مستقطعة من مالهم الخاص تُحدّد وفقاً لدخلهم قبل سداد المدفوعات المشتركة للأدوية من برنامج EPIC.

كما يدفع برنامج EPIC أقساط برنامج ميديكير الجزء د (Medicare Part D) بما يصل إلى قيمة التغطية الأساسية، وذلك للمشاركين الذين يقل دخلهم السنوي عن 23,000 دولار لغير المتزوجين أو 29,000 دولار للمتزوجين.

يجب على أصحاب الدخل المرتفع عن تلك القيم سداد أقساط تغطية الجزء د الخاصة بهم.

• ولمساعدتهم على السداد، تخفض قيمة خصومات برنامج EPIC بما يعادل التكاليف السنوية للتغطية الأساسية لبرنامج ميديكير الجزء د (Medicare Part D).

• ستقل خصومات برنامج EPIC للدخل الوارد في المناطق المظللة في جدول نظام الخصومات عن المبالغ المذكورة.

من يمكنه الاشتراك في البرنامج؟

• جميع قاطني ولاية نيويورك الذين يبلغون من العمر 65 عاماً فأكثر ويصل دخلهم السنوي إلى 75,000 دولار في حال العزوبية أو 100,000 دولار في حال الزواج.

• أيّ من كبار السن المؤهلين الخاضعين لخطة إنفاق الفائض (spend down) في برنامج ميديكير (Medicaid) ولا يتلقون استحقاقات برنامج ميديكير كاملة.

الاشتراك في برنامج ميديكير الجزء د (Medicare Part D)

يجب أن يتمتع جميع مشتركي برنامج EPIC بتغطية الجزء د لكي يتلقوا استحقاقات برنامج EPIC. نظراً لأن برنامج EPIC هو برنامج معتمد لنظام المعونة الدوائية في الولاية، يمكن للمشاركين الاشتراك في تغطية خطة الجزء د خلال العام بمجرد التسجيل في برنامج EPIC. كما يمكنهم تغيير خطة ميديكير الجزء د (Medicare Part D) الخاصة بهم مرة واحدة في أثناء العام.

برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help" قد يوفر المال!

سيستخدم برنامج EPIC المعلومات الواردة في هذا الطلب للتقدم بطلب للاشتراك في برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help" نيابة عن كبير السن، إذا كان الدخل مؤهلاً لذلك، وستستخدم الأسطر 1-3 فقط لتحديد الأهلية لبرنامج EPIC.

• يمكن لكبار السن الذين يتلقون إعانة برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help" بالفعل إرسال نسخة من خطاب تحديد الأهلية من إدارة الضمان الاجتماعي مرفقة بالنموذج.

• إذا تمت الموافقة على الاشتراك في برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help" للدعم الكامل، فسيكون لكبير السن مدفوعات مشتركة أقل ولن يكون هناك فجوة في تغطية برنامج ميديكير الجزء د (Medicare Part D). سيسدد البرنامج ميديكير (Medicare) و EPIC جميع الأقساط الشهرية لخطة الجزء د أو معظمها.

كيفية التقديم

- أكمل نموذج الطلب ووقعه ثم أرسله بالبريد إلى العنوان الموضح أدناه.
- اذكر إجمالي الدخل الخاص بك ويزوجتك إذا كنتما تعيشان معاً (حتى وإن كان المتقدم شخصاً واحداً منكما) ويجب على كلاكما التوقيع على النموذج.
- يمكن التقدم بالطلب بشكل منفصل، كما يمكن للزوجين اللذين يعيشان معاً أن يستخدموا النموذج نفسه. اختر "أعزب" إذا كنت أعزباً، أو مطلقاً، أو أرملاً، أو لا تعيش زوجتك معك (على سبيل المثال: في دار لرعاية المسنين). اختر "متزوج" إذا كنت أنت وزوجتك تعيشان في المنزل نفسه.

لمزيد من المعلومات، اتصل بخط المساعدة المجاني الخاص ببرنامج EPIC على الرقم 1-800-332-3742 (الهاتف النصي 1-800-290-9138 TTY)

يمكن تنزيل نموذج الطلب من الرابط التالي: http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm

اختر إصدار اللغة التي تريدها

أو أرسل خطاباً بالبريد إلى: EPIC

P.O. Box 15018

Albany, NY 12212-5018.

الدخل السنوي السابق

تستخدم الأسطر 1-3 لتحديد أهليتك لبرنامج EPIC. إذا كنت متزوجًا وتعيش مع زوجتك، اكمل المعلومات لكليهما باستخدام المبلغ (المبالغ) الموجود(ة) في السطر 3، راجع جدول أسعار برنامج EPIC على الجانب الخلفي من هذه الصفحة لتحديد خطتك استنادًا إلى دخلك أو رسومك السنوية أو استقطاعاتك السنوية.

التأهل للاشتراك في برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help"

كبار السن المؤهلين بالفعل لبرنامج مدخرات مديكير (Medicare Savings) مؤهلون تلقائيًا للاشتراك في برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help". يُرجى إرسال نسخة من خطاب تحديد الأهلية الخاص بك. يمكنك تخطي الأسطر من 4 إلى 22 إذا كنت مؤهلًا.

الدخل الشهري الحالي

الأسطر 4-9. يُرجى إدخال الدخل الشهري الحالي قبل الخصومات لكل نوع، أي الضمان الاجتماعي، قدامى المحاربين. إذا تغير المبلغ من شهر إلى آخر، فقم بتقدير متوسط الدخل الشهري للأشهر الـ 12 الماضية لكل سطر. لا تُضمن الأجور والأعمال الحرة، أو دخل الفائدة، أو أرباح الأسهم، أو المساعدة العامة، أو التكاليف الطبية أو مدفوعات الرعاية البديلة. يُرجى إدخال 0 دولار إذا لم يكن لديك دخل للإبلاغ عنه في هذا السطر.

السطر 8. يُرجى تحديد نوع الدخل الآخر الذي تقوم أنت أو زوجتك بذكره في السطر 5، مثل: النفقة، صافي الدخل من الإيجار، تعويضات العمال، مدفوعات الإعاقة الخاصة أو الحكومية، وما إلى ذلك.

السطر 10. يُرجى ذكر ما إذا كان أي من المبالغ المذكورة في الأسطر من 4 إلى 8 قد انخفضت في العامين الماضيين.

الأصول

الأسطر 11-14. يُرجى ذكر الرصيد الحالي (أو التقديري) للحسابات المصرفية، أو الاستثمارات أو الأموال النقدية التي تملكها أنت و/أو زوجتك (إذا كنت متزوجًا وتعيش معًا). قم بتضمين الأموال النقدية أو الاستثمارات التي يملكها أي منكما مع شخص آخر. لا تُضمن منزلك، أو سيارتك، أو الأراضي المخصصة للدفن، أو الممتلكات الشخصية، أو المدفوعات المتأخرة من الضمان الاجتماعي، أو دخل الضمان الاجتماعي. في كل سطر، أدخل 0 دولار إذا لم ينطبق.

المصروفات والأرباح الأخرى

إذا كنت أعزب، يُرجى الإجابة عن الأسئلة (12-14) بناءً على دخلك وأصولك. إذا كنت متزوجًا وتعيش مع زوجتك، فيرجى الإجابة عن الأسئلة (12-14) بناءً على دخلكم وأصولكم المجمعة، حيثما ينطبق ذلك.

السطر 15. يُرجى اختيار نعم إذا كنت تتوقع نقودًا أو أموالاً من أي استثمارات مدرجة ضمن الأصول على الأسطر (8-10) التي سستخدم لدفع مصاريف الجنازة أو الدفن لك أو لزوجتك. غير ذلك، اختر لا.

السطر 16. يُرجى اختيار نعم إذا كنت أنت أو زوجتك تمتلكان عقارات أخرى غير منزلك (على سبيل المثال: منزل صيفي، أو عقارات مؤجرة أو أراضٍ بور منفصلة عن منزلك). غير ذلك، اختر لا.

السطر 17. يُرجى إدخال عدد الأقارب الذين يعيشون معك وتعليمهم أنت أو زوجتك من خلال توفير نصف الدعم المالي الذي يحتاجون إليه على الأقل. قد يشمل الأقارب أي شخص تربطك به صلة قرابة بالدم، أو الزواج أو التبني. أدخل 0 إذا كان هذا السؤال لا ينطبق.

أجب عن الأسئلة 18-22 فقط إذا كنت أنت وزوجتك (إذا كنتم تعيشان معًا) عملتم في العامين الماضيين. غير ذلك، يُرجى ترك الأسئلة 18-22 فارغة.

السطر 18. يُرجى تقدير المبلغ الذي تتوقع أنت أو زوجتك جنيته من الأجور قبل الضرائب والخصومات في هذا العام الميلادي.

السطر 19. إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، يُرجى تقدير المبلغ الذي تتوقع أنت أو زوجتك كسبه أو خسارته في هذا العام الميلادي. يُرجى إدخال الرقم بالسالب إذا كنت تتوقع خسارة.

السطر 20. يُرجى اختيار نعم إذا كانت المبالغ المذكورة في السطرين 18 أو 19 قد انخفضت في العامين الماضيين. غير ذلك، اختر لا.

السطر 21. يُرجى إدخال الشهر والعام (شهر/عام) اللذين توقفت فيهما عن العمل أو خططت للتوقف عن العمل. يُرجى ترك هذا فارغًا إذا كنت تخطط أنت أو زوجتك لمواصلة العمل.

السطر 22. يُرجى اختيار إما نعم أو لا إذا كنت أنت أو زوجتك تدفعان مقابل الأشياء التي تنتج لزوجتك العمل. من الأمثلة على هذه النفقات: الكرسي المتحرك؛ تكلفة العلاج الطبي والأدوية للأمراض؛ خدمات المرافق الخاص؛ تعديلات السيارات أو احتياجات النقل الأخرى؛ التكنولوجيا المساعدة المتعلقة بالعمل؛ نفقات الكلب المرشد؛ المساعدات الحسية والبصرية؛ وترجمات برايل. يُرجى اختيار لا ينطبق، إذا كنت أعزب أو زوجتك تبلغ من العمر 65 عامًا أو أكثر.

السطر 23. يُرجى التأكد من إرفاق نسخة من خطاب تحديد الأهلية الخاص بك إذا كنت تتلقى بالفعل إعانات برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help".

نموذج طلب



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

هل تحتاج إلى مساعدة؟ اتصل مجاناً على: 1-800-332-3742
¿NECESITA AYUDA? LLAME AL: 1-800-332-3742

يرجى الكتابة بحروف واضحة!

<input type="checkbox"/> أنت فقط	<input type="checkbox"/> أنت وزوجتك	<input type="checkbox"/> برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help" فقط
اسم العائلة	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
اسم العناية (إن كان شخصاً مختلفاً عما سلف ذكره)		
رقم الضمان الاجتماعي		
النوع		
<input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> ذكر	<input checked="" type="checkbox"/> X
تاريخ ميلادك		
عنوان محل إقامتك (ليس صندوق البريد)		
رقم هاتفك	الولاية	الرمز البريدي
رقم المدينة		
عنوان تلقي المراسلات البريدية (إذا كان مختلفاً عن العنوان الوارد أعلاه)		
الحالة الاجتماعية		
<input type="checkbox"/> أرمل، أو أعزب أو مطلق		
<input type="checkbox"/> متزوج، تعيشان معاً		
<input type="checkbox"/> متزوج، تعيش منفصلاً		
رقم الضمان الاجتماعي للزوجة		
اسم الزوجة (إذا كانت على قيد الحياة)		
اسم العائلة	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
رقم هاتف الزوجة		
رقم المدينة		
تاريخ ميلاد الزوجة		
نوع الزوجة		
<input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> ذكر	<input checked="" type="checkbox"/> X

أدخل رقم مطالبة برنامج ميديكير (Medicare) الخاصة بك (البطاقة الزرقاء، والبيضاء والحمراء)
أدخل رقم مطالبة برنامج ميديكير (Medicare) الخاص بزوجتك (البطاقة الزرقاء، والبيضاء والحمراء)
إذا كنت مشتركاً في برنامج EPIC بالفعل، فأدخل رقم تعريف برنامج EPIC الخاص بك
إذا كانت زوجتك مشتركة في برنامج EPIC، فأدخل رقم تعريف برنامج EPIC الخاص بزوجتك

تحديد الأهلية لبرنامج EPIC: اذكر إجمالي دخلك للعام الميلادي الماضي.

إذا كنت متزوجاً وتعيش مع زوجتك، فيجب عليك ذكر مجموع الدخل السنوي للعام السابق لك ولزوجتك حتى إذا كان أحدهما فقط هو المتقدم بالطلب. إذا كنت متزوجاً ولكن تعيش بشكل منفصل عن زوجتك، اذكر دخلك السنوي فقط. قم بضرب الراتب الشهري في 12 لمعرفة الدخل السنوي. تُستخدم الأسطر 3-1 فقط لتحديد أهليتك لبرنامج EPIC.

الدخل السنوي للزوجة	دخلك السنوي
دولار _____	دولار _____
دولار _____	دولار _____
دولار _____	دولار _____

1. استحقاقات الضمان الاجتماعي و/أو استحقاقات التقاعد للعاملين بالسكك الحديدية، (بعد طرح أقساط برنامج ميديكير الجزء ب) التي تتلقاها سواء عن طريق شيك مصرفي أو بالإيداع المباشر.
2. مصادر دخل أخرى: تشمل المعاشات، والدفعات السنوية، والفوائد، والأرباح، وتوزيعات حساب التقاعد الفردي، والمكاسب الرأسمالية، والأجور، ودخل أو خسائر الأعمال، وصافي الدخل من الإيجار، وما إلى ذلك.
3. إجمالي الدخل السنوي (يضاف السطران 1 و 2)

تحديد الأهلية لبرنامج المساعدة الإضافية "Extra Help": اذكر إجمالي دخلك الشهري الحالي.

سيستخدم برنامج EPIC إجاباتك عن الأسطر من 4 إلى 22 للتقدم بطلب للحصول على إعانة فيدرالية تسمى المساعدة الإضافية "Extra Help" نيابة عنك. هذا مطلوب بموجب القانون للحصول على استحقاقات برنامج EPIC. إذا كنت تتلقى بالفعل استحقاقات برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help"، فانتقل إلى السطر 23 (تخطى الأسطر 4-22) للإشارة إلى أنك تقدم نسخة من خطاب تحديد الأهلية الخاص بك.

دخلك	دخل الزوجة	المبالغ الشهرية الحالية (أدخل 0 دولار إذا لم يكن هناك دخل)
_____ دولار	_____ دولار	4. الضمان الاجتماعي الشهري قبل الخصومات
_____ دولار	_____ دولار	5. استحقاقات التقاعد الشهرية للعاملين بالسكك الحديدية
_____ دولار	_____ دولار	6. الاستحقاقات الشهرية للمحاربين القدامى قبل الخصومات
_____ دولار	_____ دولار	7. شهريًا - المعاشات التقاعدية والاستحقاقات السنوية الأخرى قبل الخصومات (لا تشمل أي مبلغ مذكور في قسم الأصول أدناه)
_____ دولار	_____ دولار	8. شهريًا - مصادر الدخل الأخرى غير المذكورة أعلاه (بما في ذلك النفقة، صافي الدخل من الإيجار، تعويضات العمال، مدفوعات الإعاقة الخاصة أو الحكومية)
_____ دولار	_____ دولار	18. حدد أنواع الدخل الأخرى (السطر 8):
_____ دولار	_____ دولار	9. إجمالي الدخل الشهري (تضاف الأسطر 4-8)

إذا تجاوز دخلك الحد المحدد في برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help" للسنة الميلادية التي تقدم الطلب فيها (قم بزيارة الموقع الإلكتروني الخاص ببرنامج EPIC على http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm أو الموقع الإلكتروني لإدارة الضمان الاجتماعي على <http://www.ssa.gov>)، يُرجى تخطي الأسطر 10-22 ثم المتابعة. إذا لم يكن لديك اتصال بالإنترنت، فاتصل بخط المساعدة الخاص ببرنامج EPIC على: 1-800-332-3742 (الهاتف النصي) (TTY) 1-800-290-9138.

10. هل انخفضت أي مبالغ مذكورة في الأسطر 4-8 خلال العامين الماضيين؟
 نعم لا
11. الحسابات المصرفية – إجمالي الرصيد الجاري (الشيكات، المدخرات، السوق النقدية، شهادات الإيداع)
 _____ دولار
12. الأسهم، أو السندات، أو سندات الادخار، أو حسابات التقاعد الفردية الخاصة بصناديق الاستثمار المشتركة أو غيرها من الاستثمارات المماثلة
 _____ دولار
13. الأموال النقدية في المنزل أو في أي مكان آخر
 _____ دولار
14. إجمالي الأصول (تضاف الأسطر 11-13).
 _____ دولار

إذا تجاوزت أصولك الحد المحدد في برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help" للسنة الميلادية التي تقدم الطلب فيها (قم بزيارة الموقع الإلكتروني الخاص ببرنامج EPIC على http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm أو الاطلاع على معلومات مماثلة من خلال الموقع الإلكتروني الخاص بمراكز الرعاية الصحية والخدمات الطبية (CMS))، فيرجى تخطي الأسطر 15-22 والمتابعة إلى التوقيع.

15. هل ستستخدم أصولك في مصاريف الجنازة أو الدفن؟
 نعم لا
16. هل تملك عقارات أخرى غير منزلك؟
 نعم لا
17. كم عدد الأقارب الذين يعيشون معك وتعيّلم من خلال توفير نصف الدعم المالي الذي يحتاجون إليه على الأقل؟ (لا يشملك أنت أو زوجتك)

18. ما هي الأجر المتوقع أن تجنيها قبل الضرائب والخصومات في هذا العام الميلادي؟
 أنت: _____ دولار
 الزوجة: _____ دولار
19. إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، ما هو صافي أرباحك أو خسارتك المتوقع في هذا العام الميلادي؟
 أنت: _____ دولار
 الزوجة: _____ دولار
20. هل انخفضت المبالغ المذكورة في السطرين 18 أو 19 خلال العامين الماضيين؟
 نعم لا
21. إذا توقفت مؤخرًا عن العمل أو تخطط للتوقف عن العمل، فأدخل الشهر والعام (مثال: 2018/09)
 أنت: _____ / 20
 الزوجة: _____ / 20

22. إذا كان عمر زوجتك أقل من 65 عامًا وكانت كفيفة أو من ذوي الإعاقة، فهل تدفع أنت أو زوجتك مقابل الأشياء التي تمكن زوجتك من العمل؟

نعم لا لا ينطبق

23. إذا كنت مؤهلاً بالفعل لبرنامج مدخرات ميديكير (Medicare Savings) وتتلقى إعانات برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help"، هل أرفقت نسخة من خطاب تحديد الأهلية الخاص بك؟

نعم لا لا ينطبق

إذا ساعدك شخص ما في إكمال هذا النموذج، يُرجى تقديم اسمه وعنوانه ورقم هاتفه.

رقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة)

الاسم

()

المدينة/ الولاية/ الرمز البريدي

العنوان البريدي

اقرأ ما يلي بعناية ووقع أدناه:

أقر بصحة المعلومات الواردة في هذا النموذج. أقطن في ولاية نيويورك ولا أتلقى حاليًا استحقاقات برنامج ميديكير (Medicaid) كاملة. أعلم أنه يتعين عليّ تقديم ما يثبت عمري، ودخلي، ومحل إقامتي، وحالتي لدى برنامج ميديكير (Medicare) وخطة تغطية العقاقير الدوائية لبرنامج ميديكير الجزء د (Medicare Part D)، إن وجد. كما أعلم أنه يتعين عليّ التسجيل في خطة تغطية العقاقير الدوائية لبرنامج ميديكير الجزء د (Medicare Part D) لكي أكون مسجلًا في برنامج التغطية التأمينية الدوائية لكبار السن (EPIC). أدرك أن عدم تقديم المعلومات التعريفية اللازمة للتسجيل في خطة الجزء د أو إعانة برنامج ميديكير (Medicare) (المساعدة الإضافية - Extra Help)، إذا كنت مؤهلاً لها، قد يؤدي إلى إنهاء تغطية برنامج EPIC. أوافق على تبادل جميع المعلومات اللازمة للتحقق من أهليتي فيما بين برنامج EPIC، وإدارة الضمان الاجتماعي، وبرنامج ميديكير (Medicare)، وبرنامج ميديكير (Medicaid) بولاية نيويورك، ومصحة الضرائب بولاية نيويورك، وخطة تغطية العقاقير الدوائية لبرنامج ميديكير الجزء د (Medicare Part D)، وأي جهات أخرى لازمة. في حال تكرار أو دفع مبالغ زائدة بالخطأ من EPIC، فإنني أحيل إلى برنامج EPIC أية مخصصات دوائية قد أكون مستحقًا لها بموجب أي خطط تابعة لبرنامج الجزء د أو للحكومة. أفوض مقدمي الرعاية الصحية خاصتي بالكشف إلى برنامج EPIC عن معلوماتي الطبية المتعلقة بالوصفات الطبية و/أو التشخيصات، لاستخدامها عند الدفع أو التدقيق أو في معاملات الرعاية الصحية ذات الصلة.

يجب عليك (وزوجتك إذا كنما تعيشان معًا) التوقيع أدناه:

التاريخ

توقيعك (الممثل القانوني)

التاريخ

توقيع الزوجة (الممثل القانوني)

تنبيه: إذا كنت مؤهلاً للحصول على إعانة برنامج المساعدة الإضافية "Extra Help" ولم تكمل الأسطر 4-22 أو تقدم نسخة من خطاب تحديد الضمان الاجتماعي الخاص بك، فسيُعتبر طلبك غير مكتمل.



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

EPIC
P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018
(518) 452-3576

أرسل هذا النموذج بعد إكماله بريديًا إلى:

أو عن طريق الفاكس:

الرسوم السنوية (لكل فرد)	الدخل السنوي المشترك
8 دولارات	ما يصل إلى 6,000 دولار
12 دولارًا	6,001 دولار - 7,000 دولار
16 دولارًا	7,001 دولار - 8,000 دولار
20 دولارًا	8,001 دولار - 9,000 دولار
24 دولارًا	9,001 دولار - 10,000 دولار
28 دولارًا	10,001 دولار - 11,000 دولار
32 دولارًا	11,001 دولار - 12,000 دولار
36 دولارًا	12,001 دولار - 13,000 دولار
40 دولارًا	13,001 دولار - 14,000 دولار
40 دولارًا	14,001 دولار - 15,000 دولار
84 دولارًا	15,001 دولار - 16,000 دولار
106 دولارات	16,001 دولار - 17,000 دولار
126 دولارًا	17,001 دولار - 18,000 دولار
150 دولارًا	18,001 دولار - 19,000 دولار
172 دولارًا	19,001 دولار - 20,000 دولار
194 دولارًا	20,001 دولار - 21,000 دولار
216 دولارًا	21,001 دولار - 22,000 دولار
238 دولارًا	22,001 دولار - 23,000 دولار
260 دولارًا	23,001 دولار - 24,000 دولار
275 دولارًا	24,001 دولار - 25,000 دولار
300 دولار	25,001 دولار - 26,000 دولار
راجع نظام الاستقطاعات	أكثر من 26,000 دولار

المستزوج

الرسوم السنوية	الدخل السنوي
8 دولارات	ما يصل إلى 6,000 دولار
16 دولارًا	6,001 دولار - 7,000 دولار
22 دولارًا	7,001 دولار - 8,000 دولار
28 دولارًا	8,001 دولار - 9,000 دولار
36 دولارًا	9,001 دولار - 10,000 دولار
40 دولارًا	10,001 دولار - 11,000 دولار
46 دولارًا	11,001 دولار - 12,000 دولار
54 دولارًا	12,001 دولار - 13,000 دولار
60 دولارًا	13,001 دولار - 14,000 دولار
80 دولارًا	14,001 دولار - 15,000 دولار
110 دولارًا	15,001 دولار - 16,000 دولار
140 دولارًا	16,001 دولار - 17,000 دولار
170 دولارًا	17,001 دولار - 18,000 دولار
200 دولار	18,001 دولار - 19,000 دولار
230 دولارًا	19,001 دولار - 20,000 دولار
راجع نظام الاستقطاعات	أكثر من 20,000 دولار

الأعزب



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

المناطق المظللة - حيث تكون خصومات برنامج EPIC الخاصة بك أقل من المبالغ الموضحة.

الإستقطاعات السنوية (لكل فرد)	الدخل السنوي المشترك	الإستقطاعات السنوية (لكل فرد)	الدخل السنوي المشترك	الإستقطاعات السنوية	الدخل السنوي
2,045 دولارًا	60,001 دولار - 61,000 دولار	26,000 دولار	أقل من 26,000 دولار راجع نظام الرسوم	20,000 دولار راجع نظام الرسوم	أقل من 20,001 دولار - 21,000 دولار
2,075 دولارًا	61,001 دولار - 62,000 دولار	27,000 دولار	26,001 دولار - 27,000 دولار	21,000 دولار	21,001 دولار - 22,000 دولار
2,105 دولارات	62,001 دولار - 63,000 دولار	27,001 دولار	27,001 دولار - 28,000 دولار	22,000 دولار	22,001 دولار - 23,000 دولار
2,135 دولارًا	63,001 دولار - 64,000 دولار	28,000 دولار	28,001 دولار - 29,000 دولار	23,000 دولار	23,001 دولار - 24,000 دولار
2,165 دولارًا	64,001 دولار - 65,000 دولار	29,000 دولار	29,001 دولار - 30,000 دولار	24,000 دولار	24,001 دولار - 25,000 دولار
2,195 دولارًا	65,001 دولار - 66,000 دولار	30,000 دولار	30,001 دولار - 31,000 دولار	25,000 دولار	25,001 دولار - 26,000 دولار
2,225 دولارًا	66,001 دولار - 67,000 دولار	31,000 دولار	31,001 دولار - 32,000 دولار	26,000 دولار	26,001 دولار - 27,000 دولار
2,255 دولارًا	67,001 دولار - 68,000 دولار	32,000 دولار	32,001 دولار - 33,000 دولار	27,000 دولار	27,001 دولار - 28,000 دولار
2,285 دولارًا	68,001 دولار - 69,000 دولار	33,000 دولار	33,001 دولار - 34,000 دولار	28,000 دولار	28,001 دولار - 29,000 دولار
2,315 دولارًا	69,001 دولار - 70,000 دولار	34,000 دولار	34,001 دولار - 35,000 دولار	29,000 دولار	29,001 دولار - 30,000 دولار
2,345 دولارًا	70,001 دولار - 71,000 دولار	35,000 دولار	35,001 دولار - 36,000 دولار	30,000 دولار	30,001 دولار - 31,000 دولار
2,375 دولارًا	71,001 دولار - 72,000 دولار	36,000 دولار	36,001 دولار - 37,000 دولار	31,000 دولار	31,001 دولار - 32,000 دولار
2,405 دولارات	72,001 دولار - 73,000 دولار	37,000 دولار	37,001 دولار - 38,000 دولار	32,000 دولار	32,001 دولار - 33,000 دولار
2,435 دولارًا	73,001 دولار - 74,000 دولار	38,000 دولار	38,001 دولار - 39,000 دولار	33,000 دولار	33,001 دولار - 34,000 دولار
2,465 دولارًا	74,001 دولار - 75,000 دولار	39,000 دولار	39,001 دولار - 40,000 دولار	34,000 دولار	34,001 دولار - 35,000 دولار
2,495 دولارًا	75,001 دولار - 76,000 دولار	40,000 دولار	40,001 دولار - 41,000 دولار	35,000 دولار	35,001 دولار - 36,000 دولار
2,525 دولارًا	76,001 دولار - 77,000 دولار	41,000 دولار	41,001 دولار - 42,000 دولار	36,000 دولار	36,001 دولار - 37,000 دولار
2,555 دولارًا	77,001 دولار - 78,000 دولار	42,000 دولار	42,001 دولار - 43,000 دولار	37,000 دولار	37,001 دولار - 38,000 دولار
2,585 دولارًا	78,001 دولار - 79,000 دولار	43,000 دولار	43,001 دولار - 44,000 دولار	38,000 دولار	38,001 دولار - 39,000 دولار
2,615 دولارًا	79,001 دولار - 80,000 دولار	44,000 دولار	44,001 دولار - 45,000 دولار	39,000 دولار	39,001 دولار - 40,000 دولار
2,645 دولاراً	80,001 دولار - 81,000 دولار	45,000 دولار	45,001 دولار - 46,000 دولار	40,000 دولار	40,001 دولار - 41,000 دولار
2,675 دولاراً	81,001 دولار - 82,000 دولار	46,000 دولار	46,001 دولار - 47,000 دولار	41,000 دولار	41,001 دولار - 42,000 دولار
2,705 دولارات	82,001 دولار - 83,000 دولار	47,000 دولار	47,001 دولار - 48,000 دولار	42,000 دولار	42,001 دولار - 43,000 دولار
2,735 دولارًا	83,001 دولار - 84,000 دولار	48,000 دولار	48,001 دولار - 49,000 دولار	43,000 دولار	43,001 دولار - 44,000 دولار
2,765 دولارًا	84,001 دولار - 85,000 دولار	49,000 دولار	49,001 دولار - 50,000 دولار	44,000 دولار	44,001 دولار - 45,000 دولار
2,795 دولارًا	85,001 دولار - 86,000 دولار	50,000 دولار	50,001 دولار - 51,000 دولار	45,000 دولار	45,001 دولار - 46,000 دولار
2,825 دولارًا	86,001 دولار - 87,000 دولار	51,000 دولار	51,001 دولار - 52,000 دولار	46,000 دولار	46,001 دولار - 47,000 دولار
2,855 دولارًا	87,001 دولار - 88,000 دولار	52,000 دولار	52,001 دولار - 53,000 دولار	47,000 دولار	47,001 دولار - 48,000 دولار
2,885 دولارًا	88,001 دولار - 89,000 دولار	53,000 دولار	53,001 دولار - 54,000 دولار	48,000 دولار	48,001 دولار - 49,000 دولار
2,915 دولارًا	89,001 دولار - 90,000 دولار	54,000 دولار	54,001 دولار - 55,000 دولار	49,000 دولار	49,001 دولار - 50,000 دولار
2,945 دولارًا	90,001 دولار - 91,000 دولار	55,000 دولار	55,001 دولار - 56,000 دولار	50,000 دولار	50,001 دولار - 51,000 دولار
2,975 دولارًا	91,001 دولار - 92,000 دولار	56,000 دولار	56,001 دولار - 57,000 دولار	51,000 دولار	51,001 دولار - 52,000 دولار
3,005 دولارات	92,001 دولار - 93,000 دولار	57,000 دولار	57,001 دولار - 58,000 دولار	52,000 دولار	52,001 دولار - 53,000 دولار
3,035 دولارًا	93,001 دولار - 94,000 دولار	58,000 دولار	58,001 دولار - 59,000 دولار	53,000 دولار	53,001 دولار - 54,000 دولار
3,065 دولارًا	94,001 دولار - 95,000 دولار	59,000 دولار	59,001 دولار - 60,000 دولار	54,000 دولار	54,001 دولار - 55,000 دولار
3,095 دولارًا	95,001 دولار - 96,000 دولار	60,000 دولار		55,000 دولار	55,001 دولار - 56,000 دولار
3,125 دولارًا	96,001 دولار - 97,000 دولار			56,000 دولار	56,001 دولار - 57,000 دولار
3,155 دولارًا	97,001 دولار - 98,000 دولار			57,000 دولار	57,001 دولار - 58,000 دولار
3,185 دولارًا	98,001 دولار - 99,000 دولار			58,000 دولار	58,001 دولار - 59,000 دولار
3,215 دولارًا	99,001 دولار - 100,000 دولار			59,000 دولار	59,001 دولار - 60,000 دولار
	أكثر من 100,000 دولار غير مؤهل			60,000 دولار	60,001 دولار - 61,000 دولار
				61,000 دولار	61,001 دولار - 62,000 دولار
				62,000 دولار	62,001 دولار - 63,000 دولار
				63,000 دولار	63,001 دولار - 64,000 دولار
				64,000 دولار	64,001 دولار - 65,000 دولار
				65,000 دولار	65,001 دولار - 66,000 دولار
				66,000 دولار	66,001 دولار - 67,000 دولار
				67,000 دولار	67,001 دولار - 68,000 دولار
				68,000 دولار	68,001 دولار - 69,000 دولار
				69,000 دولار	69,001 دولار - 70,000 دولار
				70,000 دولار	70,001 دولار - 71,000 دولار
				71,000 دولار	71,001 دولار - 72,000 دولار
				72,000 دولار	72,001 دولار - 73,000 دولار
				73,000 دولار	73,001 دولار - 74,000 دولار
				74,000 دولار	74,001 دولار - 75,000 دولار
				75,000 دولار غير مؤهل	أكثر من 75,000 دولار غير مؤهل

المسترجع

تاريخ