



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

Medicare Part D میں اندراج

تمام EPIC ممبران کے لیے EPIC فوائد حاصل کرنے کے لیے Part D میں شامل ہونا لازمی ہے۔ چونکہ EPIC ایک مستند ریاستی فارماسیوٹیکل امدادی پروگرام ہے، اس لیے ممبران EPIC میں اندراج کے بعد سال کے دوران کسی بھی وقت Part D پلان میں شامل ہو سکتے ہیں۔ وہ سال میں ایک بار اپنا Medicare Part D پلان تبدیل بھی کر سکتے ہیں۔

"اضافی امداد" سے پیسے بچائے جا سکتے ہیں!

EPIC اس درخواست پر فراہم کردہ معلومات کو بزرگ کی جانب سے اضافی امداد کے لیے درخواست دینے کے لیے استعمال کرے گا، اگر وہ آمدنی کے لحاظ سے اہل ہوں، اور EPIC کے تعین کے لیے صرف لائن 1 تا 3 استعمال کی جائیں گی۔

• جو بزرگ پہلے سے اضافی امداد حاصل کر رہے ہیں، وہ اپنی درخواست کے ساتھ سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن (Social Security Administration) کی طرف سے جاری کردہ فیصلے کے خط کی کاپی منسلک کر سکتے ہیں۔

• اگر مکمل اضافی امداد کی منظوری مل جائے، تو بزرگ کو کم کو پیمائش ادا کرنی ہوں گی اور ان کے لیے Medicare Part D کوریج میں کوئی تعطل نہیں آئے گا۔ Medicare اور EPIC ماہانہ Part D پلان کے پریمیم کی تمام یا زیادہ تر رقم ادا کریں گے۔

درخواست دینے کا طریقہ

• درخواست مکمل کریں، اس پر دستخط کریں اور اسے نیچے دیے گئے پتے پر بذریعہ ڈاک بھیجیں۔

• اگر آپ اور آپ کے شریک حیات ساتھ رہتے ہیں تو اپنی مشترکہ کل آمدنی رپورٹ کریں (چاہے صرف ایک ہی شخص درخواست دے رہا ہو) اور دونوں کو فارم پر دستخط کرنے ہوں گے۔

• الگ الگ درخواست دیں یا ساتھ رہنے والے شریک حیات ایک ہی فارم استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر آپ غیر شادی شدہ، مطلقہ، بیوہ/رندوا ہیں، یا آپ کے شریک حیات آپ کے ساتھ نہیں رہتے (مثال کے طور پر: نرسنگ ہوم میں) تو 'غیر شادی شدہ' پر نشان لگائیں۔ اگر آپ اور آپ کے شریک حیات ایک ہی گھر میں رہتے ہیں تو 'شادی شدہ' پر نشان لگائیں۔

EPIC کیا ہے؟

بزرگوں کی فارماسیوٹیکل انشورنس کوریج (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) پروگرام نیو یارک اسٹیٹ کا ایک پروگرام ہے جس کا انتظام محکمہ صحت (Department of Health) کے سپرد ہے۔ یہ کسی بھی **Part D قابل تخفیف کٹوتی کے پورا ہونے کے بعد** بزرگوں کو Medicare Part D کے تحت آنے والی نسخہ جاتی ادویات کے لیے کو پیمائش میں مدد فراہم کرتا ہے۔ EPIC ایسی بہت سی ادویات کی کوریج بھی فراہم کرتا ہے جو Medicare Part D میں شامل نہیں ہیں۔

• **فیس پلان** کے ممبران اپنی آمدنی کی بنیاد پر EPIC کو سالانہ فیس ادا کرتے ہیں۔ EPIC کی کو پیمائش ادویات کی لاگت کے لحاظ سے \$3 سے \$20 تک ہوتی ہیں۔ وہ افراد جو Medicare سے مکمل اضافی امداد (Extra Help) حاصل کر رہے ہیں، ان کی EPIC فیس معاف کر دی جاتی ہے۔

• **ڈیکٹبل پلان** کے ممبران کو ادویات کے لیے EPIC کو پیمائش ادا کیگی کرنے سے پہلے اپنی آمدنی کی بنیاد پر سالانہ جیب سے ادا کی جانے والی قابل تخفیف کٹوتی پوری کرنی ہوتی ہے۔

• EPIC ان ممبران کے لیے Medicare Part D پلان کے پریمیمز (ایک بنیادی پلان کی لاگت تک) بھی ادا کرتا ہے جن کی سالانہ آمدنی \$23,000 (اگر غیر شادی شدہ ہوں) یا \$29,000 (اگر شادی شدہ ہوں) سے کم ہے۔

• جن افراد کی آمدنی اس سے زیادہ ہے، انہیں اپنے Part D پلان کے پریمیمز خود ادا کرنے ہوں گے۔

• ان کی ادائیگی میں مدد کے لیے، ان کی EPIC کٹوتی میں سے Medicare Part D کے بنیادی پلان کی سالانہ لاگت کے برابر رقم کم کر دی جاتی ہے۔

• ڈیکٹبل پلان کے شیڈول پر رنگین حصوں میں درج آمدنی کے لیے EPIC کٹوتیاں دکھائی گئی رقوم سے کم ہوں گی۔

کون شامل ہو سکتا ہے؟

- نیو یارک اسٹیٹ کا وہ رہائشی جس کی عمر 65 سال یا اس سے زیادہ ہو اور جس کی سالانہ آمدنی \$75,000 (اگر غیر شادی شدہ ہوں) یا \$100,000 (اگر شادی شدہ ہوں) تک ہو۔
- ایک اہل بزرگ جس کا Medicaid اسپینڈ ڈاؤن ہو اور وہ مکمل Medicaid فوائد حاصل نہ کر رہا ہو۔

مزید معلومات کے لیے EPIC کی ٹول فری ہیلپ لائن 1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138) پر کال کریں۔
درخواست یہاں سے ڈاؤن لوڈ کریں: http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm
اپنی زبان کا ورژن منتخب کریں

یا اس پتے پر لکھیں: EPIC

P.O. Box 15018

Albany, NY 12212-5018

گزشتہ سال کی آمدنی

لائن 1 تا 3 آپ کے EPIC کے فیصلے کے لیے استعمال کی جاتی ہیں۔ اگر آپ شادی شدہ ہیں اور اپنے شریک حیات کے ساتھ رہتے ہیں، تو دونوں کی معلومات پُر کریں۔ لائن 3 پر موجود رقم (رقوم) کا استعمال کرتے ہوئے، اپنا پلان اور اپنی آمدنی کی بنیاد پر اپنی سالانہ فیس یا سالانہ کٹوتی معلوم کرنے کے لیے اس صفحے کی پشت پر موجود EPIC ریٹ شیڈول دیکھیں۔

اضافی امداد کے لیے اہلیت

وہ بزرگ جو پہلے سے Medicare سیونگر پروگرامز کے لیے اہل ہیں، وہ خود بخود اضافی امداد کے لیے اہل ہو جاتے ہیں۔ براہ کرم اپنے فیصلے کے خط کی ایک کاپی بھیجیں۔ اگر آپ اہل ہیں تو آپ لائن 4 سے 22 تک چھوڑ سکتے ہیں۔

موجودہ ماہانہ آمدنی

لائن 4 تا 9۔ براہ کرم ہر قسم کی کٹوتیوں سے پہلے کی موجودہ ماہانہ آمدنی درج کریں، مثلاً سوشل سیکیورٹی، سابق فوجیوں کے فوائد۔ اگر رقم ہر ماہ تبدیل ہوتی ہے، تو ہر لائن کے لیے گزشتہ 12 مہینوں کی اوسط ماہانہ آمدنی کا تخمینہ لگائیں۔ اجرت اور خود روزگاری، سود کی آمدنی، منافع، عوامی امداد، طبی معاوضہ یا رضاعی نگہداشت کی ادائیگیوں کو شامل نہ کریں۔ اگر اس لائن پر رپورٹ کرنے کے لیے کوئی آمدنی نہیں ہے تو براہ کرم \$0 درج کریں۔

لائن 8a۔ براہ کرم آمدنی کی اس قسم کی وضاحت کریں جو آپ یا آپ کے شریک حیات لائن 5 پر رپورٹ کر رہے ہیں، جیسے نفع، خالص کرایہ کی آمدنی، ورکرز کمپنیشن، یا نجی یا ریاستی معذوری کی ادائیگیاں وغیرہ۔

لائن 10۔ نشاندہی کریں کہ آیا لائن 4 تا 8 پر رپورٹ کردہ کسی بھی رقم میں گزشتہ دو سالوں کے دوران کمی آئی ہے۔

اثاثے

لائن 11 تا 14۔ براہ کرم بینک اکاؤنٹس، سرمایہ کاری یا نقدی کا موجودہ بیلنس (یا تخمینہ) رپورٹ کریں جو آپ کے، آپ کے شریک حیات (اگر شادی شدہ ہوں اور ساتھ رہتے ہوں) یا آپ دونوں کی ملکیت ہو۔ وہ نقدی یا سرمایہ کاری شامل کریں جو آپ میں سے کسی کی بھی کسی دوسرے شخص کے ساتھ مشترکہ ملکیت ہو۔ اپنا گھر، گاڑیاں، تدفین کے پلاٹ، ذاتی سامان، یا سوشل سیکیورٹی یا سوشل سیکیورٹی انکم (SSI) سے ملنے والی پچھلی ادائیگیاں شامل نہ کریں۔ ہر لائن پر، اگر کچھ نہ ہو تو \$0 درج کریں۔

دیگر اخراجات اور آمدنی

اگر آپ غیر شادی شدہ ہیں، تو براہ کرم اپنی آمدنی اور اثاثوں کی بنیاد پر سوالات (12 تا 14) کے جواب دیں۔ اگر آپ شادی شدہ ہیں اور اپنے شریک حیات کے ساتھ رہتے ہیں، تو براہ کرم جہاں لاگو ہو اپنی مشترکہ آمدنی اور اثاثوں کی بنیاد پر سوالات (12 تا 14) کے جواب دیں۔

لائن 15۔ اگر آپ کو توقع ہے کہ لائن (8 تا 10) پر اثاثوں کے تحت درج کسی بھی سرمایہ کاری سے حاصل ہونے والی رقم آپ یا آپ کے شریک حیات کے جواز یا تدفین کے اخراجات کے لیے استعمال ہوگی، تو براہ کرم 'ہاں' پر نشان لگائیں۔ بصورتِ دیگر، 'نہیں' پر نشان لگائیں۔

لائن 16۔ اگر آپ یا آپ کے شریک حیات کی اپنے گھر کے علاوہ کوئی اور جائیداد ہے (مثالیں: گرمیوں کا گھر، کرایے کی جائیدادیں یا غیر ترقی یافتہ زمین جو آپ کے گھر سے الگ ہے) تو براہ کرم 'ہاں' پر نشان لگائیں۔ بصورتِ دیگر، 'نہیں' پر نشان لگائیں۔

لائن 17۔ براہ کرم ان رشتہ داروں کی تعداد درج کریں جو آپ کے ساتھ رہتے ہیں اور اپنی مالی امداد کے کم از کم نصف کے لیے آپ یا آپ کے شریک حیات پر منحصر ہیں۔ رشتہ داروں میں وہ تمام افراد شامل ہو سکتے ہیں جو خون، شادی یا گود لینے کے ذریعے آپ سے وابستہ ہوں۔ اگر یہ سوال لاگو نہیں ہوتا تو 0 درج کریں۔

سوال نمبر 18 تا 22 کے جواب صرف اس صورت میں دیں اگر آپ اور آپ کے شریک حیات (اگر ساتھ رہتے ہوں) نے گزشتہ دو سالوں میں کام کیا ہو۔ بصورتِ دیگر، براہ کرم سوال نمبر 18 تا 22 خالی چھوڑ دیں۔

لائن 18۔ براہ کرم اس رقم کا تخمینہ لگائیں جو آپ یا آپ کے شریک حیات کو اس کیلنڈر سال میں ٹیکسوں اور کٹوتیوں سے پہلے اجرت کی صورت میں کمانے کی توقع ہے۔

لائن 19۔ اگر آپ اپنا کاروبار کرتے ہیں، تو براہ کرم اس رقم کا تخمینہ لگائیں جو آپ یا آپ کے شریک حیات کو اس کیلنڈر سال میں کمانے کی توقع ہے یا جتنا نقصان ہونے کا خدشہ ہے۔ اگر آپ کو نقصان کی توقع ہے تو براہ کرم منفی نمبر درج کریں۔

لائن 20۔ اگر لائن 18 یا 19 پر رپورٹ کردہ رقم میں گزشتہ دو سالوں میں کمی آئی ہے تو براہ کرم 'ہاں' پر نشان لگائیں۔ بصورتِ دیگر، 'نہیں' پر نشان لگائیں۔

لائن 21۔ براہ کرم وہ مہینہ اور سال (MM/YYYY) درج کریں جب آپ نے کام کرنا چھوڑ دیا یا چھوڑنے کا ارادہ رکھتے ہیں۔ اگر آپ یا آپ کے شریک حیات کام جاری رکھنے کا ارادہ رکھتے ہیں تو براہ کرم اسے خالی چھوڑ دیں۔

لائن 22۔ براہ کرم 'ہاں' یا 'نہیں' پر نشان لگائیں اگر آپ یا آپ کے شریک حیات ایسی چیزوں کے لیے ادائیگی کرتے ہیں جو آپ کے شریک حیات کو کام کرنے کے قابل بناتی ہیں۔ ایسے اخراجات کی مثالیں یہ ہیں: وہیل چیئر؛ بیماریوں کے طبی علاج اور ادویات کی لاگت؛ پرسنل اٹینڈنٹ سروسز؛ گاڑی میں تبدیلیاں یا دیگر نقل و حمل کی ضروریات؛ کام سے متعلق معاون ٹیکنالوجی؛ گائیڈ ڈاگ کے اخراجات؛ حسی اور بصری امداد؛ اور بریل تراجم۔ اگر غیر شادی شدہ ہیں یا آپ کے شریک حیات کی عمر 65 سال یا اس سے زیادہ ہے تو براہ کرم N/A (ناقابلِ اطلاق) پر نشان لگائیں۔

لائن 23۔ براہ کرم یقینی بنائیں کہ اگر آپ پہلے ہی "اضافی امداد" کے فوائد حاصل کر رہے ہیں تو آپ اپنے فیصلے کے خط کی ایک کاپی منسلک کریں۔

درخواست

مدد چاہیے؟ ٹول فری کال کریں: 1-800-332-3742
¿NECESITA AYUDA? LLAME AL: 1-800-332-3742



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

براہ کرم واضح حروف میں لکھیں!

<input type="checkbox"/> صرف "اضافی امداد" کے لیے	<input type="checkbox"/> اپنے اور اپنے شریک حیات کے لیے	<input type="checkbox"/> صرف اپنی ذات کے لیے	<input type="checkbox"/> درخواست کون اور کس کے لیے دے رہا ہے؟
سوشل سیکیورٹی نمبر	درمیانی نام کا پہلا حرف	پہلا نام	آپ کا خاندانی نام
_____	_____	_____	_____
جنس	بذریعہ نام (اگر اوپر والے سے مختلف ہو)		
<input type="checkbox"/> عورت <input type="checkbox"/> مرد <input checked="" type="checkbox"/> X	_____		
آپ کی تاریخ پیدائش	ربائشی پتہ (پوسٹ آفس باکس نہیں)		
_____ سال _____ دن _____ مہینہ	_____		
آپ کا ٹیلی فون نمبر	زپ کوڈ	اسٹیٹ	شہر
_____ ایریا کوڈ نمبر _____	_____	_____	_____
ازدواجی حیثیت	وہ پتہ جہاں آپ ڈاک وصول کرتے ہیں (اگر اوپر والے سے مختلف ہو)		
<input type="checkbox"/> بیوہ/رنڈوا، غیر شادی شدہ یا مطلقہ	_____		
<input type="checkbox"/> شادی شدہ، ساتھ رہتے ہیں	زپ کوڈ	اسٹیٹ	شہر
<input type="checkbox"/> شادی شدہ، الگ رہتے ہیں	_____	_____	_____
شریک حیات کا سوشل سیکیورٹی نمبر	شریک حیات کا نام (اگر حیات ہیں)		
_____	درمیانی نام کا پہلا حرف	پہلا نام	خاندانی نام
_____	_____	_____	_____
شریک حیات کی تاریخ پیدائش	شریک حیات کا ٹیلی فون نمبر		
_____ سال _____ دن _____ مہینہ	_____ ایریا کوڈ نمبر _____		
_____	_____		
شریک حیات کی جنس	_____		
<input type="checkbox"/> عورت <input type="checkbox"/> مرد <input checked="" type="checkbox"/> X	_____		

اپنا Medicare کلیم نمبر درج کریں (نیلا، سفید اور سرخ کارڈ)
اپنے شریک حیات کا Medicare کلیم نمبر درج کریں (نیلا، سفید اور سرخ کارڈ)
اگر آپ کے پاس پہلے سے EPIC ہے، تو اپنا EPIC شناختی نمبر درج کریں
اگر آپ کے شریک حیات کے پاس EPIC ہے، تو ان کا EPIC شناختی نمبر درج کریں
EPIC کا فیصلہ: گزشتہ کیلنڈر سال کی اپنی کل آمدنی رپورٹ کریں۔

اگر آپ شادی شدہ ہیں اور ساتھ رہتے ہیں، تو آپ کو اپنے اور اپنے شریک حیات کی گزشتہ سال کی مشترکہ سالانہ آمدنی رپورٹ کرنی ہوگی، چاہے آپ میں سے صرف ایک ہی درخواست دے رہا ہو۔ اگر شادی شدہ ہیں لیکن الگ رہتے ہیں، تو صرف اپنی سالانہ آمدنی رپورٹ کریں۔ سالانہ آمدنی حاصل کرنے کے لیے ماہانہ رقوم کو 12 سے ضرب دیں۔ لائن 1 تا 3 صرف آپ کے EPIC کے فیصلے کے لیے استعمال ہوتی ہیں۔

شریک حیات کی سالانہ آمدنی	آپ کی سالانہ آمدنی	1. سوشل سیکیورٹی اور/یا ریلوے ریٹائرمنٹ فوائد، (منہا Medicare Part B پریمیم) جو آپ کو چیک یا ڈائریکٹ ڈپازٹ کے ذریعے ادا کیے گئے۔
\$ _____	\$ _____	2. دیگر آمدنی: بشمول پنشن، سالانہ وظائف، سود، منافع، IRA کی تقسیم، کیپیٹل گین، اجرت، کاروباری آمدنی یا نقصان، خالص کرایہ کی آمدنی وغیرہ۔
\$ _____	\$ _____	3. کل سالانہ آمدنی (لائن 1 اور 2 کو جمع کریں)
\$ _____	\$ _____	

"اضافی امداد" کا فیصلہ: اپنی کل موجودہ ماہانہ آمدنی رپورٹ کریں۔

EPIC آپ کی جانب سے "اضافی امداد" (Extra Help) نامی وفاقی فائدے کے لیے درخواست دینے کے لیے لائن 4 تا 22 کے جوابات استعمال کرے گا۔ EPIC فوائد حاصل کرنے کے لیے قانوناً ایسا کرنا لازمی ہے۔ اگر آپ پہلے سے ہی "اضافی امداد" کے فوائد حاصل کر رہے ہیں تو لائن 23 پر جائیں (لائن 4 تا 22 چھوڑ دیں) یہ ظاہر کرنے کے لیے کہ آپ اپنے فیصلے کے خط کی کاپی فراہم کر رہے ہیں۔

شریک حیات کی آمدنی	آپ کی آمدنی	موجودہ ماہانہ رقوم (اگر کوئی آمدنی نہ ہو تو \$0 درج کریں)
\$ _____	\$ _____	4. کٹوتیوں سے پہلے ماہانہ سوشل سیکیورٹی
\$ _____	\$ _____	5. کٹوتیوں سے پہلے ماہانہ ریلوے ریٹائرمنٹ
\$ _____	\$ _____	6. کٹوتیوں سے پہلے ماہانہ سابق فوجیوں کے فوائد
\$ _____	\$ _____	7. ماہانہ - دیگر پنشن اور سالانہ وظائف کٹوتیوں سے پہلے (بشمول وہ رقوم جو نیچے اٹاٹوں والے حصے میں رپورٹ نہیں کی گئیں)
\$ _____	\$ _____	8. ماہانہ - دیگر آمدنی جو اوپر درج نہیں ہے (بشمول نفقہ، خالص کرایہ کی آمدنی، ورکرز کمپنیشن، نجی یا ریاستی معذوری کی ادائیگیاں)
\$ _____	\$ _____	8A. دوسری آمدنی کی قسم واضح کریں (لائن 8):
\$ _____	\$ _____	9. کل ماہانہ آمدنی (لائن 4 تا 8 کو جمع کریں)

اگر آپ کی آمدنی اس کیلنڈر سال کے لیے "اضافی امداد" پر لگائی گئی حد سے زیادہ ہے جس میں آپ درخواست دے رہے ہیں (EPIC کی ویب سائٹ http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm یا سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن کی ویب سائٹ <http://www.ssa.gov> دیکھیں)، تو براہ کرم لائن 10 تا 22 چھوڑ دیں اور پھر جاری رکھیں۔ اگر آپ کو انٹرنیٹ تک رسائی حاصل نہیں ہے، تو EPIC ہیلپ لائن پر کال کریں: 1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138)۔

10. کیا گزشتہ دو سالوں کے دوران لائن 4 تا 8 پر رپورٹ کردہ کسی بھی رقم میں کمی آئی ہے؟
 ہاں نہیں
 \$ _____
11. بینک اکاؤنٹس - کل موجودہ بیلنس (چیکنگ، سیونگ، منی مارکیٹ، سرٹیفکیٹس آف ڈپازٹ)
 \$ _____
12. اسٹاک، بانڈز، سیونگ بانڈز، میوچل فنڈز، انفرادی ریٹائرمنٹ اکاؤنٹس (IRA) یا دیگر ملتی جلتی سرمایہ کاریاں
 \$ _____
13. گھر پر یا کہیں بھی موجود نقدی
 \$ _____
14. کل اٹاٹے (لائن 11 تا 13 کو جمع کریں)۔
 \$ _____

اگر آپ کے اٹاٹے اس کیلنڈر سال کے لیے "اضافی امداد" پر لگائی گئی حد سے زیادہ ہیں جس میں آپ درخواست دے رہے ہیں (EPIC کی ویب سائٹ http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm یا CMS کی ویب سائٹ پر اسی طرح کی معلومات دیکھیں)، تو براہ کرم لائن 15 تا 22 چھوڑ دیں اور دستخط کرنے کی طرف بڑھیں۔

15. کیا آپ کے اٹاٹے جنازے یا تدفین کے اخراجات کے لیے استعمال ہوں گے؟
 ہاں نہیں
16. کیا آپ کی اپنے گھر کے علاوہ کوئی اور جائیداد ہے؟
 ہاں نہیں
17. آپ کے ساتھ رہنے والے کتنے رشتہ دار اپنی مالی امداد کے کم از کم نصف کے لیے آپ پر منحصر ہیں؟ (اس میں آپ یا آپ کے شریک حیات شامل نہیں ہیں)
 \$ _____
18. آپ کو اس کیلنڈر سال میں ٹیکسوں اور کٹوتیوں سے پہلے اجرت کی صورت میں کتنی رقم کمانے کی توقع ہے؟
 آپ: \$ _____
 شریک حیات: \$ _____
19. اگر خود روزگار ہیں، تو اس کیلنڈر سال میں آپ کی متوقع خالص آمدنی یا نقصان کتنا ہے؟
 آپ: \$ _____
 شریک حیات: \$ _____
20. کیا لائن 18 یا 19 کے لیے رپورٹ کردہ رقوم میں گزشتہ دو سالوں میں کمی آئی ہے؟
 ہاں نہیں
21. اگر آپ نے حال ہی میں کام کرنا چھوڑ دیا ہے یا چھوڑنے کا ارادہ رکھتے ہیں، تو مہینہ اور سال درج کریں (مثال: 09/2018)
 آپ: _____ / _____
 شریک حیات: _____ / _____

22. اگر آپ کے شریک حیات کی عمر 65 سال سے کم ہے اور وہ نابینا یا معذور ہیں، تو کیا آپ یا آپ کے شریک حیات ایسی چیزوں کے لیے ادائیگی کرتے ہیں جو آپ کے شریک حیات کو کام کرنے کے قابل بناتی ہیں؟

23. اگر آپ پہلے سے ہی Medicare سیونگز پروگرام کے لیے اہل ہیں اور "اضافی امداد" کے فوائد حاصل کر رہے ہیں، تو کیا آپ نے اپنے فیصلے کے خط کی کاپی منسلک کی ہے؟

اگر اس فارم کو پُر کرنے میں کسی نے آپ کی مدد کی ہے، تو براہ کرم ان کا نام، پتہ اور فون نمبر فراہم کریں۔

فون نمبر (بشمول ایریا کوڈ)

جلی حروف میں نام لکھیں

()

شہر/اسٹیٹ/زپ کوڈ

ڈاک کا پتہ

غور سے پڑھیں اور نیچے دستخط کریں:

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس فارم پر دی گئی معلومات درست ہیں۔ میں نیو یارک اسٹیٹ کا/کی رہائشی ہوں اور فی الحال مکمل Medicaid فوائد حاصل نہیں کر رہا/رہی ہوں۔ میں جانتا/جانتی ہوں کہ میرے لیے اپنی عمر، آمدنی، رہائش، Medicare کی حیثیت اور Medicare Part D ڈرگ پلان، اگر کوئی ہے، کا ثبوت دینا لازمی ہے۔ میں یہ بھی جانتا/جانتی ہوں کہ EPIC میں اندراج کے لیے میرا Medicare Part D ڈرگ پلان میں شامل ہونا لازمی ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ Part D پلان میں اندراج کے لیے ضروری شناختی معلومات، یا اگر اہل ہو تو Medicare سبسڈی (اضافی امداد) فراہم کرنے میں ناکامی کی صورت میں EPIC کوریج ختم کی جا سکتی ہے۔ میں اپنی اہلیت کی تصدیق کے لیے ضروری تمام معلومات کے تبادلے کی رضامندی دیتا/دیتی ہوں جو EPIC، سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن (Social Security Administration)، Medicare، نیو یارک اسٹیٹ Medicaid پروگرام، نیو یارک اسٹیٹ ٹیکس ڈیپارٹمنٹ (NYS Tax Department)، Medicare Part D ڈرگ پلانز، اور کسی بھی دوسرے ضروری اداروں کے مابین ہو۔ EPIC کی طرف سے دوہری یا زیادہ ادائیگی کی صورت میں، میں EPIC کو ادویات کے وہ تمام فوائد منتقل کرتا/کرتی ہوں جن کا میں کسی بھی Part D یا سرکاری پلان کے تحت حقدار ہو سکتا/سکتی ہوں۔ میں اپنے ہیلتھ کیئر فراہم کنندگان کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ میری نسخوں اور/یا تشخیص سے متعلق طبی معلومات EPIC پروگرام کو جاری کریں تاکہ انہیں ادائیگی، آڈٹ یا متعلقہ ہیلتھ کیئر آپریشنز کے لیے استعمال کیا جا سکے۔

آپ (اور آپ کے شریک حیات اگر ساتھ رہتے ہوں) کو نیچے دستخط کرنے ہوں گے:

آپ کے دستخط (قانونی نمائندگی) _____ تاریخ _____
شریک حیات کے دستخط (قانونی نمائندگی) _____ تاریخ _____

احتیاط: اگر آپ "اضافی امداد" کے لیے اہل ہیں اور یا تو لائن 4 تا 22 پُر نہیں کرتے یا اپنے سوشل سیکیورٹی کے فیصلے کے خط کی کاپی فراہم نہیں کرتے، تو آپ کی درخواست نامکمل تصور کی جائے گی۔



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

EPIC: پر بھیجیں:
P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018

یا فیکس کریں: (518) 452-3576

عدم امتیاز کا نوٹس

اس درخواست پر نسل، رنگ، قومی اصل، عمر، جنس، یا معذوری سے قطع نظر غور کیا جائے گا۔

سالانہ فیس (فی کس)	مشترکہ سالانہ آمدنی
\$8	تک \$6,000
\$12	\$7,000 – \$6,001
\$16	\$8,000 – \$7,001
\$20	\$9,000 – \$8,001
\$24	\$10,000 – \$9,001
\$28	\$11,000 – \$10,001
\$32	\$12,000 – \$11,001
\$36	\$13,000 – \$12,001
\$40	\$14,000 – \$13,001
\$40	\$15,000 – \$14,001
\$84	\$16,000 – \$15,001
\$106	\$17,000 – \$16,001
\$126	\$18,000 – \$17,001
\$150	\$19,000 – \$18,001
\$172	\$20,000 – \$19,001
\$194	\$21,000 – \$20,001
\$216	\$22,000 – \$21,001
\$238	\$23,000 – \$22,001
\$260	\$24,000 – \$23,001
\$275	\$25,000 – \$24,001
\$300	\$26,000 – \$25,001
ڈیکٹیل پلان دیکھیں	\$26,000 سے زیادہ

شادی شدہ

سالانہ فیس	سالانہ آمدنی
\$8	تک \$6,000
\$16	\$7,000 – \$6,001
\$22	\$8,000 – \$7,001
\$28	\$9,000 – \$8,001
\$36	\$10,000 – \$9,001
\$40	\$11,000 – \$10,001
\$46	\$12,000 – \$11,001
\$54	\$13,000 – \$12,001
\$60	\$14,000 – \$13,001
\$80	\$15,000 – \$14,001
\$110	\$16,000 – \$15,001
\$140	\$17,000 – \$16,001
\$170	\$18,000 – \$17,001
\$200	\$19,000 – \$18,001
\$230	\$20,000 – \$19,001
ڈیکٹیل پلان دیکھیں	\$20,000 سے زیادہ

غیر شادی شدہ



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

رنگین حصے - آپ کی EPIC کٹوتی دکھائی گئی رقم سے کم ہو گی۔

سالانہ کٹوتی (فی کس)	مشترکہ سالانہ آمدنی
\$2,045	\$61,000 – \$60,001
\$2,075	\$62,000 – \$61,001
\$2,105	\$63,000 – \$62,001
\$2,135	\$64,000 – \$63,001
\$2,165	\$65,000 – \$64,001
\$2,195	\$66,000 – \$65,001
\$2,225	\$67,000 – \$66,001
\$2,255	\$68,000 – \$67,001
\$2,285	\$69,000 – \$68,001
\$2,315	\$70,000 – \$69,001
\$2,345	\$71,000 – \$70,001
\$2,375	\$72,000 – \$71,001
\$2,405	\$73,000 – \$72,001
\$2,435	\$74,000 – \$73,001
\$2,465	\$75,000 – \$74,001
\$2,495	\$76,000 – \$75,001
\$2,525	\$77,000 – \$76,001
\$2,555	\$78,000 – \$77,001
\$2,585	\$79,000 – \$78,001
\$2,615	\$80,000 – \$79,001
\$2,645	\$81,000 – \$80,001
\$2,675	\$82,000 – \$81,001
\$2,705	\$83,000 – \$82,001
\$2,735	\$84,000 – \$83,001
\$2,765	\$85,000 – \$84,001
\$2,795	\$86,000 – \$85,001
\$2,825	\$87,000 – \$86,001
\$2,855	\$88,000 – \$87,001
\$2,885	\$89,000 – \$88,001
\$2,915	\$90,000 – \$89,001
\$2,945	\$91,000 – \$90,001
\$2,975	\$92,000 – \$91,001
\$3,005	\$93,000 – \$92,001
\$3,035	\$94,000 – \$93,001
\$3,065	\$95,000 – \$94,001
\$3,095	\$96,000 – \$95,001
\$3,125	\$97,000 – \$96,001
\$3,155	\$98,000 – \$97,001
\$3,185	\$99,000 – \$98,001
\$3,215	\$100,000 – \$99,001
اہل نہیں	\$100,000 سے زیادہ

سالانہ کٹوتی (فی کس)	مشترکہ سالانہ آمدنی
فیس پلان دیکھیں	\$26,000 سے کم
\$650	\$27,000 – \$26,001
\$675	\$28,000 – \$27,001
\$700	\$29,000 – \$28,001
\$725	\$30,000 – \$29,001
\$900	\$31,000 – \$30,001
\$930	\$32,000 – \$31,001
\$960	\$33,000 – \$32,001
\$990	\$34,000 – \$33,001
\$1,020	\$35,000 – \$34,001
\$1,050	\$36,000 – \$35,001
\$1,080	\$37,000 – \$36,001
\$1,110	\$38,000 – \$37,001
\$1,140	\$39,000 – \$38,001
\$1,170	\$40,000 – \$39,001
\$1,200	\$41,000 – \$40,001
\$1,230	\$42,000 – \$41,001
\$1,260	\$43,000 – \$42,001
\$1,290	\$44,000 – \$43,001
\$1,320	\$45,000 – \$44,001
\$1,575	\$46,000 – \$45,001
\$1,610	\$47,000 – \$46,001
\$1,645	\$48,000 – \$47,001
\$1,680	\$49,000 – \$48,001
\$1,715	\$50,000 – \$49,001
\$1,745	\$51,000 – \$50,001
\$1,775	\$52,000 – \$51,001
\$1,805	\$53,000 – \$52,001
\$1,835	\$54,000 – \$53,001
\$1,865	\$55,000 – \$54,001
\$1,895	\$56,000 – \$55,001
\$1,925	\$57,000 – \$56,001
\$1,955	\$58,000 – \$57,001
\$1,985	\$59,000 – \$58,001
\$2,015	\$60,000 – \$59,001

شادی شدہ

سالانہ کٹوتی	سالانہ آمدنی
فیس پلان دیکھیں	\$20,000 سے کم
\$530	\$21,000 – \$20,001
\$550	\$22,000 – \$21,001
\$580	\$23,000 – \$22,001
\$720	\$24,000 – \$23,001
\$750	\$25,000 – \$24,001
\$780	\$26,000 – \$25,001
\$810	\$27,000 – \$26,001
\$840	\$28,000 – \$27,001
\$870	\$29,000 – \$28,001
\$900	\$30,000 – \$29,001
\$930	\$31,000 – \$30,001
\$960	\$32,000 – \$31,001
\$1,160	\$33,000 – \$32,001
\$1,190	\$34,000 – \$33,001
\$1,230	\$35,000 – \$34,001
\$1,260	\$36,000 – \$35,001
\$1,290	\$37,000 – \$36,001
\$1,320	\$38,000 – \$37,001
\$1,350	\$39,000 – \$38,001
\$1,380	\$40,000 – \$39,001
\$1,410	\$41,000 – \$40,001
\$1,440	\$42,000 – \$41,001
\$1,470	\$43,000 – \$42,001
\$1,500	\$44,000 – \$43,001
\$1,530	\$45,000 – \$44,001
\$1,560	\$46,000 – \$45,001
\$1,590	\$47,000 – \$46,001
\$1,620	\$48,000 – \$47,001
\$1,650	\$49,000 – \$48,001
\$1,680	\$50,000 – \$49,001
\$1,710	\$51,000 – \$50,001
\$1,740	\$52,000 – \$51,001
\$1,770	\$53,000 – \$52,001
\$1,800	\$54,000 – \$53,001
\$1,830	\$55,000 – \$54,001
\$1,860	\$56,000 – \$55,001
\$1,890	\$57,000 – \$56,001
\$1,920	\$58,000 – \$57,001
\$1,950	\$59,000 – \$58,001
\$1,980	\$60,000 – \$59,001
\$2,010	\$61,000 – \$60,001
\$2,040	\$62,000 – \$61,001
\$2,070	\$63,000 – \$62,001
\$2,100	\$64,000 – \$63,001
\$2,130	\$65,000 – \$64,001
\$2,160	\$66,000 – \$65,001
\$2,190	\$67,000 – \$66,001
\$2,220	\$68,000 – \$67,001
\$2,250	\$69,000 – \$68,001
\$2,280	\$70,000 – \$69,001
\$2,310	\$71,000 – \$70,001
\$2,340	\$72,000 – \$71,001
\$2,370	\$73,000 – \$72,001
\$2,400	\$74,000 – \$73,001
\$2,430	\$75,000 – \$74,001
اہل نہیں	\$75,000 سے زیادہ

غیر شادی شدہ