

د تفاهم بیان

کډوالو د طبي مرستې غوښتنلیک

په Arizona کې د Arizona د کډوالی د بیا میشتیدني برنامې (Refugee Resettlement Program) د ور پېرودونکي په توګه، تاسو ته دا سند په هغه ژبه کې درکول کېږي چې تاسو یې غوره کوئ. که تاسو دا سند غوره کړئ چې ستاسو لپاره په هغه ژبه کې چې تاسو یې غوره کړئ تشریح کړئ، د غوښتنې سره سم به تاسو ته تشریح درکړل شي.

ټول کډوال او نور ور ګټه اخیستونکي چې Arizona ته راځي حق لري د کډوالی طبي مرستې (Refugee Medical Assistance, RMA) لپاره غوښتنه وکړي. RMA د مهاجرو او نورو ور ګټه اخیستونکو لپاره زیات نه زیات د دولس میاشتني روغتیايي ګټې برنامه ده چې د Arizona Medicaid (د روغتیا بیمې برنامې) څخه انکار شوي، چې د Arizona روغتیا پاملرنې لګښت کنټرول سیستم (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS) په نوم هم پېژندل کېږي، د رسیدو سره سم او څوک چې د 200% څخه ښکته راځي د فدرالي بی وزلی کچه (Federal Poverty Level)، یا هغه څوک چې د دوی د Arizona Medicaid پوښښ د دندې څخه د عاید له امله پای ته رسېدلی چې د Arizona Medicaid عاید ورتوب حد څخه ډیر دی. RMA کولی شي متحده ایالاتو ته له رسیدو وروسته د زیات نه زیات دولسو میاشتو لپاره د منلو وړ طبي لګښتونو لپاره تادیه وکړي یا د کډوالی د بیا میشتیدني حالت د وړتیا وړ دفتر (Office of Refugee Resettlement) ورکړي، دا هغه نېټه ده چې تاسو د کډوالی حیثیت تر لاسه کوئ چې تاسو د کډوالی ځانګړي خدمتونه تر لاسه کولو وړ ګرځوي. پداسې حال کې چې RMA یوازې زیات نه زیات په دوام داره دولسو میاشتو لپاره شتون لري، پوښښ د AHCCCS لخوا چمتو شوي سره ورته دی. د AHCCCS پوښښ په اړه د نورو معلوماتو لپاره، مهرباني وکړئ تماس ونیسئ: <https://www.azahcccs.gov>.

تاسو په RMA کې نوم لیکنه کولی شئ د د مرستې له لارې: د ځایی بیا میشتیدني اداره (Local Resettlement Agency, LRA) چې تاسو سپانسر کړئ، ستاسو Private Sponsor Group د ښه Welcome Corps له لارې، یا کومې ادارې تاسو سره د خدماتو سره مرسته کوي چې د Arizona د کډوالو د بیا میشتیدني پروګرامونو آنلاین ډیټابیس سیستم (Arizona Refugee Resettlement Programs Online Database System, ARRPODS) ته لاسرسی لري. له دغو ډلو/سازمانونو څخه هر یو کولی شي ستاسو په استازیتوب د کډوالی طبي مرستې غوښتنلیک وسپاري که تاسو وغواړئ. برسيره پردې، یوځل چې ستاسو AHCCCS پای ته ورسېږي، AHCCCS به د دې پای ته رسیدو معلومات RRP سره شریک کړي، او RRP کولی شي ستاسو د AHCCCS پای ته رسیدو په وخت کې تاسو په اتوماتیک ډول RMA کې شامل کړي. د دې غوښتنلیک په لاسلیک کولو سره، تاسو دا منئ او موافق یاست چې په RMA کې نوم لیکنه وکړئ په هغه صورت کې چې تاسو د AHCCCS لپاره ور نه یاست او تاسو په لومړیو 12 میاشتو کې د رسیدو یا د وړتیا درجې ورکول.

که تاسو د RMA ګټو لپاره تصویب شئ، تاسو به یو RMA کارت تر لاسه کړئ چې ستاسو پوښښ په شمول د ګټې پیل او پای نېټې په ګوته کوي. تاسو د RMA غوښتونکي په توګه لاندې حقونه او مسؤلیتونه لرئ:

- د دې لاسلیک شوي غوښتنلیک له نېټې څخه د 30 ورځو دننه ستاسو د RMA وړتیا د ټاکلو حق یا د کارمند څخه د عاید له امله د AHCCCS پای ته رسیدو په وخت کې که چیرې AHCCCS دا معلومات RRP ته رسولې وي.
- د هغه خدماتو د تر لاسه کولو حق چې تاسو د فدرالي او دولتي مقرراتو سره سم او د خدماتو شتون او مالي محدودیتونو پر اساس وړتیا لرئ.
- د دې مسؤلیت په بشپړ ډول راپور ورکولو مسؤلیت چې پدې غوښتنلیک اغیزه کوي او ستاسو د قضیې مدیر ته ستاسو په وضعیت کې د هر ډول بدلون په پنځو ورځو کې راپور ورکړئ چې په ستاسو وړتیا اغیزه کوي (د مثال په توګه، د تل لپاره له Arizona څخه وتل، د عاید بدلون، او داسې نور).
- ستاسو د وړتیا رامینځته کولو لپاره د ټولو ادارو هڅو سره د کار کولو مسؤلیت. تاسو د خپل وړتیا بشپړ تحقیق لپاره موفق یاست چې، د کار ګمارونکو، ډاکټرانو، او نورو سوداګری او مسلکيانو پوښتنې شاملې دي. تاسو د نورو ادارو ریکارډونو بیا کتنې سره هم موافق یاست.

تاسو اوس مهال د کډوالو د بیا میشتیدني خدمات له دې څخه تر لاسه کوئ:

غوښتنلیکونه سپارل شوي

ما (شاهد/قضیې مدیر) _____، قضیه ارزولې ده او تایید کوم چې ما د غوښتنلیک ورکونکي په استازیتوب ARRPODS ته مناسب RMA غوښتنلیک سپارلی دی، که د تطبیق وړ وي.

د RMA د غوښتونکو نومونه

د تفاهم بیان

کډوالو د طبي معایناتو غوښتنلیک

په Arizona کې د Arizona د کډوالۍ د بیا میشتیدنې برنامې (Refugee Resettlement Program) د ور پېرودونکي په توګه، تاسو ته دا سند په هغه ژبه کې درکول کېږي چې تاسو یې غوره کوئ. که تاسو غوره کوئ چې دا سند ستاسو لپاره په هغه ژبه کې تشریح شي چې تاسو یې غوره کوئ، تشریح به تاسو ته د غوښتنې په صورت کې درکول شي.

تاسو ور یاست چې د کډوالۍ طبي معاینه (Refugee Medical Screening, MS) لپاره غوښتنه وکړئ. MS تاسو ته د رسیدو یا د ور حالت تر لاسه کولو وروسته په لومړیو 90 ورځو کې پېښېږي او پدې کې فزیکي معاینه، طبي تاریخ، معافیت، عمومي لابراتوار ازموینې، او د ساري ناروغیو ازموینې شاملې دي. پدې کې د سيني ایکس رې هم شامل دی. دا MS ستاسو لپاره په بشپړه توګه وړیا دی. د دې ازموینې موخه د هر هغه شرایطو تعقیب کول دي چې ستاسو په بهر کې طبي معاینه کې پېژندل شوي، که تاسو دا ازموینه تر لاسه کړې، او د نوي روغتیا انډیننو پېژندلو لپاره چې ممکن د بريالي بیا میشتیدنې لپاره ننگونه کیدي شي. دا د روغتیا پاملرنې په سیستم کې ستاسو پېژندنه ده، او تاسو به د لومړني پاملرنې ډاکټر او کوم متخصص ته راجع کړئ چې تاسو ممکن د نورو پاملرنې لپاره اړتیا ولرئ.

د بیا میشتیدنې سیمه ایزه اداره (Local Resettlement Agency, LRA) چې تاسو یې سپانسر کړې، ستاسو Private Sponsor Group د بڼه Welcome Corps له لارې، یا کوم سازمان چې تاسو په ARRPODS کې شاملوي، کولی شي ستاسو په استازیتوب د MS غوښتنلیک وسپاري که تاسو وغواړئ. د Arizona د کډوالو د بیا میشتیدنې پروګرام (RRP) د MS لپاره وړتیا ټاکي.

د MS چمتو کونکي ته د راجع کولو لپاره، تاسو باید RRP ته اجازه ورکړئ چې ستاسو د استازي سره همغږي وکړي. تاسو باید RRP ته هم اجازه ورکړئ چې ستاسو معلومات د MS چمتو کونکي ته واستوي. لاندې، تاسو کولی شئ په ګوته کړئ چې آیا تاسو د دې فعالیت اجازه ورکوئ یا نه. مهرباني وکړئ لاندې څارنه وکړئ:

زه غواړم چې طبي معاینه تر لاسه کړم. زه طبي معاینه ردوم.

زه _____، لاندې اختیار غوره کړئ چې RRP ته به اجازه ورکړي یا اجازه ورنکړي چې له هغه ادارې سره اړیکه ونیسي چې زه یې د بیا میشتیدنې خدمات تر لاسه کوم د خدماتو همغږي کولو لپاره.

اجازه ورکړئ اجازه مه ورکوئ

زه _____، لاندې اختیار غوره کړئ چې RRP ته به اجازه ورکړي یا اجازه ورنکړي چې زما اړیکه، شخصي معلومات، د وړتیا سند، او د اړیکو/شخصي/ور تیا اسنادو معلومات د غوښتنلیک په برخه کې لست شوي د MS چمتو کونکي ته واستوي. زما په کونټي کې، د AARRPODS له لارې، زما د MS بشپړولو کې مرسته کول. زه حق لرم چې د RRP لخوا زما په استازیتوب زما د شخصي معلوماتو دا ډول لیردونه رد کړم، او د سکریټینګ راجع کول ممکن د نورو فزیکي پروسو په جریان کې ترسره شي.

اجازه ورکړئ اجازه مه ورکوئ

زه _____، لاندې اختیار غوره کوم چې RRP ته به اجازه ورکړي یا اجازه ورنکړي چې زما عکس او د لاندې غوښتنلیکونو په برخه کې لیست شوي د هر هغه پورې تړلي عکسونه واستوي چې زما په کاونټي کې د ARRPODS له لارې MS چمتو کونکي ته کار کوي. زما د MS بشپړولو کې اسانتیا لپاره. عکسونه باید یوازې د پېرودونکي پېژندنې کې د MS چمتو کونکي سره د مرستې لپاره وکارول شي.

اجازه ورکړئ اجازه مه ورکوئ

د تفاهم بيان

غوښتنلیکونه سپارل شوي

ما (شاهد/د قضیې مدیر) _____، قضیه ارزولی ده او تایید کوم چې ما د غوښتنلیک ورکونکي په استازیتوب ARRPODS ته مناسب MS غوښتنلیک سپارلی دی.

د طبي معایناتو د غوښتونکو نومونه

لاسلیکونه/تصدیقونه

زه تصدیق کوم چې زه یو مهاجر یم یا د 1980 کال د مهاجرینو د قانون له مخې په متحده ایالاتو (Refugee Act of 1980) کې منل شوی بل وړ گټه اخیستونکی یم، د RRP څخه د خدماتو غوښتنه کوم او دا چې پدې فورمه کې چمتو شوي معلومات زما د غوره پوهې سره سم دي.

د غوښتونکي لاسلیک: _____ نېټه: _____

سرپرست/مجاز استازی: _____ نېټه: _____

د کوچني پېرودونکي سره اړیکه: _____

د ژباړونکي لاسلیک: _____ نېټه: _____
(که تشریح رد شوی وي، مهرباني وکړئ پورته "N/A" درج کړئ)

ژباړونکی رد شو (پېرودونکی دلته لاسلیک وکړي کوي): _____ نېټه: _____

د تفاهم بیان

د کډوالو د بیا میشتیدني پروګرام د قضیې مدیریت او د کارموندني خدمتونه

ستاسو د خدماتو وړاندې کولو پروسې د یوې برخې په توګه، د Arizona د کډوالو د بیا میشتیدني پروګرام (RRP) یا کوم د RRP قرارداد شوي خدمت چمتو کونکي چې تاسو یې خدمات تر لاسه کوئ ممکن د RRP لخوا تمویل شوي نورو خدماتو چمتو کونکو ته راجع کړي. RRP یا د هغې قراردادي چمتو کونکي به دا راجع کونکي د Arizona د کډوالو د بیا میشتیدني برنامې آنلاین ډیټا سیستم (ARRPODS) له لارې چمتو کړي. شریک شوي معلومات کې اړیکه، شخصي معلومات، د وړتیا سند او د پېرودونکي عکس شامل دي. تاسو حق لرئ چې د خپل د شخصي معلوماتو دا ډول لېږدونه رد کړئ چې ستاسو په استازیتوب د RRP یا د دې قرارداد شوي خدماتو چمتو کونکو لخوا ترسره کېږي، او نوم لیکنه ممکن د نورو فزیکي پروسو په جریان کې ترسره شي.

زه _____، لاندې اختیار غوره کوم چې RRP ته به اجازه ورکړي یا اجازه ورکړي، یا د RRP کوم قراردادي چمتو کونکي چې زه یې خدمتونه تر لاسه کوم، زما اړیکه، شخصي معلومات، د وړتیا سند، او د اړیکو/شخصي/ورثوب اسنادو معلومات لېږلو لپاره د ARRPODS له لارې لاندې لست شوي انحصار کونکي، ترڅو د RRP تمویل شوي قضیې مدیریت او/یا د کارموندني خدماتو کې زما نوم لیکنه اسانه کړي کله چې زه د بل RRP قراردادي لخوا چمتو شوي خدماتو غوښتنه کوم.

اجازه ورکړئ اجازه مه ورکوئ

زه _____، لاندې انتخاب غوره کوم چې RRP ته به اجازه ورکړي یا اجازه ورکړي چې زما عکس او د لاندې لیست شوي هر انحصاري عکسونه د ARRPODS له لارې د RRP تمویل شوي قضیې مدیریت او د کارموندني خدماتو ته واستوي. عکسونه باید یوازې د RRP تمویل کونکو سره د پېرودونکي پیژندنې کې د مرستې لپاره وکارول شي.

اجازه ورکړئ اجازه مه ورکوئ

د انحصار کونکو نومونه

د انحصار کونکو نومونه

د غیر قراردادي خدماتو چمتو کونکو یا د ګټو پروګرامونو سره د معلوماتو شریکول

ستاسو د خدمت دورې په جریان کې، تاسو کولی شئ د RRP یا د RRP قرارداد شوي/غیر قراردادي خدمت چمتو کونکي اجازه ورکړئ چې ستاسو شخصي معلومات شریک کړي، او د پورته لیست شوي هر هغه پورې تړاو لري چې د غیر RRP قرارداد شوي خدمت چمتو کونکي یا ګټو پروګرام سره مرسته وکړي ترڅو RRP مرسته وکړي ستاسو په خدماتو یا ګټو کې د نوم لیکني سره. د دې معلوماتو د شریکولو لپاره، RRP یا RRP قرارداد شوي/غیر قراردادي خدمت چمتو کونکي ستاسو لیکلي رضایت ته اړتیا لري. لاندې تاسو کولی شئ ولیکئ چې کوم خدمت چمتو کونکي یا د ګټې برنامې تاسو ته اجازه درکوي RRP یا RRP قرارداد شوي/غیر قراردادي خدمت چمتو کونکي ستاسو معلومات شریک کړي.

د خدمت چمتو کونکي یا د ګټو پروګرام نوم	د خدمت یا ګټې ډول

د تفاهم بيان

لاسليکونه/تصديقونه

زه تصديق کوم چې زه يو مهاجر يم يا د 1980 کال د مهاجرينو د قانون له مخې په متحده ايالاتو (Refugee Act of 1980) کې منل شوی بل وړ گټه اخيستونکی يم، د RRP څخه د خدماتو غوښتنه کوم او دا چې پدې فورمه کې چمتو شوي معلومات زما د غوره پوهې سره سم دي.

د غوښتونکي لاسليک: _____
نېټه: _____

سرپرست/مجاز استازی: _____
نېټه: _____

د کوچني پيرونکي سره اړيکه: _____

د ژباړونکي لاسليک: _____
(که تشریح رد شوی وي، مهرباني وکړئ پورته "N/A" درج کړئ)

ژباړونکی رد شو (پيرونکی دلته لاسليک وکړي کوي): _____
نېټه: _____