|  |
| --- |
| **نموذج الإفصاح عن الرهن التأميني للمتضررين من أزمة مياه فلينت** |
| 1. **تعليمات** |
| إذا كنت ترغب في المشاركة في برنامج التسوية بشأن مياه بلدية فلينت وأن تكون، ربما، قانونيًا مؤهلاً للحصول على تعويض من البرنامج، ***فيجب*** إكمال نموذج الإفصاح عن الرهن التأميني هذا الخاضع للقسم 15.2 من اتفاقية التسوية بشأن مياه بلدية فلينت كجزء من حزمة الدعوى وتقديمه في أو قبل **أدرج الموعد النهائي**. عليك إكمال جميع المعلومات الواردة هناك ومراجعتها إلى أقصى دقة ممكنة. فالمعلومات غير الكاملة أو غير الواضحة قد تسفر عن تأخيرات في المعالجة. **أي معلومات مكتوبة في هوامش المستند أو مرفقة مع هذا النموذج كملحقات سيتم تجاهلها.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **معلومات المُدَّعي / الطرف المتضرر** | | | | | | | | | | | |
| **اسم الطرف المتضرر** | الأول | | | أول حرف من الاسم الأوسط | | | | الأخير | | | |
| **تاريخ ميلاد الطرف المتضرر** | \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ (الشهر) (اليوم) (السنة) | | | | | | | | | | |
| **رقم الضمان الاجتماعي للطرف المتضرر**  \*إذا كان رقم الضمان الاجتماعي غير صحيح فإنه سيتسبب في تأخيرات في المعالجة وتوزيع التعويضات. |  | | | | | | | | | | |
| **جنس الطرف المتضرر (ذكر أم أنثى)** |  | | | | | | | | | | |
| 1. **معلومات عن خطة التأمين الصحي الحكومية** | | | | | | | | | | | |
| للامتثال لاتفاقية التسوية والبروتوكول الذي وضعه مدير قضايا الرهن التأميني (LRA)، يجب عليك تقديم معلومات عن الخطة الصحية لجميع خطط التأمين الصحي الحكومية ابتداءً من تاريخ ابتلاع أو ملامسة المياه التي تزودها محطة معالجة مياه فلينت، ولكن فقط إذا:   1. كنت مشمولاً بتغطية خطة تأمين صحي حكومية غير Medicare (ميديكير) أو Medicaid (ميديكايد)   خطط التأمين الصحي التي يمكن إخطار مدير الرهن التأميني بها تشمل TRICARE (تراي كير) وVeterans Affairs (المحاربون القدماء) وIndian Health Services (خدمات الصحة لذوي الأصل الهندي). معلومات خطة التأمين الصحي الوحيدة التي **لا** تحتاج إلى الافصاح عنها هنا هي للقسمين أ وب من Medicare و تأمين Medicaid لأن مدير قضايا الرهن التأميني يجب أن يتحقق من هذه المعلومات بشكل مباشر مع تلك الهيئات. إذا كان لديك أكثر من خطة تامين صحي في وقت الإصابة/التشخيص، الرجاء ذكر معلومات عن جميع جهات التأمين المنطبقة. وفقًا لاتفاقية التسوية، وافقت ولاية ميشغن على عدم المطالبة بحقها في التعويض عن أي تكاليف دفعتها ولاية ميشغن من خلال الجزء الممول من ولاية ميشغن. في برنامج Medicaid ميشغن  ***الرجاء ملاحظة أنه يجب عليك إكمال جميع المعلومات المطلوبة في القسم الثالث لكي تعتبر صحيحة.*** | | | | | | | | | | | |
| **هل كنت في تاريخ ابتلاع أو ملامسة المياه مشمولاً بتغطية خطة تأمين صحي حكومية غير Medicare أو Medicaid؟** | | نعم\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **إذا كنت مسجلاً في TRICARE أو Veterans Affairs، فيجب الإشارة إلى:** | | الإدارة العسكرية: | | |  | | | | | | |
| **إذا كان المُدَّعي معالاً من قبل شخص عسكري، فيجب الإشارة إلى:** | | اسم راعي خطة التأمين الصحي: | الأول | | | | أول حرف من الاسم الأوسط | | | الأخير | |
| تاريخ ميلاد راعي خطة التأمين الصحي: | \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  (الشهر) (اليوم) (السنة) | | | | | | | | |
| آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي لراعي خطة التأمين الصحي: | XXX-XX- | | | | | | | | |
| **إذا كنت قد تلقيت علاجًا مشمولاً بتغطية إدارة المحاربين القدماء، فيجب عليك الإشارة إلى المستشفى أو المنشأة الطبية التي عولجت بها:** | | اسم المستشفى أو المنشأة الطبية | | | | | | | | | |
| الشارع | | | | | | | | | |
| المدينة | | | | الولاية | | | الرمز البريدي | | البلد |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **إذا تلقيت علاجًا عبر خدمات الصحة لذوي الأصل الهندي، فيجب الإشارة إلى الانتماء القبلي والمدينة/الولاية التي عولجت بها:** | الانتماء القبلي | المدينة | الولاية |

|  |
| --- |
| 1. **قضايا الرهن التأميني الخاص و MEDiCARE القسم ج** |
| قد يعمل مدير الرهن التأميني (LA) مع ممثلي خطط التأمين الصحي الخاص لإدارة عدة برامج لقضايا الرهن التأميني الخاص (PLRP)، وذلك من أجل تحديد وحل قضايا الرهن التأميني لشركات التأمين الصحي الخاص، ويشمل ذلك الرهن التأميني لـ Medicare القسم ج وخطط التأمين الصحي الخاصة وخطط التأمين ERISA الممولة ذاتيًا برعاية صاحب العمل. جميع المدعين للتسوية بشأن مياه مدينة فلينت يتم تسجيلهم في PLRP تلقائيًا.  يتم حاليًا التفاوض حول شروط PLRP، لكنها تاريخيًا ثبتت بأنها كانت مفيدة للغالبية العظمى من المُدَّعين في تسويات الأضرار الجماعية مثل تسوية مياه فلينت، لأن هذه البرامج تقدم تخفيضات على مبالغ الرهن التأميني سبق التفاوض عليها، (بعد مراجعة LRA التدقيقية للدعاوى المرتبطة بالضرر)، كما أنها تضع سقفًا لمبالغ التعويضات في حالات الدعاوى الطبية ذات القيمة المرتفعة. توفر البرامج أيضًا جداول زمنية محددة للحسم. وأخيرًا، تستطيع برامج PLRP فرض الرهن التأميني فقط في الحالات التي يسمح بها القانون.  **برامج PLRP تأخذ قوانين الولاية في الاعتبار بالفعل.**   1. مبدأ عمل الصندوق المشترك: يتم أخذ تخفيض رسوم وتكاليف المقاضاة في الاعتبار في النسبة المئوية للتخفيض في الرهن التأميني التلقائي المطبق.. 2. مبدأ التعويض المُرضي: يوجد لدى بعض الولايات قوانين تنص على أن المُدَّعي ليس عليه التزام بالرهن التأميني إلى أن يتم تعويضه بالكامل، أو حصوله على التعويض "الذي يرضيه". تحديد ما إذا كان قد تم تقديم التعويض المُرضي للمُدَّعي أم لا يعتمد على قرار مبني على وقائع صادر من قاضي أو هيئة مُحلفين. إن هذا المفهوم القانوني مشمول بالفعل في شروط سقف الرهن التأميني. |

|  |
| --- |
| إذا كان لديك أكثر من خطة تامين صحي في وقت ابتلاع أو ملامسة مياه فلينت، فالرجاء الإشارة إلى جميع أسماء خطط التأمين الصحي المنطبقة. تأكد من تقديم أسماء خطط التأمين الصحي ***كاملةً***. على سبيل المثال، لا تشر فقط إلى Blue Cross، بل اذكر فرع الخطة بالشكل Blue Cross of Michigan. |

|  |  |
| --- | --- |
| **الاسم الكامل لخطة التأمين الصحي:** |  |
| **رقم تعريف خطة التأمين الصحي:** |  |
| **نوع خطة التأمين الصحي:**  **(تأمين جماعي أو Medicare القسم ج أو حكومي)** |  |
| **إذا اخترت التأمين الجماعي، فاذكر اسم صاحب العمل:** |  |
| **هل سبق وأن تلقيت من تأمينك الصحي أو من مقدم خدمة رعاية صحية إخطارًا بشأن رهن تأمين طبي مرتبط بالأضرار التي أصابتك بسبب مياه فلينت؟** | \* نعم\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  \*\* إذا كانت الإجابة "نعم"، الرجاء إرسال هذا الإخطار بالبريد الإلكتروني إلى liennoticesubmission@archersystems.com |

|  |
| --- |
| **بتوقيعي أدناه، أنا أقر وأوافق على أحكام الرهن التأميني الواردة في المادة 15 من اتفاقية التسوية.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **التوقيع** |  |
| **التاريخ** |  |