

يتعين على الأشخاص الذين انتهت مدة صلاحية بطاقتهم الصحية أو ألغيت منذ أكثر من سنتين، تقديم طلب جديد لدى برنامج الرعاية الصحية "ميديكير" في نيو برانزويك وملء استمارة التسجيل.

اسم وشهرة مقدم الطلب		رقم واسم الشارع السكني		رقم الشقة		يجب تحديد عنوان السكن الحالي:	
العنوان البريدي (في حال كان مختلفاً عن عنوان السكن)		الرمز البريدي		المقاطعة		المدينة، البلدة، أو القرية	
الرمز البريدي	المقاطعة	المدينة، البلدة أو القرية	الرمز البريدي	المقاطعة	الرمز البريدي	المدينة، البلدة، أو القرية	هاتف: المنزل ( )
العمل ( )		الحوال ( )		هاتف: المنزل ( )		رب العمل و/ أو المهنة (إن وجدت)	
ملاحظة هامة: يجب ملء كافة الخانات في هذه الاستمارة. تُعاد الاستمارة غير المكتملة إلى أصحابها. الرجاء مراجعة شروط الطلبات المدونة في ظهر هذا النموذج. هل أنت / كنت: <input type="checkbox"/> مقيم جديد <input type="checkbox"/> مقيم عائد <input type="checkbox"/> لم تغادر نيو برانزويك، ضع تاريخ انتهاء صلاحية بطاقتك الصحية _____							
اللغة المفضلة: <input type="checkbox"/> الانكليزية <input type="checkbox"/> الفرنسية							
الوضع العائلي: <input type="checkbox"/> عازب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> مساكنة							

يُقصد بالمعالين الزوج (ة) أو الطفل الذي يعيش في نيو برانزويك والذي يكون:

(أ) الزوج (ة) أو المستفيد في حال لم يكن مقيماً في منزل منفصل.

(ب) طفل المستفيد المؤهل الذي لم يبلغ التاسعة عشر من عمره، وهو غير متزوج ويعتمد على المستفيد ليعيله، بما في ذلك الطفل المتبني، والطفل الذي يحل شخص محل والديه إذا كان زوج (ة) هذا الشخص أحد والدي الطفل، والطفل الذي لا يكون والداه متزوجين من بعضهما.

"يُقصد بـ "الطفل"، الطفل أو طفل الزوجة أو الزوج، أو الطفل المتبني قانوناً أو الخاضع للوصاية القانونية أو الطفل وفق (ب).

### دَوِّن في ما يلي اسمك وأسماء جميع أفراد أسرتك الذين رافقوك إلى نيو برانزويك

رقم البطاقة الصحية الصادرة عن نيو برانزويك (إن وجدت)	الشهرة	الاسم الأول المفضل	متبرع بالأعضاء نعم أو لا	تاريخ الولادة (اليوم/الشهر/السنة)	الجنس ذكر أو أنثى	تاريخ مغادرة نيو برانزويك (اليوم/ الشهر/ السنة)	تاريخ الانتقال بشكل دائم إلى نيو برانزويك (اليوم/الشهر/السنة)
	مقدم الطلب						
	الزوج (ة) / الشريك (ة)						
	المعال						
	المعال						
	المعال						
	المعال						

سبب الغياب عن نيو برانزويك

من أي مكان أتيت (البلد، المقاطعة، الإقليم)

هل تقدمت بطلب لدى نظام التغطية الصحية في مقاطعة أو إقليم آخر؟

نعم  كلا

كم من الوقت تنوي أن تبقى في نيو برانزويك؟

بشكل دائم (أكثر من سنة)

بصورة مؤقتة (أقل من سنة)

هل انتقلت إلى نيو برانزويك بهدف متابعة تحصيلك المدرسي/ الجامعي؟

نعم  كلا

اسم المؤسسة التعليمية:

هل رافقتك زوجتك وأولادك؟

نعم  كلا

في حال النفي، حدد التاريخ المتوقع لانضمامهم إليك (اليوم/الشهر/السنة)

من أين هم قادمون؟

رقم بطاقة نيو برانزويك الصحية الخاصة بالزوج/ الزوجة:

إذا كنت (أو زوجك/ زوجتك) عضواً/ أعضاء منتظمين في القوى المسلحة، الرجاء تزويدنا باسم العضو/ الأعضاء:

تاريخ الانتساب (اليوم/الشهر/السنة) التاريخ/التواريخ الرسمية للتسريح (اليوم/الشهر/السنة): المقاطعة حيث تم التسريح:

في حال تم التسريح من مؤسسة إصلاحية:

فيدرالية  إقليمية  اسم المؤسسة:

تاريخ الدخول الأخير (اليوم/الشهر/السنة)

تاريخ التسريح (اليوم/الشهر/السنة)

اسم المقاطعة حيث تم التسريح:

اسم العضو الذي تم تسريجه:

هل غادرت و/ أو غادر أحد أفراد أسرتك نيو برانزويك لأكثر من 30 يوماً خلال الأشهر 12 الأخيرة؟

نعم  لا

في حال الإيجاب، الرجاء تزويدنا بالاسم

تاريخ المغادرة (اليوم/الشهر/السنة) تاريخ العودة (اليوم/الشهر/السنة) الوجهة:

أسباب الغياب:

تعليقات إضافية

### إقرار المقيم- الرجاء القراءة بعناية

يُعرف قانون تسديد رسوم الخدمات الطبية الشخص المقيم على أنه "شخص مخول قانوناً ليكون أو ليبقى في كندا، ويتخذ من مقاطعة نيو برانزويك موطناً له ويتواجد عادة فيها، من دون أن يشمل ذلك السواح، أو العابرين أو زوار المقاطعة".

أنا، مقدم الطلب، أعلن ها هنا بأنني قرأت تعريف الشخص "المقيم" وأفيد بأن المعلومات الواردة في هذه الاستمارة صحيحة وبأن الأشخاص المدرجين فيها هم مقيمون دائمون طبقاً لتعريف "المقيم" المذكور آنفاً.

التاريخ: توقيع مقدم الطلب:

توقيع الزوج (ة) / الشريك (ة):

## طلب البطاقة الصحية في نيو برانزويك

تعد الإقامة الدائمة الشرط الأولي للاستفادة من التأمين الصحي في مقاطعة نيو برانزويك. إن الشخص المقيم مَحُول قانوناً ليكون أو ليبقي في كندا، ويتخذ من مقاطعة نيو برانزويك موطناً له ويتواجد عادة فيها، من دون أن يشمل ذلك السواح، أو العابرين أو زوار المقاطعة".

إن الحصول أو مساعدة شخص آخر على الحصول عن سابق معرفة على خدمات مؤمنة لا يحق له فيها، تعتبر جريمة يعاقب عليها القانون.

### الوثائق المطلوبة للتسجيل

لمعالجة طلب الحصول على البطاقة الصحية في نيو برانزويك، عليك تقديم نسخ عن الوثائق التي تثبت:

الوضع في كندا، الهوية والإقامة

يجب تقديم وثيقة واحدة من الوثائق المدرجة في القائمة رقم 1 و 2 لكل من الأشخاص المشمولين في استمارة التسجيل. يجب تقديم نسخة عن ختم الدخول الأخير في جواز السفر لكل من الأشخاص الذين جاؤوا من خارج كندا.

و

يجب تقديم وثيقة واحدة من القائمة رقم 3 لمقدم الطلب.

**ملاحظة:** لا يمكن استعمال الوثيقة نفسها للإبقاء بأكثر من شرط واحد.

لا ترسل الوثائق الأصلية لأننا لن نتمكن من ضمان إرجاعها سالمة.

في حال عدم تقديم وثيقة عن كل من الفئات المشار إليها أدناه، لن تتم معالجة الطلب.

يتم تقييم الطلبات على أساس كل حالة على حدة؛ قد تدعو الحاجة إلى توفير معلومات إضافية خلال المراجعة

### القائمة رقم 1

#### الوضع في كندا

(لا يجوز أن يحدد برنامج الرعاية الصحية في نيو برانزويك جنسية أو وضع الفرد في كندا بالنيابة عن مكتب الهجرة والجنسية في كندا)

المواطن الكندي: وثيقة ولادة؛ جواز سفر كندي؛ بطاقة الجنسية الكندية؛ شهادة الجنسية الكندية؛ بطاقة مواطن كندي أصلي.

المواطن غير الكندي: رخصة؛ إثبات الإقامة الدائمة أو بطاقة الإقامة الدائمة (من الأمام ومن الخلف) الصادرة عن مكتب الهجرة والجنسية في كندا.

### القائمة رقم 2

#### وثائق مساندة للهوية

الوثائق التي تبرز اسمك بما في ذلك:

- شهادة الميلاد
- رخصة قيادة صالحة صادرة في نيو برانزويك
- جواز سفر ساري المفعول (كندي أو أجنبي)
- شهادة معمودية (إذا كانت تتضمن مكان وتاريخ الولادة)
- بطاقة إقامة دائمة صالحة (من الأمام ومن الخلف) أو وثيقة سجل الوصول (نموذج رقم IMM 1000)
- ترخيص إقامة مؤقتة ساري المفعول صادر عن مكتب الهجرة والجنسية في كندا (لا يضمن أهلية مقدم الطلب للانضمام إلى برنامج الرعاية الصحية في نيو برانزويك)
- شهادة الجنسية الكندية
- بطاقة مواطن كندي أصلي (من الأمام ومن الخلف)
- وثيقة قانونية تثبت تبديل الاسم
- بطاقة هوية طالب أو موظف
- بطاقة صحية سابقة صادرة عن المقاطعة

### القائمة رقم 3

#### إثبات الإقامة في نيو برانزويك

- يجب أن تكون الوثيقة حديثة وتبرز اسم مقدم الطلب وعنوانه في نيو برانزويك وفق ما هو مدرج في نظام الرعاية الصحية، بما في ذلك:
- وثيقة الرهن العقاري
- عقد الإيجار (على ألا تقل مدته عن سنة واحدة ويكون موقفاً من قبل المالك والمستأجر)
- فاتورة خدمات – على ألا يزيد تاريخها عن الشهرين (هاتف- كهرباء- كابل/ قمر اصطناعي- مياه/ صرف صحي)
- شهادة إثبات العمل (بيان الراتب أو خطاب من رب العمل على ورقة تحمل اسم الشركة)
- بوليصة تأمين (منزل، مستأجر، سيارة)
- شهادة تسجيل سيارة في نيو برانزويك سارية المفعول
- رخصة قيادة صادرة في نيو برانزويك سارية المفعول
- بيان المنافع الضريبية للطفل
- فاتورة ضريبة الملكية

### الرجاء مراجعة المعلومات التالية لتفادي أي تأخير في معالجة طلبك

لا ترسل الوثائق الأصلية لأنه ليس بمقدورنا أن نكفل إعادتها سالمة.

من المهم أن تزود برنامج الرعاية الصحية "ميديكير" برقم اتصال في حال دعت الحاجة إلى الاتصال بك.

يجب الإدلاء بعنوان السكن الحالي حتى إذا كان العنوان البريدي مختلفاً.

لا يمكن تقديم طلب الحصول على البطاقة الصحية في نيو برانزويك قبل وصولك إلى نيو برانزويك.

في حال تم تسجيلك مسبقاً في برنامج الرعاية الصحية تحت اسم مختلف، الرجاء إدراج الاسم وفق ما كان مسجلاً في السابق، في خانة "التعليقات الإضافية".

على المعالين الذي بلغوا أو تجاوزوا سن التاسعة عشر إيداع طلب منفصل. إذا قمت بملء هذه الاستمارة نيابة عن شخص آخر بلغ أو تجاوز سن التاسعة عشر، فيجب إرفاق نسخة عن وثائق التفويض أو الوكالة.

على المقيمين في نيو برانزويك الذين تقدموا بشهادة ميلاد صادرة من خارج البلاد، أن يقدموا سجلات الهجرة الكندية أو شهادة إثبات الجنسية الكندية.

يحتمل مقدم الطلب ومكتب الهجرة والجنسية في كندا مسؤولية التفاوتات مع وثائق الإقامة الدائمة أو تراخيص الإقامة المؤقتة.

### اقرأ "إقرار المقيم" ووقع عليه بعد الانتهاء من ملء الاستمارة

يعتبر توقيع مقدم الطلب (الشخص الذي ملء الاستمارة) والزوج (ة) / الشريك (ة) (في حال وصوله (ها) برفقتك) إلزامياً

الرجاء أخذ العلم بأن معالجة الطلب تحتاج من أربعة إلى ستة أسابيع اعتباراً من تاريخ استلام برنامج الرعاية الصحية للطلب.

في حال كنت بحاجة للمساعدة أو ترغب في طرح الأسئلة بشأن الاستمارة، الرجاء الاتصال بالخدمات الهاتفية في نيو برانزويك (الاتصال مجاني) على الرقم 1-888-762-8600 أو زيارة الموقع التالي: [www.qnb.ca.health](http://www.qnb.ca.health)

يمكن إرسال الطلب بعد ملئه إلى العنوان البريدي المبين على الجهة الأمامية من الاستمارة أو تسليمه شخصياً إلى أي مكتب خدمة في نيو برانزويك.

يتولى برنامج الرعاية الصحية معالجة الطلبات الأصلية فحسب. أما الطلبات المرسله عبر الفاكس أو المنسوخة فهي لن تُعالج.

تجمع وزارة الصحة المعلومات الشخصية المطلوبة في هذه الاستمارة بهدف تقييم ومعالجة طلباتكم المرسله إلى نظام الرعاية الصحية وهي تلتزم بالحفاظ على خصوصيتكم وسرية معلوماتكم.

لمزيد من المعلومات عن ممارسات الخصوصية وحقوقكم في ما يتعلق بهذا الشأن، الرجاء زيارة الموقع التالي:

[www.qnb.ca](http://www.qnb.ca)