# ՑՈՒՑՄՈՒՆՔՆԵՐ

*Խնդրում ենք կարդալ՝ դիմումնագիրն սկսելուց առաջ:*

## ՀԱՏՎԱԾ 1

**Մեզ ասացեք իր, իր ընտանիքի, կամ իր խնամքի ներքև գտնվող երեխաների համար Medi-Cal ցանկացող անձի մասին:**

### Հարցեր 1-8.-

Նշեք անունը, բնակարանի հասցեն և հեռախոսի համարները Medi-Cal ցանկացող անձի, կամ Medi-Cal ցանկացող երեխայի ծնողի/խնամատարի:

### Հարցեր 9-13.-

Նշեք Medi-Cal ցանկացող անձի հեռախոսի համարը և թղթատարական հասցեն (եթե տարբեր է #2-ում նշված բնակարանի հասցեից): Սա այն հասցեն է, որտեղ դիմումնագրին և առողջապահական նպաստներին առնչվող բոլոր տեղեկությունները կուղարկվեն:

### Հարցեր 14Ա-Բ.-

Նշեք այն լեզուն, որով խոսում և/կամ կարդում եք լավագույնս:

**Ուղարկեք ինքնության ապացույց:** Ընտանիքից միայն մեկ անձ (ծնող կամ խնամատար) պարտավոր է ներկայացնել ինքնության փաստաթուղթ: Ուղարկեք **լուսապատճենը** ինքնության հետևյալ նյութերից որևէ մեկի՝

- Կալիֆորնիայի վարորդական արտոնագիր
- Շարժական Մեքենաների Բաժանմունքից տրված ինքնության քարտ
- ԱՄՆ-ի քաղաքացիության կամ օտարահպատակի գոյավիճակի փաստաթղթեր (անցագրեր)
- Դպրոցական ինքնության քարտ
- Ծննդյան վկայագիր
- Ամուսնական արձանագրություն
- Ընկերային Ապահովության քարտ կամ Ընկերային Ապահովության համարը ընդգրկող մի փաստաթուղթ
- Ամուսնալուծման վճիռ
- Աշխատանքային նշանակ, շենք մտնելու արտոնագիր
- Որդեգրումի արձանագրություն
- Անվանափոխության դատարանային հրամանագիր
- Եկեղեցու անդամակցություն կամ մկրտական կնունքի վկայագիր

**Ինքնության ապացույց չի պահանջվում**

- Ինչ որ հիմնարկությունում գտնվող անձերի համար
- Ընտանիքում երեխաների համար, եթե մեկ ծնողի ինքնությունն արդեն հաստատվել է
- Երեխաների համար, ովքեր Medi-Cal են խնդրում Դեռահասների Հավանության Ծառայությունների (Minor Consent Services) համար
- Կողակցից այն անձի, ում ինքնությունը հաստատվել է

## ՀԱՏՎԱԾ 2

**Մեզ ասացեք Հատված 1-ում նշված անձի, նրա ընտանիքի, կամ նրա խնամքի տակ գտնվող երեխաների մասին:**

*Եթե դիմում եք 5-ից ավելի անձերի համար, օգտագործեք մի առանձին թերթ կամ էլ դիմումնագրի Ա1, Ա2, Ա3 և Ա4 էջերի լուսապատճենները՝ հավելյալ անձերի մասին մեզ տեղեկություն տալու համար:*

### Ո՞վ է չափահաս համարվում:

- 21 տարեկան և ավելի տարեց անձեր
- 21 տարեկանից նվազ անձեր, ովքեր չեն բնակվում իրենց ծնողի կամ խնամատար ազգականի տանը և չեն ներկայացված որպես հարկից կախյալներ

### Ո՞վ է երեխա համարվում:

- Տանը բնակվող 21-ից նվազ բոլոր հարազատ և որդեգիր երեխաները
- Տնից հեռու բնակվող և որպես հարկից կախյալ ներկայացված բոլոր 18-ից 21 տարեկան հարազատ և որդեգիր երեխաները
- Տանը բնակվող 21-ից նվազ բոլոր խորթ երեխաները

### Հարց 15.-

Գրեք տանը բնակվող յուրաքանչյուր անձի անունը, ազգանունը և միջնանունը:

## ՀԱՏՎԱԾ 2 Շարունակված

### Հարց 16.-

Ինչպե՞ս է յուրաքանչյուր անձ կապակցվում Հատված 1-ում նշված անձի հետ: ***Օրինակ՝*** *նույնինքն, կին, ամուսին, մեծ ծնողներ, ընկեր, դուստր, խորթ երեխա, եղբոր կամ քրոջ որդի, և այլն:*

### Հարց 17.-

Գրեք ամբողջական հասցեն՝ եթե այն տարբեր է Հատված 1-ում նշված հասցեից: ***Օրինակ՝*** *երեխան կոլեջում է և բնակվում է դպրոցում:*

### Հարց 18.-

Նշեք յուրաքանչյուր անձի սեռը:

### Հարց 19.-

Նշեք ցուցակագրված յուրաքանչյուր անձի ամուսնական գոյավիճակը:

### Հարց 20.-

Գրեք անունը տանը բնակվող ցանկացած ամուսնացած դեռահասի կողակցի: Կողակցի ցանկացած եկամուտ հարկավոր է նշել Հատված 4-ում:

### Հարց 21.-

Գրեք յուրաքանչյուր անձի ծննդյան ամիսը, օրը և տարին:

### Հարց 22.-

Ասացեք եթե տվյալ անձը հղի է: Եթե «Այո», ասացեք ծննդաբերության նախատեսված օրը:

> Դիմելուց մինչև 60 օր ուղարկեք հղիության ապացույց ինչ որ բժշկի գրասենյակից կամ դարմանատնից, որպեսզի շարունակեք ստանալ Medi-Cal-ի նպաստներ: Դուք պարտավոր չեք հաստատագիր ուղարկել՝ եթե միայն հղիության առնչվող ծառայություններ եք ցանկանում:

### Հարց 23.-

Նշեք «Այո», եթե անձը կույր է կամ ունի մարմնական կամ մտային այնպիսի հիվանդություն, որը կարող է 30 օրից ավելի տևել: Եթե անձը անկարող է աշխատել, նշեք «Այո», և նշում արեք այն քառակուսու մեջ, որ լավագույնս է նկարագրում, թե որքա՞ն ժամանակ անձը կմնա անաշխատունակ՝ եթե որպես անկարող է ներկայացվել: Սա մեզ կօգնի որոշել ձեր հարմարությունը Medi-Cal-ին՝ անկարողության հիմքի վրա:

### Հարց 24.-

Ասացեք եթե որևէ անձ երբևէ ստացել է կանխիկ գումարի օգնություն, SSI, Պարենատոմս կամ Medi-Cal: Սա կօգնի, որ վելֆերի տեղական գրասենյակը ստուգի անհրաժեշտ տեղեկությունները՝ դրանք ձեզանից խնդրելուց առաջ: Եթե «Այո» եք նշել, ասացեք թե ի՞նչ անվան տակ եք նպաստներն ստացել:

### Հարց 25.-

Եթե երբևէ ստացել եք Medi-Cal, մեզ ասացեք ձեր Medi-Cal-ի Նպաստների Ինքնության Քարտի (Benefits Identification Card/BIC) համարը՝ եթե այն ունեք:

Ձեր Medi-Cal-ի Նպաստների Ինքնության Քարտի (BIC) համարը կարող է գտնվել այստեղ:

### Հարց 26.-

Նշեք «Այո», եթե դուք բժշկական նպաստներ եք խնդրում այս անձի համար:

### Հարց 27.-

Մեզ ասացեք եթե դուք ունեք կամ գնում եք բնակարան Կալիֆորնիայից դուրս: Ձեր պատասխանը մեզ կօգնի որոշել ձեր բնակավայրը:

> **Ուղարկեք Կալիֆորնիայում բնակվելու ապացույց:** Դուք կարող եք ձեր եկամտի ապացույցը ներկայացնել որպես բնակության ապացույց: Եթե ձեր եկամուտը Կալիֆորնիայից չէ, ուղարկեք բնակության մեկ այլ ապացույց: Օրինակ՝ վարձի ստացականներ, կենցաղսպասարկման ստացականներ, կամ երեխայի դպրոցական արձանագրություններ:

## ՀԱՏՎԱԾ 3

### Պատասխանեք Հատված 2-ի *բոլոր* երեխաների համար:

### Հարց 28.-

Գրեք յուրաքանչյուր երեխայի հարազատ կամ որդեգիր մոր անունը: Քառակուսում նշելով՝ ասացեք եթե մայրը գործում է, անկարող է, գործազուրկ է, մահացած է, կամ բացակա է տնից:

### Հարց 29.-

Գրեք յուրաքանչյուր երեխայի հարազատ կամ որդեգիր հոր անունը: Քառակուսում նշելով՝ ասացեք եթե հայրը գործում է, անկարող է, գործազուրկ է, մահացած է, կամ բացակա է տնից:

## ՀԱՏՎԱԾ 4

**Նշեք Հատված 2-ում ցանկագրված անձերի կողմից ստացված *բոլոր* եկամուտները/փողը:**

### Հարցեր 30 և 31.-

Փող ստացող յուրաքանչյուր անձի համար օգտագործեք մի առանձին տող: Եթե անձը երկու տարբեր տեղերից է փող ստանում, օգտագործեք երկու տող:

***Օրինակ՝*** *եթե դիմորդն ունի երկու աշխատանք, յուրաքանչյուրի համար օգտագործեք առանձին տող՝ նշելու նրա եկամուտը:*

### Հարց 32.-

Գրեք գումարը փողի, որն ստանում եք ամեն անգամ:

***Օրինակ՝*** *եթե դուք փողն ստանում եք շաբաթը մեկ, գրեք շաբաթական գումարները քառակուսում:*

*Եթե փողի գումարը փոխվում է ժամանակից ժամանակ, գրեք կանոնավոր կերպով ձեր ստացած միջին գումարը: Մենք ձեր կողմից մեզ տրված վճարումների կտրոններն ու այլ փաստաթղթեր կօգտագործենք՝ ճշգրիտ ամսական եկամուտը պատկերացնելու համար:*

Եթե տեղյակ եք, որ ձեր ընտանիքի եկամուտը հաջորդ մեկ քանի ամիսներում կնվազի կամ կավելանա՝ հավելյալ աշխատաժամի, պաշտոնի բարձրացումի, աշխատավարձի հավելումի, երեխայի օժանդակության/սննդավճարի ակնկալվող հավելումի, աշխատանքից դուրս գալու, արձակուրդի կամ այլ պատճառներով, բացատրեք մի առանձին թերթի վրա:

***Օրինակ՝*** *Մարիայի համախառն եկամուտը այս փոխգրով $1000 է, բայց նրա սովորական ամսական աշխատավարձը $800 է: Թերթի վրա բացատրեք, որ Մարիայի փոխգիրը ընդգրկում է $200 հավելյալ աշխատաժամի հատուցումը, կամ էլ կանխիկ գումարով մի նվեր, միաժամանակ ասելով որքա՞ն կտևի հավելյալ աշխատաժամով աշխատանքը կամ որքա՞ն հաճախ նա կստանա նվերներ:*

### Հարց 33.-

Որքա՞ն հաճախ եք այս փողն ստանում:

***Օրինակ՝*** *Ամսական (ամիսը մեկ). շաբաթական (շաբաթը մեկ). երկշաբաթական (երկու շաբաթը մեկ). կիսամսյա (ամիսը երկու անգամ). կամ օրական (ամեն օր):*

### Եկամտի Փաստաթղթեր

- **Ուղարկեք եկամտի ապացույց:** Ուղարկեք ձեր ամենավերջին աշխատավարձի կտրոնը: Եթե աշխատավարձի կտրոն չկա, ձեր գործատիրոջից վերցրեք ստորագրված հայտարարություն: Հայտարարության վրա պետք է նշված լինեն ամսական համախառն եկամուտը և ստացման թվականները:

**ԿԱՄ**

- **Անցած տարվա դաշնակցային եկամտահարկի թերթիկի պատճենը:**

**ԿԱՄ**

**Եկամտի այլ ապացույցներ, որոնք երևի հարկ կլինի ուղարկել՝**

- Եթե անձը աշխատում է ինքը իր համար, պետք է ուղարկի անցած տարվա եկամտահարկի թերթիկը՝ ներառելով C կամ F ցուցակները, կամ վերջին 3 ամիսների շահի և վնասի հաշվետվությունը:
- Եթե անձն ունի այնպիսի եկամուտ, ինչպես՝ անկարողության կամ հանգստյան, պետք է ուղարկի հատկացման նամակների պատճենները, կամ ուղղակի մուծումները ցույց տվող դրամատնային հաշվեցույցերը:
- Եթե որևէ անձ ստանում է երեխայի օժանդակություն և/կամ սննդավճար կամ կողակցի օժանդակություն, պետք է ուղարկի ստացված փոխգրերի պատճենները կամ Շրջանային Դատավորի Ընտանիքի Օժանդակության Բաժանմունքից (District Attorney's Family Support Division) հաստատագիր՝ վերջին ամսի համար:
- Եթե որևէ անձ ստանում է ուսանողական փոխատվություն կամ հատկացում, պետք է ուղարկի հատկացման նամակների կամ փոխատվության թղթերի պատճենները:



ԳՆԱՑԵՔ ԷՋ 4

## ՀԱՏՎԱԾ 5

**Տեղեկություն տվեք Հատված 2-ում նշված *բոլոր* անձերի կողմից վճարված ծախսերի մասին:**

Մեզ ասացեք եթե դուք վճարում եք դատարանի հրամանով **երեխայի օժանդակություն** կամ **սննդավճար,** կամ ցանկացած այլ **առողջապահական ապահովագրության** կամ **Medicare**-ի ապահովագնի ծախսերը:

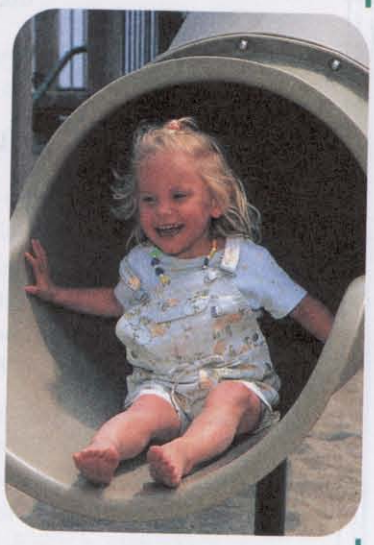
Medi-Cal-ը կվճարի ձեր Medicare-ի ապահովագները և կնվազեցնի ցանկացած այլ ապահովագրության ապահովագնի ծախսերը՝ ձեր հաշվառելի եկամտից:

### Հարց 34.-
Գրեք ծախսը վճարող անձի անունը:

### Հարց 35.-
Գրեք ամեն ամիս վճարվող ընդհանուր գումարը:

### Հարց 36.-
Գրեք երեխայի խնամքի և/կամ անկարող կախյալի խնամքի համար վճարված ծախսերը:

### Հարց 37.-
Նշեք երեխայի և անկարող կախյալի տարիքը:



### Հարց 38.-
Գրեք անունը այն անձի, որը վճարում է ծախսերը:

### Հարց 39.-
Նշեք ամսական վճարված ընդհանուր գումարը յուրաքանչյուր երեխայի կամ անկարող կախյալի համար:

**Ուղարկեք ծախսերի ապացույց** նշված Հատված 5-ում: Ուղարկեք երեխայի օժանդակության կամ սննդավճարի ծախսերի ապացույց: Երեխայի կամ կախյալի խնամքի համար՝ ուղարկեք ստացականներ կամ գանձված փոխգրեր:

## ՀԱՏՎԱԾ 6

**Բաց թողեք այս հատվածը՝ եթե դուք դիմում եք միայն 19 տարեկանից նվազ երեխաների և/կամ հղի կանանց համար, ովքեր դիմում են միայն հղիությանը առնչվող ծառայությունների համար: Այլապես պատասխանեք Հատված 2-ում նշված *բոլոր* անձերի համար:**

***Եթե Հատված 6-ի լրացման շուրջ ունեք հարցեր կամ մտահոգություններ՝ դատարկ թողեք այն և կապ հաստատեք վելֆերի տեղական գրասենյակի հետ:***

***Ձեր բնակած բնակարանի արժեքը Medi-Cal-ի համար հաշվի չի առնվում:***

### Հարց 40.-
Մեզ ասացեք թե որքա՞ն կանխիկ գումար ունեք ձեր տրամադրության ներքև և գումարը որևէ փոխգրի, որն ստացել եք, բայց դեռևս չեք գանձել:

### Հարց 41.-
Եթե նշված անձերից որևէ մեկն ունի փոխգրային և/կամ խնայողական հաշիվ կամ կյանքի ապահովագրություն, բարի գտնվեք ուղարկել պատճենները հետևյալ փաստաթղթերի՝

- Հաշիվներում ներկա հաշվեկշիռը ներկայացնող հաստատագրեր:
- Բոլոր կյանքի ապահովագրությունների պատճենները:

### Հարց 42.-
Եթե «Այո» նշեք, մեզ ուղարկեք պատճենը մեքենայի գրանցում(ներ)ի կամ վարդագույն կտրոն(ներ)ը կամ արժեքի գնահատագիր(եր)ը որակյալ աղբյուրից, ինչպես՝ վաճառորդը կամ մեքենագետը:

### Հարց 43.-
Եթե «Այո» նշեք, մեզ ուղարկեք պատճենները բոլոր դատարանական հրահանգների, փաստաթղթերի և համաձայնագրերի:

### Հարց 44.-
Եթե «Այո» նշեք, մեզ ուղարկեք պատճենները ձեր ապահովագրերի, պայմանագրերի և գնման համաձայնագրերի: Եթե ձեր ապահովագիրը վկայված է Կալիֆորնիայի Երկարաժամկետ Խնամքի Բաժնեկցության կողմից, մեզ հանձնեք պատճենը ձեր ամենավերջին նպաստի հաշվետվության:

### Հարցեր 45-47.-

Եթե «Այո» նշեք, ձեզանից կարող է պահանջվել հավելվածական տեղեկություն: Հնարավոր է նաև, որ դուք հարկադրվեք լրացնել ստացվածքի հավելվածական թերթիկ:

## ՀԱՏՎԱԾ 7

### Պատասխանեք *միայն* Medi-Cal ուզող անձերի համար:

### Հարց 48.-

Յուրաքանչյուր Medi-Cal-ի նպաստների դիմորդից պահանջվում է Ընկերային Ապահովության համար: Եթե դուք Ընկերային Ապահովության համար չունեք, մի ուշացրեք այս դիմումնագրի ուղարկումը: Դուք կարող եք դիմել հիմա և համարը մեզ ներկայացնել հաջորդող 60 օրերի ընթացքում:

***Հղիության և ստիպողական խնամքի ծառայությունները կարող են տրամադրելի լինել անձերի, ովքեր անկարող են Ընկերային Ապահովության համար ստանալ:***

Ընկերային Ապահովության համարի կապակցությամբ ինչպես դիմելու մասին հեռախոսեք Ընկերային Ապահովության Վարչության՝ 1-800-772-1213 անվճար համարով:

### Հարց 49.-

Գրեք յուրաքանչյուր անձի ծննդյան վայրը: Եթե ծնվել են ԱՄՆ-ում, գրեք նահանգի անունը: Եթե ծնվել են ԱՄՆ-ից դուրս, գրեք երկրի անունը:

### Հարց 50.-

Նշեք «Այո» կամ «Ոչ»՝ մեզ ասելու համար եթե անձը ԱՄՆ-ի քաղաքացի կամ հպատակ է:

Գաղթականական տեղեկություն տվեք միայն առողջապահական ծածկույթի համար դիմող անձերի մասին: Չդիմող անձերի մասին տեղեկություն մի տաք: Նահանգը այս տեղեկությունը կօգտագործի միայն անձի հարմար լինելը որոշելու համար: Գաղթականության մասին տեղեկությունը անձնական է և գաղտնի:

Գաղթականական բոլոր պայմանները լրացնող գաղթականները կարող են ստանալ **Medi-Cal-ի ամբողջական նպաստներ:** Առանց փաստաթղթի գաղթականները կարող են ստանալ հղիության առնչվող և ստիպողական ծառայություններ:

**Ուղարկեք գաղթականական գոյավիճակի ապացույց** կամ INS-ի ստացական, որը ցույց տա, որ դիմել եք կորած փաստաթղթի փոխարինման համար: Շատ գաղթականներ կարող են ստանալ Medi-Cal նույնիսկ երբ չունեն կանաչ քարտ կամ գաղթականական փաստաթուղթ: Երկու կողմերը պատճենելով՝ ապացույցն ուղարկեք այժմ կամ դիմումից մինչև 30 օր հետո: Եթե այս ապացույցը չուղարկեք, դուք դեռևս հարմար կնկատվեք ստիպողական կամ հղիությանը առնչվող ծառայությունների համար:

Գաղթականական տեղեկություններ մի ներկայացրեք անձերի մասին, ովքեր Medi-Cal չեն խնդրում: Գաղթականության մասին տեղեկությունը անձնական է և գաղտնի:

### Հարց 51.-

Ասացեք մեզ եթե անձը հիվանդատանն է կամ բնակարանային կամ գիշերօթիկ խնամքի վայրում: Եթե նշեք «Այո», մեզ ասացեք վայրի անունը:

### Հարց 52.-

Քառակուսում նշեք՝ ցույց տալու համար եթե յուրաքանչյուր անձ ունի մեկ այլ առողջապահական ապահովագրության ծածկույթ:

Դուք կարող եք Medi-Cal ստանալ և տակավին շարունակել այլ առողջապահական ծածկույթ: Medi-Cal-ը հնարավոր է, որ ծածկի ավելին՝ քան մյուս առողջապահական ծածկույթը:



ԳՆԱՑԵՔ ԷՋ 6

## ՀԱՏՎԱԾ 7 Շարունակված

### Հարց 53.-

Եթե նշեք «Այո», հնարավոր է, որ Medi-Cal-ը կարողանա օգնել, որ վճարվի ձեր դիմումին նախորդող 3 ամիսների ընթացքում ձեր վճարված կամ չվճարված բժշկական ծախսերի մի մասը կամ ամբողջությունը:

### Հարց 54.-

Նշեք «Այո», եթե որևէ անձ դատական գործ է հարուցել արկածի կամ վնասվածքի, աշխատավորների հատուցման, կամ ինքնաշարժի վթարի հետևանքով:

### Հարց 55.-

Նշեք քառակուսի(ներ)ն եթե անհատը, նրա կողակիցը, կամ անհատի ծնողը է կամ եղել է ԱՄՆ-ի բանակային: Մենք այս տեղեկությունն ուզում ենք՝ տեսնելու համար, որ արդյոք կարո՞ղ եք այլ ծառայություններ կամ նպաստներ ստանալ:

### Հարց 56 (Անպարտադիր).-

Դուք կարող եք ըստ ձեր հայեցողության նշել յուրաքանչյուր անձի ազգությունը (ցեղը): Այս տեղեկությունն օգտագործվում է վիճակագրական նպատակով միայն և ոչ մի կերպով չի ազդի Medi-Cal-ի ձեր հարմարության վրա:

### Հարց 57.-

Նշեք քառակուսին՝ ցույց տալու համար, որ անձը դպրոցո՞ւմ է: 21-ից նվազ տարիք ունեցող անձի շահույթը կարող է հաշվի չառնվել՝ եթե անձը դպրոց է հաճախում:

### Հարց 58.-

Մեզ ասացեք եթե անձը տնից հեռու է, բնակվում է դպրոցում, կամ գործում է քաղաքից դուրս:

## ՀԱՏՎԱԾ 8

### Տեղեկության Բացթողում (Անպարտադիր):

### Հարց 59.-

Նշեք «Այո» և վելֆերի տեղական գրասենյակը այս դիմումնագիրը կուղարկի Առողջ Ընտանիքներ (Healthy Families) ծրագրին՝ եթե ընտանիքի դիմող անդամներից մեկը կամ ավելին հարմար չեն նկատվի Medi-Cal ծրագրին:

Առողջ Ընտանիքներ (Healthy Families) Ծրագիրը հայթայթում է առողջապահական, ատամնային և տեսողական ամբողջական ծածկույթ: Հավելյալ տեղեկության համար հեռախոսեք 1-800-880-5305 համարով կամ այցելեք մեր ոստայնէջը՝ www.healthyfamilies.ca.gov

### Հարց 60.-

Եթե դուք լցնեք այս կետը՝ դուք վելֆերի տեղական գրասենյակին ասում եք, որ ձեր դիմումնագրի մասին ձեր անվանած անձին համաձայնվում եք տեղեկություն տալ:

## ՀԱՏՎԱԾ 9

### Ստորագրություն և Վկայություն

**Ո՞վ է կարող ստորագրել այս դիմումնագիրը:**

- Medi-Cal ցանկացող անձը կամ նրա կողակիցը
- Medi-Cal ցանկացող երեխայի պահպանիչը, խնամակալ կտակակատարը, կամ խնամատարը
- Medi-Cal ցանկացող անձի անունից գործող անհատը, երբ տվյալ անձը անատակ է, գտնվում է գիտակցազուրկ վիճակում, կամ տառապում է հիշողության կորստից և չունի կողակից, պահպանիչ, խնամակալ, կամ կտակակատար
- 14-ից 21 տարեկան անձեր, եթե չեն բնակվում ծնողի, խնամատար ազգականի, կամ խորթ ծնողի հետ
- 14-ից 21 տարեկան անձեր, ովքեր խնդրում են Դեռահասի Հավանության Ծառայություններ

### Հարց 61.-

Նահանգային և դաշնակցային օրենքները պահանջում են ձեր ստորագրությունը այս դիմումնագրի վրա: Այս հատվածում ձեր ստորագրությունը ցույց կտա, որ ձեր հայտարարությունները և պատասխանները ճշմարիտ են և ձեր ներկայացրած փաստաթղթերը ճշմարիտ ու ճշգրիտ են:

## Medi-Cal-ի Գաղտնիության Ծանուցագիր

Այս դիմումնագրում ներկայացված տեղեկությունը անձնական է և գաղտնի՝ Վելֆերի և Հիմնարկությունների Օրինագրքի (Welfare and Institutions Code) 14100.2 օրենքի համաձայն:

Տեղեկությունը կբացահայտվի միայն այդ օրենքների տրամադրությունների համաձայն:

# Medi-Cal-ի Իրավունքներ, Պատասխանատվություններ և Հայտարարություններ

### Ես իրավունք ունեմ՝

- Արդար և հավասար դարմանումի՝ անկախաբար իմ ցեղից, գույնից, կրոնքից, ազգային ծագումից, սեռից, տարիքից կամ քաղաքական համոզումներից:
- Թարգմանիչ խնդրելու:
- Արդար ունկնդրություն խնդրելու՝ եթե Medi-Cal-ի իմ գործին կապակցությամբ տրված ինչ-որ որոշում գտնեմ անարդար կամ սխալ: Հարկավոր է, որ ունկնդրություն խնդրեմ «Գործողության Ծանուցագիր» ստանալուց հետո 90 օրերի ընթացքում: Medi-Cal-ի արդար ունկնդրությունների մասին տեղեկության համար, անվճար հեռախոսեք 1-800-952-5253 համարով:
- Դեմ դիմաց հարցազրույցի:
- Medi-Cal-ի ծրագրի կանոնների և ուղեցույցերի վերանայման:

### Ես պատասխանատվություն ունեմ՝

- Այս դիմումնագրով ներկայացված տեղեկություններում փոփոխությունները տեղեկագրել 10 օրերի ընթացքում:
- Վելֆերի տեղական գրասենյակին տեղեկացնել՝ եթե ընտանիքի անդամներից մին դիմում է անկարողության նպաստների, գտնվում է հանրային հիմնարկում, կամ բժշկական խնամք է ստանում մեկ ուրիշի կողմից պատճառված ցանկացած արկածի կամ վնասվածքի համար:
- Համագործակցել՝ իմ գործը վերանայվելու դեպքում:
- Դիմել տրամադրելի եկամտի համար:
- Համագործակցել հայրության համապատասխան որոշումների և բժշկական օժանդակության պարտադրման դեպքերում:
- Բժշկական օժանդակության իրավունքներ նշանակել Կալիֆորնիա Նահանգին:
- Երրորդ կողմի բժշկական օժանդակության իրավունքներ նշխանակել Կալիֆորնիա նահանգին:

### Ես հասկանում եմ, որ՝

- Որպես Medi-Cal-ին պատշաճելու պայման, բժշկական օժանդակության բոլոր իրավունքները մեքենականորեն նշանակվում են Կալիֆորնիա Նահանգին:
- Եթե ես դիտումնավոր կերպով թաքցնում եմ անհրաժեշտ տվյալներ, կամ ներկայացնում եմ սխալ տվյալներ, հասկանում եմ, որ նպաստները կարող են մերժվել կամ դադարեցվել, և վճարում կարող է պահանջվել: Հնարավոր է նաև, որ ես հետաքննության ենթարկվեմ խարդախության համար:
- Անձերը, որոնց համար դիմում եմ, չեն գտնվում բանտում կամ որևէ այլ ուղղիչ հաստատությունում:
- Իմ մահից հետո, Նահանգը իրավասու է իմ ունեցվածքից վերավճարում հետապնդել բոլոր Medi-Cal-ի նպաստների համար, որ ստացել եմ 55 տարեկանից հետո, բացի եթե ունեմ վերապրող կողակից, դեռատի երեխա(ներ), կույր կամ մնայուն և վերջնականապես անկարող երեխա(ներ):
- Եթե ես ընդունվեմ մի հիվանդապահական վայր և նպատակ չունեմ իմ բնակարանը վերադառնալ, Նահանգը կարող է իմ ստացվածքի դեմ կալանք պարտադրել:

## Medi-Cal-ի Անձնականության Ծանուցագիր

1977 թվի Տեղեկության Գործարկման Ակտը և Անձնականության Դաշնակցային Ակտը Առողջապահական Ծառայությունների Բաժանմունքից պահանջում են ներկայացնել հետևյալ տեղեկությունը.- Վելֆերի և Հիմնարկությունների Օրինագրքի Հատված 14011-ը և CCR-ի Հոդված 22-ի կանոնները Medi-Cal-ի ծրագրի դիմորդներից պահանջում են ներկայացնել այս դիմումնագրում պահանջված տեղեկությունը՝ հարմարության մասին:

Հնարավոր է, որ այս տեղեկությունը կիսվի դաշնակցային, նահանգային և տեղական մարմինների հետ՝ հարմարությունը ստուգելու նպատակով և այլ նպատակներով, որոնք առնչվում են Medi-Cal-ի ծրագրի տնորինման հետ, ներառած՝ INS-ի կողմից միայն Medi-Cal-ի նպաստների ամբողջությանը հետամուտ անձերի գաղթականական գոյավիճակի հաստատումը: (Դաշնակցային օրենքն ասում է, որ INS-ը տեղեկությունը չի կարող օգտագործել խարդախությունից տարբեր գործերի համար:) Տեղեկությունը կօգտագործվի՝ պահանջագրերի ընթացք տալու և Նպաստների Ինքնության Քարտեր (Benefit Identification Cards/BIC) կազմելու համար: Պահանջված տեղեկությունը ներկայացնել չհաջողվելու դեպքում՝ դիմումը կարող է մերժման ենթարկվել:

Այս հարցաթերթով պահանջված տեղեկությունը պարտադիր է, բացառությամբ ազգության մասին տեղեկությունից և ցանկացած այլ կետից, որը նշվել է որպես կամովին կամ անպարտադիր: Ընկերային Ապահովության Համարները պահանջվում են Ընկերային Ապահովության Ակտի Հատված 1137(ա)(1)-ի հիմամբ և Վելֆերի և Հիմնարկությունների Օրինագրքի Հատված 14011.2-ի համաձայն, բացի եթե դիմումը ներկայացվում է միայն ստիպողական վիճակի կամ հղիության վերաբերվող նպաստների համար:

**Անհատը իրավունք ունի ձեռք բերել իր անձնական տեղեկությունն ընդգրկող այն արձանագրությունները, որոնք պահպանվում են Առողջապահական Ծառայությունների Բաժանմունքի կողմից:**

**Կապ հաստատեք վելֆերի ձեր տեղական գրասենյակի հետ՝ ձեր արձանագրությունները պահանջելու համար:**

Ներկայացվում է Կալիֆորնիայի Նահանգի կողմից

Flex your POWER