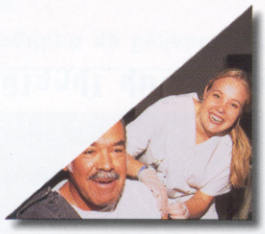
ԱՌՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ԾԱԾԿՈՒՅԹ

ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿ ԵԿԱՄՏՈՎ ԿԱՄ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐՈՎ ՄԱՐԴԿԱՆՑ ՀԱՄԱՐ

MEDI-CAL

ՆՈՐ ԹՂԹԱՏԱՐԱԿԱՆ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐ ԵՎ ՑՈՒՑՄՈՒՆՔՆԵՐ



Ֆիզիկական Դարմանում

Դեղատնային Ծառայություններ

Հղի Կանայք

Հիվանդատնային Խնամք

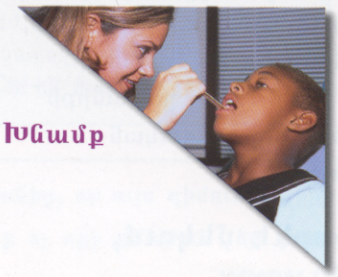
Անկարողներ

Նորածիններ/ Երեխաներ

Տարեցների Խնամք

Տեսողության Խնամք

Ընտանիքներ



Աշխատող Ծնողներ

Ատամնային Խնամք

Ստիպողական Բժշկական Փոխադրություն

Medi-Cal-ին դիմելու ԱՆՎՃԱՐ օգնության համար կապ հաստատեք վելֆերի ձեր տեղական գրասենյակի հետ:

Ի՞նչ է Medi-Cal-ը:

- Առողջապահական խնամքի ծածկույթ Կալիֆորնիայում բնակվող հարմար անձերի համար, ովքեր հաստատված սահմանից նվազ եկամուտ և միջոցներ ունեն:

Ո՞վ կարող է Medi-Cal ստանալ:

- 65 տարեկան կամ ավելի տարեց անձեր
- 21 տարեկանից ցածր տարիքով անձեր
- 21-ից 65 տարեկան որոշ չափահասներ՝ եթե ունեն իրենց հետ բնակվող դեռահաս երեխաներ
- Կույր կամ անկարող անձեր
- Հղի կանայք
- Հիվանդատան խնամքի ենթակա անձեր
- Որոշ գաղթականներ, Ապաստանյալներ, Կուբայից/Հայիթիից եկածներ

Medi-Cal ստանալու համար պայմա՞ն է իմ ԱՄՆ-ի քաղաքացի լինելը:

- Ո՛չ. փաստաթուղթ կրող թե չկրող օտարահպատակներ կարող են հարմար նկատվել Medi-Cal-ի համար: Որոշ անձեր հնարավոր է, որ ստանան միայն հղիությանը առնչվող և ստիպողական ծառայություններ. ուրիշներ հարմար են Medi-Cal-ի բոլոր նպաստներն ստանալու՝ նայած նրանց օտարահպատակի գոյավիճակին

Երբ Medi-Cal-ն ասում է «դեռահաս երեխա», ի՞նչը նկատի ունի:

- 21 տարեկանից ցածր ամուսնացած կամ ամուրի երեխա, որը բնակվում է ձեր տանը կամ տնից հեռու՝ դպրոցում:

Ի՞նչ պետք է անեմ Medi-Cal-ի ծածկույթ ստանալու համար:

- Լրացրեք և մեզ ուղարկեք ներփակյալ դիմումնագիրը
- Ուղարկեք ցանկացած պահանջված փաստաթուղթ (Նայեք ցուցմունքներին)

Ինչպե՞ս ենք իմ ընտանիքն ու ես հարմար դասվում Medi-Cal-ի ծածկույթի համար:

Եթե դուք վերը նշված «Ո՞վ կարող է Medi-Cal ստանալ» խմբին եք պատկանում՝

- Մենք կնայենք ձեր եկամտին և նրանից կնվազեցնենք որոշ ծախսեր, որոնք կվճարեք որոշելու համար ձեր ընտանիքի՝ Medi-Cal-ի համար հաշվառելի եկամուտը
- Մենք կնայենք թե դուք և ձեր ընտանիքը ի՞նչ ունեք (դրամատան հաշիվներ, մեքենաներ, և.լ.), ստուգելու համար, որ դուք լրացնո՞ւմ եք աղբյուրների սահմանի պայմանը: **Խնդրում ենք նկատի ունենալ՝** Ձեր և ձեր ընտանիքի ունեցած ամեն ինչ չէ, որ հաշվի ենք առնում. վելֆերի ձեր տեղական գրասենյակը ձեզ կարող է տալ հավելյալ տեղեկություն

Եթե ես չեմ ընկնում ծածկված խմբերից որևէ մեկում, ինչպե՞ս եմ կարող ծածկույթ ստանալ:

- Կապ հաստատեք վելֆերի ձեր տեղի գրասենյակի հետ՝ տեղեկություն ստանալու ձեր կաունտիում բժշկական ծառայությունների մասին

Medi-Cal-ի Առողջապահական Ծածկույթի Համար Դիմելիս

Ի՞նչ Եմ Ես Անելու, Եթե...

Անմիջական կարիքն ունեմ առողջական խնամքի ծառայությունների, ինչպես՝ սուր հիվանդություն կամ հղիություն:

- Այս դիմումնագիրը ուղղակի տարեք վելֆերի ամենամոտիկ գրասենյակ՝ ձեռնարկելու համար դիմումնագրի գործընթացին:

Ես դիմումնագիրն ունեմ, բայց օգնության եմ կարոտ:

- Ուշադիր կարդացեք Ցուցմունքները:
- Օգնության համար դիմեք վելֆերի ձեր տեղի գրասենյակին:
- Օգնություն խնդրեք մի ընկերոջից կամ ազգականից:

Իմ կողակիցը կամ ես մտնում ենք հիվանդատուն և դիմում ենք Medi-Cal-ի:

- Անմիջապես կապ հաստատեք վելֆերի ձեր տեղական գրասենյակի հետ՝ ձեռք բերելու պատճենը այն ծանուցագրի, որը վերաբերվում է Medi-Cal-ի հարմարության չափորոշիչների հարցաթերթին (DHS 7077): Այս թերթիկը կբացատրի որոշ հարկազերծ աղբյուրներ, որոշ պաշտպանություններ կողակցի աղքատացման դեմ և որոշ պարագաներ, երբ մի ընտանիքի տոկոսը կարող է փոխանցվել՝ առանց վտանգելու Medi-Cal-ին հարմար լինելը:

Ես լրացրել եմ դիմումնագիրը և ցանկանում եմ այն թղթատարով ուղարկել:

- Դիմումնագիրն ամբողջացրեք կամ ուղարկեք թղթատարով՝ օգտագործելով թղթատարական ծախսը վճարված ծրարը, որը տրամադրվել է դիմումնագրի հետ: Ներփակեք պահանջված փաստաթղթերը: (Նայեք ցուցմունքներին)

Ես անտունի եմ և թղթատարական հասցե չունեմ:

ԱՅՍ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐԸ ԹՂԹԱՏԱՐՈՎ ՄԻ ՈՒՂԱՐԿԵՔ:

- Գնացեք վելֆերի ամենամոտիկ տեղական գրասենյակը՝ այս դիմումնագիրը հանձնելու:

Ես դեռահաս/պատանի եմ և ցանկանում եմ գաղտնի Դեռահասի Հավանության Ծառայություններ՝ ընտանիքի ծրագրավորման, հղիությանը առնչվող խնամքի, մտային առողջության, թմրադեղի և ոգելից խմիչքի չարաշահման դարմանումի/խորհրդատվության, սեռային հարաբերությամբ փոխանցված հիվանդությունների (STD) կամ սեռային հարձակումի համար:

- Գաղտնիությունը պահպանելու համար, դուք այս դիմումնագիրը պետք է տանեք վելֆերի տեղական գրասենյակ կամ հարմարության ծառայողի վայր:

ԹՂԹԱՏԱՐՈՎ ՄԻ ՈՒՂԱՐԿԵՔ ԱՅՆ:

Ես անձամբ եմ ուզում հետաքրքրվել Medi-Cal-ով: Ես չեմ ուզում դիմումնագիրը թղթատարով ուղարկել:

- Կապ հաստատեք վելֆերի ձեր տեղական գրասենյակի հետ և մի հարցազրույց խնդրեք՝ անձամբ դիմելու համար:

Հիշե՛ք. անկախաբար նրանից, որ այս դիմումնագիրը անձամբ կտանեք վելֆերի տեղական գբրասենյակ, թե՝ կուղարկեք թղթատարով, դուք ոչ ոքի *վճարում չեք կատարի* այս դիմումնագրի կապակցությամբ ձեզ օգնելու համար:

www.dhs.ca.gov

Medi-Cal-ին դիմելու **ԱՆՎՃԱՐ** օգնության համար կապ հաստատեք վելֆերի ձեր տեղական գրասենյակի հետ:

Ինչպե՞ս լրացնել դիմումնագիրը

- Անջատե՛ք դիմումնագիրը
- Կարդացեք ցուցմունքներն ամբողջությամբ
- Լրացրեք դիմումնագրից այնքանը՝ որքան կարող եք
- Ներփակեք պահանջված փաստաթղթերը (Նայեք ցուցմունքներին)
- Եթե օգնություն է հարկավոր՝ դիմեք վելֆերի տեղական գրասենյակին
- Ձեր դիմումնագրի ուղարկումը մի՛ ուշացրեք

Ո՞ւմ տեղեկությունն եք դնելու այս դիմումնագրում:

- Եթե դուք չափահաս եք, որը չի բնակվում կողակցի հետ և չունեք երեխաներ, նշեք ձեր սեփական տեղեկությունը:
- Եթե դուք օրինավորապես ամուսնացած եք և բնակվում եք միասին, նշեք ձեր և ձեր կողակցի տեղեկությունը:
- Եթե դուք օրինավորապես ամուսնացած եք, բայց ձեզանից մեկը կամ երկուսը բնակվում են հիվանդատանը կամ գիշերօթիկ խնամք հայթայթող հաստատությունում, նշեք ձեր և ձեր կողակցի տեղեկությունը:
- Եթե ձեր երեխաները 21 տարեկանից ցածր են և բնակվում են ձեզ և իրենց ծնողների հետ, նշեք ձեր սեփական, երեխաների և մյուս ծնողների տեղեկությունը:
- Եթե դուք 21 տարեկանից ցածր եք և չեք բնակվում ձեր ծնողների հետ, նշեք ձեր սեփական տեղեկությունը:
- Եթե դուք 21 տարեկանից ցածր եք, բնակվում եք ձեր ծնողների հետ և խնդրում եք Դեռահասի Հավանության գաղտնի ծառայություններ, նշեք ձեր սեփական տեղեկությունը:

Ի՞նչ կպատահի իմ դիմումնագիրն ուղարկելուց հետո:

- Վելֆերի տեղական գրասենյակից 10 աշխատանքային օրում ձեզ կհաղորդեն, որ ստացել են ձեր դիմումնագիրը: Նրանք ձեզ կտան անունը մի անձի, ում հետ դուք կարող եք կապ հաստատել ձեր դիմումնագրի շուրջ հավելյալ տեղեկության համար:
- Դուք կաունդիից կստանաք մի թղթապանակ՝ ծրագրի մասին հավելյալ տեղեկություններով:
- Հնարավոր է, որ ձեզանից պահանջվի կաունդիի համար անհրաժեշտ հավելվածական տեղեկություն՝ որոշելու համար ձեր հարմար լինելը:
- Սովորաբար վելֆերի տեղական գրասենյակը ձեր հարմար լինելը կվճռի 45 օրերի ընթացքում և ձեզ գրավոր կհայտնի որոշման մասին: Անկարողության հիման վրա հարմար լինելու որոշումը կարող է խլել մինչև 90 օր:
- Եթե վճռվի, որ դուք հարմար եք, նայած թե ո՞ր կաունդիում եք բնակվում, հնարավոր է, որ դուք կարողանաք ընտրել առողջապահական մի ծրագիր՝ լրացնելով առանձին գրանցման թերթիկ:
- Եթե դուք հարմար չնկատվեք անվճար Medi-Cal-ի համար և ցանկանում եք դիմել Առողջ Ընտանիքներ (Healthy Families) ծրագրին, վելֆերի տեղական գրասենյակը այս դիմումնագիրը կփոխանցի նրանց: