ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐ MEDI-CAL-Ի ՀԱՄԱՐ

Այս թերթիկը լրացնելու համար օգտագործեք ցուցմունքները: Գրե՛ք հստակ: Օգտագործեք միայն սև կամ կապույտ թանաք:

ՀԱՏՎԱԾ 1 Մեզ ասացեք անձի մասին, որը Medi-Cal է ուզում իր, իր ընտանիքի կամ իր խնամքի ներքև գտնվող երեխաների համար:

1 ԱԶԳԱՆՈՒՆ	ԱՆՈՒՆ		ՄԻՋՆԱՆՈՒՆ
2 ԲՆԱԿԱՐԱՆԻ ՀԱՍՑԵ (ՀԱՄԱՐ ԵՎ ՓՈՂՈՑ): **ՓՈՍՏԱՐԿՂ ՄԻ՛ ՆՇԵՔ** ԵԹԵ ԱՆՏՈՒՆԻ ՉԵՔ		3 ՀԱՐԿԱԲԱԺՆԻ ՀԱՄԱՐ	4 ՏԱՆ ՀԵԱԽՈՍԻ # ( )
5 ՔԱՂԱՔ/ՆԱՀԱՆԳ	6 ԿԱՈՒՆԴԻ	7 ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԿՈԴ	8 ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՀԵԱԽՈՍԻ # ( )
9 ԹՂԹԱՏԱՐԱԿԱՆ ՀԱՍՑԵ (ԵԹԵ ՏԱՐԲԵՐ Է ՎԵՐԸ ՆՇՎԱԾԻՑ) ԿԱՄ ՓՈՍՏԱՐԿՂ		10 ՀԱՐԿԱԲԱԺՆԻ ՀԱՄԱՐ	11 ՈՒՂԵՐՁԱՅԻՆ ՀԵԱԽՈՍԻ # ( )
12 ՔԱՂԱՔ			13 ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԿՈԴ
14Ա. ՈՐ ԼԵԶՈՒՆ/ԲԱՐԲԱԼԸ ԽՈՍՈՒՄ ԵՔ ԼԱՎԱԳՈՒՅՆՍ		14Բ. ՈՐ ԼԵԶՎՈՎ ԵՔ ԿԱՐԴՈՒՄ ԼԱՎԱԳՈՒՅՆՍ	

ՀԱՏՎԱԾ 2 Մեզ ասացեք Հատված 1-ում նշված անձի, իր ընտանիքի և իր խնամքի ներքև գտնվող երեխաների մասին, նույնիսկ եթե նրանք ծածկույթ չեն ուզում:

	Չափահաս 1/ Անձը ի՛նք	Չափահաս 2	Երեխա 1	Երեխա 2	Երեխա 3
15 Անուն՝ ԱԶԳԱՆՈՒՆ					
ԱՆՈՒՆ					
ՄԻՋՆԱՆՈՒՆ					
16 Կապը Հատված 1-ի անձի հետ:					
17 Եթե բնակության հասցեն տարբեր է Հատված 1-ում նշվածից, նշեք բնակության հասցեն՝					
18 Սեռը՝	❑ Այր ❑ Կին	❑ Այր ❑ Կին	❑ Այր ❑ Կին	❑ Այր ❑ Կին	❑ Այր ❑ Կին
19 Ամուսնական գոյավիճակ՝	❑ Ամուրի ❑ Ամուսնացած ❑ Ամուսնալուծված ❑ Բաժանված ❑ Այրի	❑ Ամուրի ❑ Ամուսնացած ❑ Ամուսնալուծված ❑ Բաժանված ❑ Այրի	❑ Ամուրի ❑ Ամուսնացած ❑ Ամուսնալուծված ❑ Բաժանված ❑ Այրի	❑ Ամուրի ❑ Ամուսնացած ❑ Ամուսնալուծված ❑ Բաժանված ❑ Այրի	❑ Ամուրի ❑ Ամուսնացած ❑ Ամուսնալուծված ❑ Բաժանված ❑ Այրի
20 Տանը ամուսնացած դեռահասների կողակից(ներ)ի անունը՝					
21 Ծննդյան Թվականը՝	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ
22 Հղի՝	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ
Ծննդաբերության Թվականը՝	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ
23 Ֆիզիկական, մտային, կամ զգացմունքային անկարողություն ունի՞:	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ
Անկարողությունը ենթադրաբար կտևի՝	❑ 30 Կամ Ավելի Օր ❑ 12 Կամ Ավելի Ամիս	❑ 30 Կամ Ավելի Օր ❑ 12 Կամ Ավելի Ամիս	❑ 30 Կամ Ավելի Օր ❑ 12 Կամ Ավելի Ամիս	❑ 30 Կամ Ավելի Օր ❑ 12 Կամ Ավելի Ամիս	❑ 30 Կամ Ավելի Օր ❑ 12 Կամ Ավելի Ամիս

ԱՆՋԱՏԵՔ ԱՅՍՏԵՂԻՑ

ԱՆՋԱՏԵՔ ԱՅՍՏԵՂԻՑ

ՀԱՏՎԱԾ 2 Շարունակված

	Հատված 1/ Անձը ի՛նք	Հատված 2	Երեխա 1	Երեխա 2	Երեխա 3
24 Երբևէ որևէ անձ ստացե՞լ է **կանխիկ օգնություն, SSI, Պարենատոմս** կամ Medi-Cal:	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ
Եթե «Այո», ի՞նչ անվան տակ:					
25 Medi-Cal-ի նպաստների BIC քարտի համարը՝ եթե ունեք այն:					
26 Բժշկական նպաստներ ուզո՞ւմ է:	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ
27 Ունե՞ք կամ գնո՞ւմ եք բնակարան Կալիֆորնիայից դուրս:	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ

ՀԱՏՎԱԾ 3 Պատասխանե՛ք Հատված 2-ի *բոլոր* երեխաների համար:

Երեխա 1	Երեխա 2	Երեխա 3	Շծնված
28 Մոր Անունը՝	Մոր Անունը՝	Մոր Անունը՝	Մոր Անունը՝
Արդյո՞ք մայրը՝ ❑ Գործում է ❑ Անկարող է ❑ Զի գործում ❑ Մահացած է ❑ Բացակա է	Արդյո՞ք մայրը՝ ❑ Գործում է ❑ Անկարող է ❑ Զի գործում ❑ Մահացած է ❑ Բացակա է	Արդյո՞ք մայրը՝ ❑ Գործում է ❑ Անկարող է ❑ Զի գործում ❑ Մահացած է ❑ Բացակա է	Արդյո՞ք մայրը՝ ❑ Գործում է ❑ Անկարող է ❑ Զի գործում
29 Հոր Անունը՝	Հոր Անունը՝	Հոր Անունը՝	Հոր Անունը՝
Արդյո՞ք հայրը՝ ❑ Գործում է ❑ Անկարող է ❑ Զի գործում ❑ Մահացած է ❑ Բացակա է	Արդյո՞ք հայրը՝ ❑ Գործում է ❑ Անկարող է ❑ Զի գործում ❑ Մահացած է ❑ Բացակա է	Արդյո՞ք հայրը՝ ❑ Գործում է ❑ Անկարող է ❑ Զի գործում ❑ Մահացած է ❑ Բացակա է	Արդյո՞ք հայրը՝ ❑ Գործում է ❑ Անկարող է ❑ Զի գործում ❑ Մահացած է ❑ Բացակա է

ՀԱՏՎԱԾ 4 Ցանկագրեք Հատված 2-ում ցուցակագրված անձերի կողմից ստացված *բոլոր* եկամուտները/փողերը:

30 ԵԿԱՄՈՒՏԸ/ ՓՈՂԸ ՍՏԱՑՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	31 ՍՏԱՑՎԱԾ ԵԿԱՄՏԻ/ ՓՈՂԻ ԱՂԲՅՈՒՐԸ (Աշխատավարձից, ընկերային ապահովությունից)	32 ՍՏԱՑԱՎԱԾ ԵԿԱՄՏԻ/ ՓՈՂԻ ԳՈՒՄԱՐԸ	33 ԵԿԱՄՏԻ/ՓՈՂԻ ՍՏԱՑՄԱՆ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ (Ամսական, կիսամսյա, շաբաթական, երկշաբաթական, օրական)

ՀԱՏՎԱԾ 5 Տվեք տեղեկություն Հատված 2-ի *բոլոր* անձերի կողմից վճարվող ցուցակագրված ծախսերի մասին:

ՁԵՐ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԿԱՏԱՐԱԾ ՎՃԱՐՄԱՆ ՏԵՍԱԿԸ	34 ՎՃԱՐՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	35 ՎՃԱՐՎԱԾ ԱՄՍԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐԸ
Երեխայի Օժանդակություն		
Սննդավճար		
Այլ Առողջապահական Ապահովագրության Ապահովագին		
Մեդիկարի Ապահովագին		

36 ԵՐԵԽԱՅԻ ԿԱՄ ԿԱԽՅԱԼԻ ԽՆԱՄՔ (Ցանկագրեք երեխայի կամ կախյալի անունը)	37 ՏԱՐԻՔ	38 ՎՃԱՐՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՈՒՆԸ	39 ՎՃԱՐՎԱԾ ԱՄՍԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐԸ
1.			
2.			
3.			
4.			

ՀԱՏՎԱԾ 6

Բաց թողեք այս Հատվածը՝ եթե դիմում եք միայն 19-ից պակաս տարիք ունեցող երեխաների և/կամ հղի կանանց համար (հղիությանը առնչվող ծառայություններ միայն):

Այլապես պատասխանեք Հատված 2-ում նշված բոլոր անձերի համար:

40	Արդյոք որևէ մեկն ունի՞ գանձված կամ չգանձված փոխգրեր: Եթե «Այո», այստեղ նշեք գումարը _____ (Նայեք ցուցմունքներին)	❑ Այո ❑ Ոչ
41	Արդյոք որևէ մեկն ունի՞ փոխգրային կամ խնայողական հաշիվ, կամ կյանքի ապահովագրություն: (Նայեք ցուցմունքներին)	❑ Այո ❑ Ոչ
42	Ձեր ընտանիքում մե՞կ ինքնաշարժ կա, թե՞ ավելի: (Նայեք ցուցմունքներին)	❑ Այո ❑ Ոչ
43	Արդյոք որևէ մեկն ունի՞ դատարանով արձակված լուծում կամ դատավճիռ: (Նայեք ցուցմունքներին)	❑ Այո ❑ Ոչ
44	Արդյոք որևէ մեկն ունի՞ Երկարաժամկետ Խնամքի ապահովագրություն: (Նայեք ցուցմունքներին)	❑ Այո ❑ Ոչ
45	Արդյոք որևէ մեկն ունի՞ բաներ, ինչպես՝ արժեթղթեր, դրամատոմսեր, հանգստյան հիմնադրամներ, ավանդներ, անշարժ կալված, առևտրի հատկացված մեքենաներ, առևտրական հաշիվներ, պարտավորագրեր, պարտամուրհակներ, ավանդի փաստաթղթեր, հանգստի մեքենաներ, թաղմանական ավանդներ կամ հիմնադրամներ, տարեկան ռենտաներ, գոհարեղեն (ոչ ժառանգական կամ ամուսնական), քարյուղի կամ հանքերի իրավունքներ: (Նայեք ցուցմունքներին)	❑ Այո ❑ Ոչ
46	Արդյո՞ք այս հարցաթերթում նշված որևէ անձ անցած 30 ամիսներին փոխանցել, վաճառել, փոխանակել կամ ձեռքից հանել է վերևը նշվածների նման որևէ բան: (Նայեք ցուցմունքներին)	❑ Այո ❑ Ոչ
47	Արդյո՞ք այս հատվածում նշված որևէ կետ ծախսվել է կամ օգտագործվել որպես ապահովություն բժշկական ծախսերի: (Նայեք ցուցմունքներին)	❑ Այո ❑ Ոչ

ՀԱՏՎԱԾ 7

Պատասխանեք *միայն* Medi-Cal ցանկացող անձերի համար:

	Հատված 1/ Անձը ի՛նք	Հատված 2	Երեխա 1	Երեխա 2	Երեխա 3
48 Ընկերային Ապահովության #:					
	Հնարավոր է, որ դուք կարողանաք Medi-Cal ստանալ, նույնիսկ եթե չունեք Ընկերային Ապահովության Համար:				
49 Ծննդյան Վայր՝ *Նահանգ կամ Երկիր*					
50 ԱՄՆ-ի Քաղաքացի կամ Հպատա՞կ: Եթե «Ոչ», գրեք ԱՄՆ մուտքի թվականը:	❑ Այո ❑ Ոչ / / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	❑ Այո ❑ Ոչ / / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	❑ Այո ❑ Ոչ / / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	❑ Այո ❑ Ոչ / / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ	❑ Այո ❑ Ոչ / / ԱՄԻՍ ՕՐ ՏԱՐԻ
51 Բնակվո՞ւմ Եք Երկարաժամկետ Խնամքի կամ Գիշերօթիկային Խնամքի վայրում:	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ
Եթե «Այո», անվանեք վայրը՝					
Մտադի՞ր եք տուն դառնալ:	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ
Մտադի՞ր եք վեց ամսից տուն դառնալ:	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ
52 Ունե՞ք առողջապահական/ատամնային կամ տեսողական ծածկույթ:	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ
53 Medi-Cal-ի դիմելուն նախորդող 3 ամիսների ընթացքում ունեցե՞լ եք բժշկական ծախսեր և Medi-Cal ուզո՞ւմ եք այդ ծախսերի համար:	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ
54 Կա՞ առկախ դատական գործ՝ արկածի կամ վնասվածքի հետևանքով:	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ

ԱՆՁԱՏԵՂ ԱՅՍՏԵՂԻՑ

ՀԱՏՎԱԾ 7 Շարունակված

	Չափահաս 1/ Անձը ի՛նք	Չափահաս 2	Երեխա 1	Երեխա 2	Երեխա 3
55 Ներկա կամ անցյալ ԱՄՆ Բանակային Ծառայությո՞ւն չափահասների, կողակցի կամ երեխայի ծնողքի:	❑ Այո ❑ Ոչ ❑ Ինքս ❑ Կողակից ❑ Ծնող	❑ Այո ❑ Ոչ ❑ Ինքս ❑ Կողակից ❑ Ծնող	❑ Այո ❑ Ոչ ❑ Ինքս ❑ Կողակից ❑ Ծնող	❑ Այո ❑ Ոչ ❑ Ինքս ❑ Կողակից ❑ Ծնող	❑ Այո ❑ Ոչ ❑ Ինքս ❑ Կողակից ❑ Ծնող
56 Ազգություն (ցեղ)՝ (Անպարտադիր)					
57 Դպրոցո՞ւմ եք լրիվ ժամանակով:	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ
58 Տնից հեռո՞ւ եք բնակվում:	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ	❑ Այո ❑ Ոչ

ՀԱՏՎԱԾ 8 Տեղեկության բացթողում (Անպարտադիր):

59 Եթե ընտանիքի անդամը չի կարող անվճար Medi-Cal ստանալ, բայց կարող է ձեռք բերել էժանագին առողջապահական խնամքի ծածկույթ՝ վելֆերի տեղական գրասենյակը կարո՞ղ է այս հարցաթերթն ուղարկե ԻԱռողջ Ընտանիքներ (Healthy Families) Ծրագրին: ❑ Այո ❑ Ոչ

60 Ինձ օգնել է (տվեք անձի անունը)_____ երբ ես այս դիմումնագիրն էի լրացնում: Համաձայն եմ, որ վելֆերի տեղական գրասենյակը իհարկին նրանց տեղեկություն տա այս դիմումնագրի գոյավիճակի մասին: ***Դիմորդից խնդրվում է իր անվան սկզբնատառերը*** _____

ՀԱՏՎԱԾ 9 Ստորագրություն և Վկայություն

61 Կալիֆորնիա Նահանգի օրենքներով նախատեսված՝ սուտ վկայության համար պատժի սպառնալիքի տակ հայտարարում եմ, որ այս դիմումնագրում իմ տված պատասխանները և իմ ներկայացրած փաստաթղթերը ճշմարիտ են և ճշգրիտ որքան ես հավատացած եմ:

Հայտարարում եմ, որ կարդացել եմ և հասկանում եմ դիմումնագրի ցուցմունքները, հայտարարությունները և այս դիմումնագրում տպագրված բոլոր տեղեկությունները:

_____
Ստորագրություն Թվական

_____
Վկայի Ստորագրություն *(Եթե անձն ստորագրել է նշանով)* Թվական

_____
Դիմորդին դիմումնագիրը լցնելուց օգնած անձի ստորագրություն Հեռախոսահամար Դիմորդի հետ կապը Թվական

_____
Դիմորդին/Նպաստավորվողին ի դիմաց գործող անձի ստորագրություն Հեռախոսահամար Դիմորդի հետ կապը Թվական

Հետևյալ ծրագրերից ցանկացածի մասին տեղեկության համար՝ նշեք ներքևի քառակուսին(երը) և տեղեկությունը կուղարկվի ձեզ: Նայեք Medi-Cal-ի գրքույկին՝ «Առողջապահական Խնամք Երեխայով Ընտանիքների Համար», կամ այցելեք մեր ուստայնէջը/վեբսայտ՝ www.dhs.ca.gov

❑ Անձնական Խնամքի Ծառայության Ծրագիր (Personal Care Service Program/PCSP): Տան մեջ խնամք ընծայող ծրագիր:

❑ Նորածինների և Մայրերի Համար Մուտքի Հնարավորություն (Access for Infants, and Mothers/AIM): Ծրագիր, որը համեստ եկամտով հղի կանանց օգնում է ստանալ առողջապահական խնամք:

❑ Կնոջ, Նորածինների և Երեխաների Սննդի Ծրագիր (Woman, Infants and Children Nutrition Program/WIC): Սննդի ծրագիր՝ հղի և ծննդաբերած կանանց և 5-ից նվազ տարիք ունեցող երեխաների համար:

❑ Ընտանիքի Ծրագրավորում (Family Planning):

❑ Երեխայի Առողջության և Անկարողության Ծրագիր (Child Health and Disability Program/CHDP): Կանխարգելիչառողջապահական խնամք երեխաների և երիտասարդների համար: Արդյոք ուզո՞ւմ եք, որ ձեր երեխան կամ երիտասարդը հղվեն CHDP ծրագրին: ❑ Այո ❑ Ոչ