

**СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ДОХОДАМИ И РЕСУРСАМИ**

# MEDI-CAL

**ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ОТПРАВКИ ПО ПОЧТЕ И ИНСТРУКЦИИ**



Физиотерапия

Аптечное  
обслуживание

Обслуживание  
беременных  
женщин

Медицинский  
уход на дому



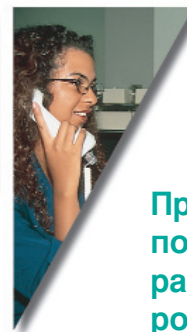
Обслуживание  
нетрудоспособных  
лиц



Уход за  
престарелыми

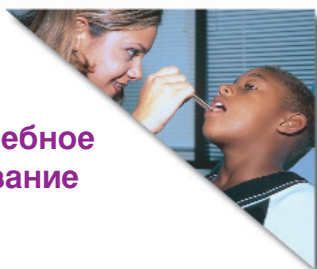
Обследования  
новорожденных  
и детей

Проверки  
зрения,  
выписка  
очков



Семейная  
медицина

Зубоврачебное  
обслуживание



Машины  
скорой  
помощи

Программа  
помощи  
работающим  
родителям

Для того, чтобы получить **БЕСПЛАТНУЮ** помощь в заполнении бланка заявления с просьбой о страховании медицинского обслуживания по программе Medi-Cal, обратитесь в местное управление службы социального обеспечения.

## Что такое программа Medi-Cal?

- Программа страхования медицинского обслуживания проживающих в Калифорнии и имеющих право на участие в программе лиц с доходами и ресурсами, не достигающими установленных пределов



## Кто может участвовать в программе Medi-Cal?

- Лица в возрасте 65 лет и старше
- Лица в возрасте менее 21 года
- Некоторые лица в возрасте от 21 года до 64 лет, проживающие в с несовершеннолетними детьми
- Слепые и нетрудоспособные лица
- Беременные женщины
- Лица, нуждающиеся в медицинском уходе на дому
- Некоторые беженцы, лица, получившие политическое убежище, иммигранты и другие лица, приехавшие с Кубы и из Гаити

## Обязательно ли быть гражданином США, чтобы участвовать в программе Medi-Cal?

- Нет, зарегистрированные и не зарегистрированные иммиграционным управлением лица, прибывшие из других стран, могут иметь право на участие в программе Medi-Cal. Некоторые лица могут пользоваться только услугами, предоставляемыми беременным женщинам, и услугами отделений неотложной медицинской помощи; другие лица, в зависимости от их правового состояния, могут пользоваться всеми льготными услугами, предусмотренными программой Medi-Cal.

## Кто считается «несовершеннолетним ребенком» в рамках программы Medi-Cal?

- Несовершеннолетним считается любой состоящий или не состоящий в браке ребенок в возрасте до 21 года, проживающий вместе с участником программы или проживающий в пансионате образовательного учреждения

## Что следует сделать для того, чтобы получить медицинское страхование по программе Medi-Cal?

- Заполните и отправьте по почте вложенный бланк заявления
- Приложите к отправляемому заявлению копии любых требуемых документов (см. инструкции)

## Как определяется, какие пациенты и семьи имеют право пользоваться услугами, предусмотренными программой Medi-Cal?

Если вы относитесь к одной из групп лиц, перечисленных выше в разделе «Кто может участвовать в программе Medi-Cal?»:

- работники программы проверяют размеры ваших доходов, вычитая сумму некоторых оплачиваемых вами расходов, и определяют, позволяет ли вам остающаяся подлежащая учету сумма доходов участвовать в программе Medi-Cal;
- работники программы оценивают принадлежащую вам и вашей семье собственность (с учетом сбережений на банковских счетах, стоимости транспортных средств и т. п.) и определяют, не превышает ли оценочная стоимость вашей собственности установленный предел стоимости ресурсов.  
**Важное примечание:** при этом учитывается стоимость не всей собственности, принадлежащей вам и вашей семье; более подробную информацию по этому вопросу можно получить в местном управлении службы социального обеспечения.



## Если я не отношусь ни к одной из групп лиц, имеющих право на участие в программе, как я могу воспользоваться льготными услугами?

- Обратитесь в местное управление службы социального обеспечения, чтобы получить информацию о медицинских услугах, предоставляемых в вашем округе

## Подача заявления с просьбой о страховании медицинского обслуживания по программе Medi-Cal Что делать?

### Что делать в том случае, если я срочно нуждаюсь в медицинском обслуживании, например, если я тяжело болею, или если я - беременная женщина?

- Возьмите с собой бланк заявления непосредственно в ближайшее управление службы социального обеспечения, чтобы сразу же начать процесс заполнения и регистрации заявления.

### Мне нужна помощь в заполнении полученного бланка заявления

- Внимательно прочтите инструкции.
- Обратитесь за помощью в местное управление службы социального обеспечения.
- Попросите друга или родственника помочь вам.



### Я или моя супруга (мой супруг) подаем заявление с просьбой о предоставлении медицинского страхования по программе Medi-Cal в связи с поступлением в дом для престарелых

- Безотлагательно обратитесь в местное управление службы социального обеспечения, чтобы получить экземпляр извещения, поясняющего стандарты, в соответствии с которыми определяется, имеет ли то или иное лицо право на участие в программе Medi-Cal (документ DHCS 7077). В этом документе объясняется, какие виды ресурсов не учитываются при оценке стоимости собственности, принадлежащей заявителю и его семье, какими видами правовой защиты могут воспользоваться супруги, которым в случае раздельного проживания угрожает бедность, и в каких обстоятельствах право на владение жилой площадью может быть получено одним из раздельно проживающих супругов таким образом, чтобы такая передача собственности не повлияла на возможности участия супругов в программе Medi-Cal.

### Как отправить по почте заполненный бланк заявления?

- Отправьте по почте заполненный бланк заявления и документацию в ваше местное управление службы социального обеспечения.

ПРИМЕЧАНИЕ: Medi-Cal будет оплачивать только те услуги, которые вы получаете от провайдера, зарегистрированного в Medi-Cal, после того как вы обратитесь с заявлением. Если вы хотите чтобы Medi-Cal оплатил расходы, убедитесь в том что ваш провайдер зарегистрирован в Medi-Cal.

### У меня нет постоянного места проживания или почтового адреса

#### **НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ ПО ПОЧТЕ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ.**

- Отдайте заполненное заявление работнику ближайшего местного управления службы социального обеспечения.

### Я -несовершеннолетний ребенок или подросток, нуждающийся в конфиденциальном обслуживании, предоставляемом несовершеннолетним без уведомления родителей или опекунов, в целях планирования семьи, получения услуг, связанных с беременностью, психиатрического обслуживания, лечения наркомании или алкоголизма, получения консультаций, связанных с наркоманией или алкоголизмом, лечения венерического заболевания или получения консультаций, связанных с изнасилованием или попыткой изнасилования

- Для того, чтобы соблюдалась конфиденциальность обслуживания, вам необходимо вручить заполненное заявление непосредственно работнику местного управления службы социального обеспечения или работнику программы, ответственному за определение прав заявителей на участие в программе.

#### **НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ПО ПОЧТЕ.**

### Я желаю лично заявить о своем намерении участвовать в программе Medi-Cal. Я не желаю отправлять заявление по почте.

- Обратитесь в местное управление службы социального обеспечения и попросите назначить вам время прохождения личного интервью с целью регистрации заявления.

**Помните: независимо от того, подаете ли вы заявление в местное управление службы социального обеспечения или отправляете его по почте, вы не обязаны никому платить за помощь в заполнении и подаче этого заявления. [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)**

Для того, чтобы получить **БЕСПЛАТНУЮ** помощь в заполнении бланка заявления с просьбой о страховании медицинского обслуживания по программе Medi-Cal, обратитесь в местное управление службы социального обеспечения.

# Как заполняется заявление

- Отделите бланк заявления
- Прочтите все инструкции, относящиеся к заполнению бланка заявления
- Заполните бланк заявления, указав всю известную вам требуемую информацию
- Приложите к заполненному бланку требуемые документы (см. инструкции)
- Если вам потребуется помощь, обратитесь в местное управление службы социального обеспечения
- Не задерживайте отправку заполненного бланка заявления

## К какому лицу должна относиться информация, указываемая в заявлении?

- Если вы - взрослое (совершеннолетнее) лицо, не проживающее совместно с супругой или супругом, и если у вас нет детей, укажите информацию, относящуюся только к вам.
- Если вы состоите в законном браке и проживаете совместно с супругой или супругом, укажите информацию, относящуюся к вам и к вашей супруге или вашему супругу.
- Если вы состоите в законном браке, но ваша супруга или ваш супруг проживает в доме для престарелых, в пансионате или другом учреждении, предоставляющем питание и осуществляющем уход за подопечными, укажите информацию, относящуюся к вам и к вашей супруге или вашему супругу.
- Если у вас есть дети в возрасте до 21 года, проживающие вместе с вами и с другим из родителей, укажите информацию, относящуюся к вам, к вашим детям и к другому из родителей.
- Если вам меньше 21 года, и вы не живете совместно со своими родителями, укажите информацию, относящуюся только к вам.
- Если вы - несовершеннолетний ребенок (т. е. если вам меньше 21 года), проживающий совместно со своими родителями или с одним из своих родителей, и если вы подаете заявление с целью получения конфиденциальных услуг, предоставляемых несовершеннолетним без уведомления родителей, укажите информацию, относящуюся только к вам.



## Что происходит после того, как заявление отправляется по почте?

- Местное управление службы социального обеспечения известит вас в течение 10 рабочих дней о получении вашего заявления. Представитель службы социального обеспечения сообщит вам имя и фамилию работника, к которому вы сможете обратиться, чтобы получить дополнительную информацию, относящуюся к вашему заявлению.
- Вы получите от правительства вашего округа комплект документации, содержащей дополнительную информацию о программе.
- Вы можете получить запрос о предоставлении дополнительной информации, необходимой правительству округа для определения вашего права на участие в программе.
- В большинстве случаев вопрос о том, имеете ли вы право на участие в программе, решается местным управлением службы социального обеспечения в течение 45 дней; управление службы социального обеспечения направит вам письменное извещение о принятом решении. Решение вопроса о праве на участие в программе лица, обосновывающего свое заявление фактом нетрудоспособности, может занимать до 90 дней.
- Вы сможете выбрать страховой план если будет решено что вы имеете право на программу, в зависимости от того в каком округе вы проживаете. Даже до того как вы узнаете подходите ли вы под Medi-Cal, вы можете позвонить по телефону 1-800-430-4263 (бесплатно) чтобы узнать о страховых планах, которые доступны вам в вашей местности и попросить информационный пакет с бланками заявлений.
- Если вы не имеете права на бесплатное пользование услугами по программе Medi-Cal и желаете подать заявление с просьбой о регистрации вас в качестве участника программы Healthy Families, представитель местного управления службы социального обеспечения направит вам бланк соответствующего заявления.