


Ինչ պետք է Դուք իմանաք, երբ դիմում եք «Medi-Cal»-ի համար կամ անդամագրվում եք ծրագրին

Ի՞նչ կերպ են օգտագործվելու իմ մասին տեղեկությունները, երբ ես դիմում եմ «Medi-Cal»-ի համար:

Շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժինները և/կամ «Covered California»-ն Ձեր վերաբերյալ անձնական տեղեկություններ կպահանջեն՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք կամ այն անձը, որի համար Դուք պատասխանատու եք, բավարարում եք «Medi-Cal»-ի նպաստներ ստանալու պահանջները: «Medi-Cal»-ի նպաստներ ստանալու համար Դուք պետք է նրանց տրամադրեք այդ անձնական տեղեկությունները:

Ձեր վերաբերյալ ստացված անձնական տեղեկությունները կարող են օգտագործվել հետևյալ եղանակներով.

- «Covered California»-ի և շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժինների կողմից՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք բավարարում եք «Medi-Cal» ստանալու կամ «Covered California»-ում ընդգրկվելու պահանջները:
- Սահանգի վարչական մատակարարների (administrative vendors) կողմից՝ հայցերը և/կամ ապահովագրի վճարումները կառավարելու և նպաստների տարբերիչ քարտեր (Benefits Identification Cards) (BICs) թողարկելու համար:
- Միացյալ Նահանգների առողջապահության և հանրային ծառայությունների դեպարտամենտի (United States Department of Health and Human Services) կողմից՝ հաշվետուզումներ և սպասարկման մակարդակի ստուգումներ իրականացնելու, ինչպես նաև սոցիալական ապահովության համարները (Social Security Numbers) (SSNs) ստուգելու համար:
- Հայրենիքի անվտանգության դեպարտամենտի (Department of Homeland Security) (DHS) օգնությամբ ներգաղթի կարգավիճակը ստուգելու համար: Արգելված է DHS-ին տրամադրված տեղեկություններն օգտագործել ներգաղթի վերաբերյալ օրենքները պարտադրելու համար, բացառությամբ այն դեպքերի, եթե Դուք խարդախությամբ եք զբաղվում:
- Առողջապահական կազմակերպությունների (Health Maintenance Organizations) (HMOs) կողմից՝ հաստատելու համար, որ Դուք համապատասխանում եք նրանց ծառայությունները ստանալու պահանջներին:
- Անհրաժեշտության դեպքում՝ առողջության ապահովագրման այլ տարբերակներ գտնելու և ծախսերը փոխհատուցելու համար: Այլ եղանակներով, բայց միայն այն դեպքում, երբ ադ պահանջվում է օրենքով:



Տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման Ձեր իրավունքների և «Medi-Cal»-ի մասին կարդալու համար տես «Department of Health Care Services»-ի «Ծանուցումը տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման մասին»: Այն կգտնեք հետևյալ հասցեում.

www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx

Ես ի՞նչ իրավունքներ ունեմ, երբ դիմում եմ «Medi-Cal»-ի համար:

1. Դուք իրավունք ունեք արդար և հավասար վերաբերմունքի՝ անկախ Ձեր ռասայից, մաշկի գույնից, ազգային պատկանելությունից, դավանանքից, տարիքից, սեռից, սեռական կողմնորոշումից, սեռական ինքնազգացողությունից, ընտանեկան վիճակից, քաղաքական հայացքներից, վետերանի կարգավիճակից կամ հաշմանդամությունից: Դուք իրավունք ունեք գանգատ ներկայացնելու, եթե կարծում եք, որ «Medi-Cal»-ի ծրագիրը Ձեր նկատմամբ խտրականություն է կիրառել կամ

իրատեսական սահմաններում Ձեզ չի տրամադրել այն հարմարանքները, որոնք պահանջվում են նահանգի և դաշնային օրենքով:

Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել՝ գանգահարելով «Department of Health Care Services»-ի (DHCS)Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (Office of Civil Rights)՝ 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399) հեռախոսահամարով, կամ առցանց՝ այցելելով www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA_Title_VI_Discrimination_Complaint_Form.docx

2. Դուք իրավունք ունեք գնահատում անցնելու՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք կարող եք համապատասխանել «Medi-Cal»-ի որևէ ծրագրում ընդգրկվելու պահանջներին:
3. Դուք իրավունք ունեք ստանալու տեղեկություններ «Medi-Cal»-ի ծրագրի մասին և օգնություն՝ «Medi-Cal»-ի համար դիմելու հարցում:
4. Դուք բանավոր թարգմանչի իրավունք ունեք, եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր «Medi-Cal»-ի համար դիմելու հարցում, Դուք հարցեր ունեք կամ դժվարանում եք կարդալ կամ հասկանալ անգլերեն:
5. Դուք իրավունք ունեք անձամբ հարցազրույց ունենալու շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժնի որևէ աշխատակցի հետ:
6. Եթե կարծում եք, որ Դուք հաշմանդամ եք, կարող եք խնդրել, որ «Medi-Cal»-ը վերանայի Ձեր դիմումը և պարզի, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք հաշմանդամների համար նախատեսված ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:
7. Եթե դիմելու ամսվանը նախորդող երեք ամիսների ընթացքում Դուք առողջապահական ծառայություններ եք ստացել, ապա Դուք իրավունք ունեք գնահատում անցնելու՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին՝ այդ ծառայությունների վարձը վճարելու համար: Դա կոչվում է *«հետին թվով իրավասություն»*: Յետին թվով իրավասության մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու կամ դիմելու համար զանգահարեք Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժին:
8. Դուք իրավունք ունեք գրավոր կերպով տեղեկացվելու այն մասին, թե արդյոք Դուք իրավասու եք «Medi-Cal» ստանալու, կամ արդյոք որևէ փոփոխություն է տեղի ունեցել իրավասության Ձեր կարգավիճակի մեջ:
9. Դուք իրավունք ունեք այն բանի, որ շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժնին կամ «Covered California»-ին Ձեր տրամադրած բոլոր տեղեկությունները գաղտնի պահվեն: Դուք կարող եք ծանոթանալ անձնական տեղեկություններին Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժնի աշխատանքային ժամերին:
10. Դուք իրավունք ունեք «Medi-Cal»-ի «անհապաղ անհրաժեշտության» քարտ ստանալու, եթե բավարարում եք ծրագրում ընդգրկվելու պահանջները և շտապ բուժօգնության կարիք ունեք կամ հղի եք:
11. Դուք իրավունք ունեք «Medi-Cal» ստանալու, մինչ սպասում եք, որ հաստատվի Ձեր ներգաղթի կարգավիճակը, եթե բավարարում եք ծրագրում ընդգրկվելու մնացած բոլոր պահանջները:
12. Դուք իրավունք ունեք ընտրելու «Medi-Cal»-ի Ձեր ուզած ծրագիրը, եթե Ձեր բնակության շրջանում «Medi-Cal»-ի մեկից ավելի ծրագիր է գործում:
13. Նախկինում ստացած և դեռևս չվճարված Ձեր բժշկական հաշիվները «Medi-Cal»-ին տալով՝ Դուք կարող եք կրճատել Ձեր ծախսերի բաժինը (Share Of Cost) (SOC): SOC-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք դիմել Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժին:
14. Եթե Ձեր սեփականությունը հաշվի է առնվում «Medi-Cal»-ի նպաստներ ստանալու Ձեր իրավունքը որոշելիս, Դուք մինչև «Medi-Cal»-ի համար դիմելու ամսվա վերջին օրը իրավունք ունեք նվազեցնելու Ձեր սեփականության չափը, որպեսզի չգերազանցեք սեփականության համար «Medi-Cal»-ի կողմից որոշված սահմանաչափը: Շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժնի աշխատակիցը կարող է Ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տալ սեփականության սահմանաչափի և սեփականության չափի կապակցությամբ գործող պահանջները բավարարելու մասին:
15. Եթե Դուք կամ Ձեր կինը/ամուսինը 1990 թ. հունվարի 1-ին կամ դրանից հետո երկարատև խնամքի (long-term-care) հաստատություն է ընդունվել, ապա Դուք կամ Ձեր կինը/ամուսինը իրավունք ունեք «Medi-Cal»-ի ծրագրից պահանջելու Ձեզ հայտնել, թե ինչ գումարի չափով առանձին և համատեղ սեփականություն կարող եք պահպանել և, միևնույն ժամանակ, «Medi-Cal»-ի իրավասություն ունենալ:
16. Եթե «Medi-Cal»-ի նպաստներ ստանալու Ձեր դիմումի կապակցությամբ ժամանակին որոշում չի կայացվել, Դուք իրավունք ունեք նահանգային դատախոս ստանալու պահանջելու: «Medi-Cal»-ը պարտավոր է որոշում կայացնել Ձեր իրավասության կապակցությամբ Ձեր դիմումի օրվանից հետո 45 օրվա ընթացքում, կամ 90 օրվա ընթացքում, եթե Ձեր իրավասության հիմք է հանդիսանում հաշմանդամությունը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ Ձեզանից լրացուցիչ տեղեկություններ են խնդրել, և Դուք դեռ չեք տրամադրել դրանք:

- Եթե Դուք ցանկանում եք, որ նահանգային դատախազանքը անցկացվի «Medi-Cal»-ի իրավասության հարցում ժամանակին որոշում չկայացնելու կապակցությամբ, ապա հարկավոր է դիմել դրա համար: Դուք կարող եք «Medi-Cal»-ի իրավասության հարցում ժամանակին որոշում չկայացնելու կապակցությամբ դատախազանքը պահանջել 45 կամ 90 օր անցնելուց հետո՝ ցանկացած ժամանակ:
 - Դուք կարող եք դատախազանքը՝
 - 1) դիմելով Ձեր մոտակա շրջանային սոցիալական ծառայությունների բաժին,
 - 2) զանգահարելով «Department of Social Services»՝ 1-855-795-0634 կամ TDD 1-800-952-8349 հեռախոսահամարով կամ
 - 3) գրավոր հայց ներկայացնելով Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժին: Դատախազանքը պահանջելու համար Դուք կարող եք լրացնել Գործողության մասին ծանուցման (Notice of Action) (NA Back 9 ձևի) դարձերեսը և դիմումի ձևը կամ գրավոր կերպով կազմված որևէ այլ հայցադիմում ուղարկել Ձեր մոտակա շրջանային սոցիալական ծառայությունների բաժին: Դիմումի ձևը կարող եք վերցնել Ձեր շրջանային սոցիալական ծառայությունների բաժնից կամ այցելելով www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Armenian/NABack9ARM.pdf
17. Դուք նահանգային դատախազանքի իրավունք ունեք, եթե բավարարված չեք Ձեր տեղական շրջանային սոցիալական ծառայությունների բաժնի, DHCS-ի կամ «Covered California»-ի կողմից ընդունված որևէ որոշումից, բացի այն որոշումներից, որոնք վերաբերում են «Առողջության ապահովագրման մուծումներ» (Health Insurance Premium Payment) (HIPP) ծրագրին: HIPP-ն իրավասության ծրագիր չէ, ուստի HIPP-ը բողոքարկման իրավունք չի նախատեսում:
- Եթե Դուք ցանկանում եք նահանգային դատախազանքն օգնությամբ բողոքարկել ընդունված որոշումը, Դուք պետք է դատախազանք գրավոր հայց ներկայացնեք «Գործողության մասին ծանուցումը» (NOA) Ձեզ հանձնելու կամ փոստով ուղարկելու օրվանից հետո **90 օրվա** ընթացքում:
 - Եթե Դուք NOA չստանաք, ապա հարկավոր է դատախազանք հայց ներկայացնել այն օրվանից հետո **90 օրվա** ընթացքում, երբ Դուք իմացել Ձեզ չբավարարող գործողությունը կատարելու կամ Ձեզ անհրաժեշտ գործողությունը չկատարելու մասին, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ այդ չկատարելը «Medi-Cal»-ի նպաստները ստանալու Ձեր դիմումի կապակցությամբ որոշումն ուշացնելու հետևանք է:
 - Դուք կարող եք դատախազանքը՝
 - 1) դիմելով Ձեր մոտակա շրջանային սոցիալական ծառայությունների բաժին,
 - 2) զանգահարելով «Department of Social Services»՝ 1-855-795-0634 կամ TDD 1-800-952-8349 հեռախոսահամարով կամ
 - 3) գրավոր հայց ներկայացնելով Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժին: Դատախազանքը պահանջելու համար Դուք կարող եք լրացնել NOA-ի (NA Back 9 ձևի) դարձերեսը և դիմումի ձևը կամ գրավոր կերպով կազմված որևէ այլ հայցադիմում ուղարկել դիմումի ձևի վրա նշված հասցեով կամ ֆաքսի համարով: Կարող եք նաև այցելել Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժին և անձամբ հանձնել բողոքարկման Ձեր հայցը: Դիմումի ձևը կարող եք վերցնել Ձեր շրջանային սոցիալական ծառայությունների բաժնից կամ այցելելով www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Armenian/NABack9ARM.pdf
18. Դուք իրավունք ունեք ծանոթանալու «Medi-Cal»-ի Ձեր գործին և «Medi-Cal» ծրագրի բոլոր այն կանոնները պարունակող գրքույկներին, որոնց օգնությամբ որոշում է կայացվել «Medi-Cal»-ի Ձեր իրավասության կապակցությամբ:
19. Դուք իրավունք ունեք տեղեկություններ ստանալու հետևյալ ծրագրերի մասին և օգնություն ստանալու այդ ծառայությունները ստանալու հարցում.
- Child Health and Disability Prevention Program
 - Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children
 - Personal Care Services Program
 - Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program
 - Family Planning Access Care and Treatment Program

20. Կարող եք որևէ սոցիալական աշխատողի կամ շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժնի որևէ աշխատակցի հետ խոսել այլ պետական կամ մասնավոր ծառայությունների կամ ռեսուրսների, օրինակ՝ «CalFresh»-ի կամ «CalWORKS»-ի մասին:

Ես ի՞նչ պարտականություններ ունեմ, եթե «Medi-Cal» ստանամ:

Դուք պետք է Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժնի աշխատակցին տեղյակ պահեք հետևյալ փոփոխություններից ցանկացածի մասին՝ փոփոխությունից հետո 10 օրվա ընթացքում.

1. Ձեր կամ Ձեր տանը բնակվող ընտանիքի որևէ անդամի եկամտի մեջ փոփոխություն է տեղի ունեցել: Սա վերաբերում է այն դեպքերին, երբ եկամուտն աճում կամ նվազում է, սկսվում կամ դադարում է: Եկամուտ են համարվում Սոցիալական ծառայությունների վարչությունից (Social Security Administration) (SSA) ստացած գումարները, փոխառությունները, վճարված պարտքերը, աշխատավարձը, գործազրկության նպաստը և եկամտի այլ աղբյուրներից ստացված գումարները:
2. Դուք փոխում եք Ձեր բնակության վայրը կամ փոստային հասցեն:
3. Նոր անձ է սկսում ապրել Ձեր տանը, կամ տանը բնակվողներից որևէ մեկը հեռանում է՝ անկախ այն բանից՝ նա ազգակցական կապ ունի Ձեզ կամ Ձեր ընտանիքի հետ, թե ոչ: Դա կարող է լինել նաև նորածին կամ հոգեզավակ:
4. Դուք կամ Ձեր տանը բնակվող ընտանիքի որևէ անդամ ծննդաբերում է, հղիանում է կամ դադարեցնում է հղիությունը:
5. Դուք, Ձեր կինը/ամուսինը կամ Ձեր տանը բնակվող ընտանիքի որևէ անդամ փոխադրվում է ծերանոց կամ երկարատև խնամքի հաստատություն կամ դուրս է գրվում և տուն վերադառնում նման հաստատությունից:
6. Դուք դրամական փոխանցում եք ստանում, նվիրում կամ վաճառում եք որևէ անշարժ

կամ անձնական գույք (այդ թվում՝ փող), կամ բանկային հաշիվ եք բացում կամ փակում: Այս պահանջը վերաբերում է միայն այն դեպքերին, երբ սլյալ գույքը հաշվի է առնված «Medi-Cal»-ի այն ծրագրի կողմից, որում Դուք ընդգրկված եք կամ որում ընդգրկվելու համար գնահատում եք անցնում: Դուք պետք է հայտնեք նաև այն դեպքերի մասին, երբ որևէ մեկը Ձեզ կամ Ձեր տանը բնակվող ընտանիքի որևէ անդամի այնպիսի նվիրատվություն է կատարում, ինչպիսիք են ավտոմեքենան, տունը կամ ապահովագրության վճարումները:

7. Որևէ մեկը վճարում է Ձեր ծախսերը:
8. Դուք կամ Ձեր տանը բնակվող ընտանիքի որևէ անդամ աշխատանքի է անցնում, փոխում կամ կորցնում է աշխատանքը:
9. Փոփոխություն է տեղի ունենում Ձեր աշխատանքի կամ ուսման հետ կապված ծախսերի մեջ, օրինակ՝ երեխայի խնամքի կամ փոխադրման մեջ:
10. Դուք կամ Ձեր տանը բնակվող ընտանիքի որևէ անդամ, այդ թվում՝ երեխա, ֆիզիկական կամ հոգեկան հաշմանդամ է դառնում:
11. Դուք կամ Ձեր տանը բնակվող ընտանիքի որևէ անդամ դիմում է SSA-ին, (Veterans Administration) Վետերանների վարչությանը կամ Երկաթուղայինների կենսաթոշակային հիմնադրամին՝ հաշմանդամության նպաստ ստանալու համար, կամ ստանում է այն վերոնշյալ կազմակերպություններից:
12. Փոփոխություն է տեղի ունենում Ձեր կամ Ձեր տանը բնակվող և «Medi-Cal»-ի համար դիմող կամ այն ստացող ընտանիքի անդամի քաղաքացիության կամ ներգաղթի կարգավիճակի մեջ:
13. Փոփոխություն է տեղի ունենում Ձեր կամ Ձեր տանը բնակվող ընտանիքի որևէ անդամի առողջության ապահովագրության մեջ:
14. Եթե Դուք ընդգրկված եք նախկինում հոգետանը բնակվող երեխաների համար նախատեսված «Medi-Cal»-ի ծրագրում, Ձեր սոցիալական աշխատողին տեղյակ պահեք, եթե փոխվի Ձեր բնակության կամ փոստային հասցեն: Սոցիալական աշխատողին կարիք չկա տեղյակ պահելու այլ փոփոխությունների, օրինակ՝ Ձեր եկամտի, աշխատանքի կամ ծախսերի մեջ տեղի ունեցած փոփոխությունների մասին:

Դուք պետք է նաև՝

1. ապացույց ներկայացնեք, որ California-ի բնակիչ եք, երբ Ձեզանից պահանջեն այն.
2. հայտարարություն կատարեք Ձեր քաղաքացիության կամ ներգաղթի կարգավիճակի մասին, երբ դիմում եք «Medi-Cal»-ի համար.
3. տրամադրեք «Medi-Cal»-ի համար դիմող ցանկացած անձի սոցիալական ապահովության համարը (SSN):
 - Եթե Դուք United States-ի (U.S.) քաղաքացի, U.S. հպատակ կամ ներգաղթի բավարար կարգավիճակ ունեցող անձ եք, ապա Դուք պարտավոր եք SSN տրամադրել: Եթե Դուք չունեք վերը նշված կարգավիճակներից ոչ մեկը, ապա հարկավոր է դիմելուց հետո 60 օրվա ընթացքում դիմել SSN-ի համար և տրամադրել համարը շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժին:
 - SSN-ի համար դիմելու հարցում կարող եք օգնություն ստանալ շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժնի որևէ աշխատակցից: Դուք պետք է համագործակցեք Սոցիալական ծառայությունների վարչության (SSA) հետ և օգնեք պատասխան գտնել բոլոր այն հարցերին, որոնք կծագեն, այլապես Ձեր «Medi-Cal»-ը կմերժվի կամ կդադարեցվի:
 - Եթե Ձեր դիմումի մեջ նշված որևէ անձ, որն այլապես բավարարում է «Medi-Cal» ստանալու պահանջները, ներգաղթի բավարար կարգավիճակ չունի, նա կարող է դիմել «Medi-Cal»-ի սահմանափակ նպաստների համար՝ առանց SSN ներկայացնելու:
4. Դիմեք այլ եկամուտ կամ նպաստներ ստանալու համար, որոնց իրավունքն ունեք Դուք կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ, եթե հիմնավոր պատճառ չունեք չդիմելու համար: Դրանց թվում են թոշակները, պետական նպաստները, կենսաթոշակը, վետերանի նպաստները, տարեվճարները, հաշմանդամության նպաստները, սոցիալական ապահովության նպաստները (Ծերության, խնամողի կորստի և հաշմանդամության ապահովագրություն) և գործազրկության նպաստները: Դրանց մեջ չեն մտնում պետական օգնության նպաստները, օրինակ «CalWORKs»-ը կամ «CalFresh»-ը:
5. Դիմեք «Medicare»-ի համար, եթե բավարարում եք այն ստանալու պահանջները: «Medicare» ստանալու պահանջները բավարարում են կույր, հաշմանդամ, ավարտական փուլի երիկամային հիվանդություն (End Stage Renal Disease) ունեցող, ինչպես նաև 64 տարեկան և 9 ամսական կամ ավելի տարեց անձինք: Դուք պարտավոր եք Ձեր սպասարկողներին հայտնել, որ ունեք և՛ «Medi-Cal», և՛ էլ «Medicare»:
6. Դիմեք և անդամագրվեք առողջության ապահովագրման այն ծրագրերին, որոնք Ձեզ և Ձեր ընտանիքին անվճար են տրամադրվում:
7. Շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժնին և առողջապահական սպասարկողին տեղյակ պահեք առողջության ապահովագրման բոլոր այն ծրագրերի մասին, որոնցում ընդգրկված եք կամ որոնց իրավունք ունեք, այդ թվում՝ «Medicare»-ի մասին: Եթե Դուք միտումնավոր կերպով թաքցնեք այդ տեղեկությունը, Ձեր սպասարկողը կարող է Ձեզանից վճարում պահանջել, իսկ Դուք կարող եք մեղադրվել հանցագործության մեջ:

Դուք հասկանում եք, որ՝

1. Բուժօգնություն ստանալու համար Դուք պետք է Ձեր մյուս առողջապահական ծրագիրը (օրինակ՝ «Kaiser»-ը «TRICARE»-ը կամ «Medicare HMO»-ն) օգտագործեք, եթե տվյալ ծառայության համար վճարող այլ ապահովագրություն ունեք: «Medi-Cal»-ը կարող է չվճարել այն ծառայությունների համար, որոնք վճարվում են այլ ապահովագրության կողմից:
2. Եթե ցանկանում եք հերքել, որ Դուք առողջության այլ ապահովագրություն ունեք, կարող եք կամ՝ 1) դիմել Ձեր տեղական շրջանային սոցիալական ծառայությունների բաժնի աշխատակցին, կամ 2) զանգահարել 1-800-541-5555, կամ 3) լրացնել առողջության ապահովագրությունից հեռացվելու դիմումի ձևը՝ DHCS-ի կայքում՝ dhcs.ca.gov/ohc հասցեով:
3. Եթե Դուք կամ Ձեր տանը բնակվող ընտանիքի որևէ անդամ վնասվածքների համար դատարանի որոշմամբ գումար ստանաք, այդ թվում՝ այն բժշկական ծախսերի, որոնց համար վճարել է «Medi-Cal»-ը, «Medi-Cal»-ն իրավունք ունի փոխհատուցում ստանալու այդ գումարի այն մասից, որը հատկացված է բժշկական ծախսերին:
4. Եթե Դուք չընտրեք, թե ինչ կերպ եք ցանկանում ստանալ Ձեր նպաստները, հնարավոր է, որ Դուք և Ձեր տանը բնակվող ընտանիքի անդամներն ընդգրկվեն «Medi-Cal»-ի այնպիսի մի առողջապահական ծրագրում, որը մոտ է գտնվում Ձեր տանը:
5. Դուք պետք է ստորագրեք Ձեր նպաստների տարբերիչ քարտերը (BIC-երը) և օգտվեք դրանցից միայն Ձեզ և Ձեր ընտանիքի իրավասու անդամների համար անհրաժեշտ բուժսպասարկում ստանալու նպատակով:
6. Երբ Դուք հիվանդ եք կամ ժամադրություն ունեք սպասարկողի մոտ, հարկավոր է Ձեր բուժսպասարկողին այցելելիս Ձեզ հետ վերցնել Ձեր BIC-ը: Եթե Ձեզ շտապ օգնություն է անհրաժեշտ, բայց Ձեր BIC-ը Ձեզ մոտ չէ, Դուք պետք է BIC-ը բուժսպասարկողի մոտ տանեք անմիջապես, երբ դա հնարավոր դառնա:
7. Եթե «Medi-Cal»-ը վճարել է Ձեր ստացած այնպիսի բժշկական ծառայությունների համար, որոնք մեկ այլ անձի պատճառով տեղի ունեցած պատահարի կամ վնասվածքի հետևանք են, Դուք պետք է այդ մասին տեղյակ պահեք DHCS-ին՝ այցելելով <http://hcs.ca.gov/pi>: Դա ներառում է նաև աշխատավայրում տեղի ունեցած վնասվածքը, երբ կարելի է արտադրական վնասվածքի հայց ներկայացնել:
8. Դուք պետք է համագործակցեք Նահանգի կամ շրջանի հետ՝ հայրությունը հաստատելու և բացակա ծնողի միջոցով Ձեզ կամ Ձեր ընտանիքին հասնող հնարավոր բժշկական ապահովագրություն գտնելու հարցում, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ Դուք հղի եք:
9. Դուք պետք է համագործակցեք Նահանգի հետ, եթե որակի վերահսկման խումբը որոշի ստուգել Ձեր գործը: Եթե Դուք հրաժարվեք համագործակցել, «Medi-Cal»-ի Ձեր նպաստները կդադարեցվեն:
10. Եթե Դուք չդիմեք առողջության անվճար ապահովագրության կամ նահանգի կողմից վճարվող ապահովագրության համար կամ չպահպանեք այն, «Medi-Cal»-ի Ձեր նպաստները և իրավասությունը կմերժվեն կամ կդադարեցվեն:
11. Եթե Դուք չտրամադրեք անհրաժեշտ տեղեկությունները կամ գիտակցաբար կեղծ տեղեկություններ տրամադրեք, «Medi-Cal»-ի Ձեր նպաստները կարող են մերժվել կամ դադարեցվել: Բացի այդ, Ձեր գործը կարող է քննվել՝ հնարավոր խարդախության կասկածանքով:
12. «Medi-Cal»-ի համար դիմելիս Ձեր տրամադրած տեղեկությունները համակարգչով կստուգվեն և կհամեմատվեն գործատուներից, բանկերից, SSA-ից, Ներքին եկամուտների ծառայությունից (Internal Revenue Service), Վստահագրային հարկերի խորհրդից (Franchise Tax Board), սոցիալական ծառայություններից և այլ կազմակերպություններից ստացված տեղեկությունների հետ: Դա արվում է այն բանի համար, որ հաստատվեն Ձեր եկամուտը, քաղաքացիությունը, ներգաղթի բավարար կարգավիճակը, հարկերի մասին տեղեկությունները և գործին առնչվող այլ տեղեկություններ՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք և Ձեր տանը բնակվող ընտանիքի անդամները բավարարում եք առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջները: Դուք իրավունք ունեք ապացույց ներկայացնելու Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժնի աշխատակցին և/կամ «Covered California»-ին՝ սխալ տեղեկություններն ուղղելու համար:

13. Ձեր կամ Ձեր տանը բնակվող ընտանիքի որևէ անդամի մասին եղած տեղեկությունների մեջ կատարված փոփոխությունը կարող է ազդել ընտանիքի այլ անդամների իրավասության վրա:
14. Միայն «Medi-Cal»-ի համար դիմողներից է պահանջվում տրամադրել իրենց SSN-ը և տեղեկություն իրենց քաղաքացիության կամ ներգաղթի կարգավիճակի մասին: «Medi-Cal»-ի համար չդիմողներից չի պահանջվում տրամադրել իրենց SSN-ը և տեղեկություն իրենց քաղաքացիության կամ ներգաղթի կարգավիճակի մասին: Ցանկության դեպքում՝ Դուք կարող եք տրամադրել «Medi-Cal»-ի համար չդիմող անձի SSN-ը, որպեսզի դրա օգնությամբ պարզվի, թե արդյոք ընտանիքի այլ անդամներ բավարարում են ապահովագրություն ստանալու պահանջները:
15. Ներգաղթի բավարար կարգավիճակ չունեցող, բայց «Medi-Cal»-ի մնացած բոլոր պահանջները բավարարող անձինք կարող են դիմել «Medi-Cal»-ի սահմանափակ նպաստների համար՝ առանց SSN ստանալու հայց ներկայացնելու և առանց տրամադրելու այն:
16. «Medi-Cal»-ի դիմումի մեջ նշված տեղեկությունը անձի ներգաղթի կարգավիճակի մասին պահվում է գաղտնի և ապահով, ինչպես օրենքն է պահանջում:
17. Կախված Ձեր եկամուտի չափից՝ հնարավոր է, որ «Medi-Cal»-ի որոշ ծրագրերի համար Ձեզանից պահանջվի ամսական ապահովագին վճարել: Այլ ծրագրերի դեպքում հնարավոր է, որ Դուք վճարեք ծախսերի մի մասը՝ կախված Ձեր ամսական եկամուտի չափից: Եթե Դուք «Medi-Cal» ունեք՝ SOC-ի հետ միասին, ապա Դուք պետք է ամեն ամիս ինքներդ վճարեք կամ հանձն առնեք վճարել Ձեր բժշկական ծախսերը՝ մինչև SOC-ի գումարի չափը, որից հետո միայն «Medi-Cal»-ը կվճարի Ձեր ստացած ծառայությունների համար:
18. Եթե Դուք անմիջապես չհայտնեք Ձեր անձնական տեղեկությունների մեջ տեղի ունեցած փոփոխությունների մասին, բայց «Medi-Cal»-ի այնպիսի նպաստներ ստանաք, որոնց պահանջները չեք բավարարում, հնարավոր է, որ Դուք ստիպված լինեք DHCS-ին փոխհատուցել այդ գումարը:
19. Դուք կամ ընտանիքի որևէ այլ անդամ, որը «Medi-Cal» է ստանում **չպետք է** պետական օգնություն ստանա որևէ այլ նահանգից:
20. Եթե Դուք հաշմանդամության հիմքով եք «Medi-Cal» ստանում և դիմեք SSA-ից հաշմանդամության նպաստ ստանալու համար, և SSA-ը մերժի հաշմանդամության նպաստի Ձեր դիմումը, «Medi-Cal»-ը կարող է դադարեցվել:
 - Եթե Դուք անմիջապես բողոքարկեք SSA-ի մերժումը, Դուք կշարունակեք «Medi-Cal» ստանալ այնքան ժամանակ, մինչև SSA-ը վերջնական որոշում կայացնի:
 - Եթե SSA-ն ընդունի Ձեր հայցը, Դուք կշարունակեք ստանալ «Medi-Cal»-ի նպաստները:
 - Եթե SSA-ը մերժի Ձեր հայցը, «Medi-Cal»-ի Ձեր նպաստները կարող են դադարեցվել:
21. Որպես «Medi-Cal»-ի իրավասության պայման՝ Նահանգն ավտոմատ կերպով ստանում է բոլոր իրավունքները Ձեր և օրենքով Ձեր պատասխանատվության տակ գտնվող յուրաքանչյուր իրավասու անձի համար տրամադրվող բժշկական ապրուստադրամի և բժշկական ծառայությունների համար կատարվող վճարումների նկատմամբ:
22. Եթե բժշկական ապրուստադրամը Ձեր երեխաների համար դատարանի որոշմամբ գանձվում է բացակայող ծնողից, ապա ապահովագրական ծրագիրը պարտավոր է Ձեզ թույլ տալ, առանց բացակայող ծնողի համաձայնության, անդամագրել Ձեր երեխաներին և պետք է նրանց նպաստներ տրամադրի:
23. «Medi-Cal»-ի սպասարկողներն իրավունք չունեն Ձեզանից մասնավոր ապահովագրության համավճարումներ, համատեղ ապահովագրման կամ չապահովագրված մասի վճարումներ գանձելու, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դրանք նախատեսված են «Medi-Cal»-ի SOC-ի կամ համավճարումների, կամ դրանց երկուսի հարցում Ձեր պարտավորությունները մարելու համար:
24. «Medi-Cal»-ի համար դիմելիս Դուք գնահատում կանցնեք՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք բավարարում եք բժշկական օգնության այլ ծրագրերի, այդ թվում՝ HIPP ծրագրի պահանջները:

25. Եթե Դուք առողջության այլ ապահովագրություն ևս ունեք, ապա Դուք կարող եք «Medi-Cal»-ն օգտագործել միայն այն ծառայությունների համար, որոնք չեն վճարվում Ձեր մյուս ապահովագրական ծրագրի կողմից: «Medi-Cal»-ին հաշիվ ներկայացնելուց առաջ «Medi-Cal»-ի Ձեր սպասարկողը պետք է ստուգի և համոզվի, որ մյուս ապահովագրական ծրագիրը չի վճարում տվյալ ծառայության համար:
26. Եթե Դուք ընդունվեք ծերանոց և մտադիր չլինեք տուն վերադառնալ, Նահանգը կարող է կալանք դնել Ձեր գույքի վրա:
27. Ձեր մահվանից հետո Նահանգը պետք է Ձեր գույքի հաշվին փոխհատուցում ստանա 55 տարեկանից հետո «Medi-Cal»-ի Ձեր ստացած բոլոր ծառայությունների (այդ թվում՝ Ձեր անունից վճարված ապահովագրի) համար: Դա տեղի չի ունենա Ձեր կնոջ/ամուսնու կամ գրանցված կողակցի կյանքի ընթացքում, կամ եթե Ձեր մահվանից հետո Դուք մինչև 21 տարեկան երեխա եք թողնում, կամ ցանկացած տարիքի երեխա, որը կույր կամ հաշմանդամ է Սոցիալական ապահովության մասին դաշնային օրենքի (Social Security Act սահմանման համաձայն), կամ եթե այդ փոխհատուցումը դժվարին նյութական վիճակի մեջ կղնի Ձեր ժառանգներին: Խնդրում ենք Ձեր ժառանգներին տեղյակ պահել փոխհատուցում գանձելու այս հնարավորության մասին:
28. Եթե Ձեր մահվան պահին Դուք ունեցվածք ունենաք, ապա Ձեր կնոջ/ամուսնու կամ գրանցված կողակցի մահվանից հետո Նահանգն իրավունք ունի հայց ներկայացնելու Ձեր կնոջ/ամուսնու կամ գրանցված կողակցի գույքի կամ այդ ունեցվածքը ստացողի նկատմամբ: Փոխհատուցվող գումարի չափը սահմանափակվում է այն գումարով, որը «Medi-Cal»-ը վճարել է Ձեր անունից՝ որպես ապահովագրի, կամ Ձեր մահվան պահին Ձեր ունեցած գույքի արժեքով՝ կախված այն բանից, թե որն է ավելի քիչ:
29. Նահանգը կարող է փոխհատուցում գանձել Ձեր գույքի հաշվին՝ մինչև Ձեր 55-րդ տարեդարձը Ձեր ստացած բոլոր ծառայությունների (այդ թվում՝ Ձեր անունից վճարված ապահովագրի) համար, եթե Դուք, որպես ստացիոնար հիվանդ, գտնվել եք անկելանոցում, մտավոր հապաղում ունեցող անձանց համար նախատեսված մասնագիտական խնամքի հաստատությունում կամ որևէ այլ բուժհիմնարկությունում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք դիմել Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժնի աշխատակցին կամ այցելել DHCS-ի կայքը՝ <http://dhcs.ca.gov/er> հասցեով:

ՊԱՐԷՔ ՍԱ ՁԵՐ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐԻ ՄԵՋ