

Health Insurance Premium Payment դիմում

(Լրացնելու ցուցումները տե՛ս դարձերեսին)

Քայլ 1. Նեխ, թե ով է դիմում «Health Insurance Premium Payment» (HIPP) Program-ի համար

1. Դիմորդի անունը	2. Սոցիալական ապահովության համարը	3. Հեռախոսի համարը
4. Դիմորդի բնակության հասցեն	Քաղաքը	Նահանգը
		Փոստային ինդեքսը

Քայլ 2. Նեխ Ձեր Առողջության ապահովագրի տվյալները

5. Ապահովագրողի անունը	6. Ապահովագրի սկսվելու օրը
7. Ապահովագրի հասցեն (ուր ուղարկվում է վճարումը)	Քաղաքը
	Նահանգը
	Փոստային ինդեքսը
8. Ապահովագրի համարը	9. Ընդհանուր ամսական ապահովագիրը
	10. Սույնով ապահովագրված անձանց ընդհանուր թիվը
11. Ապահովագրի անունը	12. Ապահովագրի Սոցիալական ապահովության համարը

Քայլ 3. HIPP-ի իրավունակության պահանջները

13. Դիմորդը «Medi-Cal»-ի անդամ է Այո ☐ Ոչ ☐	14. Դիմորդը որևէ «Medi-Cal Managed Care Plan»-ի անդամ է Այո ☐ Ոչ ☐ հայտնի չէ ☐
15. Ապահովագիրը դատարանի վճռով պե՞տք է բժշկական ապահովագրություն տրամադրի Այո ☐ Ոչ ☐	16. Դիմորդը «Medicare»-ի անդամ է Այո ☐ Ոչ ☐
17. Ապահովագիրն ամբողջությամբ փոխհատուցվո՞ւմ է առողջության ապահովագրության վճարումների համար Այո ☐ Ոչ ☐	18. Եթե դիմորդը «Medi-Cal» ունի, նա առաջին անգամ «Medi-Cal»-ում ընդգրկվելուց հետո միշտ նույն ապահովագիրն է ունեցել Այո ☐ Ոչ ☐

Եթե 14-րդ, 15-դ, 16-դ կամ 17-րդ հարցերի պատասխանն **Այո** է, դիմորդն իրավունակ չէ HIPP program-ի համար:

Եթե 13-րդ կամ 18-րդ հարցերի պատասխանը **ոչ** է, դիմորդն իրավունակ չէ HIPP program-ի համար:

Իրավունակության պահանջների մասին հարցերով դիմե՛ք DHCS-ին՝ HIPP@dhcs.ca.gov կամ (916) 445-8322:

ԿԱՐԵՎՈՐ Է. Որպես իրավունակության պայման՝ «Medi-Cal»-ի բոլոր նպաստառուները պետք է բժշկական ապահովագրության, օգնության և երրորդ կողմի բոլոր վնարումները ստանալու իրավունք տան «Medi-Cal» program-ին և համագործակցեն «California Department of Health Care Services»-ի հետ՝ բժշկական օգնություն և վնարումներ ստանալու հարցում: Նպաստների իրավունք տալը գործում է միայն այն ծառայությունների համար, որոնք վնարվում են «Medi-Cal» program-ի կողմից: Բժշկական իրավունքների տրամադրումը «California Department of Health Care Services»-ին հնարավորություն է տալիս փոխհատուցում ստանալ առողջության ապահովագրության ընկերություններից և հիմնադրամներից այն դեպքում, երբ «Medi-Cal» program-ը վնարում է այնպիսի բժշկական ծառայությունների համար, որոնց վնարման հաճիվը պետք է այլ ապահովագրական ընկերությունների ուղարկվեր: Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ ի կատարումն Federal Privacy Act (42 USC, Section 552a)-ի պահանջների՝ Ձեր Սոցիալական ապահովության համարը և Ձեր կողմից տրամադրված ցանկացած այլ տեղեկություն կարող է փոխանցվել ապահովագրական ընկերություններին, գործատուներին, առողջապահական ծառայություններ մատուցողներին և շրջանային գործակալություններին՝ առողջության ապահովագրության հասանելի չափերը պարզելու նպատակով: Welfare and Institutions Code, Section 14100.2-ի պահանջների համաձայն՝ տրամադրված ցանկացած տեղեկություն համարվում է գաղտնի և բացահայտվում է միայն անհրաժեշտության դեպքում՝ «Medi-Cal» program-ի վարչական գործառնությունների իրականացման նպատակներով:

ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅՈՒՆ: «Սույնով ես «California Department of Health Care Services»-ին լիազորում եմ, անհրաժեշտության դեպքում, ցանկացած տեղեկություն ստանալ իմ առողջության մասնավոր ապահովագրության մասին, այդ թվում՝ բժշկական օգնության համար իմ անունից կատարված վնարումների և/կամ նպաստների մասին, որի օգնությամբ կարելի է պարզել, թե արդյո՞ք «California Department of Health Care Services»-ը կվնարի առողջության ապահովագրության ապահովագիրը՝ շարունակվող ապահովագրության համար:

19. Դիմորդի (կամ լիազոր ներկայացուցչի) ստորագրությունը	Ամսաթիվը
--	----------

«Health Insurance Premium Payment»-Ը ԴԻՄՈՒՄ ԼՐԱՑՆԵԼՈՒ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ

«Health Insurance Premium Payment»-ի դիմումը լրացնելիս պետք է հետևել ստորև բերված ցուցումներին:

1. Մուտքագրեք դիմողի լրիվ անունը:
2. Նշեք դիմորդի Սոցիալական ապահովության իննանիշ համարը:
3. Ամբողջությամբ նշեք դիմորդի ցերեկային հեռախոսահամարը՝ տարածքի կոդի հետ միասին:
4. Ամբողջության նշեք դիմորդի փողոցի հասցեն, ֆաղաբը, նահանգը և փոստային ինդեքսը:
5. Նշեք դիմորդի ներկա առողջության ապահովագրողի անունը:
6. Նշեք 5-րդ և 8-րդ կետերում հիշատակված առողջության սկզբնական ապահովագրի սկսվելու ամսաթիվը:
7. Ամբողջության նշեք այն փողոցի հասցեն, ֆաղաբը, նահանգը և փոստային ինդեքսը, որտեղ դիմորդն ապահովագրողին է ուղարկում իր ապահովագրի վճարումները:
8. Նշեք դիմորդի առողջության ապահովագրի համարը:
9. Նշեք առողջության ապահովագրության համար վճարվող ամսական ընդհանուր գումարի չափը:
10. Նշեք 5-րդ և 8-րդ կետերում նշված ապահովագրով ապահովագրված անձանց ընդհանուր թիվը:
11. Նշեք 5-րդ և 8-րդ կետերում նշված ապահովագիրը ստացող ապահովագրի լրիվ անունը: Ապահովագիրն այն անձն է, որի անունով տրամադրվել է ապահովագիրը:
12. Նշեք ապահովագրի Սոցիալական ապահովագրության իննանիշ համարը:
13. Նշան դնելով «Այո» կամ «ոչ» վանդակում՝ նշեք, թե արդյոք դիմորդը ներկայումս «Medi-Cal»-ի անդամ է:
14. Նշան դնելով «Այո», «ոչ» կամ «հայտնի չէ» վանդակում՝ նշեք, թե արդյոք դիմորդը ներկայումս որևէ «Medi-Cal Managed Care Plan»-ի անդամ է:
15. Նշան դնելով «Այո» կամ «ոչ» վանդակում՝ նշեք, թե արդյոք ապահովագիրը դատարանի վճռով պարտավոր է այս ապահովագրությունը տրամադրել դիմորդին:
16. Նշան դնելով «Այո» կամ «ոչ» վանդակում՝ նշեք, թե արդյոք դիմորդը ներկայումս «Medicare»-ի անդամ է:
17. Նշան դնելով «Այո» կամ «ոչ» վանդակում՝ նշեք, թե արդյոք ապահովագիրը լրիվ փոխհատուցում է ստանում առողջության ապահովագրի վճարումների համար:
18. Նշան դնելով «Այո» կամ «ոչ» վանդակում՝ նշեք, թե արդյոք դիմորդն առաջին անգամ «Medi-Cal»-ում ընդգրկվելուց հետո միշտ նույն ապահովագիրն է ունեցել:
19. Ստորագրեք և նշեք ձևաթուղթը լրացնելու ամսաթիվը:

Այս ձևաթուղթը փոստով ուղարկե՛ք. Department of Health Care Services, HIPP Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422: Եթե այս ձևաթուղթը լրացնելու հետ կապված հարցեր ունե՛ք, գանգահարե՛ք (916) 445-8322՝ առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան 5:00, երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին: