

Դուք կարող եք
կորցնել Ձեր
«Medi-Cal»-ը, եթե
չպատասխանեք
մինչև

«Medi-Cal»-ի նպաստների թարմացման ձևաթուղթ

Դուք կարող եք այս ձևաթուղթը ստանալ Ձեր ընտրած լեզվով կամ Ձեզ մատչելի մեկ այլ ձևաչափով: Ձեր լեզվով օգնություն ստանալու համար զանգահարեք

Ծանուցման ամսաթիվը`

Գործի համարը`

Գործի անունը`

Աշխատողի անունը`

Աշխատողի հեռախոսի
համարը`

Ժամանակն է թարմացնելու հետևյալ անձանց նպաստները.

Անունը

Ծննդյան ամսաթիվը

Տան այն անդամները, որոնց անունն այս ձևաթղթում նշված չէ, առանձին նամակ կստանան իրենց «Medi-Cal»-ի վերաբերյալ:

- **Քայլ 1:** Կարդացեք ձևաթուղթը և պատասխանեք հարցերին
- **Քայլ 2:** Ստորագրեք և ամսաթիվը նշեք «Հայտարարություն և ստորագրություն» էջում
- **Քայլ 3:** Ապացույցի հետ միասին ձևաթուղթն ուղարկեք մինչև վերջնաժամկետը

Ձևաթուղթը և ապացույցը մեզ ուղարկելու դյուրին եղանակներ

 Առցանց

կամ coveredca.com
հասցեից:

 Փոստով

այս նամակին կից
ուղարկված
ծրարում:

 Հեռախոսով

զանգահարելով

 Անձամբ այցելելով

հասցեով: Նրանք բաց
են երկուշաբթի - ուրբաթ
օրերին՝ ժամը a.m.-ից
մինչև p.m.



**Եթե հարցեր ունեք: Մինչև վերջնաժամկետը
զանգահարեք Ձեր շրջանի տեղական
գրասենյակ՝ հեռախոսահամարով:**

Ձեր կոնտակտային տվյալները

↓ Ստուգեք Ձեր տվյալները

↓ Ստորև նշեք փոխված կամ նոր տվյալները

Այս տեղեկությունը ճիշտ է:
Եթե ճիշտ է, անցեք 3-րդ էջին:

Ես ստորև նշել եմ իմ փոխված տվյալները:
նշեք միայն նոր կամ փոխված տվյալները:

Անունը	Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)		
Բնակության հասցեն	Բնակության հասցեն Բնակարան թ.		
	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Փոստային հասցեն	Փոստային հասցեն (եթե տարբեր է բնակության հասցեից, կամ եթե Դուք բնակության հասցե չունեք)		
	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Հեռախոսը	Հեռախոսը Տան _____ Բջջային _____ Աշխատանքային _____ Այլ _____		
Էլ. փոստը	Էլ. փոստը (կամընտրական)		
Ի՞նչ լեզվով Ձեզ գրենք	Ի՞նչ լեզվով Ձեզ գրենք`		
Ի՞նչ լեզվով Ձեզ հետ խոսենք	Ի՞նչ լեզվով Ձեզ հետ խոսենք`		
	Ձեզ հետ կապ հաստատելու լավագույն եղանակը` <input type="checkbox"/> Էլ. փոստը <input type="checkbox"/> Հեռախոսով <input type="checkbox"/> Նամակով		

Ձեզ լիազոր ներկայացուցիչ անհրաժեշտ է:

Ձանգահարեք Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակ`
հեռախոսահամարով, եթե Ձեզ անհրաժեշտ է`

- լիազոր ներկայացուցիչ նշանակել, օրինակ` ընտանիքի որևէ անդամի, ընկերոջ, փաստաբանի կամ օգնականի, որը Ձեզ կուղեկցի, կօգնի կամ կներկայացնի «Medi-Cal»-ի իրավունակության և անդամագրման հետ կապված հարցերով.
- փոխել Ձեր լիազոր ներկայացուցիչին:



Եթե ձևաթղթի բաժիններից որևէ մեկում ցանկանում եք նոր անձանց կամ տեղեկություն ավելացնել, խնդրում ենք գրել առանձին թղթի վրա (կամ կարող եք պատճենահանել այդ էջը) և ուղարկել նպաստների թարմացման ձևաթղթի հետ միասին:

Տան անդամները

Մեզ տեղեկություններ են հարկավոր Ձեր և Ձեր տան յուրաքանչյուր անդամի մասին: Դրանց թվում են՝

- Ձեր կինը/ամուսինը կամ գրանցված կողակիցը:
- Ձեր երեխաները, որոնք Ձեզ հետ են ապրում:
- Տանը՝ իրենց երեխաների հետ ապրող բոլոր ծնողները:
- Ձեզ հետ ապրող ցանկացած այլ անձ պետք է առանձին դիմում ներկայացնի, եթե ցանկանում է առողջության ապահովագրություն ստանալ (օրինակ՝ ընկեր, ընկերուհի, կենակից):

Ստուգեք տան անդամի Ձեր տվյալները:

Անունը	Ազգակցական կապը	Հասցեն	Տվյալը ճիշտ է: Եթե այո, անցեք հաջորդ բաժնին: Եթե ոչ, ստորև նշեք ճիշտ տվյալը:
			<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
			<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
			<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

շարունակությունը հաջորդ էջում»

Նշեք տան անդամի մասին փոխված կամ նոր տվյալը:

Գրեք վերջին 12 ամսում Ձեր տանը տեղի ունեցած փոփոխությունների մասին:
Օրինակ՝ տան անդամն ամուսնացել է, երեխա է ունեցել, սկսել է Ձեզ հետ ապրել կամ հեռացել է տնից, ազատագրվել է կամ մահացել է:

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Ազգակցական կապը	Ի՞նչ փոփոխություն է տեղի ունեցել:
1.		
2.		
3.		

Եկամուտը

Եկամուտն այն գումարն է, որը Դուք ստանում եք աշխատանքից, ինքնագրադ գործունեությունից կամ այլ աղբյուրներից, օրինակ՝ «Social Security»-ն կամ կենսաթոշակը: Դուք պետք է ձևաթղթին կցեք Ձեր բոլոր եկամուտների վավերական ապացույցը: Օրինակ՝

- վերջերս ստացած վճարումների անդորրագրերը
- նպաստների կամ պարգևավճարների մասին նամակները

Ստուգեք եկամտի վերաբերյալ Ձեր տվյալները:

Անունը	Եկամտի աղբյուրը	Համախառն գումարը (Ձեր ստացած եկամուտը՝ նախքան հարկերը կամ հանումները)	Ի՞նչ հաճախականությամբ (տարին մեկ, ամիսը մեկ, 2 շաբաթը մեկ, ամիսը 2 անգամ, շաբաթը մեկ, ամեն օր կամ ամեն ժամ)	Տվյալը ճիշտ է: Եթե այո, անցեք հաջորդ բաժնին: Եթե ոչ, նշեք ամսաթիվը, երբ վերջին անգամ ստացել եք այս եկամուտը: Հետո ստորև նշեք փոխված կամ նոր տվյալը:
				<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ ____ / ____ / ____
				<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ ____ / ____ / ____

շարունակությունը հաջորդ էջում »

Նշեք եկամտի մասին փոխված կամ նոր տվյալները:

Եկամտի ամենատարածված տեսակների օրինակներ

- աշխատավարձ
- ինքնազբաղ աշխատանք
- «Social Security»-ի կենսաթոշակ, զոհված խնամողի և անաշխատունակության նպաստներ
- գործազրկության նպաստ
- թոշակ/տարեվճար
- տոկոս կամ շահույթաբաժին
- կենսաթոշակային եկամուտ՝ 401K, 457, 509, IRA և Keogh ծրագրերով

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Ո՞րն է այս եկամտի աղբյուրը:	Համախառն գումարը (Ձեր ստացած եկամուտը՝ նախքան հարկերը կամ հանումները)	Սկսվելու ամսաթիվը (ամիսը, օրը, տարին)	Ի՞նչ հաճախականությամբ (տարին մեկ, ամիսը մեկ, 2 շաբաթը մեկ, ամիսը 2 անգամ, շաբաթը մեկ, ամեն օր կամ ամեն ժամ)	Ակնկալվում է, որ այս եկամուտը շարունակվելու է: Եթե ոչ, նշեք այն ամսաթիվը, երբ ակնկալում եք ստանալ վերջին եկամուտը:
1.		\$			<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ ___ / ___ / ___
2.		\$			<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ ___ / ___ / ___
3.		\$			<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ ___ / ___ / ___

Որևէ մեկի եկամուտն ամսից ամիս փոխվում է:

Այո Ոչ Եթե այո, նշեք, թե որքան կկազմի հաջորդ 12 ամսվա ընդհանուր եկամուտը: Դա տարեկան եկամտի ճիշտ չափը ստանալու համար է:

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Որքա՞ն ընդհանուր եկամուտ եք ակնկալում հաջորդ 12 ամսում:
1.	\$
2.	\$

շարունակությունը հաջորդ էջում »

Ձեր տանը որևէ մեկն անվճար վարձակալության, կոմունալ ծախսերի և/կամ սննդամթերքի տեսքով եկամուտ ստանում է (այն նաև բնավճար է կոչվում):

Այս եկամուտն անվճար է կամ տրամադրվում է տանն ապրող կնոջից/ամուսնուց կամ ծնողից տարբեր անձի աշխատանքի դիմաց:

Այո Ոչ Եթե **այո**, լրացրեք ստորև:

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Ի՞նչն է անվճար եղել:	Դա կատարված աշխատանքի դիմաց է եղել:	Ակնկալվում է, որ այս բնավճար եկամուտը շարունակվելու է: Եթե ոչ , նշեք այն ամսաթիվը, երբ ակնկալում եք ստանալ վերջին եկամուտը:
1.	<input type="checkbox"/> Վարձակալություն <input type="checkbox"/> Կոմունալ ծախսեր <input type="checkbox"/> Սննդամթերք	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ ____ / ____ / ____

Ծախսերը և հանումները

Ձեր ծախսերի և հանումների մասին մեզ տեղյակ պահելը կարող է նվազեցնել այն եկամուտը, որի օգնությամբ «Medi-Cal»-ը որոշում է Ձեր իրավունակությունը: Դուք պետք է ձևաթղթին կցեք ծախսերի և հանումների վավերական ապացույց: Օրինակ՝

- քաղվածքը կամ նպաստի գումարը պարունակող նամակ.
- Հավելված C»-ն (ինքնազբաղ ծախսերը).

Ստուգեք Ձեր ծախսերի և հանումների մասին տեղեկությունները:

Անունը	Ծախսի կամ հանումի տեսակը	Գումարը	Ի՞նչ հաճախականությամբ է կատարվում (ամիսը մեկ, եռամսյակը մեկ, տարին մեկ)	Տվյալը ճիշտ է: Եթե ոչ, ստորև նշեք փոխված կամ նոր տվյալը:
		\$		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
		\$		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Նշեք ծախսերի և հանումների մասին փոխված կամ նոր տվյալը:

Ամենատարածված ծախսերի և հանումների օրինակներ

- երեխայի ապրուստադրամի (ալիմենտի) վճարում
- վճարում խնամյալի խնամքի համար
- կրթական ծախսեր (ուսման վարձ, գրքեր, մուծումներ և փոխադրամիջոցի ծախսեր)
- խնամակալի/խնամողի վճար
- ինքնազբաղ գործունեության հետ կապված ծախսեր

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Ծախսի կամ հանումի տեսակը	Գումարը	Ի՞նչ հաճախականությամբ (ամիսը մեկ, եռամսյակը մեկ, տարին մեկ)
1.		\$	
2.		\$	

Պաշարները և սեփականությունը

Պաշարները և սեփականությունն այնպիսի բաներ են, որոնք Դուք կարող եք փոխանակել փողի հետ, կամ որոնք Ձեզ են պատկանում: Դուք պետք է ձևաթղթին Ձեր պաշարների, սեփականության և Ձեր ունեցած դրամական միջոցների վավերական ապացույց կցեք: Օրինակ՝

- բանկի քաղվածք,
- ավտոմեքենայի վարկ,
- հիպոտեկային վարկ:

Ստուգեք Ձեր պաշարների և սեփականության մասին տեղեկությունները:

Անունը	Պաշարների և սեփականության տեսակը	Պաշարների և սեփականության մանրամասները	Արժեքը և գումարը	Տվյալը ճիշտ է: Եթե այո, անցեք հաջորդ բաժնին: Եթե ոչ, ստորև նշեք փոխված կամ նոր տվյալը:
			\$	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
			\$	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
			\$	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

շարունակությունը հաջորդ էջում »

Նշեք պաշարների և սեփականության մասին փոխված կամ նոր տվյալը:

Դուք պետք է հայտնեք այն սեփականության կամ փողի մասին, որը վերջին 12 ամսվա ընթացքում ստացել եք, վաճառել եք, փոխանակել եք, օտարել եք կամ փոխանցել:

Ամենատարածված պաշարների և սեփականության օրինակներ

- բանկային հաշիվներ/վարկային միության հաշիվներ
- անշարժ գույք (հող կամ տուն)
- կանխիկ գումար
- CD / IRA / Keogh, կենսաթոշակային հիմնադրամ
- համատեղ հիմնադրամ, խնամառու հիմնադրամ, դրամական շուկա, այրժետոմսեր, պարտատոմսեր և տարեվճարներ
- մուրհակներ, գրավադրման փոխառություններ, խնամառության վավերագրեր
- ավտոմեքենա
- կյանքի ապահովագրություն կամ թաղման ապահովագրություն
- առանց շարժիչի նավակ, կցավագոն և տուն-մեքենա
- թաղման հիմնադրամ և հողակտոր
- ցկյանս տոկոս որևէ անշարժ գույքից
- գործի մեջ օգտագործվող գույք կամ սարքավորում

Սեփականատիրոջ անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Պաշարների և սեփականության տեսակը	Պաշարների և սեփականության մասնորոնումները	Հայտարարագրված գույքի փոխադրություն	Փոփոխության ամսաթիվը (ամիսը/օրը/տարին)
1.				____ / ____ / ____
2.				____ / ____ / ____
3.				____ / ____ / ____

շարունակությունը հաջորդ էջում »

Անշարժ գույք (հող կամ տուն)

Այն ներառում է վերը Ձեր ստուգած կամ փոփոխած սեփականությունը:

Դուք ունեք վերը նշված անշարժ գույքից: Եթե **այո**, լրացրեք ստորև:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Դա այն տունն է, որում ես ապրում եմ: | <input type="checkbox"/> Դա իմ նախկին տունն է: |
| <input type="checkbox"/> Դա իմ վարձու տրվող/ներդրումային սեփականությունն է: | <input type="checkbox"/> Այդ անշարժ գույքը ծախու է: |
| <input type="checkbox"/> Եթե նշան եք դրել վարձու տրվող/ներդրումային կամ ծախու վանդակներում, Դուք երբևէ մտադիր եք վերադառնալ այդ սեփականություն: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ | |
| <input type="checkbox"/> Տան որևէ անդամ ապրում է այդ սեփականության մեջ: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ | |
- Եթե **այո**, ինչ ազգակցական կապ ունեք նրա հետ: (Օրինակ՝ կին/ամուսին, երեխա, խնամյալ ազգական, քույր/եղբայր) _____

Նախկինում հայտարարագրված ավտոմեքենաները

Ձեզ անհրաժեշտ է փոխել նախկինում հայտարարագրված ավտոմեքենայի արժեքը կամ գումարը: Եթե **այո**, լրացրեք ստորև:

Սեփականատիրոջ անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Մեքենայի գինը \$	Մակնիշը, մոդելը և արտադրման տարին	Որքա՞ն է Ձեր պարտքը: \$
--	------------------------	---	-------------------------------

«Medicare»-ի ապահովագրությունը

Եթե չգիտեք, թե «Medicare»-ի որ մասերում եք ընդգրկված, զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227):

Ստուգեք «Medicare»-ի վերաբերյալ Ձեր տվյալները:

Անունը	Ամսական ապահովագրման մաս A (ստացիոնար հիվանդանոցային)	Ամսական ապահովագրման մաս B (երթևեկ բժշկական)	Ամսական ապահովագրման մաս C («Medicare Advantage»)	Ամսական ապահովագրման մաս D (դեղատնային)	Տվյալը ճիշտ է: Եթե այո, անցեք հաջորդ բաժնին: Եթե ոչ, ստորև նշեք ճիշտ տվյալը:
					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
					<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Նշեք «Medicare»-ի մասին փոխված կամ նոր տվյալները:

Եթե Դուք կամ Ձեր տան որևէ անդամ նոր եք իրավունակ դարձել «Medicare»-ի համար, կամ եթե Դուք ապահովագրվում եք վճարում Ձեր և Ձեր տան որևէ անդամի համար, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին:

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	«Medicare»-ի համարը	Ամսական ապահովագրման մաս A (ստացիոնար հիվանդանոցային)	Ամսական ապահովագրման մաս B (երթևեկ բժշկական)	Ամսական ապահովագրման մաս C («Medicare Advantage»)	Ամսական ապահովագրման մաս D (դեղատնային)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

Երկարատև խնամքը

Երկարատև խնամքը ծառայություն է, որի նպատակն է բավարարել մարդու առողջապահական կամ անձնական խնամքի կարիքները, երբ վերջինս երկար ժամանակ ի վիճակի չէ հոգ տանել իր մասին: Օրինակ՝

- մասնագիտացված խնամքի հաստատություն
- տան պայմաններում տրամադրվող օգնություն
- հոսպիս

Ստուգեք երկարատև խնամքի մասին տեղեկությունները:

Երկարատև խնամքի հաստատությունում գտնվող անձի անունը	Երկարատև խնամքի հաստատության անվանումը	Երկարատև խնամքի հաստատության հասցեն	Տվյալը ճիշտ է: Եթե այո, անցեք հաջորդ բաժնին: Եթե ոչ, ստորև նշեք ճիշտ տվյալը:
			<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
			<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Նշեք երկարատև խնամքի մասին փոխված կամ նոր տվյալը:

Անձ 1		
Երկարատև խնամքի հաստատությունում գտնվող անձի անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Ընդունվելու ամսաթիվը (ամիսը/օրը/տարին) ____ / ____ / ____	Դուրս գրվելու ամսաթիվը (ամիսը/օրը/տարին) ____ / ____ / ____
Երկարատև խնամքի հաստատության անվանումը	Երկարատև խնամքի հաստատության հասցեն	
Կնոջ/ամուսնու կամ գրանցված կողակցի անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Կնոջ/ամուսնու կամ գրանցված կողակցի հասցեն, եթե տարբեր է	

շարունակությունը հաջորդ էջում »

Անձ 2		
Երկարատև խնամքի հաստատությունում գտնվող անձի անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Ընդունվելու ամսաթիվը (ամիսը/օրը/տարին) ____ / ____ / ____	Դուրս գրվելու ամսաթիվը (ամիսը/օրը/տարին) ____ / ____ / ____
Երկարատև խնամքի հաստատության անվանումը	Երկարատև խնամքի հաստատության հասցեն	
Կնոջ/ամուսնու կամ գրանցված կողակցի անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Կնոջ/ամուսնու կամ գրանցված կողակցի հասցեն, եթե տարբեր է	

Առողջության այլ ապահովագրություն

Եթե «Medi-Cal»-ից կամ «Medicare»-ից տարբեր որևէ այլ աղբյուրից տրամադրվող առողջության ապահովագրություն ունեք, նշեք:

Առողջության այլ ապահովագրության համար վճարելու մասին մեզ տեղյակ պահելը կարող է նվազեցնել այն եկամուտը, որի օգնությամբ «Medi-Cal»-ը որոշում է Ձեր իրավունակությունը: Օրինակ՝ հնարավոր է, որ Դուք առողջության ապահովագրություն ունենաք նաև «Covered California»-ից կամ ընտանիքի որևէ անդամի աշխատավայրից: Եթե Դուք վճարում եք առողջության այլ ապահովագրության համար, հարկավոր է ձևաթղթին կցել դրա ապացույցը: Օրինակ՝ վճարման համար ներկայացված հաշիվ, որի վրա երևում է, թե ամսական որքան եք վճարում:

Եթե առողջության այլ ապահովագրություն **չունեք**, բաց թողեք այս բաժինը և անցեք հաջորդին:

Ստուգեք Ձեր առողջության ապահովագրության մասին տեղեկությունները:

Անունը	Ապահովագրական ընդունվածությունը	Ապահովագրության տեսակը (օրինակ՝ առողջության, առանձնաբուժական, ակնաբուժական, դեղատնային)	Ապահովագրի չափը, որը վճարում եք	Ինչ հաճախականությամբ (ամիսը մեկ, եռամսյակը մեկ, տարին մեկ)	Տվյալը ճիշտ է: Եթե այո, անցեք հաջորդ բաժնին: Եթե ոչ, ստորև նշեք ճիշտ տվյալը:
			\$		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
			\$		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

շարունակությունը հաջորդ էջում »

Նշեք առողջության ապահովագրության մասին փոխված կամ նոր տվյալը:

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Ապահովագրական ընկերությունը	Ապահովագրության տեսակը (օրինակ՝ առողջության, ատամնաբուժական, ակնաբուժական, դեղերի)	Ապահովագնի չափը, որը վճարում եք	Ինչ հաճախականությամբ (ամիսը մեկ, եռամսյակը մեկ, տարին մեկ)
1.			\$	
2.			\$	

Տանը տեղի ունեցած փոփոխությունները

Եթե «այո» պատասխանեք հարցերից որևէ մեկին, լրացրեք ստորև պահանջվող տեղեկությունները:

Medi-Cal

Ձեր տան որևէ անդամ, որը «Medi-Cal» չունի, ցանկանում է դիմել այն ստանալու համար: Եթե **այո**, լրացրեք ստորև:

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Ծննդյան ամսաթիվը (ամիսը/օրը/տարին)	Այն անձի «Social Security»-ի համարը , եթե ունի, որը ցանկանում է դիմել «Medi-Cal»-ի համար _____
--	--	--

Հղի

Տանը հղի կին կա՞: Եթե **այո**, լրացրեք ստորև:

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Ծննդաբերելու ամսաթիվը (ամիսը/օրը/տարին) ____ / ____ / ____	Քանի՞ երեխա է սպասվում:
---	---	--------------------------------

Նախկին երիտասարդ հոգեգավակ

Եթե **Ձեր տանը** որևէ մեկը 18-ից 26 տարեկան է, նա մինչև իր 18-րդ տարեդարձը որևէ նահանգում հոգետնային խնամք (foster care) ստացել է: Եթե **այո**, լրացրեք ստորև:

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Նահանգը (օրինակ՝ California)
---	-------------------------------------

Ներգաղթային կարգավիճակը և քաղաքացիությունը

(այս տեղեկությունն օգտագործվում է միայն առողջության ապահովագրության կապակցությամբ որոշում կայացնելու նպատակով):

Ներկայումս «Medi-Cal» ստացող՝ Ձեր տան որևէ անդամի ներգաղթային կարգավիճակը կամ քաղաքացիությունը փոխվել է վերջին 12 ամսվա ընթացքում: Եթե **այո**, լրացրեք ստորև:

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Նոր կարգավիճակի համարը
---	-------------------------------

շարունակությունը հաջորդ էջում »

Հաշմանդամությունը

Ձեր տան որևէ անդամ ֆիզիկական, հոգեկան, զգայական խնդրի կամ զարգացման արատի հետևանքով առաջացած հաշմանդամություն ունի: Եթե այո, լրացրեք ստորև:

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)

Այդ հաշմանդամությունը ստացած վնասվածքի արդյունք է:
 Այո Ոչ

Medicare

Ձեր տանը որևէ մեկը «Medicare» ունի: Եթե այո, լրացրեք ստորև:

Անունը
(անունը, միջին անունը, ազգանունը)

«Medicare»-ի համարը

Ամսական ապահովագինը, որը վճարում եք \$

Երկարատև խնամքը

Ձեր տան որևէ անդամ գտնվում է երկարատև խնամքի հաստատությունում: Եթե այո, լրացրեք ստորև:

Երկարատև խնամքի հաստատությունում գտնվող անձի անունը
(անունը, միջին անունը, ազգանունը)

Ընդունվելու ամսաթիվը
(ամիսը/օրը/տարին)
____/____/____

Դուրս գրվելու ամսաթիվը
(ամիսը/օրը/տարին)
____/____/____

Երկարատև խնամքի հաստատության անվանումը

Երկարատև խնամքի հաստատության հասցեն

Կնոջ/ամուսնու կամ գրանցված կողակցի անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)

Կնոջ/ամուսնու կամ գրանցված կողակցի հասցեն, եթե տարբեր է

Տեղեկություններ առողջապահական ծրագրերի և ուղեգրերի մասին

Այս բաժինը լրացնելը կամընտրական է: Կարող եք չպատասխանել այս հարցերին, բայց Ձեր պատասխանները մեզ օգնում են Ձեզ գոյություն ունեցող ծառայությունները ստանալու ուղեգիր տալ:

1. Դուք ցանկանո՞ւմ եք տեղեկություններ ստանալ մինչև 21 տարեկան երեխաների համար նախատեսված անվճար առողջապահական ծրագրի մասին («Child Health and Disability Prevention Program»-ի, որը հայտնի է նաև CHDP անունով):

Այո Ոչ

2. Դուք ցանկանո՞ւմ եք տեղեկություններ ստանալ հղի կանանց կամ կերակրող մայրերի և մինչև 5 տարեկան երեխաների համար նախատեսված լրացուցիչ սննդամթերքի անվճար ծրագրի մասին («Women, Infants, and Children Program»-ի, որը հայտնի է նաև WIC անունով):

Այո Ոչ

3. Ձեզ հետ բնակվող՝ տան որևէ անդամ երիկամազերծման (երիկամի դիալիզի) հետ կապված ծառայություններ ստանո՞ւմ է:

Այո Ոչ Եթե այո, ո՞վ՝ _____

4. Ձեզ հետ բնակվող՝ տան որևէ անդամի վերջին 2 տարվա ընթացքում օրգանի փոխպատվաստում կատարվե՞լ է:

Այո Ոչ Եթե այո, ո՞վ՝ _____

5. Դուք ցանկանո՞ւմ եք տեղեկություններ ստանալ «Personal Care Services Program»-ի՝ տան պայմաններում տարեց, կույր կամ հաշմանդամ անձանց խնամք տրամադրվող ծրագրի մասին (որը հայտնի է նաև «In-Home Supportive Services» անունով):

Այո Ոչ

6. Ձեր տան որևէ անդամ երկարատև խնամքի կամ տնային և համայնքային ծառայությունների հարցում օգնության կարիք ունի՞:

Այո Ոչ Եթե այո, ո՞վ՝ _____

Հայտարարություն և ստորագրություն

- California նահանգի օրենսդրության համաձայն՝ կեղծ վկայություն տալու համար դատական պատասխանատվության ենթարկվելու սպառնալիքի տակ՝ ես հայտարարում եմ, որ այն ամենն, ինչ նշել եմ ստորև, ճշմարիտ և ստույգ է:
- Ես հասկացել եմ նպաստների թարմացման այս ձևաթղթում տրված բոլոր հարցերը և իմ ունեցած տեղեկությունների համաձայն՝ ճշմարիտ և ստույգ պատասխաններ եմ տվել: Երբ ես ինքս պատասխանը չեմ իմացել, ես հնարավորին ամեն ինչ արել եմ պատասխանն այնպիսի մեկի հետ ճշտելու համար, ով գիտե: Ես կարդացել եմ, կամ ինձ կարդացել են տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման կարգը, իմ իրավունքները և պարտականությունները, որոնք շարադրված են հաջորդ էջերում:
- Ես գիտեմ, որ եթե ճշմարտությունը չգրեմ նպաստների թարմացման այս ձևաթղթում, ապա կեղծ տեղեկություններ հաղորդելու համար կարող եմ քաղաքացիական կամ քրեական պատասխանատվության ենթարկվել, որի հետևանքով կարող եմ մինչև չորս տարով ազատազրկվել (տեսնել California Penal Code section 126): Ես գիտեմ, որ նպաստների թարմացման այս ձևաթղթում նշված տեղեկությունների օգնությամբ որոշում է կայացվելու, թե արդյոք դիմող անձինք համապատասխանում են առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: «Medi-Cal» ծրագիրը և «Covered California»-ն գաղտնի կպահեն այդ տեղեկությունները՝ ինչպես պահանջվում է դաշնային և California-ի օրենսդրությամբ:
- Եթե նպաստների թարմացման այս ձևաթղթի միջոցով առողջության ապահովագրության համար դիմող անձանց տվյալներում որևէ բան փոխվի, ես համաձայնում եմ 10 օրվա ընթացքում այդ մասին տեղյակ պահել «Medi-Cal» ծրագրին կամ զանգահարել իմ շրջանի տեղական գրասենյակ: Եթե ես ապահովագրություն ունեմ «Covered California»-ի միջոցով, ես համաձայն եմ փոփոխությունների մասին հայտնել 30 օրվա ընթացքում:

Ներքևում ստորագրեք և նշեք ամսաթիվը:

Դիմորդի/նպաստառուի կամ նրա լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը



Ամսաթիվը
(ամիսը/օրը/տարին)

Մի՛ մոռացեք ձևաթղթին կցել բոլոր վավերական ապացույցները, եթե պահանջվում են, ինչպես նաև բոլոր լրացուցիչ օրինակներն ու ավելացված էջերը:

Պահեր Ձեր փաստաթղթերի մեջ

Այս էջերում կարևոր տեղեկություններ են պարունակվում տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման կարգի, իրավունքների և պարտականությունների, բողոքարկելու իրավունքի, խտրականություն չկիրառելու սկզբունքի և խտրականության հարցով գանգատ ներկայացնելու մասին:

Հայտարարություն տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման մասին

Նպաստների թարմացման այս ձևաթուղթը «Department of Health Care Services»-ի (DHCS) միջոցով «Medi-Cal»-ի նպաստները թարմացնելու և «Covered California»-ի միջոցով առողջության ապահովագրություն ստանալու իրավունակությունը որոշելու համար է նախատեսված: Դրանում Ձեր կողմից տրամադրվող անձնական և բժշկական տեղեկությունները գաղտնի են: DHCS-ը կամ «Covered California»-ն դրանց օգնությամբ պետք է պարզի Ձեր և նպաստների թարմացման այս ձևաթղթում նշված այլ անձանց ինքնությունը և կառավարի մեր ծրագրերը:

Մենք Ձեր մասին տեղեկություններն այլ նահանգային, դաշնային և տեղական կազմակերպությունների, կապալառուների և առողջապահական ծրագրերի կտրամադրենք միմիայն որևէ ծրագրում Ձեզ ընդգրկելու կամ այդ ծրագրերն իրականացնելու նպատակով, ինչպես նաև կտրամադրենք այլ նահանգային և դաշնային կազմակերպությունների՝ օրենքով թույլատրված կարգով:

Դուք պետք է պատասխանեք նպաստների թարմացման այս ձևաթղթում տրված բոլոր հարցերին, բացառությամբ այն հարցերի, որոնց դիմաց նշված է «կամընտրական» կամ որոնց համար այլ ցուցում է տրված: Եթե նպաստների թարմացման Ձեր ձևաթղթում մեզ անհրաժեշտ որևէ տեղեկություն պակաս լինի, մենք Ձեզ հետ կապ կհաստատենք այն ստանալու համար: Եթե Դուք չտրամադրեք այդ տեղեկությունները, մենք չենք կարողանա որոշում կայացնել Ձեր նպաստները թարմացնելու կապակցությամբ: Հնարավոր է, որ Դուք ստիպված լինեք նոր դիմում ուղարկել: Այլապես, հնարավոր է, որ Դուք չկարողանաք առողջության ապահովագրություն ստանալ «Covered California»-ի միջոցով, կամ նպաստները թարմացնելու Ձեր դիմումը կարող է մերժվել:

Մեծ մասամբ Դուք իրավունք ունեք տեսնելու Ձեր մասին այն անձնական տեղեկությունները, որոնք պահվում են դաշնային և նահանգային կազմակերպություններում: Անհրաժեշտության դեպքում՝ Դուք կարող եք դրանք տեսնել այլընտրանքային ձևաչափով, օրինակ՝ խոշորատառ: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ «Covered California»-ում պահվող տվյալները տեսնելու համար դիմեք մեր տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման գրասենյակ՝ հետևյալ կերպ.

The Department of Health Care Services

Attn: Information Protection Unit
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413
Հեռախոս՝ 1-866-866-0602
TTY՝ 1-877-735-2929

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Հեռախոս՝ 1-800-300-1506
TTY՝ 1-888-889-4500

DHCS-ը պարտավոր է կատարել 45 C.F.R. Parts 160 and 164, California Civil Code §§ 1798 – 1798.78, CA Welfare and Institutions Code (WIC) Section 14005.37, CA WIC Section 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9, Հատվածի և այս ձևաթղթում տրամադրված տեղեկությունների պահպանման, օգտագործման և բացահայտման վերաբերյալ այլ օրենքների պահանջները:

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a).

«Medi-Cal» ծրագրի «Տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման կարգի մասին ծանուցումը» կարող եք գտնել www.dhcs.ca.gov հասցեում, իսկ «Covered California»-ինը՝ www.CoveredCA.com հասցեում:

Իրավունքները և պարտականությունները

- Իմ համոզմամբ՝ նպաստների թարմացման այս ձևաթղթում իմ տրամադրած տեղեկությունները ճշմարիտ են: Ես գիտեմ, որ կարող եմ տույժի ենթարկվել, եթե ճշմարտությունը չասեմ:
- Ես հասկանում եմ, որ իմ տրամադրած տեղեկություններն օգտագործվելու են միայն պարզելու համար, թե արդյոք իմ ընտանիքի այն անդամները, որոնք դիմում են առողջության ապահովագրությունը երկարաձգելու համար, համապատասխանում են այն ստանալու պահանջներին:
- Ես հասկանում եմ որ «Medi-Cal» ծրագիրը և «Covered California»-ն իմ տեղեկությունները գաղտնի կպահեն, ինչպես օրենքն է դա պահանջում: Լրացուցիչ տեղեկություններ կամ «Medi-Cal» ծրագրի և «Covered California»-ի կողմից պահվող անձնական տեղեկությունները ստանալու համար ես կարող եմ դիմել իմ շրջանի տեղական գրասենյակ: Կամ կարող եմ զանգահարել «Covered California»-ի Տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման հարցերով զբաղվող աշխատակցին՝ **1-800-300-1506** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով:
- Ես հասկանում եմ, որ «Medi-Cal»-ի իրավունակության համար ես պարտավոր եմ դիմել այլ եկամուտ կամ նպաստներ ստանալու, որոնց իրավունքն ունեմ ես կամ իմ ընտանիքի որևէ անդամ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ հիմնավոր պատճառ կա այդ չանելու համար: Նման եկամտի կամ նպաստների օրինակներ են թոշակները, պետական նպաստները, կենսաթոշակը, վետերանի նպաստները, տարեվճարները, անաշխատունակության նպաստները, «Social Security»-ի նպաստները (որոնք կոչվում են նաև OASDI կամ «Old Age, Survivors, and Disability Insurance») և գործազրկության նպաստները: Բայց նման եկամուտը կամ նպաստները չեն ներառում որպես պետական օժանդակություն տրվող նպաստները, օրինակ՝ «CalWORKS»-ինը կամ «CalFresh»-ինը: Եթե ես հարց ունենամ եկամտի որևէ հնարավոր աղբյուրի մասին, կարող եմ զանգահարել իմ շրջանի տեղական գրասենյակ կամ «Covered California»՝ **1-800-300-1506** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով, և օգնություն ստանալ:
- Եթե ես իրավունակ ճանաչվեմ «Medi-Cal» ստանալու, ես պարտավոր եմ իմ շրջանի տեղական գրասենյակի իրավունակության հարցերով աշխատակցին տեղյակ պահել ցանկացած փոփոխության մասին, որը կարող է ազդել առողջության ապահովագրություն ստանալու իմ իրավունակության վրա՝ փոփոխությունից հետո 10 օրվա ընթացքում: Այդ փոփոխությունների թվում են, բայց ոչ միայն՝
 - » եթե ես փոխեմ իմ բնակության վայրը.
 - » եթե փոխվի իմ եկամուտը.
 - » եթե փոխվեն իմ ընտանեկան պայմանները (օրինակ՝ ամուսնություն/ ամուսնալուծություն, հղիություն, երեխայի կամ երեխաների ծնունդ).
 - » եթե ես իրավունակ դառնամ առողջության այլ ապահովագրություն ստանալու:

- Եթե ես ընդգրկվեմ «Covered California»-ում, ես հասկանում եմ, որ փոփոխությունների մասին պետք է հայտնեմ 30 օրվա ընթացքում: Ես կարող եմ նաև զանգահարել «Covered California»՝ **1-800-300-1506** (TTY՝: 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով կամ այցելել CoveredCA.com:
- Ես հասկանում եմ, որ եկամտի մեջ տեղի ունեցած փոփոխությունների մասին պետք է տեղյակ պահեմ իմ շրջանի տեղական գրասենյակին, քանի որ այն կարող է ազդել «Medi-Cal»-ի նպաստներ ստանալու իմ իրավունակության կամ «Covered California»-ի միջոցով ինձ հասանելիք նահանգային և դաշնային ֆինանսական օգնության չափի վրա: Ես հասկանում եմ նաև, որ եթե նպաստային տարվա ընթացքում ես հարկ եղածից ավելի ֆինանսական օգնություն ստանամ, ես ստիպված եմ լինելու վերադարձնել ապահովագնի վճարման համար տրամադրված լրացուցիչ գումարը IRS-ին կամ «California Franchise Tax Board»-ին՝ տվյալ նպաստային տարվա դաշնային եկամտահարկագիրը ներկայացնելիս:
- Ես «Covered California»-ին և «Medi-Cal» ծրագրին թույլ եմ տալիս ստուգել այլ կազմակերպություններում պահվող համակարգչային տվյալները՝ հաստատելու համար իմ քաղաքացիությունը կամ U.S.-ում օրինական գտնվելու իմ կարգավիճակը, հարկերի մասին տեղեկությունները և միայն իրավունակության հետ կապված այլ տվյալներ՝ պարզելու համար, թե արդյոք ես և նպաստների թարմացման այս ձևաթղթում նշված այլ անձինք համապատասխանում ենք առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:
- Ես հասկանում եմ, որ օրենքով պահանջված կարգով «Medi-Cal»-ի նպաստների թարմացման այս ձևաթղթում իմ և այլ անձանց մասին իմ տրամադրած տեղեկությունները համակարգչի օգնությամբ կստուգվեն գործատուների, բանկերի, SSA-ի, «Internal Revenue Service»-ի, «Franchise Tax Board»-ի, սոցիալական ծառայությունների և այլ կազմակերպությունների կողմից տրամադրված տվյալների օգնությամբ՝ պարզելու համար, թե արդյոք ես և նպաստների թարմացման այս ձևաթղթում նշված այլ անձինք իրավունակ ենք առողջության ապահովագրություն ստանալու:
- Ես գիտեմ, որ եթե «Medi-Cal»-ը վճարի որևէ բժշկական ծախսի համար, ապա տվյալ ծախսի հետ կապված ցանկացած գումար, որը ես կամ նպաստների թարմացման այս ձևաթղթում նշված որևէ այլ անձ կստանա առողջության ապահովագրության այլ ընկերությունից կամ իրավական համաձայնության արդյունքում, կփոխանցվի «Medi-Cal»-ին՝ որպես տվյալ ծախսի վճարում, մինչև վերը նշված ծախսն ամբողջությամբ վճարվի:
- Այն ծնողների համար, որոնց երեխան կամ երեխաներն իրավունակ են «Medi-Cal» ստանալու. ես գիտեմ, որ ինձ կհնդրեն բժշկական ապրուստադրամ (ալիմենտ) գանձող կազմակերպությանն օգնել ապրուստադրամ գանձել նպաստների թարմացման այս ձևաթղթում նշված այն ծնողից, որը երեխայի հետ չի ապրում և ապրուստադրամ չի վճարում երեխայի համար: Եթե ես համարեմ, որ նման օգնությունը կարող է վնասել ինձ կամ իմ երեխաներին, կարող եմ ասել այդ մասին «Medi-Cal» ծրագրին և այլևս ստիպված չեմ լինի օգնել:

Բողոքարկելու իրավունքը

Եթե ես համարեմ, որ «Medi-Cal» ծրագիրը կամ «Covered California»-ն սխալ է թույլ տվել, ես կարող եմ բողոքարկել վերջինիս որոշումը: Բողոքարկել նշանակում է «Medi-Cal» ծրագրի կամ «Covered California»-ի որևէ աշխատակցի հայտնել, որ իմ կարծիքով՝ նրանց կայացրած որոշումը սխալ է, և խնդրել, որ որոշումն անկողմնակալ կերպով վերանայվի:

Ես գիտեմ, որ բողոքարկման հայցը պետք է ներկայացնել որոշումն ընդունելուց հետո 90 օրվա ընթացքում: Ես գիտեմ, որ կարող եմ բողոքարկման գործընթացում ինքս ինձ ներկայացնել, կամ ինձ կարող է որևէ այլ անձ, օրինակ՝ իմ լիազոր ներկայացուցիչը, բարեկամը, ազգականը կամ փաստաբանը ներկայացնել:

Ես գիտեմ, որ եթե օգնության կարիք ունենամ, «Medi-Cal» ծրագրի, «Covered California»-ի կամ շրջանի տեղական գրասենյակի որևէ աշխատակից կարող է ինձ բացատրել իմ գործը:

California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 94244-2430

Ֆաքս՝ 1-833-281-0905

Անվճար՝ 1-855-795-0634 or

Բնակչության հարցումների և պատասխանների անվճար հեռախոսահամար՝

1-800-952-5253 կամ TDD 1-800-952-8349

Խտրականություն չկիրառելու սկզբունքը

«Medi-Cal» ծրագիրը (DHCS) և «Covered California»-ն կատարում են համապատասխան դաշնային և նահանգային օրենքները քաղաքացիական իրավունքների մասին և որևէ մեկի նկատմամբ անօրինական կերպով խտրականություն չեն կիրառում՝ վերջինիս ռասայի, մաշկի գույնի, դավանանքի, նախնիների, ծագման, ազգային պատկանելության, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, հիվանդության, գենետիկական տեղեկության, ընտանեկան վիճակի, սեռի, գենդերի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով:

«Medi-Cal» ծրագիրը (DHCS) և «Covered California»-ն որևէ մեկին անօրինական կերպով չեն բացառում կամ այլ կերպ բուժում՝ վերջինիս ռասայի, մաշկի գույնի, դավանանքի, նախնիների, ծագման, ազգային պատկանելության, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, հիվանդության, գենետիկական տեղեկության, ընտանեկան վիճակի, սեռի, գենդերի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով:

«Medi-Cal» ծրագիրը (DHCS) և «Covered California»-ն սահմանափակ կարողություններ ունեցող անձանց տրամադրում են բոլոր այն օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները, որոնք նրանց անհրաժեշտ են արդյունավետ կերպով մեզ հետ հաղորդակցվելու համար, ինչպես, օրինակ՝ նշանային լեզվի որակյալ թարգմանիչներ և գրավոր տեղեկություններ այլ ձևաչափերով (խոշորատառ, ձայնագրված, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափերով և այլ ձևաչափերով):

Բացի այդ, «Medi-Cal» ծրագիրը (DHCS) և «Covered California»-ն լեզվի անվճար ծառայություններ են տրամադրում այն անձանց, որոնց հիմնական լեզուն անգլերենը չէ, օրինակ՝ որակյալ բանավոր թարգմանիչներ և այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են այդ ծառայությունները, զանգահարեք DHCS-ի «Office of Civil Rights»՝ **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) հեռախոսահամարով կամ էլեկտրոնային հաղորդագրություն ուղարկեք CivilRights@dhcs.ca.gov հասցեով կամ զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-300-1506** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով:

Ինչպես խտրականության հարցով գանգատ ներկայացնել

Եթե կարծում եք, որ «Medi-Cal» ծրագիրը (DHCS) կամ «Covered California»-ն չի տրամադրել այդ ծառայությունները կամ որևէ այլ կերպ Ձեր նկատմամբ խտրականություն է կիրառել՝ Ձեր ռասայի, մաշկի գույնի, դավանանքի, նախնիների, ծագման, ազգային պատկանելության, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, հիվանդության, գենետիկական տեղեկությունների, ընտանեկան դրության, սեռի, գենդերի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով, կարող եք գանգատ ներկայացնել «Medi-Cal» ծրագրի (DHCS) «Office of Civil Rights»-ին կամ «Covered California»-ի քաղաքացիական իրավունքների համակարգողին՝ հետևյալ կոնտակտային տվյալներով.

Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Հեռախոս՝ 1-916-440-7370
(Ext. 711, CA State Relay)
Էլ. փոստ՝ CivilRights@dhcs.ca.gov
«Medi-Cal»-ի գանգատ ներկայացնելու
ձևաթղթերը զետեղված են հետևյալ հասցեում.
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Covered California

Civil Rights Coordinator
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Հեռախոս՝ 1-916-228-8764
Ֆաքս՝ 1-916-228-8909
Էլ. փոստ՝ CivilRights@covered.ca.gov

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների հարցով առանձին բողոք ներկայացնել «U.S. Department of Health and Human Services»-ի «Office for Civil Rights»-ին: Կարող եք դա անել, եթե համարում եք, որ Ձեր նկատմամբ խտրականություն է կիրառվել՝ Ձեր ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի պատճառով:

U.S. Department of Health and Human Services

Նամակով՝ 200 Independence Ave. SW Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
Հեռախոսով՝ 1-800-368-1019 [TTY՝ 1-800-537-7697]
Բողոքների առցանց օգնականի միջոցով՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Բողոքի առցանց ձևաթուղթը լրացնելով՝ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf