

**طلب تغطية تكاليف اختبار (COVID-19) Coronavirus**

يرجى استكمال هذا الطلب للحصول على المساعدة في سداد تكلفة بعض اختبارات (COVID-19) coronavirus، والتكاليف المتعلقة بالاختبار والعلاج.

ستسدد التغطية الصحية تكاليف الاختبارات الطبية الخاصة بـ coronavirus إن كنت مؤهلاً للاستفادة من هذا الطلب.

للتعرف عما إذا كنت مؤهلاً لامتيازات وخدمات الرعاية الصحية الأخرى من خلال خطة Medi-Cal أو Covered California، يجب عليك استكمال الطلب بالكامل على الموقع الإلكتروني [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com).

1. الاسم الأول	2. الاسم الأوسط	3. الاسم الأخير	4. اسم الشهرة (حسب الاقتضاء)
5. النوع: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>		6. تاريخ الميلاد (يوم/ شهر/ سنة)	
7. هل تقيم في California؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		8. ما المقاطعة التي تقيم بها؟	
9. <input type="checkbox"/> إن كنت مشرداً، ضع علامة بالمربع وأخبرنا أين يمكننا مراسلتك في حقل العنوان البريدي الوارد أدناه			
10. عنوان المنزل (الرقم والشارع)		رقم الشقة	
المدينة		الولاية	
الرمز البريدي		رقم الشقة	
11. العنوان البريدي (إن اختلف عن عنوان المنزل)			
المدينة		الولاية	
الرمز البريدي		رقم الشقة	
12. رقم الاتصال الرئيسي		13. رقم هاتف آخر	
14. عنوان البريد الإلكتروني		15. ما اللغة التي تتقن التحدث بها؟	
16. ما اللغة التي تتقن القراءة بها؟		17. رقم (SSN) Social Security: _____	
<p>إن كان لديك رقم <b>Social Security (SSN)</b> يجب عليك تقديمه عند طلب التغطية الصحية الخاصة بك. نحن نستخدم أرقام <b>Social Security (SSNs)</b> للتحقق من دخلك والمعلومات الأخرى لتحديد مدى أهليتك للحصول على المساعدة في سداد تكلفة التغطية الصحية. وإن تقدمت بطلب تغطية ولم يكن لديك رقم <b>SSN</b> وأردت الحصول على رقم، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>. وقد تكون مؤهلاً لبعض التغطية حتى إن لم يكن لديك رقم <b>SSN</b>. ولمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بخط المساعدة الخاص بخطة <b>Medi-Cal</b> على الرقم <b>(800) 541-5555</b>.</p>			
18. هل أنت مواطن أمريكي أم من مواليد الولايات المتحدة؟ في حالة الإجابة بنعم، انتقل إلى القسم رقم 19. وفي حالة الإجابة بالنفي، انتقل مباشرة إلى القسم رقم 20. نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
19. هل أنت مواطن مجنس أم حاصل على الجنسية من الوالدين؟ في حالة الإجابة بنعم، استكمل الجزء أ أو ب وانتقل إلى القسم رقم 21. وفي حالة الإجابة بالنفي، انتقل مباشرة إلى القسم رقم 21. نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			

أ. Alien Number/USCIS Number:	ب. رقم التجنيس/ الجنسية:
20. إن لم تكن مواطنًا أمريكيًا أو من مواليد الولايات المتحدة، هل حالة الهجرة الخاصة بك مؤهلة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا في حالة الإجابة بالإيجاب، يرجى كتابة نوع الوثيقة وأي من المعلومات الواردة التي تنطبق عليك.	
أ. نوع وثيقة الهجرة:	ب. حالة الهجرة (اختيارية):
ج. الأسماء كما تظهر في وثيقة الهجرة:	
د. Alien Number/USCIS Number:	هـ. رقم I-94:
و. رقم جواز السفر:	ز. بلد الإصدار:
ح. SEVIS ID:	ط. أخرى (رقم البطاقة أو رقم التأشيرة):
21. هل لديك حاليًا خطة Medicare؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	22. هل لديك حاليًا تأمين صحي آخر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

### حقوقك ومسؤولياتك

- أدرك أنه طبقًا للقانون الفيدرالي، لا تميز DHCS بشكل غير قانوني على أساس الجنس، أو العرق، أو اللون، أو الدين، أو النسب، أو الأصل الوطني، أو تحديد المجموعة العرقية، أو العمر، أو الإعاقة العقلية، أو الإعاقة البدنية، أو الحالة الطبية، أو المعلومات الجينية، أو الحالة العائلية، أو النوع، أو هوية النوع، أو التوجه الجنسي، أو أي أساس آخر تحميه القوانين الاتحادية أو قوانين الولاية الخاصة بالحقوق المدنية.
- يجوز تقديم الشكاوى من خلال الاتصال بمكتب Office of Civil Rights, Department of Health Care Services على الرقم 440-7370 (916) أو من خلال مراسلة خطية على العنوان P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413، أو بالبريد الإلكتروني على العنوان [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).
- أدرك أن المعلومات الواردة في هذا النموذج سيتم استخدامها لتحديد الأهلية للتغطية الصحية، والمساعدة في سداد التغطية، وللأغراض القانونية للبرامج التي تساعد في سداد مقابل التغطية.
- في حالة أهلية أي شخص مذكور بهذا الطلب للحصول على تغطية Medi-Cal، أمّنح California Department of Health Care Services حقوقنا لمتابعة واستلام أية أموال من تأمين صحي آخر، أو تسويات قانونية، أو أطراف أخرى.
- يتمثل دور المعلومات الواردة بهذا الطلب في أن تتحقق من أهليتك للمساعدة في سداد مقابل تغطية اختبار COVID-19، وتكاليف الاختبارات ذات الصلة، وتكاليف العلاج. وسنراجع إجاباتك باستخدام المعلومات الواردة في قواعد البيانات الإلكترونية الخاصة بنا وقواعد البيانات الخاصة بكل من Social Security، و Department of Homeland Security. وفي حالة عدم مطابقة المعلومات، قد نطلب منك أن ترسل لنا المزيد من المعلومات.
- يحق لي معرفة كيفية استخدام معلوماتي الصحية المؤمنة والإفصاح عنها، وما حقوق الخصوصية الخاصة بي. ويوفر إشعار ممارسات الخصوصية (NPP) هذه المعلومات وتتاح على الموقع الإلكتروني <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>

### بيان الخصوصية

- هذا الطلب خاص ببرنامج COVID-19 Uninsured Group الخاضع لإشراف Department of Health Care Services (DHCS). وتعد المعلومات الشخصية والطبية التي تقدمها بمثابة معلومات خاصة وسرية. وتحتاج DHCS إلى هذه المعلومات للتعرف عليك والإشراف على برنامج COVID-19 للمجموعة غير المؤمنة.

- سنببادل المعلومات الخاصة بك مع الوكالات الأخرى على مستوى الولاية، والمستوى الفدرالي والمحلي، ومع المقاولين، وخطط الرعاية الصحية، والبرامج فقط لغرض تسجيلك في خطة أو برنامج أو الإشراف على البرامج، وعلى النحو الوارد في إشعار ممارسات الخصوصية.
- يجب عليك الإجابة عن جميع الأسئلة في هذا الطلب ما لم ينص على أنها "اختيارية". وإن افتقد طلبك أي شيء نحتاج إليه، سنتصل بك للحصول عليها. وإن لم توفر هذه المعلومات، لن نتمكن من اتخاذ قرار بشأن طلبك. وقد يكون عليك تقديم طلب جديد، أو يمكن رفض طلبك الخاص بمجموعة COVID-19 Uninsured.
- ولمزيد من المعلومات أو قراءة سجلات Department of Health Care Services، يرجى الاتصال بوحدة حماية المعلومات على العنوان P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413 رقم الهاتف: 1-866-866-0602 TTY: 1-877-735-2929
- تمنحنا قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية ذات الصلة حق تجميع المعلومات بهذا الطلب والاحتفاظ بها: DHCS: الرعاية الاجتماعية ومؤسسات كاليفورنيا، القانون رقم 14011 والمادة رقم 3، والفصل رقم 5 ورقم 7، والجزء رقم 2 ورقم 3، والقسم رقم 9، تغطية كاليفورنيا: 42 قانون الولايات المتحدة رقم 18031، قانون حكومة كاليفورنيا رقم 100502 (ك) و100503 (أ).

### ماذا يجب أن أفعل إن اعتقدت أن إشعار أهليتي خاطئ؟

- ن اعتقدت أن برنامج Medi-Cal program ارتكب خطأ، يمكنني الاستئناف على القرار. ويعني الاستئناف أن أخبر أحد الأشخاص في برنامج Medi-Cal أنني اعتقدت أن القرار خاطئ واطلب مراجعة منصفة للإجراء.
- أدرك أنه يمكنني التعرف على كيفية طلب استئناف، بما في ذلك استئناف عاجل، من خلال الاتصال على الرقم 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) لبرنامج Medi-Cal.
- أدرك أنه يجب علي تقديم استئناف خلال 90 يومًا من إشعار القرار.
- أدرك أنه يمكنني تمثيل نفسي أو الاستعانة بشخص يمثلني في استئنافي، مثل ممثل مصرح، أو صديق، أو قريب، أو محام.
- أدرك أن جميع جلسات الاستماع ستعقد عبر الهاتف، أو من خلال مؤتمرات الفيديو ما لم أطلب جلسة استماع شخصية.
- أدرك أنه في حالة احتياجي إلى المساعدة، يمكن لبرنامج Medi-Cal أن يفسر لي قضيتي.
- أدرك أن أحد الأشخاص في برنامج Medi-Cal يمكنه أن يوضح لي الظروف عندما يمكن أن أحتفظ بأهليتي أو إعادتها استنادًا إلى قرار الاستئناف.

### التوقيع:

- من خلال التوقيع، أقر أن ما صرحت به أدناه حقيقي وكامل وصحيح.
- قرأت هذا الطلب وفهمته.
- من المفهوم أن هذا الطلب لأغراض الحصول على المساعدة في سداد تكلفة بعض اختبارات (COVID-19) coronavirus، والتكاليف المتعلقة بالاختبار والعلاج. ولمعرفة إن كنت مؤهلاً لامتيازات وخدمات الرعاية الصحية الأخرى من خلال خطة Medi-Cal أو Covered California، يجب علي استكمال الطلب الكامل على العنوان الإلكتروني [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com).

التاريخ	التوقيع
---------	---------