

ใบสมัครขอรับความคุ้มครองเรื่องค่าใช้จ่ายเพื่อการตรวจหา Coronavirus (COVID-19)

กรอกใบสมัครนี้เพื่อรับความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายเพื่อการตรวจหา coronavirus (COVID-19) บางประการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจโรคและการรักษา

โดยการยื่นใบสมัครฉบับนี้ คุณจะได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพนี้หากคุณมีสิทธิ์ และจะได้รับคุ้มครองเฉพาะการตรวจทางการแพทย์เพื่อการตรวจหา coronavirus

เพื่อตรวจสอบว่าคุณมีสิทธิ์รับประโยชน์และบริการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ผ่าน Medi-Cal หรือ Covered California คุณควรกรอกใบสมัครทั้งหมดที่ www.coveredca.com.

1. ชื่อจริง	2. ชื่อกลาง	3. นามสกุล	4. ชื่อท้าย (หากมี)
5. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		6. วันเกิด (ว/ด/ด/ปปปป)	
7. อยู่ใน California หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่		8. เขตที่อยู่อาศัยคือเขตใด	
9. <input type="checkbox"/> หากเป็นผู้ไ้บ้าน ให้ทำเครื่องหมายที่ช่องนี้และโปรดบอกเราว่าทางเราสามารถติดต่อคุณได้ที่ใด ในช่องที่ติดต่อทางไปรษณีย์ด้านล่าง			
10. ที่อยู่ (เลขที่ และ ถนน)		อพาร์ทเมนต์ #	
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	
11. ที่อยู่ไปรษณีย์ (หากต่างจากที่อยู่อาศัย)		อพาร์ทเมนต์ #	
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	
12. หมายเลขติดต่อหลัก	13. หมายเลขโทรศัพท์อื่น ๆ	14. อีเมลแอดเดรส	
15. ภาษาอะไรที่คุณพูดได้ดีที่สุด		16. ภาษาอะไรที่คุณอ่านได้ดีที่สุด	
17. หมายเลข Social Security (SSN): _____			
<p>หากคุณมีหมายเลข Social Security (SSN) คุณจะต้องให้ข้อมูลนี้เมื่อสมัครขอรับความคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับตัวคุณ เราใช้หมายเลข Social Security (SSNs) เพื่อตรวจสอบรายได้และข้อมูลอื่น ๆ ของคุณเพื่อพิจารณาว่าคุณมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงินเพื่อรับความคุ้มครองด้านสุขภาพหรือไม่ หากคุณสมัครขอรับความคุ้มครองและคุณไม่มี SSN และต้องการได้รับหมายเลขดังกล่าว โปรดเยี่ยมชม www.ssa.gov คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครองบางประการแม้ว่าคุณไม่มี SSN สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดโทรหาสายให้ความช่วยเหลือ Medi-Cal ที่หมายเลข (800) 541-5555.</p>			

18. คุณเป็นพลเมืองหรือคนสัญชาติอเมริกันหรือไม่ หากใช่ไปที่ข้อ 19 หากไม่ใช่ไปที่ข้อ 20 <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
19. คุณเป็นพลเมืองที่มีสัญชาติ โดยกำเนิดหรือได้รับสัญชาติหรือไม่ หากใช่ กรอกส่วน เอ หรือ บี แล้วข้ามไปข้อ 21 หากไม่ใช่ ข้ามไปข้อ 21 <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
เอ. Alien Number/USCIS Number:	บี. สถานะการเข้าเมือง (เลือกกรอกหรือไม่ก็ได้)
20. หากคุณไม่ใช่พลเมืองหรือบุคคลสัญชาติอเมริกันโดยกำเนิด คุณมีสถานะเป็นคนเข้าเมืองที่มีสิทธิ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ หากใช่ กรอกประเภทเอกสารและข้อมูลต่อไปนี้ที่เกี่ยวข้องกับคุณตามรายการด้านล่าง	
เอ. ประเภทเอกสารการเข้าเมือง:	บี. สถานะการเข้าเมือง (เลือกกรอกหรือไม่ก็ได้)
ซี. ชื่อตามที่ปรากฏในเอกสารการเข้าเมืองของผู้สมัคร	
ดี. Alien Number/USCIS Number:	อี. หมายเลข I-94:
เอฟ. หมายเลขหนังสือเดินทาง:	จี. ประเทศที่ออกเอกสาร
เฮช. SEVIS ID:	ไอ. อื่น ๆ (หมายเลขบัตร หรือวีซ่า)
21. ในตอนนี้คุณได้รับ Medicare ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	22. ในตอนนี้คุณมีประกันสุขภาพอื่น ๆ ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

สิทธิ์และความรับผิดชอบของคุณ

- ข้าพเจ้าทราบว่าคุณภายใต้กฎหมายรัฐบาลกลาง DHCS จะไม่เลือกปฏิบัติจากเพศ เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ มาตุภูมิ กลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความพิการทางจิต ความพิการทางกาย สภาวะทางการแพทย์ ข้อมูลด้านพันธุกรรม สถานการณ์สมรส เพศสภาพ ลักษณะของเพศสภาพ รสนิยมทางเพศ หรือเรื่องอื่น ๆ ที่มีขอบโดยกฎหมาย ซึ่งได้รับความคุ้มครองโดยรัฐบาลกลาง หรือกฎหมายว่าด้วยสิทธิพลเมืองแห่งรัฐ
- อาจแจ้งข้อร้องเรียนโดยการโทรไปที่ Office of Civil Rights, Department of Health Care Services ที่หมายเลข (916) 440-7370 หรือการส่งไปรษณีย์ไปยัง P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413 หรืออีเมลไปยัง CivilRights@dhcs.ca.gov.
- ข้าพเจ้าทราบว่าคุณในแบบฟอร์มนี้จะใช้เพื่อพิจารณาว่ามีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพ การช่วยชำระค่าความคุ้มครอง หรือเพื่อจุดประสงค์อื่นตามกฎหมายว่าด้วยโครงการต่าง ๆ ที่ช่วยชำระค่าความคุ้มครอง หรือไม่
- หากมีบุคคลใดก็ตามที่ยื่นใบสมัครนี้มีสิทธิ์ได้รับ Medi-Cal ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิ์ให้ California Department of Health Care Services เพื่อการดำเนินการและการได้รับเงินจากบริษัทประกันสุขภาพ การใกล้เคียงคดีตามกฎหมาย หรือจากบุคคลอื่น

- เราต้องใช้ข้อมูลในใบสมัครฉบับนี้เพื่อตรวจสอบว่าคุณมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายเพื่อรับความคุ้มครองในการตรวจหา COVID-19 ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการตรวจโรค และการรักษา เราจะตรวจสอบคำตอบของคุณโดยการใช้อ้างอิงข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของเรา และฐานข้อมูลจาก Social Security และ Department of Homeland Security หากข้อมูลไม่ตรงกัน เราอาจขอให้คุณส่งข้อมูลเพิ่มเติม
- ข้าพเจ้ามีสิทธิ์รับทราบว่าคุณมีสิทธิได้รับข้อมูลด้านสุขภาพของข้าพเจ้าที่ได้รับความคุ้มครอง อาจถูกใช้ เปิดเผย และมีสิทธิ์ทราบถึงสิทธิความเป็นส่วนตัว โดยหนังสือแจ้งการปฏิบัติงานเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัว (NPP) ได้ให้ข้อมูลในเรื่องนี้ และสามารถดูได้ที่ <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>

ข้อความว่าด้วยความเป็นส่วนตัว

- ใบสมัครฉบับนี้มีเพื่อโครงการสำหรับ COVID-19 Uninsured Group ที่บริหารโดย Department of Health Care Services (DHCS) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางการแพทย์ที่คุณให้ไว้จะถือว่าเป็นข้อมูลส่วนบุคคล และเป็นความลับ DHCS ต้องการข้อมูลนี้เพื่อระบุตัวตนของคุณและบริหารโครงการสำหรับกลุ่มผู้ที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากประกันที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19
- เราจะแบ่งปันข้อมูลของคุณกับสำนักงานของรัฐอื่น ๆ รัฐบาลกลาง สำนักงานท้องถิ่น หรือผู้ให้บริการ สำนักแผนประกันสุขภาพ และโครงการอื่น ๆ เพื่อให้คุณได้รับการลงทะเบียนในแผนหรือโครงการ หรือเพื่อบริหารจัดการโครงการ และตามข้อมูลที่อธิบายไว้ในหนังสือแจ้งการปฏิบัติงานเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัว
- คุณจะต้องตอบคำถามทุกข้อในใบสมัครฉบับนี้ ยกเว้นที่มีคำว่า “เลือกกรอกหรือไม่ก็ได้” หากใบสมัครของคุณขาดข้อมูลใดก็ตามที่เราต้องการ เราจะติดต่อคุณเพื่อให้ได้ข้อมูลนั้นมา หากคุณไม่ให้ข้อมูลดังกล่าว ทางเราจะไม่สามารถพิจารณาใบสมัครของคุณได้ คุณอาจต้องสมัครใหม่ หรือใบขอรับประโยชน์สำหรับกลุ่ม COVID-19 Uninsured อาจถูกปฏิเสธ
- สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม หรือการดูทะเบียนของ Department of Health Care Services โปรดติดต่อหน่วยป้องกันข้อมูลที่ P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413 โทรศัพท์: 1-866-866-0602 TTY: 1-877-735-2929
- กฎหมายแห่งรัฐและรัฐบาลกลางให้สิทธิ์เราในการเก็บและรักษาข้อมูลในใบสมัคร: DHCS ประมวลกฎหมายว่าด้วยการสังคมสงเคราะห์และสถาบันต่าง ๆ ของแคลิฟอร์เนีย มาตรา 14001 และ มาตรา 3 บรรพ 5 และ 7 ส่วนที่ 2 และ 3 หมวด 9, กฎหมายการประกันของแคลิฟอร์เนียข้อ 42 แห่งประมวลกฎหมายสหรัฐฯ มาตรา 18031 ประมวลกฎหมายรัฐบาลแคลิฟอร์เนีย มาตรา 100502 (เค) และ 100503 (เอ)

ข้าพเจ้าควรทำอย่างไรหากข้าพเจ้าคิดว่าเอกสารแจ้งสิทธิ์มีข้อผิดพลาด

- หากข้าพเจ้าคิดว่า Medi-Cal program ได้ทำผิดพลาด ข้าพเจ้าสามารถยื่นอุทธรณ์การพิจารณา การอุทธรณ์หมายถึงการแจ้งเจ้าหน้าที่โครงการ Medi-Cal ว่าข้าพเจ้าคิดว่าการพิจารณานั้นผิด และขอให้มีการทบทวนการพิจารณาด้วยความยุติธรรม
- ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้าสามารถหาวิธีขออุทธรณ์ รวมถึงการดำเนินการอุทธรณ์ โดยการโทรไปที่หมายเลข 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) สำหรับโครงการ Medi-Cal
- ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้าสามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 90 วันหลังได้รับเอกสารแจ้งผลการพิจารณา
- ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถกระทำการเอง หรือให้บุคคลอื่นเป็นตัวแทนของข้าพเจ้าในการอุทธรณ์ เช่น ตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ เพื่อ ญาติ หรือทนาย

- ข้าพเจ้าทราบว่า การพิจารณาจะดำเนินการโดยการประชุมทางโทรศัพท์หรือวิดีโอ ยกเว้นหากข้าพเจ้าต้องการฟังผลการพิจารณาต่อหน้า
- ข้าพเจ้าทราบว่า หากข้าพเจ้าต้องการความช่วยเหลือ โครงการ **Medi-Cal** จะสามารถอธิบายกรณีของข้าพเจ้าให้ข้าพเจ้าทราบได้
- ข้าพเจ้าทราบว่า มีคนที่โครงการ **Medi-Cal** สามารถอธิบายถึงสถานการณ์ได้ในขณะที่สิทธิของข้าพเจ้าได้รับการคงสถานะ หรือคืนสถานะในระหว่างการรอผลการพิจารณาข้ออุทธรณ์

ลายเซ็น

เมื่อเซ็นเอกสารฉบับนี้ ข้าพเจ้ารับรองว่าสิ่งที่แนบมาต่อไปนี้ เป็นความจริง สมบูรณ์ และถูกต้อง

- ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจการสมัครนี้
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการสมัครนี้มีเพื่อรับความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายเพื่อการตรวจหา coronavirus (COVID-19) บางประการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจโรคและการรักษา เพื่อดูว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์รับประโยชน์ด้านการดูแลหรือบริการทางสุขภาพผ่าน **Medi-Cal** หรือ **Covered California** ข้าพเจ้าควรกรอกใบสมัครให้ครบถ้วนที่ www.coveredca.com.

ลายเซ็น	วันที่
---------	--------