

اگر تا تاریخ مندرج در زیر  
پاسخ ندهید ممکن است  
Medi-Cal خود را از  
دست بدهید

## فرم تجدید Medi-Cal

می توانید این فرم را به زبان دیگر یا فرمت دسترسی پذیر برگزیده تان دریافت نمایید. برای دریافت کمک  
به زبان خود، با این شماره تماس بگیرید:

تاریخ اطلاعیه:

شماره پرونده:

نام پرونده:

نام مددکار:

شماره تلفن مددکار:

# وقت آن فرا رسیده است که مزایای فرد نامبرده در زیر تجدید شود:

تاریخ تولد

نام

اعضاء خانواده که نامشان در این فرم درج نشده است، نامه جداگانه ای در ارتباط با Medi-Cal خود دریافت خواهند کرد.

**گام 1.** این فرم را بخوانید و به سوالات پاسخ دهید

**گام 2.** اظهارنامه و صفحه امضاء را امضاء کرده و تاریخ بزنید

**گام 3.** فرم را به همراه مدرک اثبات کننده را تا تاریخ سررسید به ما ارسال نمایید

روشهای ساده برای ارائه فرم و مدرک اثبات کننده تان به ما:



از طریق آنلاین

به نشانی

یا [coveredca.com](http://coveredca.com)



از طریق پست

در پاکتی که به این نامه  
ضمیمه شده بود.



از طریق تلفن

به شماره



به صورت حضوری

در

در

به نشانی

. این دفتر

روزهای دوشنبه تا جمعه از

[. a.m تا p.m]

باز است.

سوآلی دارید؟ قبل از تاریخ سررسید با دفتر محلی شهرستان  
تان به شماره



تماس بگیرید.

# اطلاعات خود را مرور کنید

## ↓ اطلاعات جدید را در زیر بهروز رسانی یا اضافه کنید

## ↓ اطلاعات خود را مرور کنید

<input type="checkbox"/> من اطلاعات خود را در زیر بهروز رسانی کردم. فقط اطلاعات جدید یا تغییر یافته را بنویسید.	<input type="checkbox"/> این اطلاعات صحیح است. اگر صحیح است، به صفحه 3 مراجعه نمایید.
نام (اول، میانی، خانوادگی)	نام
شماره آپارتمان	آدرس منزل
شماره کد پستی	شهر
ایالت	آدرس پستی
آدرس پستی (اگر از آدرس منزل متفاوت باشد یا آدرس منزل نداشته باشید)	
شماره کد پستی	شهر
ایالت	
تلفن	تلفن
خانه _____-_____-_____ تلفن همراه _____-_____-_____	
محل کار _____-_____-_____ غیره _____-_____-_____	
ایمیل (اختیاری):	ایمیل
به چه زبان باید با شما مکاتبه کنیم:	زبان منتخب برای مکاتبه با شما
به چه زبان باید با شما صحبت کنیم:	زبان منتخب برای گفتگو با شما
بهترین روش جهت تماس با شما: <input type="checkbox"/> پست <input type="checkbox"/> تلفن <input type="checkbox"/> ایمیل	

## آیا به یک نماینده مجاز نیاز دارید؟

اگر یکی از موارد زیر را باید انجام دهید، با دفتر محلی شهرستان یا کانتی تان به شماره تماس بگیرید:

یک نماینده مجاز مانند عضوی از خانواده، دوست، سرپرست، وکیل، یا یک مدافع برای همراهی، کمک، یا نمایندگی از طرف شما برای تعیین صلاحیت و ثبت نام در Medi-Cal تعیین کنید  
نماینده مجازتان را تغییر دهید



اگر می خواهید افراد یا اطلاعات بیشتری را به هر بخشی اضافه کنید، لطفاً آنرا روی یک صفحه کاغذ جداگانه بنویسید (یا می توانید از آن صفحه یک کپی تهیه کنید) و آنرا همراه فرم تجدیدتان به ما ارسال نمایید.

## اعضاء خانوار

در ارتباط با شما و هر یک از اعضاء خانوارتان به اطلاعات نیاز داریم.

این اطلاعات شامل موارد زیر است:

همسر یا شریک زندگی به ثبت رسیده شما

فرزندانی که با شما زندگی می کنند

تمامی والدینی که در خانه با فرزندان خود زندگی می کنند

هر فردی که نامش در اظهارنامه مالیات بر درآمد شما درج شده است، اگر اظهارنامه مالیاتی ارسال می کنید. برای تقاضای بیمه بهداشتی لازم نیست اظهارنامه مالیاتی ارسال نمایید.

اگر در اظهارنامه مالیاتی فرد دیگری به عنوان وابسته اعلام شده باشید، باید تمامی اعضاء خانوار مالیاتی که شما را به عنوان وابسته اعلام کرده بود، و هر عضو خانواده که با شما زندگی می کنند را گنجانده باشید.

هر فرد دیگری که با شما زندگی می کند، اگر می خواهد بیمه بهداشتی داشته باشد، باید تقاضای جداگانه خود را ارسال نماید. (به عنوان مثال: یک دوست پسر، دوست دختر، یا هم اتاقی)

### بررسی اطلاعات مربوط به عضو خانوار.

نام	نسبت با	آدرس	آیا این صحیح است؟ اگر بله، به بخش بعدی مراجعه نمایید. اگر خیر، در زیر بهروز رسانی کنید.
			<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
			<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
			<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

در صفحه بعدی ادامه دارد»

## اطلاعات مربوط به عضو جدید خانوار را بهروز رسانی یا اضافه کنید.

در مورد تغییرات مربوط به خانوارتان طی 12 ماه گذشته به ما اطلاع دهید. به عنوان مثال، عضوی از خانوار ازدواج کرده است، بچه دار شده، به خانه شما یا از خانه شما نقل مکان کرده، زندانی شده است، یا فردی در خانوار مربوطه فوت کرده است.

نام (اول، میانی، خانوادگی)	نسبت با	چه چیزی تغییر کرده است؟
1.		
2.		
3.		

## اطلاعات مربوط به مالیات

مالیات دهنده اصلی فردی است که نامش اول در اظهارنامه مالیاتی و در این جدول درج شده است.

### اطلاعات مالیاتی تان را مرور کنید.

نام	آیا این شخص در نظر دارد اظهارنامه مالیاتی فدرال ارسال نماید؟	آیا این شخص معتقد است که از او خواسته خواهد شد تا اظهارنامه مالیاتی ارسال نماید؟	وضعیت ارسال اظهارنامه مالیاتی این شخص چیست؟	آیا این صحیح است؟ اگر بله، به بخش بعدی مراجعه نمایید. اگر خیر، در زیر بهروز رسانی کنید.
مالیات دهنده اصلی				<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
				<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

در صفحه بعدی ادامه دارد «

## اطلاعات مالیاتی جدید را بهروز رسانی یا اضافه کنید.

آیا فرد اصلی ارسال کننده اظهارنامه مالیاتی شما تغییر کرده است؟ (این فردی است که نامش اول روی اظهارنامه مالیاتی درج شده است).

بله  خیر اگر بله، نام ارسال کننده اصلی اظهارنامه مالیاتی: \_\_\_\_\_

نام (اول، میانی، خانوادگی)	آیا این شخص در نظر دارد اظهارنامه مالیاتی فدرال ارسال نماید؟	آیا این شخص معتقد است که از او خواسته خواهد شد تا اظهارنامه مالیاتی ارسال نماید؟	وضعیت ارسال اظهارنامه مالیاتی این شخص چیست؟
1.	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> متأهل، ارسال اظهارنامه مشترک با: _____ <input type="checkbox"/> متأهل، ارسال اظهارنامه جداگانه <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> سرپرست خانوار <input type="checkbox"/> فرد وابسته که نامش در اظهارنامه درج شده است: _____ <input type="checkbox"/> ارسال کننده اظهارنامه غیر مالیاتی
2.	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> متأهل، ارسال اظهارنامه مشترک با: _____ <input type="checkbox"/> متأهل، ارسال اظهارنامه جداگانه <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> سرپرست خانوار <input type="checkbox"/> فرد وابسته که نامش در اظهارنامه درج شده است: _____ <input type="checkbox"/> ارسال کننده اظهارنامه غیر مالیاتی

# درآمد

درآمد پولی است که از یک کار، شغل آزاد یا خود اشتغالی، یا سایر منابع مانند Social Security یا حقوق بازنشستگی دریافت می کنید. باید مدارک اثبات کننده تمامی درآمد ها را ضمیمه کنید. به عنوان مثال:

فیش های اخیر حقوق

نامه های مربوط به مزایا یا اعطاء

اوراق مالیاتی سال گذشته

## اطلاعات مربوط به درآمدها را بررسی کنید.

نام	منبع درآمد	درآمد قبل از مالیات یا کسورات (درآمد مشمول مالیات فدرال)	چند وقت یکبار؟ (سالانه، ماهانه، هر 2 هفته یکبار، دو بار در ماه، هفتگی، روزانه، یا هر ساعت)	آیا این صحیح است؟ اگر بله، بروید به بخش بعدی. اگر خیر، تاریخ آخرین باری که این درآمد را دریافت کردید بنویسید. سپس در زیر بهروز رسانی یا اضافه کنید.
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ____/____/____
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ____/____/____
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ____/____/____

در صفحه بعدی ادامه دارد «

## اطلاعات مربوط به درآمد جدید را به روزرسانی یا اضافه کنید.

نمونه هایی رایج ترین انواع درآمد عبارتند از:

نفقه دریافت شده همسر: آخرین تاریخ یا تاریخ تغییر طلاق یا موافقتنامه جدایی تان را در اینجا درج کنید (ماه/روز/سال):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

درآمد حاصل از شغل تان  
درآمد حاصل از شغل آزاد یا خود اشتغالی  
مزایای بازنشستگی، بازماندگان، و از کار افتادگی  
Social Security  
مزایای بیکاری

نام (اول، میانی، خانوادگی)	منبع این درآمد چیست؟	درآمد قبل از مالیات یا کسورات (درآمد مشمول مالیات فدرال)	تاریخ شروع (ماه، روز، سال)	چند وقت یکبار؟ (سالانه، ماهانه، هر ۲ هفته یکبار، دو بار در ماه، هفتگی، روزانه، یا هر ساعت)	آیا انتظار می رود این درآمد ادامه پیدا کند؟ گر خیر، آخرین تاریخی که انتظار دارید این درآمد را دریافت نمایید درج کنید.
1.		\$			<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ____/____/____
2.		\$			<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ____/____/____
3.		\$			<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ____/____/____

## آیا درآمد کسی ماه به ماه تغییر می کند؟

بله  خیر اگر بله، به ما بگویید کل درآمد طی 12 ماه آینده چقدر خواهد بود. این امر کمک خواهد کرد تا مبلغ صحیح درآمد سالانه را تعیین کنیم.

نام (اول، میانی، خانوادگی)	کل درآمدی که انتظار می رود طی 12 ماه آینده کسب کنید چقدر است؟
1.	\$
2.	\$

# هزینه ها و کسورات

گزارش هزینه ها و کسوراتی که شما پرداخت می کنید ممکن است درآمدی را که Medi-Cal برای تعیین صلاحیت شما استفاده می کند کاهش دهد. باید مدرک اثبات کننده جاری هزینه ها و کسورات را ضمیمه نمایید. به عنوان مثال:

بیانیه سود و زیان  
اظهاری نامه مالیاتی

## بررسی اطلاعات مربوط به هزینه ها و کسورات شما.

نام	نوع مخارج یا کسورات	مبلغ	چند وقت یکبار؟ (ماهانه، سه ماه یکبار، سالانه)	آیا این صحیح است؟ اگر خیر، در زیر بهروز رسانی یا اضافه کنید.
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
		\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

## اطلاعات مربوط به هزینه های جدید را بهروز رسانی یا اضافه کنید.

نمونه های رایج ترین هزینه ها و کسورات عبارتند از:

هزینه های شغل آزاد یا خود اشتغالی  
بهره های وام دانشجویی  
سهامیه IRA

پرداختهای نفقه: آخرین تاریخ یا تغییر تاریخ طلاق یا موافقتنامه جدایی تان (ماه/روز/سال) را در اینجا بنویسید:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

نام (اول، میانی، خانوادگی)	نوع مخارج یا کسورات	مبلغ	چند وقت یکبار؟ (ماهانه، سه ماه یکبار، سالانه)
1.		\$	
2.		\$	



# پوشش Medicare

گر مطمئن نیستید در کدام قسمت Medicare ثبت نام شده اید، با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

## اطلاعات Medicare تان را بررسی کنید.

نام	حق بیمه ماهانه بخش A (بستری در بیمارستان)	حق بیمه ماهانه بخش B (سرپایی پزشکی)	حق بیمه ماهانه بخش C (Medicare ادونتیج)	حق بیمه ماهانه بخش D (داروخانه)	آیا این صحیح است؟ اگر بله، بروید به بخش بعدی. اگر خیر، در زیر بهروز رسانی یا اضافه کنید.
					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

## اطلاعات جدید Medicare را بهروز رسانی یا اضافه کنید.

اگر شما یا هر فردی در خانوارتان اخیراً برای Medicare واجد شرایط شدید، یا اینکه برای خودتان یا فردی در خانوارتان حق بیمه پرداخت می کنید، اطلاعات زیر را پر کنید.

نام (اول، میانی، خانوادگی)	شماره Medicare	حق بیمه ماهانه بخش A (بستری در بیمارستان)	حق بیمه ماهانه بخش B (سرپایی پزشکی)	حق بیمه ماهانه بخش C (Medicare ادونتیج)	حق بیمه ماهانه بخش D (داروخانه)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

# مراقبت دراز مدت

مراقبت دراز مدت خدماتی است که برای پاسخگویی به نیازهای بهداشتی یا مراقبت شخصی فرد، هنگامی که او قادر نیست به مدت طولانی از خود مراقبت کند طراحی شده است. به عنوان مثال:

آسایشگاه سالمندان

خانه های سالمندان

نوانخانه یا محل پرستاری از بیماران در آستانه مرگ

## اطلاعات مراقبت دراز مدت تان را بررسی کنید.

نام فرد در مراقبت دراز مدت	نام مؤسسه مراقبت دراز مدت	آدرس مؤسسه مراقبت دراز مدت	آیا این صحیح است؟ اگر بله، بروید به بخش بعدی. اگر خیر، در زیر بهروز رسانی یا اضافه کنید.
			بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
			بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

## اطلاعات جدید مربوط به مراقبت دراز مدت را بهروز رسانی یا اضافه کنید.

فرد 1			
نام فردی که در مؤسسه مراقبت دراز مدت بسر می برد (اول، میانی، خانوادگی)	تاریخ ورود (ماه/روز/سال)	تاریخ مرخص شدن (ماه/روز/سال)	
	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	
نام مؤسسه مراقبت دراز مدت	آدرس مؤسسه مراقبت دراز مدت		
نام همسر یا شریک زندگی به ثبت رسیده (اول، میانی، خانوادگی)	آدرس همسر یا شریک زندگی به ثبت رسیده، در صورتی که متفاوت باشد		
فرد 2			
نام فردی که در مؤسسه مراقبت دراز مدت بسر می برد (اول، میانی، خانوادگی)	تاریخ ورود (ماه/روز/سال)	تاریخ مرخص شدن (ماه/روز/سال)	
	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	
نام مؤسسه مراقبت دراز مدت	آدرس مؤسسه مراقبت دراز مدت		
نام همسر یا شریک زندگی به ثبت رسیده (اول، میانی، خانوادگی)	آدرس همسر یا شریک زندگی به ثبت رسیده، در صورتی که متفاوت باشد		

# بیمه بهداشتی دیگر

در مورد هر گونه پوشش بهداشتی که دارید که از طریق Medi-Cal یا Medicare نیست، به ما اطلاع دهید. به عنوان مثال، ممکن است همچنین از طریق Covered California یا شغل یک عضو خانواده بیمه بهداشتی داشته باشید. اگر بیمه بهداشتی دیگری ندارید، از این قسمت رد شوید و به قسمت بعدی بروید.

## اطلاعات مربوط به بیمه بهداشتی تان را بررسی کنید.

نام	شرکت بیمه	نوع بیمه (مانند بیمه بهداشتی، دندانپزشکی، بینایی، داروخانه)	حق بیمه ای که پرداخت می کنید	چند وقت یکبار (ماهانه، سه ماه یکبار، سالانه)	آیا این صحیح است؟ اگر بله، به قسمت بعد بروید. اگر خیر، در زیر به روز رسانی کنید.
			\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
			\$		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

## اطلاعات مربوط به بیمه بهداشتی جدیدتان را به روز رسانی یا اضافه کنید.

نام (اول، میانی، خانوادگی)	شرکت بیمه	نوع بیمه (مانند بیمه بهداشتی، دندانپزشکی، بینایی، داروخانه)	حق بیمه ای که پرداخت می کنید	چند وقت یکبار (ماهانه، سه ماه یکبار، سالانه)
1.			\$	
2.			\$	

# تغییرات در خانوار

اگر به هر کدام از سوالات پاسخ مثبت دادید، اطلاعات زیر را پر کنید.

## Medi-Cal

آیا شخصی در خانوار شما Medi-Cal ندارد و مایل است برای آن تقاضا ارسال نماید؟ اگر بله، قسمت زیر را پر کنید.

نام (اول، میانی، خانوادگی)	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	شمار Social Security در صورت موجود بودن، بر ، دها و ذی مفردی ک Medi-Cal باشد متشکاد
_____	____/____/____	_____

## حامله

آیا شخصی در خانوار شما حامله است؟ اگر بله، قسمت زیر را پر کنید.

نام (اول، میانی، خانوادگی)	تاریخ پیش بینی شده وضع حمل (ماه/روز/سال)	منتظر چند نوزاد هستید؟
_____	____/____/____	_____

## فرزند رضاعی سابق

اگر شخصی در خانوار شما بین 18 و 26 ساله است، آیا او در 18 امین سال تولد خود یا بعد از آن در هر ایالتی در مراقبت رضاعی بوده است؟ اگر بله، قسمت زیر را پر کنید.

نام (اول، میانی، خانوادگی)	ایالت (به عنوان مثال: California)
_____	_____

## مهاجرت یا تابعیت (این اطلاعات فقط برای تعیین پوشش بهداشتی شما استفاده می شود.)

آیا شخصی در خانوار شما که اکنون Medi-Cal دارد، طی 12 ماه گذشته تغییری در وضعیت مهاجرت یا تابعیت خود داشته است؟ اگر بله، قسمت زیر را پر کنید.

نام (اول، میانی، خانوادگی)	شماره وضعیت جدید
_____	_____

## معلولیت

آیا شخصی در خانوار شما دچار معلولیت جسمی، ذهنی، عاطفی، یا رشدی است؟ اگر بله، قسمت زیر را پر کنید.

نام (اول، میانی، خانوادگی)	آیا این معلولیت در اثر جراحی رخ داده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
_____	_____

در صفحه بعدی ادامه دارد»

## دانشجو

آیا شخصی در خانوار شما 19 یا 20 ساله و دانشجوی تمام وقت است؟ اگر بله، قسمت زیر را پر کنید.

نام (اول، میانی، خانوادگی)

## Medicare

آیا شخصی در خانوار شما Medicare دارد؟ اگر بله، قسمت زیر را پر کنید.

نام (اول، میانی، خانوادگی)	شماره Medicare	حق بیمه ماهانه ای که پرداخت می کنید
		\$

## مراقبت دراز مدت

آیا شخصی در خانوار شما در مراقبت دراز مدت بسر می برد؟ اگر بله، قسمت زیر را پر کنید.

نام شخصی که در مراقبت دراز مدت بسر می برد (اول، میانی، خانوادگی)	تاریخ ورود (ماه/روز/سال)	تاریخ مرخص شدن (ماه/روز/سال)
	___/___/___	___/___/___
نام مؤسسه مراقبت دراز مدت	آدرس مؤسسه مراقبت دراز مدت	
نام همسر یا شریک زندگی به ثبت رسیده (اول، میانی، خانوادگی)	آدرس همسر یا شریک زندگی به ثبت رسیده، اگر متفاوت باشد	

## اطلاعاتی که به کانتی گزارش کرده بودید

طبق گزارشهای ما این شخص در حال حاضر زندانی است (در زندان یا حبس).

نام	آیا این شخص زندانی است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر خیر، اتریخ مرخص شدن را بنویسید ___/___/___
-----	---

طبق گزارشاتی که در دست داریم این شخص فوت شده است (فوت شده یا درگذشته).

نام	آیا این شخص فوت شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
-----	---

# اطلاعات برنامه بهداشتی و ارجاع

این بخش اختیاری است. می توانید انتخاب کنید که به آن پاسخ ندهید، اما پاسخهای شما به ما کمک می کند تا شما را به خدمات در دسترس ارجاع دهیم.

1. آیا به اطلاعات در مورد برنامه بهداشتی رایگان برای کودکان زیر 21 سال (Child Health and Disability Prevention Program که همچنین CHDP نام دارد) نیاز دارید؟

بله  خیر

2. آیا به اطلاعات در ارتباط با برنامه رایگان مکمل غذایی برای افرادی که باردار هستند یا شیر می دهند، و کودکان زیر 5 سال (Women, Infants, and Children Program, WIC)؟

بله  خیر

3. آیا عضوی از خانوار که در خانه مربوطه زندگی می کند خدمات مربوط به دیالیز کلیه دریافت می کند؟

بله  خیر اگر بله، چه کسی: \_\_\_\_\_

4. آیا عضوی از خانوار که در خانه مربوطه زندگی می کند طی 2 سال گذشته پیوند عضو بدن دریافت کرده بود؟

بله  خیر اگر بله، چه کسی: \_\_\_\_\_

5. آیا در ارتباط با Personal Care Services Program، یک برنامه مراقبت در منزل برای سالمندان، افراد نابینا، یا معلول (که همچنین In-Home Supportive Services نام دارد) به اطلاعات نیاز دارید؟

بله  خیر

6. آیا شخصی در خانوار شما در ارتباط با مراقبت دراز مدت یا خدمات مبتنی بر خانه و اجتماع نیاز به کمک دارد؟

بله  خیر اگر بله، چه کسی: \_\_\_\_\_

# اظهارنامه و امضاء

من تحت مجازات برای گواهی دروغ بر اساس قوانین ایالت California اعلام می کنم که آنچه که در زیر می گویم درست و صحیح است.

من تمامی سوالات در این فرم تجدید را درک کردم و تا آنجا که می دانم به آنها پاسخهای صحیح و درست دادم. درجایی که پاسخ را نمی دانستم تمامی سعی خود را کردم تا پاسخ را توسط شخصی که آنرا می دانست تأیید نمایم. من بیانیه حفظ حریم خصوصی، حقوق، و مسئولیتها را در صفحات بعدی خوانده ام یا شخصی دیگری آنرا برای من خوانده است.

من می دانم که اگر در این فرم تجدید حقیقت را نگویم، ممکن است مجازات مدنی یا کیفری در مقابل گواهی دروغ اعمال شود، که ممکن است تا چهار سال زندان دربر داشته باشد (مراجعه کنید به California Penal Code section 126). من می دانم که اطلاعات مندرج در این فرم تجدید برای تصمیمگیری در مورد اینکه آیا افرادی که تقاضای تجدید می کنند برای بیمه بهداشتی واجد شرایط هستند مورد استفاده قرار می گیرد. برنامه Covered California و Medi-Cal این اطلاعات را، طبق الزامات قوانین فدرال و California محرمانه نگه خواهند داشت.

اگر چیزی در این فرم تجدید برای هر یک از افرادی که تقاضای بیمه بهداشتی می کنند تغییر کند، من موافقت می کنم که مراتب را به برنامه Medi-Cal اطلاع دهم یا ظرف 10 روز از هر گونه تغییر، با دفتر محلی کانتی خود تماس بگیرم. اگر از طریق Covered California بیمه داشته باشم، موافقت می کنم که هر گونه تغییر را ظرف 30 روز گزارش دهم.

## در زیر امضاء کرده و تاریخ بزنید.

امضاء متقاضی/فرد ذینفع یا نماینده مجاز	تاریخ (ماه/روز/سال)
	

بخاطر داشته باشید که تمامی مدارک اثبات کننده جاری، و تمامی نسخه های مکمل یا صفحات اضافی را ضمیمه کنید.

# برای بایگانی خود نگهدارید

این صفحات شامل اطلاعات مهم در مورد بیانیه حفظ حریم خصوصی، حقوق و مسئولیت ها، حق درخواست تجدید نظر، و سیاستهای عدم تبعیض، و ارسال شکایت در ارتباط با تبعیض است.

## بیانیه حفظ حریم خصوصی

این فرم تجدید برای تجدید مزایای Medi-Cal از طریق Department of Health Care Services (DHCS) و جهت تعیین صلاحیت برای برخورداری از بیمه بهداشتی از طریق Covered California در نظر گرفته شده است. اطلاعات شخصی و پزشکی که در آن ارائه می دهید، خصوصی و محرمانه خواهد ماند. DHCS یا Covered California به آنها نیاز دارد تا هویت شما و سایر افراد در این فرم تجدید را تعیین نموده و برنامه های ما را اجرا نماید.

ما اطلاعات شما را فقط به منظور ثبت نام شما در یک طرح یا برنامه یا برای اجرای برنامه ها، با سایر آژانس های ایالتی، فدرال، و محلی، پیمانکاران، طرحهای بهداشتی، و برنامه ها، و سایر آژانس های ایالتی و فدرال بر مبنای قانون به اشتراک خواهیم گذاشت.

شما باید به تمامی سوالات در این فرم تجدید پاسخ دهید مگر اینکه "اختیاری" علامت زده شده باشند یا اینکه غیر از آن درج شده باشد. اگر در فرم تجدید شما اطلاعات مورد نیاز ما درج نشده باشد، جهت دریافت آن با شما تماس خواهیم گرفت. اگر آنرا ارائه ندهید، ما نخواهیم توانست در ارتباط با فرم تجدید شما تصمیمگیری کنیم. شاید ملزم به ارائه یک فرم تقاضای جدید باشید. یا نخواهید توانست از طریق Covered California بیمه بهداشتی داشته باشید یا اینکه تقاضای شما برای تجدید مزایا ممکن است رد شود.

در اکثر موارد، شما حق دارید اطلاعات شخصی مربوط به خود را در پرونده های فدرال و ایالتی ببینید. در صورت نیاز می توانید آنرا در یک فرمت دیگر مانند چاپ درشت مشاهده نمایید. برای اطلاعات بیشتر یا برای دیدن پرونده یا رکوردهای Covered California، با مأمورمسئول حفظ حریم خصوصی به نشانی زیر تماس بگیرید:

### The Department of Health Care Services

Attn: Information Protection Unit

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA 7413-95899

تلفن: 1-866-866-0602

TTY: 1-877-735-2929

### Covered California

Attn: Privacy Officer

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 9725-95798

تلفن: 1-800-300-1506

TTY: 1-888-889-4500

DHCS از الزامات 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 و سایر قوانین ذیربط، در نگهداری، کاربرد، و افشاء اطلاعات ارائه شده در این فرم پیروی خواهد کرد.

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

شما می توانید اعلامیه های مربوط به حفظ حریم خصوصی برای برنامه Medi-Cal را در [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov) و برای Covered California را در [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) پیدا کنید.



## حقوق و مسئولیت ها

تا آنجایی که می دانم اطلاعاتی که در این فرم تجدید ارائه داده ام صحیح است. من می دانم که در صورتی که حقیقت را نگویم ممکن است در معرض مجازات قرار بگیرم.

من متوجه هستم که اطلاعاتی که ارائه می دهم فقط به منظور دانستن اینکه آیا افرادی که از خانواده من برای تجدید بیمه بهداشتی تقاضا ارسال می کنند واجد شرایط هستند استفاده خواهد شد.

من متوجه هستم که برنامه Medi-Cal و Covered California طبق الزامات قانون اطلاعات مرا محرمانه نگه خواهند داشت. برای اطلاعات بیشتر، یا دسترسی به اطلاعات شخصی در پرونده های نگهداری شده توسط برنامه Medi-Cal و Covered California، من می توانم با دفتر محلی کانتی خود تماس بگیرم. یا می توانم با مأمور حفظ حریم خصوصی به شماره 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) تماس بگیرم.

من متوجه هستم برای اینکه برای Medi-Cal واجد شرایط باشم، باید برای درآمد یا مزایای دیگری که من یا هر عضوی از خانوار من مستحق دریافت آن هستند تقاضا ارسال نمایم، مگر اینکه این شخص دلیل موجهی برای عدم انجام اینکار داشته باشد. نمونه هایی از این نوع درآمد یا مزایا عبارتند از بازنشستگی، مزایای سربازان سابق، مستمری سالانه، مزایای از کار افتادگی، مزایای Social Security، (که همچنین OASDI یا Old Age, Survivors, and Disability Insurance نام دارد)، و مزایای بیکاری. اما اینگونه درآمد یا مزایا شامل مزایای کمکهای عمومی، مانند CalWORKs یا CalFresh نیست. اگر سؤالی در مورد منبع درآمد احتمالی داشته باشم، می توانم جهت دریافت کمک با دفتر محلی کانتی خود یا با Covered California به شماره 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) تماس بگیرم.

اگر تعیین شود که من برای Medi-Cal واجد شرایط هستم، باید طی 10 روز از تاریخ وقوع این تغییرات، به مددکار مسئول تعیین صلاحیت خود در دفتر محلی کانتی در مورد هر گونه تغییراتی که ممکن است بر صلاحیت من جهت برخورداری از بیمه بهداشتی تأثیر داشته باشد اطلاع دهم. این تغییرات شامل، اما نه محدود به موارد زیر است:

« نقل مکان می کنم

« درآمد من تغییر کرده است

« خانوار من تغییر کرده است (به عنوان مثال، ازدواج/طلاق، باردار شدن، یا بچه دار شدن)

« برای یک بیمه بهداشتی دیگر واجد شرایط شدم

من در Covered California ثبت نام هستم، من متوجه هستم که باید ظرف 30 روز تغییرات را گزارش دهم. می توانم با Covered California به شماره 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) تماس بگیرم یا از [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) دیدن کنم.

من متوجه هستم که باید تغییرات مربوط به درآمد را به دفتر محلی کانتی خود گزارش دهم زیرا آن می تواند بر صلاحیت من جهت برخورداری از مزایای Medi-Cal یا Covered California در ارتباط با مبلغ کمک مالی از سوی ایالت یا دولت فدرال که برای دریافت آن واجد شرایط هستم تأثیر داشته باشد. من همچنین متوجه هستم که اگر طی یک سال مزایا، کمک مالی بیش از حد دریافت کرده باشم، باید هنگامی که برای سال مزایای مربوطه اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال و ایالتی ارسال می کنم، کمک حق بیمه اضافی یا یارانه ایالتی را به IRS یا California Franchise Tax Board بازپرداخت کنم.

من به Covered California و برنامه Medi-Cal اجازه می دهم تا برای تأیید تابعیت یا اینکه آیا من به صورت قانونی در U.S. حضور دارم، اطلاعات مالیاتی، و سایر اطلاعات مربوط به صلاحیت را برای دانستن اینکه آیا افراد دیگر در این تقاضای تجدید بیمه بهداشتی واجد شرایط هستند، سوابق کامپیوتری سایر آژانس ها را چک کند.

من متوجه هستم که طبق قانون، اطلاعاتی را که درباره خود و سایر افراد در این تقاضای تجدید برای Medi-Cal ارائه می دهم، به وسیله کامپیوتر در ارتباط با واقعیت های ارائه شده توسط بانکها، SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board، خدمات اجتماعی و سایر آژانس ها برای دانستن اینکه آیا من یا سایر افراد در این تقاضای تجدید برای بیمه بهداشتی واجد شرایط هستیم یا خیر، چک خواهد شد.

من می دانم که اگر Medi-Cal بابت یک هزینه پزشکی پرداخت نماید، هر پولی را که من یا هر فردی که نامش در این تقاضای تجدید درج شده است از طرف یک بیمه بهداشتی دیگر یا تسویه حساب حقوقی مربوط به آن هزینه دریافت نماید، این مبلغ به عنوان پرداخت هزینه مربوطه به Medi-Cal پرداخت خواهد شد تا اینکه به طور کامل پرداخت شده باشد.

برای والدینی که فرزند یا فرزندانشان برای Medi-Cal واجد شرایط هستند: من می دانم که از من خواسته خواهد شد تا به آزمایسی که از هر والدی که نامش در این فرم تجدید درج شده است و با کودک مربوطه زندگی نمی کند یا به او حمایت مالی پرداخت نمی کند، حمایت پزشکی دریافت می کند، کمک ارائه دهم. اگر معتقد باشم که ارائه کمک به من یا فرزندم آسیب وارد خواهد کرد، می توانم آنرا به برنامه Medi-Cal بگویم و در اینصورت ملزم به ارائه کمک نخواهم بود.

## حق درخواست تجدید نظر

گر معتقد باشم که برنامه Medi-Cal یا Covered California مرتکب اشتباه شده است، می توانم در ارتباط با این تصمیم درخواست تجدید نظر کنم. درخواست تجدید نظر بدین معنی است که به کسی در برنامه Medi-Cal یا Covered California بگویم که فکر می کنم تصمیم اتخاذ شده آنها درست نیست و درخواست بررسی عادلانه این تصمیم را نمایم.

من می دانم که باید ظرف 90 روز از تاریخ تصمیم اتخاذ شده درخواست تجدید نظر کنم. من می دانم که می توانم به نمایندگی از طرف خود عمل کنم یا فرد دیگری برای درخواست تجدید نظر من، مانند یک نماینده مجاز، یک دوست، یک خویشاوند، یا یک وکیل نمایندگی مرا به عهده داشته باشد.

من می دانم که اگر نیاز به کمک داشته باشم، شخصی در برنامه Covered California، Medi-Cal یا دفتر محلی کانتی می تواند مورد مرا به من توضیح دهد.

### California Department of Social Services

State Hearings Division

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

Sacramento, California 94244-2430

فکس: 1-833-281-0905

شماره رایگان: 1-855-795-0634 یا

شماره رایگان پرسش و پاسخ عموم: 1-800-952-5253 یا 1-800-952-8349 TDD

## سیاست عدم تبعیض

برنامه Medi-Cal (DHCS) و Covered California از قوانین ذیربط حقوق مدنی فدرال و ایالتی پیروی می کند و به صورت غیر قانونی بر اساس نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، هویت گروه قومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، یا گرایش جنسی تبعیض قائل نمی شود.

برنامه Medi-Cal (DHCS) و Covered California به صورت غیر قانونی مردم را مستثنی نکرده یا نسبت به آنها بر اساس نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، هویت گروه قومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، یا گرایش جنسی رفتاری متفاوت نشان نمی دهد.

برنامه Medi-Cal (DHCS) و Covered California کمکها و خدمات رایگان به افرادی که دارای معلولیت هستند ارائه می دهد، تا آنها بتوانند به صورت مؤثر با ما ارتباط برقرار نمایند، مانند مترجمین واجد شرایط برای زبان اشاره و اطلاعات نوشتاری به فرمت های دیگر (چاپ درشت، صوتی، فرمتهای الکترونیک دسترسی پذیر، و سایر فرمتها).

برنامه Medi-Cal (DHCS) و Covered California همچنین خدمات زبانی رایگان برای افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی

نیست، مانند مترجمین شفاهی و اطلاعات نوشتاری به سایر زبانها فراهم می کند. اگر به این خدمات نیاز دارید، با DHCS

Office of Civil Rights به شماره **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) تماس بگیرید یا از طریق

CivilRights@dhcs.ca.gov به آنها ایمیل ارسال نمایید، یا با Covered California به شماره **1-800-300-1506**

(TTY: 1-888-889-4500) تماس بگیرید.

## ارسال شکایت مربوط به تبعیض

اگر معتقدید که برنامه Medi-Cal (DHCS) یا Covered California در ارائه این خدمات قصور ورزیده است یا به نوعی دیگر بر اساس نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، هویت گروه قومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، یا گرایش جنسی مورد تبعیض قرار گرفته اید، می توانید نزد (DHCS's) Office of Civil Rights برنامه Medi-Cal یا هماهنگ کننده حقوق مدنی Covered California شکایت اقامه کنید:

### Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
Phone: 1-916-440-7370  
(Ext. 711, CA State Relay)  
ایمیل: [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

فرمهای شکایت Medi-Cal به نشانی زیر در دسترس هستند:

[www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

### Covered California

Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725  
تلفن: 1-916-228-8764  
فکس: 1-916-228-8909  
ایمیل: [CivilRights@covered.ca.gov](mailto:CivilRights@covered.ca.gov)

همچنین می توانید یک شکایت جداگانه حقوق مدنی نزد Office for Civil Rights فدرال در U.S. Department of Health and Human Services اقامه کنید. اگر معتقدید که بر علیه شما بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت، یا جنسیت تبعیض قائل شده اند، می توانید اینکار را انجام دهید:

### U.S. Department of Health and Human Services

Mail: 200 Independence Ave. SW Room 509F  
HHH Building, Washington, DC 20201  
تلفن: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

دستیار پرتال شکایت آنلاین: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

فرمهای شکایت آنلاین: [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard\\_cp.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf)