

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 [Month day, Year]

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

از طریق آنلاین
به نشانی

یا coveredca.com

از طریق پست
در پاکتی که به این نامه
ضمیمه شده بود.

از طریق تلفن
به شماره

به صورت حضوری
در
به نشانی

این دفتر

روزهای دوشنبه تا جمعه از

تا

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 همراه	خانه:
تلفن همراه	تلفن همراه:
محل کار	غیره:
غیره	ایمیل
ایمیل (اختیاری):	
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"/> تلفن <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> پست	

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
- فرزندان که با شما زندگی می کنند
- تمامی والدینی که در خانه با فرزندان خود زندگی می کنند
- 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.		

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

اطلاعات مربوط به درآمدها را بررسی کنید.

نام	منبع درآمد	مبلغ ناخالص (درآمدی که قبل از مالیات یا کسورات دریافت می کنید)	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 به روز رسانی یا اضافه کنید.
		\$		<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:

کسب درآمد از طریق کار

شغل آزاد یا خود اشتغالی

مزایای بازنشستگی، بازماندگان، و از کار افتادگی

Social Security مزایای بیکاری

مزایای بیکاری

حقوق بازنشستگی / مستمری سالانه

بهره و سود سهام

درآمد بازنشستگی حاصل از طرحهای 401K, 457, 509,

Keogh و IRA

نام (اول، میانی، خانوادگی)	منبع این درآمد چیست؟	مبلغ ناخالص (درآمدی که قبل از مالیات یا کسورات دریافت می کنید)	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.	\$

در صفحه بعدی ادامه دارد «

یا شخصی در خانوار شما اجاره، آب و برق و تلفن، و/یا غذای رایگان دریافت می کند؟ (همچنین درآمد غیر نقدی نام دارد)؟

این رایگان است یا در ازای کار از طرف شخصی غیر از همسر یا والدی که در خانه زندگی می کند ارائه می شود.

گر بله، قسمت زیر را پر کنید بله خیر

نام (اول، میانی، خانوادگی)	چه چیزی رایگان بود؟	آیا در ازای انجام کار بود؟	آیا انتظار می رود این درآمد غیر نقدی ادامه داشته باشد؟ اگر خیر، آخرین تاریخی که انتظار دارید این درآمد را کسب نمایید درج کنید.
1.	<input type="checkbox"/> اجاره <input type="checkbox"/> آب و برق و تلفن <input type="checkbox"/> یا خدمات شهری <input type="checkbox"/> غذا	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ____ / ____ / ____

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 یا نامه اعطاء مالی
- Schedule C (هزینه های حاصل از شغل آزاد یا خود اشتغالی)

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:

- پرداخت حمایت از کودک یا نفقه
- پرداخت برای مراقبت از فرد وابسته
- هزینه های تحصیلی (شهریه، کتابها، هزینه ها، و هزینه های حمل و نقل)
- مخارج سرپرست/قیم
- هزینه های شغل آزاد یا خود اشتغالی

نام (اول، میانی، خانوادگی)	نوع مخارج یا کسورات	مبلغ	چند وقت یکبار؟ (ماهانه، سه ماه یکبار، سالانه)
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

منابع و املاک

منابع و املاک مواردی هستند که شما می توانید در مقابل پول یا مبلغی که بدهکار هستید مبادله کنید. باید مدارک اثبات کننده جاری در ارتباط با منابع، املاک، و هر گونه مبلغ بدهی را ضمیمه نمایید. به عنوان مثال:

- صورتحساب بانکی
- وام ماشین
- وام یا رهن مسکن

اطلاعات مربوط به منابع و املاک تان را بررسی کنید.

نام	نوع منبع یا ملک	جزئیات مربوط به منبع یا ملک	ارزش و مبلغ بدهی	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
				<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

در صفحه بعدی ادامه دارد «

اطلاعات مربوط به املاک را بهروز رسانی یا اضافه کنید.

باید پول یا ملکی که طی 12 ماه گذشته دریافت کردید، فروختید، داد و ستد کردید، به دیگری دادید، یا منتقل کردید را باید گزارش دهید. نمونه هایی از رایج ترین منابع و املاک عبارتند از:

خودرو	حساب بانکی / حساب کردیت یونیون (credit union)
بیمه عمر یا بیمه کفن و دفن	اموال غیر منقول (زمین یا خانه)
قابق غیر موتوری، تریلر، و اتاقک کمپر	پول دستی
صندوق کفن و دفن و قطعه زمین	CD / IRA / Keogh ، صندوق بازنشستگی
بهره املاک و مستغلات در هر ملک غیر منقول	صندوق مشترک سرمایه گذاری، صندوق امانی، بازار سهام
موجودی و تجهیزات کسب و کار	بورس، اوراق قرضه، و مستمری سالانه
	وام مسکن یا رهن، یادداشتها، یا امانت نامه

نام صاحب (اول، میانی، خانوادگی)	انواع منابع و املاک	جزئیات مربوط به منابع یا املاک	گزارش تغییرات	تاریخ تغییر (ماه/روز/سال)
1.				___/___/___
2.				___/___/___
3.				___/___/___

اموال غیر منقول (زمین یا خانه)

شامل هر گونه اموال غیر منقولی است که شما در فوق بررسی یا بهروز رسانی کردید.

آیا اموال غیر منقول فهرست شده در بالا را دارید؟ اگر **بله**، زیر را پر کنید.

- این خانه ای است که در آن سکونت دارم. این خانه سابق من است.
 این ملک اجاری/سرمایه گذاری من است. این ملک غیر منقول برای فروش است.
 اگر اجاره ای/سرمایه گذاری یا برای فروش را در فوق علامت زدید، آیا در نظر دارید روزی به ملک مربوطه بازگردید؟
 بله خیر
 آیا عضوی از خانواده در این ملک زندگی می کند؟ بله خیر
 اگر **بله**، نسبت شما با او چیست؟ (به عنوان مثال: همسر، فرزند، فامیل وابسته، خواهر یا برادر)

خودروهای گزارش شده قبلی

آیا می خواهید ارزش یا مبلغ بدهی تان را در ارتباط با یک خودروی گزارش شده قبلی تغییر دهید؟ اگر **بله**، زیر را پر کنید.

نام صاحب (اول، میانی، خانوادگی)	ارزش خودرو	نوع، مدل، و سال	چقدر بدهکار هستید؟
	\$		\$

پوشش Medicare

گر مطمئن نیستید در کدام قسمت Medicare ثبت نام شده اید، با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE 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 و از طرف Medi-Cal یا Medicare نیست به ما اطلاع دهید.

گزارش حق بیمه های بهداشتی دیگری که پرداخت می کنید ممکن است درآمدی را که Medi-Cal برای تعیین واجد شرایط بودن شما استفاده می کند کاهش دهد. به عنوان مثال، شما همچنین ممکن است از طریق Covered California یا شغل یکی از اعضاء خانواده بیمه بهداشتی داشته باشید. اگر برای بیمه بهداشتی دیگری پرداخت می کنید باید مدرک اثبات کننده ضمیمه کنید.

به عنوان مثال: صورتحسابی که مبلغ مورد پرداخت ماهانه شما را نشان می دهد.

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)	شماره Social Security، در صورت موجود بودن، برای فردی که می خواهد Medi-Cal داشته باشد
_____	____/____/____	_____

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»

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	

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 سؤالات 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 Medi-Cal و Covered California 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.

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

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 سؤالات 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 95833-95899

تلفن: 1-866-866-0602

TTY: 1-877-735-2929

Covered California

Attn: Privacy Officer

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95725-95798

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 و برای Covered California را در 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 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

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

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

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