

Դուք կարող եք  
կորցնել Ձեր  
«Medi-Cal»-ը, եթե  
չպատասխանեք  
մինչև  
[Month day, Year]

### «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 1-XXX-XXX-XXXX (TTY՝ 1-XXX-XXX-XXXX):

[prepopulate]	Ծանուցման ամսաթիվը՝	[prepopulate]
[prepopulate]	Գործի համարը՝	[prepopulate]
[prepopulate]	Գործի անունը՝	[prepopulate]
	Աշխատողի անունը՝	[prepopulate]
	Աշխատողի հեռախոսի համարը՝	[prepopulate]





# 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 [Month day, Year]

### Ձևաթուղթը և ապացույցը մեզ ուղարկելու դյուրին եղանակներ

 <b>Առցանց</b> [SAWS online portal] կամ <a href="http://coveredca.com">coveredca.com</a> հասցեից:	 <b>Փոստով</b> այս նամակին կից ուղարկված ծրարում:	 <b>Հեռախոսով</b> զանգահարելով [1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX)].	 <b>Անձամբ այցելելով</b> [Name of county office] at [address], [City, State, հասցեով: Նրանք բաց են երկուշաբթի - ուրբաթ օրերին՝ ժամը [X:XX a.m.-ից մինչև X:XX p.m.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**?** Եթե հարցեր ունեք: Մինչև վերջնաժամկետը զանգահարեք Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակ՝ [1-XXX-XXX-XXXX] հեռախոսահամարով:

# Ձեր կոնտակտային տվյալները

↓ Ստուգեք Ձեր տվյալները

↓ Ստորև նշեք փոխված կամ նոր տվյալները

Այս տեղեկությունը ճիշտ է: Եթե ճիշտ է, անցեք 3-րդ էջին:	<input type="checkbox"/> Ես ստորև նշել եմ իմ փոխված տվյալները: նշեք միայն նոր կամ փոխված տվյալները:
<b>Անունը</b> [prepopulate]	Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)
<b>Բնակության հասցեն</b> [Address 1]	Բնակության հասցեն <span style="float: right;">Բնակարան թ.</span>
	Քաղաքը <span style="margin-left: 100px;">Նահանգը</span> <span style="margin-left: 100px;">Փոստային ինդեքսը</span>
<b>Փոստային հասցեն</b> [Address 2]	Փոստային հասցեն (եթե տարբեր է բնակության հասցեից, կամ եթե Դուք բնակության հասցե չունեք)
	Քաղաքը <span style="margin-left: 100px;">Նահանգը</span> <span style="margin-left: 100px;">Փոստային ինդեքս</span>
<b>Հեռախոսը</b>	Հեռախոսը Տան _____ Բջջային _____ Աշխատանքային _____ Այլ _____
<b>Էլ. փոստը</b> [prepopulate]	Էլ. փոստը (կամընտրական)
<b>Ի՞նչ լեզվով Ձեզ գրենք</b> [prepopulate]	Ի՞նչ լեզվով Ձեզ գրենք`
<b>Ի՞նչ լեզվով Ձեզ հետ խոսենք</b> [prepopulate]	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՝ [1-800-XXX-XXXX (TTY՝ 1-888-XXX-XXXX)] 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:
- Ձեր դաշնային եկամտահարկագրի մեջ նշված ցանկացած անձ, եթե Դուք հարկագիր եք ներկայացնում: Առողջության ապահովագրության դիմում ներկայացնելու համար պարտադիր չէ հարկագիր ներկայացնել:
- Եթե Ձեր անունը որևէ մեկի հարկագրում նշված է՝ որպես խնամյալ, ապա Դուք պետք է այս դիմումի մեջ նշեք հարկ վճարող տան բոլոր անդամներին և ընտանիքի այն անդամներին, որոնք Ձեզ հետ են ապրում:
- 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 [case holder's name]	Հասցեն	Տվյալը ճիշտ է: Եթե այո, անցեք հաջորդ բաժնին: Եթե ոչ, ստորև նշեք ճիշտ տվյալը:
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<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 [case holder's name]	Ի՞նչ փոփոխություն է տեղի ունեցել:
1.		
2.		
3.		

## Տեղեկություններ հարկերի մասին

Հիմնական հարկ վճարողը հարկագրի մեջ և այս աղյուսակում առաջինը նշված անձն է:

### Ստուգեք հարկերի վերաբերյալ Ձեր տվյալները:

Անունը	Այս անձը մտադիր է դաշնային հարկագիր ներկայացնել:	Ակնկալվում է, որ այդ անձից կպահանջվի հարկագիր ներկայացնել:	Հարկ վճարողի ինչ կարգավիճակ ունի այդ անձը:	Տվյալը ճիշտ է: Եթե այո, անցեք հաջորդ բաժնին: Եթե ոչ, ստորև նշեք ճիշտ տվյալը:
Հիմնական հարկ վճարողը [prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

շարունակությունը հաջորդ էջում»

## Նշեք հարկերի մասին փոխված կամ նոր տվյալները:

**Ձեր հիմնական հարկագիր ներկայացնողը փոխվել է:** (Դա այն անձն է, որի անունն առաջինն է նշված հարկագրի մեջ):

Այո  Ոչ Եթե **այո**, հիմնական հարկագիր ներկայացնողի անունը: \_\_\_\_\_

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Այս անձը մտադիր է դաշնային հարկագիր ներկայացնել:	Ակնկալվում է, որ այդ անձից կպահանջվի հարկագիր ներկայացնել:	Հարկ վճարողի ինչ կարգավիճակ ունի այդ անձը:
1.	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Ամուսնացած՝ համատեղ ներկայացնող՝ հետևյալ անձի հետ. _____ <input type="checkbox"/> Ամուսնացած՝ առանձին ներկայացնող <input type="checkbox"/> Ամուրի <input type="checkbox"/> Ընտանիքի գլխավորը <input type="checkbox"/> Խնամյալ՝ ընդգրկված հետևյալ անձի հարկագրում. _____ <input type="checkbox"/> Հարկագիր չներկայացնող
2.	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Ամուսնացած՝ համատեղ ներկայացնող՝ հետևյալ անձի հետ. _____ <input type="checkbox"/> Ամուսնացած՝ առանձին ներկայացնող <input type="checkbox"/> Ամուրի <input type="checkbox"/> Ընտանիքի գլխավորը <input type="checkbox"/> Խնամյալ՝ ընդգրկված հետևյալ անձի հարկագրում. _____ <input type="checkbox"/> Հարկագիր չներկայացնող

# Եկամուտը

Եկամուտն այն գումարն է, որը Դուք ստանում եք աշխատանքից, ինքնազբաղ 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
- անցյալ տարվա հարկագիրը:

## Ստուգեք եկամտի վերաբերյալ Ձեր տվյալները:

Անունը	Եկամտի աղբյուրը	Եկամուտը՝ նախքան հարկերը կամ հանումները (Դաշնային հարկվող եկամուտը)	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:
[prepopulate]	[prepopulate]	\$	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ ____ / ____ / ____
[prepopulate]	[prepopulate]	\$	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ ____ / ____ / ____
[prepopulate]	[prepopulate]	\$	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ ____ / ____ / ____

շարունակությունը հաջորդ էջում »

## Նշեք եկամտի մասին փոխված կամ նոր տվյալները:

Եկամտի ամենատարածված տեսակների օրինակներ

- աշխատատեղից ստացվող եկամուտ
- ինքնագրադ եկամուտ
- «Social Security»-ի կենսաթոշակ, զոհված խնամողի կանաչխատունակության նպաստներ
- գործազրկության նպաստ
- ամուսնական ապրուստադրամ (ալիմենտ). այստեղ նշեք Ձեր ապահարզանի կամ առանձին ապրելու պայմանագրի ամենավերջին ամսաթիվը կամ դրանում կատարված փոփոխության ամսաթիվը (ամիսը/օրը/տարին)

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

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Ո՞րն է այս եկամտի աղբյուրը:	Եկամուտը՝ նախքան հարկերը կամ հանումները (Դաշնային հարկվող եկամուտը)	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)	Որքան ընդհանուր եկամուտ եք ակնկալում հաջորդ 12 ամսում:
1.	\$
2.	\$

# 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՝

- շահույթի և վնասի տեղեկագիրը.
- հարկագիրը:

## 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:
[prepopulate]	[prepopulate]	\$	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
[prepopulate]	[prepopulate]	\$	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

## Նշեք ծախսերի և հանումների մասին փոխված կամ նոր տվյալը:

Ամենատարածված ծախսերի և հանումների օրինակներ

- ինքնազբաղ գործունեության հետ կապված ծախսեր
- ուսանողական վարկի տոկոս
- մուծումներ IRA-ին
- ապրուստադրամի վճարում. այստեղ նշեք Ձեր ապահարզանի կամ առանձին ապրելու պայմանագրի ամենավերջին ամսաթիվը կամ դրանում կատարված փոփոխության ամսաթիվը (ամիսը/օրը/տարին)

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

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



# «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:
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<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:
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<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 »

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

# Առողջության այլ ապահովագրություն

Եթե «Medi-Cal»-ից կամ «Medicare»-ից տարբեր որևէ այլ աղբյուրից տրամադրվող առողջության ապահովագրություն ունեք, նշեք: Օրինակ՝ հնարավոր է, որ Դուք առողջության ապահովագրություն ունենաք նաև «Covered California»-ից կամ ընտանիքի որևէ անդամի աշխատավայրից:

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

## Ստուգեք Ձեր առողջության ապահովագրության մասին տեղեկությունները:

Անունը	Ապահովագրական ընկերությունը	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:
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	\$	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	\$	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

շարունակությունը հաջորդ էջում »

**Նշեք առողջության ապահովագրության մասին փոխված կամ նոր տվյալը:**

<b>Անունը</b> (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	<b>Ապահովագրական                      ընկերությունը</b>	<b>Ապահովագրության                      տեսակը</b> (օրինակ՝ առողջության, ատամնաբուժական, ակնաբուժական, դեղերի)	<b>Ապահովագրի չափը,                      որը վճարում եք</b>	<b>Ինչ                      հաճախականությամբ</b> (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:

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

## Հղի

**Տանը հղի կին կամ:** Եթե **այո**, լրացրեք ստորև:

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

## 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:

<b>Անունը</b> (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	<b>Նահանգը</b> (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:

<b>Անունը</b> (անունը, միջին անունը, ազգանունը)	<b>Նոր կարգավիճակի համարը</b>
-------------------------------------------------	-------------------------------

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: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Ուսանող

Ձեր տանը որևէ մեկը կամ, որ 19 կամ 20 տարեկան և առկա ուսանող է: Եթե այո, լրացրեք ստորև:

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)

## 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	

# Շրջանին հաղորդված տեղեկությունները

Մեր տվյալների համաձայն՝ ներկայումս այս անձն ազատագրված է (բանտում կամ աշխատանքային գաղութում է):

Անունը

Այս անձն ազատագրված է:

Այո  Ոչ

Եթե ոչ, նշեք ազատման ամսաթիվը  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Մեր տվյալների համաձայն՝ այս անձը մահացել է (զոհվել է):

Անունը

[prepopulate]

Այս անձը մահացել է:

Այո  Ոչ



# 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:

# Պահեք 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 կազմակերպություններին՝ 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](http://www.dhcs.ca.gov) հասցեում, իսկ «Covered California»-ինը՝ [www.CoveredCA.com](http://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](http://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 կխնդրեն 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](mailto: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](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)  
«Medi-Cal»-ի գանգատ ներկայացնելու  
ձևաթղթերը գետեղված են հետևյալ հասցեում.  
[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  
Հեռախոս՝ 1-916-228-8764  
Ֆաքս՝ 1-916-228-8909  
Էլ. փոստ՝ [CivilRights@covered.ca.gov](mailto: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](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf)