

## نموذج تجديد Medi-Cal

يمكنك الحصول على هذا النموذج بلغة أخرى أو تنسيق يمكن الاطلاع عليه من اختيارك. ولطلب المساعدة بلغتك، اتصل بالرقم ( ) .

قد تفقد خطة Medi-Cal الخاصة بك إن لم ترد بحلول: [Month day, Year]

تاريخ الإشعار:

رقم القضية:

اسم القضية:

اسم العامل:

رقم هاتف العامل:

## حان الوقت لتجديد امتيازات:

الاسم

تاريخ الميلاد

سيحصل أفراد الأسرة غير المذكورين في هذا النموذج على خطاب منفصل عن خطة Medi-Cal الخاصة بهم.

**الخطوة رقم 1.** اقرأ النموذج وأجب على الأسئلة

**الخطوة رقم 2.** اقرأ صفحة الإقرار والتوقيع وقم بتأريخها

**الخطوة رقم 3.** أرسل النموذج مع الإثبات بحلول الموعد المحدد في

**طرق سهلة لإرسال النموذج والإثبات:**



إلكترونيًا

على

[SAWS online portal] أو  
[coveredca.com](http://coveredca.com)



بالبريد

في الظرف المرفق  
مع مع هذا الخطاب.



بالتلف

على الرقم



شخصيًا

إلى

الكائن في

ويفتح من الاثنين

إلى الجمعة، [ a.m. to

[ p.m



هل لديك أية أسئلة؟ اتصل بمكتب المقاطعة المحلية على الرقم [ ] قبل الموعد المحدد.

# معلومات الاتصال الخاصة بك

↓ راجع معلوماتك	↓ قم بتحديث أو إضافة المعلومات الجديدة أدناه
<input type="checkbox"/> هذه المعلومات صحيحة. في حالة صحة المعلومات، اذهب إلى الصفحة رقم 3.	<input type="checkbox"/> قمت بتحديث معلوماتي أدناه. اكتب فقط المعلومات الجديدة أو المتغيرة.
الاسم	الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)
عنوان المنزل	عنوان المنزل رقم الشقة
	المدينة الولاية الرمز البريدي
العنوان البريدي	العنوان البريدي (في حالة الاختلاف عن عنوان المنزل أو إن لم يكن لديك عنوان منزل)
	المدينة الولاية الرمز البريدي
الهاتف	الهاتف
هاتف المنزل	هاتف المنزل _____ - _____ - _____
الهاتف الجوال	الهاتف الجوال _____ - _____ - _____
رقم آخر	هاتف العمل _____ - _____ - _____
	رقم آخ _____ - _____ - _____
البريد الإلكتروني	البريد الإلكتروني (اختياري):
اللغة المستخدمة في مراسلتك	اللغة المستخدمة في مراسلتك
اللغة المستخدمة عند التحدث إليك	اللغة المستخدمة عند التحدث إليك
	الطريقة المثلى للاتصال بك: <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> البريد

## هل تحتاج إلى ممثل مفوض؟

اتصل بمكتب المقاطعة المحلي على الرقم [ تعيين ممثل مفوض مثل أحد أفراد الأسرة، أو صديق، أو وصي، أو وكيل، أو محامي ليرافقك، أو تقديم المساعدة أو تمثيلك في أهليتك وتسجيلك بخطة Medi-Cal تغيير ممثلك المفوض.

إن احتجت إلى إضافة المزيد من الأفراد أو المعلومات في أي قسم، يرجى كتابتها في ورقة منفصلة (أو يمكنك عمل نسخة من الصفحة) وأرسلها مع نموذج التجديد الخاص بك.



## أفراد الأسرة

نحتاج إلى معلومات عنك وعن كل فرد من أفراد أسرتك. ويتضمن ذلك:

زوجتك أو الشريك المسجل المقيم معك في المنزل

لأطفال الذين يقيمون معك

جميع الآباء الذي يقيمون داخل المنزل مع أبنائهم

أي فرد مذكور ضمن إقرار ضريبة الدخل الاتحادي الخاص بك، إن تقدمت بإقرار. ولن تحتاج إلى تقديم أية إقرارات ضريبية لتقديم طلب التأمين الصحي.

إن تم إضافتك كعمال في الإقرار الضريبي لشخص آخر، يجب عليك إضافة جميع أفراد الأسرة بالإقرار الضريبي الذي تم إضافتك به، وأي أفراد يقيمون معك.

سيحتاج أي شخص يقيم معك إلى تقديم طلبه الخاص إن أراد تأمينًا صحيًا. (على سبيل المثال: رفيق، أو رفيقة أو زميل في السكن).

### راجع المعلومات الخاصة بأفراد أسرتك.

الاسم	صلة القرابة	العنوان	هل المعلومات صحيحة؟ إن كانت كذلك، انتقل إلى القسم التالي. وإن لم تكن صحيحة، قم بتحديثها أدناه.
			<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
			<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
	[prepopulate]		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

يتبع في الصفحة التالية»

## تحديث أو إضافة معلومات جديدة خاصة بأفراد الأسرة.

أخبرنا عن المتغيرات في أسرتك خلال آخر 12 شهرًا على سبيل المثال، تزوج أحد أفراد الأسرة، أو أنجب طفلاً، أو انتقل إلى المنزل أو غادره، أو تعرض للسجن، أو كان هناك حالة وفاة بالأسرة.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	صلة القرابة	ماذا تغير؟
.1		
.2		
.3		

# المعلومات الضريبية

دافع الضرائب الرئيسي هو أول شخص مذكور في الإقرار الضريبي وفي هذا الجدول.

راجع معلوماتك الضريبية.

الاسم	هل يخطط هذا الشخص لتقديم إقرار ضريبي اتحادي؟	هل هذا الشخص يخطط لإجراء الإقرار الضريبي الفدرالي؟	ما حالة الإقرارات الضريبية لهذا الشخص؟	هل المعلومات صحيحة؟ إن كانت كذلك، انتقل إلى القسم التالي. وإن لم تكن صحيحة، قم بتحديثها أدناه.
مقدم الإقرار الضريبي الرئيسي				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

تحديث أو إضافة المعلومات الضريبية الجديدة.

هل تغير مقدم الإقرار الضريبي الرئيسي الخاص بك؟ (أول شخص مذكور بالإقرار الضريبي)

لا  نعم، في حالة الإجابة بنعم، اسم مقدم الإقرار الضريبي \_\_\_\_\_

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	هل يخطط هذا الشخص لتقديم الإقرار الضريبي الاتحادي؟	هل هذا الشخص يتوقع ان يكون مطالب لإجراء الإقرار الضريبي؟	ما حالة الإقرار الضريبي لهذا الشخص؟
1.	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> متزوج ويقدم إقرارًا مشتركًا مع: _____ <input type="checkbox"/> متزوج ويقدم إقرارًا منفصلاً <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> رب أسرة <input type="checkbox"/> المفال المطالب به بواسطة: _____ <input type="checkbox"/> لا يلزمه تقديم إقرار ضريبي
2.	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> متزوج ويقدم إقرارًا مشتركًا مع: _____ <input type="checkbox"/> متزوج ويقدم إقرارًا منفصلاً <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> رب أسرة <input type="checkbox"/> المفال المطالب به بواسطة: _____ <input type="checkbox"/> لا يلزمه تقديم إقرار ضريبي

# الدخل

يعد الدخل بمثابة المال الذي تجنيه من وظيفتك، أو عمالك الحر، أو مصدر آخر مثل Social Security أو معاش التقاعد. ويجب عليك إرفاق إثبات حالي لجميع مصادر الدخل. على سبيل المثال:

آخر بيان راتب

خطابات الامتيازات أو المكافآت

آخر إقرار ضريبي بالسنة

راجع معلومات الدخل الخاصة بك.

الاسم	مصدر الدخل	الدخل قبل الضرائب أو الخصومات (الدخل الخاضع للضرائب الاتحادية)	كم مرة؟ (سنويًا، أم شهريًا، أم كل أسبوعين، أم مرتين في الشهر، أم أسبوعيًا، أم يوميًا، أم على أساس الساعة)	هل المعلومات صحيحة؟ في حالة الإجابة بنعم، انتقل إلى القسم التالي. وفي حالة الإجابة بالنفي، حدد تاريخ آخر مرة كسبت فيها هذا الدخل. ثم قم بالتحديث أو أضف معلومات جديدة أدناه.
				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> ____/____/____
				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> ____/____/____
				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> ____/____/____

يتبع في الصفحة التالية «

## تحديث أو إضافة معلومات الدخل الجديدة.

أمثلة لأكثر أنواع الدخل شيوعاً:

النفقة الزوجية المستلمة: أضيف هنا أحدث تاريخ أو تاريخ تعديل اتفاق الطلاق أو الانفصال (يوم/ شهر/ سنة):

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

الدخل من وظيفتك  
الدخل من العمل الحر  
معاش التقاعد الخاص بـ Social Security، وقدامى  
المحاربين، وإعانات الإعاقة  
إعانات البطالة

هل من المتوقع أن يستمر هذا الدخل؟ في حالة الإجابة بالنفي، حدد آخر تاريخ يتوقع أن تحني هذا الدخل فيه.	كم مرة؟ (سنوياً، أم شهرياً، أم كل أسبوعين، أم مرتين في الشهر، أم أسبوعياً، أم يومياً، أم على أساس الساعة)	تاريخ البداية (يوم، شهر، سنة)	دخلك قبل الضرائب أو الخصومات (الدخل الخاضع للضريبة الاتحادية)	ما مصدر هذا الدخل؟	الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> ____/____/____			\$		1.
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> ____/____/____			\$		2.
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> ____/____/____			\$		3.

## هل تغير دخل أي فرد من شهر إلى شهر؟

لا  نعم  في حالة الإجابة بنعم، أخبرنا عن دخلك الإجمالي خلال الـ 12 شهراً القادمة. وذلك للمساعدة في تحديد مبلغ الدخل السنوي الصحيح.

ما دخلك الإجمالي المتوقع خلال الـ 12 شهراً القادمة؟	الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)
\$	1.
\$	2.

# المصروفات والخصومات

قد يترتب على المصروفات والخصومات التي تتوقع أن تدفعها خفض الدخل الذي تستند إليه خطة Medi-Cal في تحديد أهليتك. ويجب عليك إرفاق إثبات حالي للمصروفات والخصومات. على سبيل المثال:

بيان الربح والخسارة

الإقرار الضريبي

## راجع معلوماتك الخاصة بالمصروفات والخصومات.

هل هذه المعلومات صحيحة؟ إن لم تكن كذلك، قم بالتحديث أو الإضافة أدناه.	كم مرة (شهري، ربع سنوي، سنوي)	المبلغ	نوع المصروفات أو الخصومات	الاسم
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		\$		
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		\$		

## تحديث أو إضافة المعلومات الخاصة بالمصروفات والخصومات.

أمثلة للمصروفات والخصومات الأكثر شيوعاً:

مصروفات العمل الحر  
فوائد قروض الطلاب  
مساهمات IRA

سداد النفقات: يرجى تحديد أحدث تاريخ أو تعديل اتفاق  
الطلاق أو الانفصال (يوم/ شهر/ سنة) هنا:

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

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	نوع المصروفات أو الخصم	المبلغ	كم مرة؟ (شهري، ربع سنوي، سنوي)
.1		\$	
.2		\$	



# تغطية Medicare

إن لم تكن متأكدًا من أي جزء بخطة Medicare أنت مسجل به، اتصل على الرقم  
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

## راجع معلومات Medicare الخاصة بك.

الاسم	الجزء A من القسط الشهري (المرضى المقيمون)	الجزء B من القسط الشهري (المرضى الخارجيون)	الجزء C من القسط الشهري (ميزة Medicare)	الجزء D من القسط الشهري (الصيدلانية)	هل المعلومات صحيحة؟ إن كانت كذلك، انتقل إلى القسم التالي. وإن لم تكن صحيحة، قم بتحديثها أدناه.
					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

## تحديث أو إضافة معلومات Medicare الجديدة.

إن كنت أو أحد أفراد أسرتك مؤهلاً حديثاً بخطة Medicare، أو إن سددت أقساطاً عن نفسك أو شخص آخر في أسرتك،  
استكمل المعلومات أدناه.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	رقم Medicare	الجزء A من القسط الشهري (المرضى المقيمون)	الجزء B من القسط الشهري (المرضى الخارجيون)	الجزء C من القسط الشهري (ميزة Medicare)	الجزء D من القسط الشهري (الصيدلانية)
.1		\$	\$	\$	\$
.2		\$	\$	\$	\$

# الرعاية طويلة الأمد

تعد الرعاية طويلة الأمد بمثابة الخدمة المصممة لتلبية احتياجات الرعاية الصحية أو الشخصية للشخص عندما لا يتمكن من رعاية نفسه لفترة زمنية طويلة. فعلى سبيل المثال:

خدمات التمريض المؤهل بالمنزل  
خدمات المساعدة في المعيشة بالمنزل  
دار المسنين

## راجع معلومات الرعاية طويلة الأمد الخاصة بك.

هل المعلومات صحيحة؟ إن كانت كذلك، انتقل إلى القسم التالي. وإن لم تكن صحيحة، قم بتحديثها أدناه.	عنوان منشأة الرعاية طويلة الأمد	اسم منشأة الرعاية طويلة الأمد	اسم الشخص المعني بالرعاية طويلة الأمد.
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم			
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم			

## تحديث أو إضافة المعلومات الخاصة بالرعاية طويلة الأمد.

الشخص 1		
تاريخ المغادرة (يوم/ شهر/ سنة) ____/____/____	تاريخ الدخول (يوم/ شهر/ سنة) ____/____/____	اسم الشخص الذي يتلقى رعاية على المدى الطويل (الأول، الأوسط، الأخير)
عنوان منشأة الرعاية طويلة الأمد		اسم منشأة الرعاية طويلة الأمد
عنوان الزوجة أو الشريك الداخلي المسجل إن كان مختلفاً		اسم الزوجة أو الشريك الداخلي المسجل (الأول، الأوسط، الأخير)

يتبع في الصفحة التالية «

لشخص 2		
تاريخ المغادرة (يوم/ شهر/ سنة) ____/____/____	تاريخ الدخول (يوم/ شهر/ سنة) ____/____/____	اسم الشخص الذي يتلقى رعاية على المدى الطويل (الأول، الأوسط، الأخير)
عنوان منشأة الرعاية طويلة الأمد		اسم منشأة الرعاية طويلة الأمد
عنوان الزوجة أو الشريك الداخلي المسجل إن كان مختلفاً		اسم الزوجة أو الشريك الداخلي المسجل (الأول، الأوسط، الأخير)

# التأمين الصحي الآخر

أخبرنا عن أية تغطية صحية تتمتع بها خلاف تغطية Medi-Cal أو Medicare. على سبيل المثال، قد تتمتع كذلك بتغطية صحية من Covered California أو بسبب وظيفة أحد أفراد الأسرة. إن لم يكن لديك تأمين صحي آخر، تجاوز هذا القسم وانتقل إلى القسم التالي.

## راجع معلومات التأمين الصحي الخاصة بك.

الاسم	شركة التأمين	نوع التأمين (مثل التأمين الصحي، وعلاج الأسنان، والنظر، والصيدلية)	مبلغ القسط الذي تسدده	كم مرة؟ (شهري، ربع سنوي، سنوي)	هل المعلومات صحيحة؟ إن كانت كذلك، انتقل إلى القسم التالي. وإن لم تكن صحيحة، قم بتحديثها أدناه.
			\$		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
			\$		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

## تحديث أو إضافة معلومات التأمين الصحي.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	شركة التأمين	نوع التأمين (مثل التأمين الصحي، وعلاج الأسنان، والنظر، والصيدلية)	مبلغ القسط الذي تسدده	كم مرة؟ (شهري، ربع سنوي، سنوي)
.1			\$	
.2			\$	

# التغييرات الأسرية

استكمل المعلومات أدناه إن أجببت بنعم على أي من الأسئلة.

## Medi-Cal

هل يرغب أي من أفراد أسرتك غير المنضمين بخطة Medi-Cal أن يتقدموا إلى الخطة؟ في حالة الإجابة بنعم، استكمل أدناه.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	تاريخ الميلاد (يوم/ شهر/ سنة)	رقم Social Security، إذا كان لديهم واحد للشخص الذي يرغب في الانضمام إلى Medi-Cal
_____	____/____/____	_____

## السيدات الحوامل

هل توجد أية سيدة حبلى ضمن أفراد أسرتك؟ في حالة الإجابة بنعم، استكمل المعلومات أدناه.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	تاريخ الولادة (يوم/ شهر/ سنة)	كم عدد الأطفال المتوقعين؟
_____	____/____/____	_____

## الرعاية البديلة السابقة

هل خضع أي من أفراد أسرتك في المرحلة العمرية بين 18 و26 عامًا، لرعاية بديلة في أية ولاية في سن الـ 18 أو بعدها؟ في حالة الإجابة بنعم، استكمل المعلومات أدناه.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	الولاية (مثال: California)
_____	_____

الهجرة أو الجنسية (يتم الاستعانة بهذه المعلومات لأغراض تحديد التغطية الصحية فقط).

هل شهد أحد أفراد أسرتك ممن لديهم الآن تغطية Medi-Cal تغييرًا في وضع الهجرة أو الجنسية خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟ في حالة الإجابة بنعم، استكمل المعلومات أدناه.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	رقم الولاية الجديد
_____	_____

## الإعاقة

هل يعاني أحد أفراد أسرتك من إعاقة بدنية، أو عقلية، أو عاطفية، أو في النمو؟ في حالة الإجابة بنعم، استكمل المعلومات أدناه.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)	هل الإعاقة نتيجة إصابة؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
_____	_____

## الطالب

هل يوجد أي شخص ضمن أفراد أسرتك يبلغ 19 أو 20 عامًا ويعد طالبًا متفرغًا؟ في حالة الإجابة بنعم، استكمل المعلومات أدناه.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)

## Medicare

هل يوجد أي شخص ضمن أفراد أسرتك يتمتع بخطة Medicare؟ في حالة الإجابة بنعم، استكمل المعلومات أدناه.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) رقم Medicare القسط الشهري الذي تسدده \$

## الرعاية طويلة الأمد

هل يوجد أي فرد ضمن أفراد أسرتك يتمتع برعاية طويلة الأمد؟ في حالة الإجابة بنعم، استكمل المعلومات أدناه.

اسم الشخص الذي يتمتع بالرعاية طويلة الأمد (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الالتحاق (يوم/ شهر/ سنة) تاريخ المغادرة (يوم/ شهر/ سنة)

سم منشأة الرعاية الصحية طويلة الأمد عنوان منشأة الرعاية الصحية طويلة الأمد

اسم الزوجة أو الشريك الداخلي المسجل (الأول، الأوسط، الأخير) عنوان الزوجة أو الشريك الداخلي المسجل، إن كان مختلفًا

## المعلومات المقدمة إلى المقاطعة

تشير تقاريرنا إلى أن هذا الشخص محتجز في الوقت الحالي (معتقل أو سجن).

الاسم هل هذا الشخص مسجون؟ نعم  لا  في حالة الإجابة بالنفي، اكتب تاريخ إطلاق السراح \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

تشير تقاريرنا إلى أن هذا الشخص قد توفي (مات أو قضى نحبه).

الاسم هل توفي هذا الشخص؟ نعم  لا

# معلومات وإحالات برنامج الصحة

هذا القسم اختياري. يمكنك أن تختار عدم الإجابة، غير إن إجاباتك تساعدنا في إحالتك إلى الخدمات المتاحة.

1. هل ترغب في المعلومات الخاصة ببرنامج الرعاية الصحية دون تكلفة للأطفال الأقل من 21 (Child Health and Disability Prevention Program، المعروف كذلك بـ CHDP)؟

لا  نعم

2. هل ترغب في المعلومات الخاصة ببرنامج الأغذية التكميلية دون تكلفة أو الرضاعة الطبيعية والأطفال الأقل من 5 أعوام (Women, Infants, and Children Program، المعروف بـ WIC)؟

لا  نعم

3. هل يوجد أي فرد من أفراد أسرتك ممن يقيمون معك في المنزل يتلقى الخدمات المتعلقة بغسيل الكلى؟

لا  نعم  في حالة الإجابة بنعم، من هو: \_\_\_\_\_

4. هل يوجد أي من أفراد أسرتك ممن يقيمون معك في المنزل أجرى عملية زرع للأعضاء خلال آخر عامين؟

لا  نعم  في حالة الإجابة بنعم، من هو: \_\_\_\_\_

5. هل ترغب في أية معلومات عن برنامج Personal Care Services Program، أو برنامج الرعاية المنزلية لكبار السن، أو المكفوفين، أو المعاقين (يعرف كذلك بـ In-Home Supportive Services)؟

لا  نعم

6. هل يحتاج أي فرد ضمن أسرتك إلى المساعدة في الرعاية طويلة الأمد أو خدمات الرعاية المنزلية أو المجتمعية؟

لا  نعم  في حالة الإجابة بنعم، من هو: \_\_\_\_\_

# الإقرار والتوقيع

أقر تحت عقوبة الحنث بالقسم وطبقاً لقوانين ولاية California أن ما ذكرته أدناه حقيقي وصحيح. فهمت جميع الأسئلة بشأن نموذج التجديد المائل وقدمت إجابات صحيحة وحقيقية بقدر علمي. وفي حالة عدم معرفتي بالإجابة بنفسني، بذلت قصارى جهدي للتأكد من الإجابة مع شخص يدرك الإجابة. وقرأت أو تمت قراءة بيان الخصوصية والحقوق والمسؤوليات على الصفحات التالية.

أدرك أنه إن لم أصرح بالحقيقة في نموذج التجديد المائل، قد تفرض علي عقوبة مدنية أو جنائية للحنث باليمين يجوز أن تصل إلى الحكم بأربع سنوات في السجن (انظر California Penal Code القسم رقم 126). وأدرك أن المعلومات الواردة في نموذج التجديد المائل سيتم الاستعانة بها للبت إن كان الأفراد مقدمو الطلب مؤهلين للتأمين الصحي. وسيحتفظ البرنامج Medi-Cal وخطة Covered California بخصوصية المعلومات، حسب اقتضاء القانون الاتحادي وولاية California.

في حالة تغيير أي شيء بنموذج التجديد المائل لأي شخص تقدم بطلب التأمين الصحي، أوافق على إشعار برنامج Medi-Cal أو الاتصال بمكتب المقاطعة المحلية خلال 10 أيام من أي تغيير. وإن كان لدي تأمين من خلال تغطية Covered California، أوافق على الإبلاغ عن أية تغييرات خلال 30 يومًا.

## قم بالتوقيع والتاريخ أدناه.

التاريخ (يوم/ شهر/ سنة)	توقيع مقدم الطلب/ المستفيد أو الممثل المفوض
-------------------------	---

تذكر إرفاق جميع الإثباتات الحالية عند الاقتضاء، وجميع النسخ أو الصفحات الإضافية.



# احتفظ في سجلاتك

تحتوي هذه الصفحات على معلومات مهمة عن بيان الخصوصية، والحقوق، والمسؤوليات، وحق الاستئناف، وسياسة عدم التمييز، وتقديم التظلمات المتعلقة بالتمييز.

## بيان الخصوصية

نموذج التجديد المائل خاص بتجديد امتيازات خطة Medi-Cal من خلال إدارة Department of Health Care Services (DHCS) وتحديد أهلية التأمين الصحي من خلال خطة Covered California. وتعد المعلومات الشخصية والطبية التي تقدمها بمثابة معلومات خاصة وسرية. وتحتاج إدارة DHCS أو Covered California إلى التعرف عليك والأفراد الآخرين في نموذج التجديد المائل والإشراف على برامجها.

وسنشارك معلوماتك مع المؤسسات الأخرى الاتحادية والمحلية وعلى مستوى الولاية، والمقاولين، والخطط الصحية، والبرامج فقط بغرض تسجيلك في خطة أو برنامج أو الإشراف على البرامج، ومع المؤسسات الأخرى الاتحادية وعلى مستوى الولاية حسب اقتضاء القانون.

ويجب عليك أن تجيب على جميع الأسئلة بشأن نموذج التجديد المائل ما لم تميز بصفتها "اختيارية" أو إن تم توجيهك خلاف ذلك. وإن افتقد نموذج التجديد أي شيء نحتاج إليه، سنتصل معك للحصول عليه. وإن لم تقدم النموذج، لن نتمكن من اتخاذ قرار بشأن التجديد الخاص بك. وقد يكون عليك إرسال طلب جديد. أو قد لا تتمكن من الحصول على تأمين صحي من خلال Covered California أو يجوز رفض طلبك لتجديد الامتيازات.

وفي أغلب الحالات، يحق لك الاطلاع على المعلومات الشخصية الخاصة بك في السجلات الاتحادية وعلى مستوى الولاية. ويمكنك أن ترى المعلومات في تنسيق بديل مثل الطباعة بخط كبير إن احتجت لذلك. ولمزيد من المعلومات أو للتعرف على سجلات Covered California، اتصل بمسؤول الخصوصية على:

### The Department of Health Care Services

Attn: Information Protection Unit

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA 95899-7413

هاتف: 1-866-866-0602

TTY: 1-877-735-2929

### Covered California

Attn: Privacy Officer

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

هاتف: 1-800-300-1506

TTY: 1-888-889-4500

يجب أن تمتثل إدارة DHCS مع اشتراطات 45 C.F.R الجزء رقم 160 و164، CA، 1798.78 – 1798 §§ California Civil Code Welfare and Institutions Code (WIC) القسم 14005.37، CA WIC، القسم 14011 والبند رقم 3، والفصلين 5 و7، والجزأين 2 و3، والقسم رقم 9، والقوانين السارية الأخرى بغرض حفظ واستخدام ونشر المعلومات المقدمة في هذا النموذج.

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

ويمكنك أن تجد إشعارات ممارسات الخصوصية عن برنامج Medi-Cal على الموقع الإلكتروني [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov) وخطة Covered California على الموقع الإلكتروني [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com).

## الحقوق والمسؤوليات

المعلومات التي قدمتها بشأن نموذج التجديد المائل صحيحة بقدر علمي. وأدرك أنني قد أتعرض للعقوبة إن لم أقل الحقيقة.

أدرك أن المعلومات التي قدمتها سيتم الاستعانة بها فقط للتأكد من أهلية أفراد أسرتي المتقدمين بطلب تجديد التأمين الصحي.

أدرك أن برنامج Medi-Cal وخطة Covered California سيحتفظان بخصوصية معلوماتي، حسبما ينص القانون. ولمزيد من المعلومات، أو الوصول إلى المعلومات الشخصية في السجلات المحفوظة بواسطة برنامج Medi-Cal وخطة Covered California، يمكنني الاتصال بمكتب المقاطعة المحلي الخاص بي، أو يمكنني الاتصال بمسؤول الخصوصية بخطة Covered California على الرقم **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).

أدرك أنه لكي أكون مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal، يلزمي تقديم طلب بخصوص الدخل الآخر أو الامتيازات الأخرى التي استحقها أو أي عضو آخر بأسرتي، ما لم يكن لديه سبب وجيه لعدم التقدم بطلب الانضمام. ومن أمثلة هذا الدخل أو الامتيازات كل من امتيازات التقاعد، أو الامتيازات الحكومية، أو دخل التقاعد، أو امتيازات قدامى المحاربين، والعلاوات السنوية، وامتيازات الإعاقة، وامتيازات Social Security (المعروف كذلك بـ OASDI أو Old Age, Survivors, and Disability Insurance)، وإعانات البطالة. غير إن هذا الدخل أو الامتيازات لا يتضمن امتيازات المساعدات الحكومية، مثل CalWORKs أو CalFresh. وإن كان لدي سؤال عن مصدر الدخل المحتمل، يمكنني الاتصال بمكتب المقاطعة المحلية أو خطة Covered California على الرقم **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) للمساعدة.

إن كنت مؤهلاً لخطة Medi-Cal، يجب علي إخطار مسؤول الأهلية بالمقاطعة عن أية تغييرات يجوز أن تؤثر في أهليتي للتأمين الصحي خلال 10 أيام من التغيير إلى مكتب المقاطعة المحلي. وتتضمن هذه التغييرات على سبيل المثال لا الحصر:

« الانتقال

« تغييرات الدخل

« التغييرات في أسرتي (على سبيل المثال، الزواج/ الطلاق، الحمل أو إنجاب طفل/ أطفال)

« كنت مؤهلاً لتأمين صحي آخر

إن كنت مقيماً في خطة Covered California، أدرك أنه يجب علي الإبلاغ عن التغييرات خلال 30 يوماً. ويمكنني الاتصال بخطة Covered California على الرقم **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) أو زيارة الموقع الإلكتروني [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).

أدرك أنه يجب علي الإبلاغ عن تغييرات الدخل إلى مكتب المقاطعة المحلي لأنه قد يؤثر على الأهلية لامتيازات Medi-Cal أو Covered California فيما يخص مبلغ المساعدات الاتحادية وعلى مستوى الولاية الذي من الممكن أن أكون مؤهلاً لاستلامه. وأدرك كذلك أنه إن استلمت مقداراً أكبر بكثير من المساعدات المالية في أثناء سنة الاستفادة، سيكون علي أن أسدد مساعدة الأقساط الإضافية أو إعانة الولاية الإضافية إلى IRS أو California Franchise Tax Board عندما أتقدم بإقرار الضرائب الاتحادية وعلى مستوى الولاية عن سنة الاستفادة.

أصرح لخطة Covered California وبرنامج Medi-Cal بمراجعة السجلات الإلكترونية الأخرى للمؤسسة للتحقق من المواطنة أو إن كنت أقيم بصورة قانونية في U.S، ومن المعلومات الضريبية والمعلومات الأخرى المتعلقة بالأهلية فقط للتأكد إن كنت مؤهلاً والأفراد الآخرين الواردين في نموذج التجديد المائل للتأمين الصحي.

أدرك أنه حسب اقتضاء القانون، فإنه سيتم مراجعة المعلومات التي أقدمها عن نفسي والأفراد الآخرين بالنموذج المائل ببرنامج Medi-Cal بواسطة الحاسب الآلي مع المعلومات المقدمة بواسطة أصحاب الأعمال، والمصارف، وSSA، وInternal Revenue Service، و Franchise Tax Board، والخدمات الاجتماعية والمؤسسات الأخرى للتأكد إن كنت مؤهلاً أو الأفراد الآخرين في نموذج التجديد المائل للتأمين الصحي.

أدرك أنه إن سددت خطة Medi-Cal مقابل المصروفات الطبية، أية مبالغ أحصل عليها أو أي شخص وارد ضمن نموذج التجديد المائل من تأمين صحي آخر أو تسويات قانونية ترتبط بهذه المصروفات، فإنها ستؤول إلى خطة Medi-Cal كدفعة مقابل المصروفات حتى يتم سداد المصروفات بالكامل.

بالنسبة للآب الذي لديه ابن أو أبناء مؤهلون لخطة Medi-Cal: أدرك أنه سيطلب مني مساعدة المؤسسة التي تحصل الدعم الطبي من أي أب مذكور في نموذج التجديد المائل ممن لا يقيم مع الطفل ولا يرسل الدعم الخاص بالطفل. وإن اعتقدت أن المساعدة ستضرني أو تضر أبنائي يمكنني إشعار برنامج Medi-Cal ولن أحصل على المساعدة.

## حق الاستئناف

إن اعتقدت أن برنامج Medi-Cal أو Covered California قد ارتكب خطأ، يمكنني الاستئناف على قرار البرنامج. ويعني الاستئناف إخطار أحد الأشخاص في برنامج Medi-Cal أو Covered California أنني أعتقد بخطأ القرار وطلب إجراء مراجعة منصفة للإجراء. وأدرك أنه يجب علي تقديم طلب استئناف خلال 90 يومًا من القرار. وأدرك أنه يمكنني تمثيل نفسي أو تكليف شخص بتمثيلي في الاستئناف، من قبيل الممثل المفوض، أو صديق، أو قريب، أو محامي. وأدرك أنه إن احتجت للمساعدة، سيتصل بي أحد الأفراد ببرنامج Medi-Cal أو Covered California، أو مكتب المقاطعة المحلية لتوضيح الأمر لي.

### California Department of Social Services

State Hearings Division

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

Sacramento, California 94244-2430

لفاكس: 1-833-281-0905

الهاتف المجاني: 1-855-795-0634 أو

TDD 1-800-952-8349 هاتف الاستفسارات العامة والاستجابة المجاني: 1-800-952-5253 أو

## سياسة عدم التمييز

يمتثل برنامج Medi-Cal (DHCS) وخطة Covered California مع قوانين الحقوق المدنية الاتحادية وعلى مستوى الولاية ولا يميزان بشكل غير مشروع على أساس العرق، أو اللون، أو الدين، أو الأصل، أو الأصل الوطني، أو المجموعة العرقية، أو السن، أو الإعاقة العقلية، أو الإعاقة البدنية، أو الحالة الطبية، أو المعلومات الجينية، أو الحالة العائلية، أو الجنس، أو النوع، أو الهوية الجنسية، أو التوجه الجنسي.

ولا يستثنى برنامج Medi-Cal (DHCS) وخطة Covered California بشكل غير مشروع أي أفراد أو يعاملهم بصورة مختلفة بسبب العرق، أو اللون، أو الدين، أو الأصل، أو الأصل الوطني، أو المجموعة العرقية، أو السن، أو الإعاقة العقلية، أو الإعاقة البدنية، أو الحالة الطبية، أو المعلومات الجينية، أو الحالة العائلية، أو الجنس، أو النوع، أو الهوية الجنسية، أو التوجه الجنسي.

ويوفر برنامج Medi-Cal (DHCS) وخطة Covered California مساعدات وخدمات دون مقابل للأفراد من أصحاب الإعاقات للتواصل بشكل فعال معنا، من قبيل الاستعانة بمترجمي لغة الإشارة المؤهلين والمعلومات المكتوبة في تنسيقات أخرى (طباعة بأحرف كبيرة، والتنسيقات الصوتية، والإلكترونية التي يمكن الوصول إليها، والتنسيقات الأخرى).

كما يوفر برنامج Medi-Cal (DHCS) وخطة Covered California خدمات لغوية مجانية للأفراد ممن ليست لغتهم الأولى اللغة الإنجليزية، مثل المترجمين المؤهلين، والمعلومات المكتوبة بلغات أخرى. وإن احتجت إلى هذه الخدمات، يرجى الاتصال بـ DHCS Office of Civil Rights على رقم الهاتف 1-916-440-7370، (Ext. 711, California State Relay) أو البريد الإلكتروني [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)، أو اتصل بخطة Covered California على رقم الهاتف 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500).

## تقديم شكوى في حالة التمييز

إن اعتقدت أن برنامج Medi-Cal (DHCS) أو خطة Covered California قد قصرا في تقديم هذه الخدمات أو تعرضت للتمييز بأية طريقة أخرى على أساس العرق، أو اللون، أو الدين، أو الأصل، أو الأصل الوطني، أو المجموعة العرقية، أو السن، أو الإعاقة العقلية، أو الإعاقة البدنية، أو الحالة الطبية، أو المعلومات الجينية، أو الحالة العائلية، أو الجنس، أو النوع، أو الهوية الجنسية، أو التوجه الجنسي، يمكنك التقدم بشكوى لدى مكتب (DHCS's) Office of Civil Rights ببرنامج Medi-Cal أو منسق الحقوق المدنية بخطة Covered California:

**Medi-Cal Program (DHCS)**

Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
الهاتف: 1-916-440-7370  
(Ext. 711, CA State Relay)

البريد الإلكتروني: [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

:على الموقع الإلكتروني Medi-Cal تتاح نماذج شكاوى برنامج

[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  
الهاتف: 1-916-228-8764  
الفاكس: 1-916-228-8909

البريد الإلكتروني: [CivilRights@covered.ca.gov](mailto:CivilRights@covered.ca.gov)

كما يمكنك التقدم كذلك بشكوى منفصلة خاصة بالحقوق المدنية لدى مكتب Office for Civil Rights الاتحادي بإدارة U.S. Department of Health and Human Services. ويمكنك القيام بذلك إن اعتقدت أنك تعرضت للتمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو السن، أو الإعاقة، أو الجنس:

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

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

مساعدة بوابة الشكاوى الإلكترونية: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

نماذج الشكاوى الإلكترونية: [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard\\_cp.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf)