

Вы можете утратить  
Ваше медицинское  
страхование  
Medi-Cal, если Вы  
не ответите до

## Форма продления действия Medi-Cal

Вы можете получить эту форму на другом языке или в доступном формате по Вашему выбору. Чтобы обратиться за помощью на Вашем языке, позвоните:

Дата уведомления:

Номер дела:

Имя в деле:

Имя сотрудника:

Номер телефона

сотрудника:

## Пора продлить действие льгот для:

Имя

Дата рождения

Члены семьи, не указанные в этой форме, получают отдельное письмо об их медицинском страховании Medi-Cal.

- **Шаг 1.** Прочитайте форму и ответьте на вопросы
- **Шаг 2.** Подпишите и укажите дату на странице Заявление и подпись
- **Шаг 3.** Отправьте форму с подтверждением до даты крайнего срока

### Легкие способы предоставить нам Вашу форму и подтверждение:



**Онлайн**

на сайте

или [coveredca.com](https://coveredca.com).



**По почте**

в конверте, который  
Вы получили с этим  
письмом.



**По телефону**

по номеру



**Лично**

в  
по адресу  
Они работают с  
понедельника по пятницу,  
a.m. to p.m.



**Вопросы? Позвоните в Ваш местный окружной офис по номеру до даты крайнего срока.**

# Ваша контактная информация

## ↓ Проверьте Вашу информацию

Эта информация верная. Если верно, перейдите к странице 3.

## ↓ Обновите или добавьте новую информацию ниже

Я обновил (-а) мою информацию ниже. Пишите только новую или изменившуюся информацию.

<b>Имя</b>	Имя (имя, отчество, фамилия)		
<b>Домашний адрес</b>	Домашний адрес		Номер квартиры
	Город	Штат	Индекс
<b>Почтовый адрес</b>	Почтовый адрес (Если отличается от домашнего адреса, или если у Вас нет домашнего адреса)		
	Город	Штат	Индекс
<b>Телефон</b> Home: Cell: Other:	Телефон		
	Домашний ____-____-_____		Сотовый ____-____-_____
	Рабочий ____-____-_____		Другой ____-____-_____
<b>Электронный адрес</b>	Электронный адрес (не обязательно):		
<b>Язык для письменного общения с Вами</b>	Язык, на котором нам нужно писать Вам:		
<b>Язык для устного общения с Вами</b>	Язык, на котором нам нужно говорить с Вами:		
	Лучший способ для связи с Вами: <input type="checkbox"/> Электронная почта <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Почта		

## Вам нужен уполномоченный представитель?

Позвоните в Ваш местный окружной офис по номеру, если Вам нужно:

- Назначить уполномоченного представителя, например, члена семьи, друга, лицо, обеспечивающее уход, адвоката или защитника интересов, чтобы сопровождать, помогать или представлять Вас в связи с Вашим соответствием требованиям и регистрации в Medi-Cal
- Изменить Вашего уполномоченного представителя



Если Вам нужно добавить дополнительных лиц или информацию в любом из этих разделов, пожалуйста, напишите эту информацию на отдельном листе бумаги (или Вы можете сделать копию страницы) и отправьте ее нам с Вашей формой продления действия.

## Члены семьи

Нам нужна информация о Вас и каждом члене Вашей семьи.

Это включает следующих лиц:

- Ваш (-а) супруг (-а) или зарегистрированный семейный партнер
- Ваши дети, которые живут с Вами
- Все родители, которые живут в доме с их детьми
- Любое лицо в Вашей налоговой декларации по федеральному подоходному налогу, если Вы подаете ее. Вам не нужно подавать налоговую декларацию, чтобы подать заявление на получение медицинского страхования.
- Если Вы указаны как лицо на иждивении в чьей-либо налоговой декларации, Вы должны включить всех членов семьи, подающей налоговую декларацию, которая указала Вас как лицо на иждивении, и любых членов семьи, проживающих с Вами.
- Все остальные лица, проживающие с Вами, должны будут подать свое собственное заявление, если они хотят получить медицинское страхование. (Например: парень, девушка или сосед по комнате)

### Проверьте информацию о членах Вашей семьи.

Имя	Степень родства с	Адрес	Это верно? Если да, перейдите к следующему разделу. Если нет, обновите ниже
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

*продолжение на следующей странице »*

## Обновите или добавьте новую информацию о членах семьи.

Расскажите нам об изменениях в Вашей семье в течение последних 12 месяцев.

Например, член семьи вступил в брак, у члена семьи родился ребенок, член семьи переехал в Ваш дом или выехал из Вашего дома, был в тюремном заключении, или если в Вашей семье кто-то умер.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Степень родства с	Что изменилось?
1.		
2.		
3.		

# Налоговая информация

Основной налогоплательщик – это лицо, указанное первым в налоговой декларации и в этой таблице.

## Проверьте Вашу налоговую информацию.

Имя	Планирует ли это лицо подавать налоговую декларацию по федеральному подоходному налогу?	Ожидает ли это лицо, что ему/ей требуется подавать налоговую декларацию?	Какой статус подачи налоговой декларации у этого лица?	Это верно? Если да, перейдите к следующему разделу. Если нет, обновите ниже.
Основной податель налоговой				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## Обновите или добавьте новую налоговую информацию.

Изменился ли Ваш основной податель налоговой декларации? (Это лицо, указанное первым в налоговой декларации.)

Да  Нет Если да, имя основного подателя налоговой декларации: \_\_\_\_\_

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Планирует ли это лицо подавать налоговую декларацию по федеральному подоходному налогу?	Ожидает ли это лицо, что ему/ей требуется подавать налоговую декларацию?	Какой статус подачи налоговой декларации у этого лица?
1.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Женат/замужем и подает совместно с: _____ <input type="checkbox"/> Женат/замужем и подает отдельно <input type="checkbox"/> Не женат/не замужем <input type="checkbox"/> Глава семьи <input type="checkbox"/> Лицо на иждивении, заявленное: _____ <input type="checkbox"/> Не является лицом, подающим налоговую декларацию

продолжение на следующей странице »

2.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Женат/замужем и подает совместно с: _____ <input type="checkbox"/> Женат/замужем и подает отдельно <input type="checkbox"/> Не женат/не замужем <input type="checkbox"/> Глава семьи <input type="checkbox"/> Лицо на иждивении, заявленное: _____ <input type="checkbox"/> Не является лицом, подающим налоговую декларацию
----	--	--	--

# Доход

Доход – это деньги, которые Вы получаете от работы, индивидуальной предпринимательской деятельности или из других источников, например, Social Security или пенсия. Вы должны приложить действующее подтверждение всех видов дохода. Например:

- Недавние квитанции о заработной плате
- Письма о начислении льгот или пособия
- Налоговая декларация за прошлый год

## Проверьте Вашу информацию о доходе.

Имя	Источник дохода	Доход до налогов и вычетов (доход, облагаемый федеральным подоходным налогом)	Как часто? (ежегодно, ежемесячно, каждые 2 недели, два раза в месяц, еженедельно, ежедневно или в час)	Это верно? Если да, перейдите к следующему разделу. Если нет, укажите дату, когда Вы получили этот доход в последний раз. Затем обновите или добавьте ниже.
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ____ / ____ / ____

*продолжение на следующей странице »*

## Обновите или добавьте новую информацию о доходе.

Примеры наиболее распространенных типов дохода:

- Доход от Вашей работы
- Доход от индивидуальной предпринимательской деятельности
- Пенсионное пособие, пособие в связи с потерей кормильца и пособие по инвалидности Social Security
- Пособие по безработице
- Полученные супружеские алименты:  
Укажите самую недавнюю дату или дату изменения Вашего развода или договора о раздельном проживании (месяц/день/год) здесь:  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Какой источник этого дохода?	Ваш Доход до налогов и вычетов (доход, облагаемым федеральным подоходным налогом)	Дата начала (месяц, день, год)	Как часто? (ежегодно, ежемесячно, каждые 2 недели, два раза в месяц, еженедельно, ежедневно или в час)	Ожидается ли, что этот доход продолжится? Если нет, укажите дату, когда Вы ожидаете получить этот доход в последний раз.
1.		\$			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ___ / ___ / ___
2.		\$			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ___ / ___ / ___
3.		\$			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ___ / ___ / ___

## Меняется ли чей-либо доход от месяца к месяцу?

Да  Нет Если **да**, расскажите нам, какой будет общий доход в течение следующих 12 месяцев. Это нужно, чтобы помочь получить правильную сумму годового дохода.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Какой Ваш ожидаемый общий доход в течение следующих 12 месяцев?
1.	\$
2.	\$



# Расходы и вычеты

Предоставление информации о расходах и вычетах, которые Вы платите, может снизить доход, который Medi-Cal использует для определения Вашего соответствия требованиям. Вы должны приложить действующее подтверждение расходов и вычетов. Например:

- Отчет о прибыли и убытках
- Налоговая декларация

## Проверьте Вашу информацию о расходах и вычетах.

Имя	Тип расхода или вычета	Сумма	Как часто? (ежемесячно, ежеквартально, ежегодно)	Это верно? Если нет, обновите или добавьте ниже.
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## Обновите или добавьте новую информацию о расходах и вычетах.

Примеры наиболее распространенных расходов и вычетов:

- Расходы по индивидуальной предпринимательской деятельности
- Проценты по студенческому кредиту
- Взносы IRA
- Оплаченные алименты: Укажите самую недавнюю дату или дату изменения Вашего развода или договора о раздельном проживании (месяц/день/год) здесь:  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Тип расхода или вычета	Сумма	Как часто? (ежемесячно, ежеквартально, ежегодно)
1.		\$	
2.		\$	

# Медицинское страхование Medicare

Если Вы не уверены, в каких частях Medicare Вы зарегистрированы, позвоните 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

## Проверьте Вашу информацию Medicare.

Имя	Ежемесячный страховой взнос за Часть А (Больничной стационар)	Ежемесячный страховой взнос за Часть В (Амбулаторные медицинские услуги)	Ежемесячный страховой взнос за Часть С (Преимущество Medicare)	Ежемесячный страховой взнос за Часть D (Аптека)	Это верно? Если да, перейдите к следующему разделу. Если нет, обновите ниже.
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## Обновите или добавьте новую информацию Medicare.

Если Вы или кто-либо в Вашей семье впервые соответствует требованиям Medicare, или если Вы платите страховые взносы за себя или кого-либо в Вашей семье, укажите информацию ниже.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Номер Medicare	Ежемесячный страховой взнос за Часть А (Больничной стационар)	Ежемесячный страховой взнос за Часть В (Амбулаторные медицинские услуги)	Ежемесячный страховой взнос за Часть С (Преимущество Medicare)	Ежемесячный страховой взнос за Часть D (Аптека)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

# Долгосрочное медицинское обслуживание

Долгосрочное медицинское обслуживание – это услуга, разработанная для удовлетворения потребностей лица в медицинском обслуживании или услугах личного ухода, когда лицо не способно заботиться о себе самостоятельно в течение долгого периода времени. Например:

- Дом престарелых и инвалидов с квалифицированным уходом
- Учреждение для проживания с уходом
- Хоспис

Проверьте Вашу информацию о долгосрочном медицинском обслуживании.

Имя лица с долгосрочным медицинским обслуживанием	Название учреждения долгосрочного медицинского обслуживания	Адрес учреждения долгосрочного медицинского обслуживания	Это верно? Если да, перейдите к следующему разделу. Если нет, обновите ниже.
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Обновите или добавьте информацию о долгосрочном медицинском обслуживании.

Лицо 1		
Имя лица с долгосрочным медицинским обслуживанием (имя, среднее имя, фамилия)	Дата поступления (месяц/день/год) ____ / ____ / ____	Дата выписки (месяц/день/год) ____ / ____ / ____
Название учреждения долгосрочного медицинского обслуживания	Адрес учреждения долгосрочного медицинского обслуживания	
Имя супруга (-и) или зарегистрированного семейного партнера (имя, среднее имя, фамилия)	Адрес супруга (-и) или зарегистрированного семейного партнера, если отличается	

*продолжение на следующей странице »*

<b>Лицо 2</b>		
<b>Имя лица с долгосрочным медицинским обслуживанием</b> (имя, среднее имя, фамилия)	<b>Дата поступления</b> (месяц/день/год) ____ / ____ / ____	<b>Дата выписки</b> (месяц/день/год) ____ / ____ / ____
<b>Название учреждения долгосрочного медицинского обслуживания</b>	<b>Адрес учреждения долгосрочного медицинского обслуживания</b>	
<b>Имя супруга (-и) или зарегистрированного семейного партнера</b> (имя, среднее имя, фамилия)	<b>Адрес супруга (-и) или зарегистрированного семейного партнера, если отличается</b>	

# Другое медицинское страхование

Расскажите нам о любом медицинском страховании, которое у Вас есть, которое не от Medi-Cal или Medicare. Например, у Вас также может быть медицинское страхование от Covered California или работодателя члена семьи.

Если у Вас нет другого медицинского страхования, пропустите этот раздел и перейдите к следующему.

## Проверьте Вашу информацию о медицинском страховании.

Имя	Страховая компания	Тип страхования (например, страхование медицинских, стоматологических, офтальмологических услуг, услуг аптеки)	Сумма оплачиваемого Вами страхового взноса	Как часто (ежемесячно, ежеквартально, ежегодно)	Это верно? Если да, перейдите к следующему разделу. Если нет, обновите ниже.
			\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## Обновите или добавьте новую информацию о медицинском страховании.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Страховая компания	Тип страхования (например, страхование медицинских, стоматологических, офтальмологических услуг, услуг аптеки)	Сумма оплачиваемого Вами страхового взноса	Как часто (ежемесячно, ежеквартально, ежегодно)
1.			\$	
2.			\$	

# Изменения в семье

Укажите информацию ниже, если Вы отвечаете да на любой из вопросов.

## Medi-Cal

Хочет ли кто-либо в Вашей семье, кто не в Medi-Cal, подать заявление? Если да, укажите ниже.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Дата рождения (месяц/день/год)	Номер Social Security, при наличии, лица, которое хочет получить Medi-Cal ____ - ____ - ____
---------------------------------	--------------------------------	---

## Беременность

Есть ли в Вашей семье кто-то беременный? Если да, укажите ниже.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Ожидаемая дата родов (месяц/день/год) ____ / ____ / ____	Сколько ожидается младенцев?
---------------------------------	---	------------------------------

## Молодые лица, бывшие ранее на патронатном воспитании

Если кто-либо в Вашей семье в возрасте от 18 до 26 лет, были ли они на патронатном воспитании в любом штате или после их 18-го дня рождения? Если да, укажите ниже.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Штат (например: California)
---------------------------------	-----------------------------

**Иммиграционный статус или гражданство** (Эта информация используется только для определения медицинского страхования.)

Было ли у кого-либо в Вашей семье, у кого сейчас есть Medi-Cal, изменение в их иммиграционном статусе или статусе гражданства в течение последних 12 месяцев? Если да, укажите ниже.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Номер нового статуса
---------------------------------	----------------------

## Инвалидность

Есть ли у кого-либо в Вашей семье физическая, психическая, эмоциональная инвалидность или нарушения развития? Если да, укажите ниже.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Является ли инвалидность результатом травмы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
---------------------------------	--

*продолжение на следующей странице »*

## Студент

Есть ли в Вашей семье кто-то в возрасте 19 или 20 лет, кто является студентом с полной нагрузкой обучения? Если да, укажите ниже.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)

## Medicare

Есть ли у кого-либо в Вашей семье Medicare? Если да, укажите ниже.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)

Номер Medicare

Оплачиваемый  
Вами ежемесячный  
страховой взнос  
\$

## Долгосрочное медицинское обслуживание

Есть ли у кого-либо в Вашей семье долгосрочное медицинское обслуживание? Если да, укажите ниже.

Имя лица с долгосрочным медицинским  
обслуживанием (имя, среднее имя, фамилия)

Дата поступления  
(месяц/день/год)

Дата выписки  
(месяц/день/год)

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

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

Название учреждения долгосрочного  
медицинского обслуживания

Адрес учреждения долгосрочного  
медицинского обслуживания

Имя супруга (-и) или зарегистрированного  
семейного партнера (имя, среднее имя,  
фамилия)

Адрес супруга (-и) или зарегистрированного  
семейного партнера, если отличается

*продолжение на следующей странице »*

# Информация, о которой сообщили округу

Согласно нашим данным, в настоящее время это лицо находится в тюремном заключении (в тюрьме).

Имя

Находится ли это лицо в тюремном заключении?

Да  Нет

Если нет, укажите дату освобождения е \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Согласно нашим данным, это лицо является умершим (это лицо умерло).

Имя

Является ли это лицо умершим?

Да  Нет



# Информация о программах по укреплению здоровья и направлениях

Этот раздел является необязательным. Вы можете решить не отвечать, но Ваши ответы помогают нам направить Вас для получения предлагаемых услуг.

1. Хотите ли Вы получить информацию о бесплатной программе по укреплению здоровья для детей в возрасте до 21 года (Child Health and Disability Prevention Program, также известной как CHDP)?

Да  Нет

2. Хотите ли Вы получить информацию о бесплатной программе дополнительного питания для беременных или кормящих женщин и детей в возрасте до 5 лет (Women, Infants, and Children Program, которая называется WIC)?

Да  Нет

3. Получает ли проживающий в доме член семьи услуги, связанные с диализом почек?

Да  Нет Если да, кто: \_\_\_\_\_

4. Переносил ли кто-либо из проживающих в доме членов семьи трансплантацию органа в течение последних 2 лет?

Да  Нет Если да, кто: \_\_\_\_\_

5. Хотите ли Вы получить информацию о Personal Care Services Program, программе по уходу на дому для пожилых, слепых или инвалидов (которая также называется In-Home Supportive Services)?

Да  Нет


6. Нуждается ли кто-либо в Вашей семье в помощи с долгосрочным медицинским обслуживанием или услугами на дому и в районе проживания?

Да  Нет Если да, кто: \_\_\_\_\_

# Заявление и подпись

- Я заявляю, под страхом наказания за лжесвидетельство, согласно законам штата California, что нижесказанное является правдивой и верной информацией.
- Я понял (-а) все вопросы в этой форме продления действия и дал (-а) верные и правильные ответы, насколько мне известно. В случае если я не знал (-а) ответ сам (-а), я делал (-а) все разумные попытки подтвердить ответ у кого-то, кто знал эту информацию. Я прочитал (а) или мне прочитали заявление о конфиденциальности, правах и обязанностях на следующих страницах.
- Я знаю, что, если я укажу неправдивую информацию в этой форме продления действия, может быть предусмотрено гражданское или уголовное наказание за лжесвидетельство, которое может включать до четырех лет тюремного заключения (см. California Penal Code section 126). Я знаю, что информация в этой форме продления действия будет использована для решения о том, соответствуют ли лица, подающие заявление, требованиям для получения медицинского страхования. Программа Medi-Cal и Covered California сохранят конфиденциальность информации в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата California.
- Если что-либо изменится в этой форме продления действия в отношении любого лица, подающего заявление на медицинское страхование, я соглашаюсь уведомить программу Medi-Cal или связаться с моим местным окружным офисом в течение 10 дней после любых изменений. Если у меня есть медицинское страхование через Covered California, я соглашаюсь сообщать о любых изменениях в течение 30 дней.

## Подпишите и укажите дату ниже.

Подпись подателя заявления/получателя услуг или уполномоченного представителя	Дата (месяц/день/год)
	

Не забудьте приложить все **действующие подтверждения**, если это требуется, и все дополнительные копии или дополнительные страницы.

---

# Сохраните для Вашего архива документов

Эти страницы содержат важную информацию о заявлении о конфиденциальности, правах и обязанностях, праве на апелляцию и политике недопущения дискриминации и о подаче жалобы о дискриминации.

## Заявление о конфиденциальности

Эта форма продления действия предназначена для продления льгот Medi-Cal через Department of Health Care Services (DHCS) и определения соответствия требованиям для получения медицинского страхования через Covered California. Личная и медицинская информация, которую Вы предоставляете, является частной и конфиденциальной. DHCS или Covered California необходима эта информация для идентификации Вас и других лиц в этой форме продления действия и для управления нашими программами.

Мы будем передавать Вашу информацию другим агентствам на уровне штата, федеральным и местным агентствам, подрядчикам, планам медицинского страхования и программам только для того, чтобы зарегистрировать Вас в плане или программе или для управления программами, а также другим агентствам на уровне штата и федеральным агентствам в соответствии с требованиями закона.

Вы должны ответить на все вопросы в этой форме продления действия, если не отмечено «необязательно», или если Вам не указано иное. Если в Вашей форме продления действия отсутствует какая-либо информация, которая нам требуется, мы свяжемся с Вами, чтобы получить ее. Если Вы не предоставите эту информацию, мы не сможем принять решение о продлении действия Вашего медицинского страхования. Возможно, Вам придется подать новое заявление. Или Вы не сможете получить медицинское страхование через Covered California, или Ваше заявление на продление действия льгот может быть отклонено.

В большинстве случаев Вы имеете право просматривать личную информацию о Вас, которая хранится в федеральных архивах и архивах штата. Вы можете просматривать информацию в альтернативном формате, например, крупным шрифтом, если Вам это необходимо. Для получения дополнительной информации или просмотра записей Covered California свяжитесь с Сотрудником по вопросам конфиденциальности по адресу:

### **The Department of Health Care Services**

Attn: Information Protection Unit  
P.O. Box 997413, MS 4721  
Sacramento, CA 95899-7413  
Телефон: 1-866-866-0602  
TTY: 1-877-735-2929

### **Covered California**

Attn: Privacy Officer  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725  
Телефон: 1-800-300-1506  
TTY: 1-888-889-4500

DHCS обязуется соблюдать требования 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, и других применимых законов в отношении хранения, использования и раскрытия информации, представленной в этой форме.

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

Вы можете найти Уведомления о политике конфиденциальности для программы Medi-Cal на сайте [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov) и для Covered California на сайте [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com).

## Права и обязанности

- Информация, которую я предоставил (-а) в этой форме продления действия, насколько мне известно, является верной. Я знаю, что ко мне могут применить ШТРАФ, если я предоставлю неправдивую информацию.
- Я понимаю, что предоставленная мной информация будет использована только для проверки соответствия требованиям членом моей семьи, подающих заявление на продление действия медицинского страхования.
- Я понимаю, что программа Medi-Cal и Covered California сохраняют конфиденциальность моей информации в соответствии с требованиями закона. Чтобы получить дополнительную информацию или получить доступ к личной информации в записях, которые ведутся программой Medi-Cal и Covered California, я могу обратиться в мой местный окружной офис. Или я могу связаться с Сотрудником по вопросам конфиденциальности Covered California по телефону **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).
- Я понимаю, что для соответствия требованиям Medi-Cal, я должен (-на) подать заявление на получение другого дохода или льгот, на которые я или любой член моей семьи имеет право, если только у него или нее нет уважительной причины, чтобы не делать этого. Примерами такого дохода или пособий являются пенсии, государственные пособия, пенсионный доход, пособия ветеранам, аннуитеты, пособия по инвалидности, пособия Social Security (также называемые OASDI или Old Age, Survivors, and Disability Insurance) и пособия по безработице. Но такой доход или льготы не включают льготы по государственной помощи, такие как CalWORKs или CalFresh. Если у меня есть вопрос о возможном источнике дохода, я могу позвонить в мой местный окружной офис или в Covered California по номеру **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) для получения помощи.
- Если будет установлено, что я соответствую требованиям Medi-Cal, я должен (-на) сообщить своему окружному сотруднику по соответствию требованиям о любых изменениях, которые могут повлиять на мое соответствие требованиям для получения медицинского страхования в течение 10 дней после изменения в моем местном окружном офисе. Эти изменения включают, но не ограничиваются следующим:
  - » я переезжаю
  - » мой доход изменяется
  - » моя семья изменяется (например, брак/развод, беременность или появление ребенка (детей))
  - » у меня появляется соответствие требованиям для получения другого медицинского страхования
- Если я зарегистрирован (-а) в Covered California, я понимаю, что я должен (-на) сообщить об изменениях в течение 30 дней. Я могу позвонить в Covered California по номеру **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) или посетить сайт [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).

- Я понимаю, что я должен (-на) сообщать об изменениях дохода в мой местный окружной офис, поскольку это может повлиять на соответствие требованиям для получения льгот Medi-Cal или Covered California в отношении суммы финансовой помощи штата и федеральной финансовой помощи, для получения которой я могу соответствовать требованиям. Я также понимаю, что, если я получу слишком большую сумму финансовой помощи в течение года получения льгот, мне придется вернуть дополнительную помощь для оплаты страховых взносов или субсидию штата в IRS или California Franchise Tax Board при подаче моей налоговой декларации по федеральному подоходному налогу и подоходному налогу штата за год получения льгот.
- Я разрешаю Covered California и программе Medi-Cal проверять данные компьютерных записей других агентств, чтобы подтвердить мое гражданство или законное нахождение в U.S., налоговую информацию и другую информацию, относящуюся только к соответствию требованиям, чтобы узнать, соответствую ли я или другие лица в этой форме продления действия требованиям для получения медицинского страхования.
- Я понимаю, что в соответствии с требованиями закона, информация, которую я предоставляю о себе и других лицах в этой форме продления действия Medi-Cal, будет проверяться через компьютерные базы данных с информацией, предоставленной работодателями, банками, SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board, социальными службами и другими агентствами, чтобы узнать, соответствую ли я или другие лица в этой форме продления действия требованиям для получения медицинского страхования.
- Я знаю, что если Medi-Cal оплачивает медицинские расходы, любые деньги, полученные мной или кем-либо в этой форме продления действия в рамках другого медицинского страхования, или выплаты по решению суда, связанные с этими расходами, будут перечисляться Medi-Cal в качестве оплаты расходов до тех пор, пока расходы не будут выплачены в полном объеме.
- Для родителей, чей ребенок или дети соответствуют требованиям Medi-Cal: я знаю, что меня попросят помочь агентству, которое взимает выплаты на медицинское обслуживание от любого родителя, указанного в этой форме продления действия, который не живет с ребенком и не отправляет алименты на ребенка. Если я считаю, что помощь причинит вред мне или моим детям, я могу сообщить об этом программе Medi-Cal, и мне не нужно будет помогать агентству.

## Право на апелляцию

Если я считаю, что программа Medi-Cal или Covered California совершила ошибку, я могу обжаловать ее решение. Подать апелляцию означает сообщить кому-либо в программе Medi-Cal или Covered California, что я считаю решение неправильным, и обратиться с запросом на беспристрастный пересмотр этого решения.

Я знаю, что я должен (-на) подать апелляцию в течение 90 дней после принятия решения. Я знаю, что я могу представлять себя или попросить другое лицо представлять меня в рамках моей апелляции, например, уполномоченного представителя, друга, родственника или юриста.

Я знаю, что если мне понадобится помощь, кто-либо из программы Medi-Cal, Covered California или местного окружного офиса может объяснить мне мой случай.

### **California Department of Social Services**

State Hearings Division

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

Sacramento, California 94244-2430

Факс: 1-833-281-0905

Бесплатный номер: 1-855-795-0634 или

Бесплатный номер для общественных запросов и ответов на вопросы: 1-800-952-5253 или

TDD 1-800-952-8349

## **Политика недопущения дискриминации**

Программа Medi-Cal (DHCS) и Covered California соблюдают применимые федеральные законы и законы штата о гражданских правах и не допускают незаконной дискриминации по признаку расы, цвета кожи, религии, происхождения, национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической инвалидности, физической инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, пола, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

Программа Medi-Cal (DHCS) и Covered California не исключают людей незаконно и не относятся к ним по-другому по признаку расы, цвета кожи, религии, происхождения, национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической инвалидности, физической инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, пола, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

Программа Medi-Cal (DHCS) и Covered California предоставляют людям с ограниченными возможностями бесплатные вспомогательные средства и услуги для эффективного общения с нами, такие как квалифицированные переводчики языка жестов и письменная информация в других форматах (крупный шрифт, аудио, доступные электронные форматы и другие форматы).

Программа Medi-Cal (DHCS) и Covered California также предоставляют бесплатные языковые услуги лицам, основной язык которых не английский, например, квалифицированные переводчики и информация, написанная на других языках. Если Вам нужны эти услуги, обратитесь в DHCS Office of Civil Rights по номеру **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) или отправьте электронное сообщение по адресу [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov), или свяжитесь с Covered California по номеру **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).

## **Подача жалобы о дискриминации**

Если Вы считаете, что программа Medi-Cal (DHCS) или Covered California не предоставила эти услуги, или что Вы подверглись иной дискриминации по признаку расы, цвета кожи, религии, происхождения, национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической инвалидности, физической инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, пола, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации, Вы можете подать жалобу в Office of Civil Rights программы Medi-Cal (DHCS) или Координатору по гражданским правам Covered California:

**Medi-Cal Program (DHCS)**

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

Телефон: 1-916-440-7370

(Ext. 711, CA State Relay)

Электронная почта:

CivilRights@dhcs.ca.gov

Формы для подачи жалобы

Medi-Cal доступны на сайте:

[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

Телефон: 1-916-228-8764

Факс: 1-916-228-8909

Электронная почта:

CivilRights@covered.ca.gov

Вы также можете подать отдельную жалобу о нарушении гражданских прав в Федеральное управление Office for Civil Rights при U.S. Department of Health and Human Services. Вы можете сделать это, если Вы считаете, что Вы подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола:

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

Почтовый адрес: 200 Independence Ave. SW Room 509F

ННН Building, Washington, DC 20201

Телефон: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Помощник по работе с онлайн-порталом для подачи жалоб:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Онлайн-формы для подачи жалоб:

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