

Ви можете втратити  
право на участь в  
Medi-Cal, якщо не  
надасте  
відповідь до

## Форма поновлення участі у програмі Medi-Cal

Ви можете отримати цю форму іншою мовою або іншим доступним форматом за вашим вибором. Щоб попросити допомоги вашою мовою, зателефонуйте за номером:

Дата повідомлення:

Номер справи:

Назва справи:

Ім'я та прізвище працівника:

Номер телефону працівника:

## Час поновлювати пільги для:

Ім'я

Дата народження

Члени домогосподарства, не переліковані в цій формі, отримують окреми листи про свою участь в програмі Medi-Cal.

- **Крок 1.** Прочитайте форму та надайте відповіді на запитання
- **Крок 2.** Підпишіть та поставте дату на сторінці Декларації та підпису
- **Крок 3.** Надішліть форму із підтвердженням до терміну

### Прості способи надати нам свою форму та докази:



**В Інтернеті**

за адресою

або на сайті  
[coveredca.com](http://coveredca.com).



**Поштою**

у конверті, що  
додається до цього  
листа.



**По телефону**

за номером



**Особисто**

До  
за адресою

Вони працюють з  
понеділка по п'ятницю,  
a.m. to p.m.



**Маєте питання? Зателефонуйте до вашого місцевого офісу  
за номером до вказаної дати подання.**

# Ваша контактна інформація

## ↓ Перегляньте свою інформацію

- Чи є ця інформація вірною. Якщо все вірно, перейдіть до сторінки 3.

## ↓ Оновіть або внесіть нову інформацію нижче

- Я оновив(ла) свою інформацію нижче. Пишіть лише нову або змінену інформацію.

<b>Ім'я</b>	Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище)		
<b>домашній адрес</b>	домашній адрес		Квартира №
<b>поштовий адрес</b>	Місто	Штат	Поштовий індекс
	поштовий адрес (якщо відрізняється від домашньої адреси або якщо у вас немає домашньої адреси)		
	Місто	Штат	Поштовий індекс
<b>Телефон</b>	Телефон		
	Домашній ____ - ____ - ____		Мобільний ____ - ____ - ____
	Робочий ____ - ____ - ____		Інше ____ - ____ - ____
<b>Електронна пошта</b>	Електронна пошта (необов'язково):		
<b>Мова, якою ви пишете</b>	Мова, якою ми маємо до вас писати:		
<b>Мова, якою ви розмовляєте</b>	Мова, якою ми маємо розмовляти з вами:		
	Найкращий метод зв'язатися з вами:		
	<input type="checkbox"/> Електронна пошта <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Пошта		

## Чи потрібен вам уповноважений представник?

Зателефонуйте до вашого місцевого офісу за номером \_\_\_\_\_, якщо вам потрібно:

- призначити уповноваженого представника, такого як член родини, друг, доглядач, адвокат або представник, який буде супроводжувати, допомагати або представляти вас під час оформлення та вступу до Medi-Cal
- змінити уповноваженого представника



Якщо вам потрібно додати додаткових осіб або інформацію до будь-якого з розділів, напишіть це на окремому аркуші паперу (або ви можете зробити копію відповідної сторінки) та надішліть разом із формою поновлення.

## Члени домогосподарства

Нам потрібна інформація про вас та кожного члена вашого домогосподарства.

Це включає:

- вашого чоловіка або жінку або зареєстрованого партнера
- ваших дітей, що мешкають з вами
- всіх батьків, які проживають вдома разом зі своїми дітьми
- будь-кого з вашої федеральної податкової декларації, якщо ви подаєте її. Вам не потрібно подавати податкову декларацію для того, щоб подавати заявку на медичне страхування.
- якщо ви є утриманцем в податковій декларації іншої особи, ви маєте включити всіх членів домогосподарства, яке подало цю декларацію, а також всіх членів родини, які мешкають з вами.
- Будь-яка особа, що мешкає з вами, має подавати свою власну заяву, якщо хоче отримувати медичне страхування. (Наприклад: ваш хлопець, ваша дівчина чи ваш сусід по кімнаті)

### Перегляньте інформацію про членів свого домогосподарства.

Ім'я	Яке має до вас відношення	Адреса	Чи є ця інформація вірною? Якщо так, перейдіть до наступного розділу. Якщо ні, оновіть її нижче.
			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

*Продовження на наступній сторінці »*

## Оновіть чи внесіть нову інформацію про членів свого домогосподарства.

Розкажіть про зміни у вашому домогосподарстві за останні 12 місяців.

Наприклад, член домогосподарства одружився, народив дитину, переїхав до вашого дому або виїхав з нього, був ув'язнений або якщо в домогосподарстві хтось помер.

Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище)	Яке має до вас відношення	Що змінилося?
1.		
2.		
3.		

# Податкова інформація

Основним платником податку є особа, зазначена першою у податковій декларації та в цій таблиці.

## Перегляньте свою податкову інформацію.

Ім'я	Чи планує ця особа подавати федеральну податкову декларацію?	Чи очікується, що ця особа має подавати податкову декларацію?	Який податковий статус має ця особа?	Чи є ця інформація вірною? Якщо так, перейдіть до наступного розділу. Якщо ні, оновіть її нижче.
основний платник податку				<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
				<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

## Оновіть чи внесіть нову інформацію стосовно податків.

Чи змінився ваш основний платник податку? (Це - особа, яку зазначено першою у податковій декларації.)

Так  Ні Якщо так, наведіть ім'я та прізвище основного платника податку: \_\_\_\_\_

Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище)	Чи планує ця особа подавати федеральну податкову декларацію?	Чи очікується, що ця особа має подавати податкову декларацію?	Який податковий статус має ця особа?
1.	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Одружений(а), подає разом із: _____ <input type="checkbox"/> Одружений(а), подає окремо <input type="checkbox"/> Неодружений(а) <input type="checkbox"/> Голова домогосподарства <input type="checkbox"/> Утриманець, наведений в декларації: _____ <input type="checkbox"/> Не подає податкової декларації

*Продовження на наступній сторінці »*

2.	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Одружений(а), подає разом із: _____ <input type="checkbox"/> Одружений(а), подає окремо <input type="checkbox"/> Неодружений(а) <input type="checkbox"/> Голова домогосподарства <input type="checkbox"/> Утриманець, наведений в декларації: _____ <input type="checkbox"/> Не подає податкової декларації
----	--	--	---

# Дохід

Дохід - це гроші, які ви отримуєте від роботи, самозайнятості або з інших джерел, таких як Social Security або пенсія. Ви повинні додати підтвердження всіх своїх поточних доходів. Наприклад:

- Квитанції останніх зарплат
- Листи з призначенням пільг або виплат
- Податкова декларація за попередній рік

## Перегляньте інформацію про ваш дохід.

Ім'я	Джерело доходу	Дохід до сплати податків або відрахувань (Федеральний оподатковуваний дохід)	Як часто? (щорічно, щомісяця, кожні 2 тижні, двічі на місяць, щотижня, щодня або щогодини)	Чи є ця інформація вірною? Якщо так, перейдіть до наступного розділу. Якщо ні, надайте дату, коли ви отримували такі доходи. Після чого оновіть або додайте інформацію нижче.
		\$		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні ____ / ____ / ____

*Продовження на наступній сторінці »*

## Оновіть або додайте нову інформацію про доходи.

Приклади найпоширеніших видів доходу:

- Дохід від вашої роботи
- Дохід від вашої самозайнятості
- Social Security Пенсія, виплати послі втрати чоловіка, дружини або батьків та виплати по інвалідності від Social Security
- Виплати по безробіттю
- Отримані виплати на утримання колишньої жінки/чоловіка: Укажіть останню дату або дату внесення змін в рішення чи постанову про розлучення (день/місяць/рік):  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ім'я (ім'я, по- батькові, прізвище)	Яке джерело цього доходу?	Дохід до сплати податків або відрахувань (Федеральний оподатковуваний дохід)	Дата початку (день, місяць, рік)	Як часто? (щорічно, щомісяця, кожні 2 тижні, двічі на місяць, щотижня, щодня або щогодини)	Чи очікуєте ви, що й надалі будете отримувати цей дохід? Якщо ні, надайте останню дату, коли ви очікуєте отримати цей дохід.
1.		\$			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні ____ / ____ / ____
2.		\$			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні ____ / ____ / ____
3.		\$			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні ____ / ____ / ____

## Чи змінюється дохід когось із місяця в місяць?

- Так  Ні Якщо так, повідомте, яким буде загальний дохід протягом наступних 12 місяців.  
Це допоможе отримати правильну річну суму доходу.

Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище)	Який загальний дохід ви очікуєте отримати в наступні 12 місяців?
1.	\$
2.	\$



# Витрати та відрахування

Звітність про витрати та відрахування, які ви сплачуєте, може зменшити сумму доходу, який використовується програмою Medi-Cal для встановлення вашого права на участь. Ви повинні надати поточне підтвердження наведених витрат та відрахувань. Наприклад:

- Звіт про прибутки та збитки
- Податкова декларація

## Перегляньте інформацію про свої витрати та відрахування.

Ім'я	Тип витрат чи відрахувань	Сума	Як часто? (щомісяця, щокварталу, щороку)	Чи це вірно? Якщо ні, оновіть чи надайте додаткову інформацію нижче
		\$		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
		\$		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

## Оновіть чи надайте додаткову інформацію стосовно витрат чи відрахувань.

Приклади найпоширеніших витрат і відрахувань:

- Витрати, пов'язані із самозайнятістю
- Відсотки за студентську позику
- Внески до рахунку IRA
- Сплачені аліменти: Укажіть останню дату або дату внесення змін в рішення чи постанову про розлучення (день/місяць/рік):  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ім'я (прізвище, ім'я, по-батькові)	Тип витрат чи відрахувань	Сума	Як часто? (щомісяця, щокварталу, щороку)
1.		\$	
2.		\$	

# Покриття від Medicare

Якщо ви не впевнені, до яких частин Medicare ви зараховані, перезвоніть за номером 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

## Перегляньте свою інформацію в Medicare.

Ім'я	Місячний внесок для Частини А (пацієнт, який перебуває на стаціонарному лікуванні)	Місячний внесок для Частини В (пацієнт, який перебуває на амбулаторному лікуванні)	Місячний внесок для Частини С (переваги участі в Medicare)	Місячний внесок для Частини D (аптечні послуги)	Чи є ця інформація вірною? Якщо так, перейдіть до наступного розділу. Якщо ні, оновіть інформацію нижче.
					<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
					<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

## Оновіть або внесіть нову інформацію про покриття Medicare.

Якщо ви або хтось у вашому домогосподарстві нещодавно отримав право на участь у програмі Medicare або якщо ви сплачуєте щомісячні внески за себе або за когось у вашому домогосподарстві, внесіть інформацію нижче.

Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище)	Номер Medicare	Місячний внесок для Частини А (пацієнт, який перебуває на стаціонарному лікуванні)	Місячний внесок для Частини В (пацієнт, який перебуває на амбулаторному лікуванні)	Місячний внесок для Частини С (переваги участі в Medicare)	Місячний внесок для Частини D (аптечні послуги)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

# Послуги тривалого догляду

Послуги тривалого догляду - це послуги, призначені для задоволення потреб людини у здоров'ї чи особистому догляді, коли вона не може тривалий час доглядати за собою. Наприклад:

- Кваліфікований будинок для престарілих чи інвалідів
- Будинок для мешканців з наданням допомоги
- Хоспіс

## Перегляньте свою інформацію про послуги тривалого догляду.

Ім'я та прізвище особи, яка отримує послуги тривалого догляду	Назва закладу тривалого догляду	Адреса закладу тривалого догляду	Чи є ця інформація вірною? Якщо так, перейдіть до наступного розділу. Якщо ні, оновіть інформацію нижче.
			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

## Оновіть або додайте нову інформацію про послуги тривалого догляду.

Особа 1		
Ім'я особи, яка отримує послуги тривалого догляду (ім'я, по-батькові, прізвище)	Дата початку перебування (день/місяць/рік) ____ / ____ / ____	Дата завершення перебування (день/місяць/рік) ____ / ____ / ____
Назва закладу тривалого догляду	Адреса закладу тривалого догляду	
Ім'я чоловіка/дружини або зареєстрованого партнера (ім'я, по-батькові, прізвище)	Адреса чоловіка/дружини або зареєстрованого партнера, якщо відрізняється	

*Продовження на наступній сторінці »*

<b>Особа 2</b>		
<b>Ім'я особи, яка отримує послуги тривалого догляду (ім'я, по-батькові, прізвище)</b>	<b>Дата початку перебування (день/місяць/рік)</b> ____ / ____ / ____	<b>Дата завершення перебування (день/місяць/рік)</b> ____ / ____ / ____
<b>Назва закладу тривалого догляду</b>	<b>Адреса закладу тривалого догляду</b>	
<b>Ім'я чоловіка/дружини або зареєстрованого партнера (ім'я, по-батькові, прізвище)</b>	<b>Адреса чоловіка/дружини або зареєстрованого партнера, якщо відрізняється</b>	

# Інше медичне страхування

Надайте нам відомості про страхове покриття, яке ви отримуєте від інших програм, а не з Medi-Cal або Medicare. Наприклад, у вас також може бути медичне страхування від Covered California або з місця роботи члена сім'ї.

Якщо у вас немає іншого медичного страхування, пропустіть цей розділ та перейдіть до наступного.

## Перегляньте інформацію про своє медичне страхування.

Ім'я	Страхова компанія	Тип страхування (наприклад, медичне, стоматологічне, офтальмологічне, аптека)	Сума внеску, яку ви сплачуєте	Як часто (щомісяця, щокварталу, щороку)	Чи є ця інформація вірною? Якщо так, перейдіть до наступного розділу. Якщо ні, оновіть інформацію нижче.
			\$		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
			\$		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

## Оновіть або додайте нову страхову інформацію нижче.

Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище)	Страхова компанія	Тип страхування (наприклад, медичне, стоматологічне, офтальмологічне, аптека)	Сума внеску, яку ви сплачуєте	Як часто (щомісяця, щокварталу, щороку)
1.			\$	
2.			\$	

# Зміни у домогосподарстві

Заповніть інформацію нижче, якщо ви надали відповідь так на будь-які питання.

## Medi-Cal

Чи є хтось у вашому домогосподарстві, хто не є учасником програми Medi-Cal, але хоче подати заявку? Якщо так, заповніть нижче.

Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище)	Дата народження (день/місяць/рік)	Номер Social Security особи, яка хоче стати учасником Medi-Cal, якщо є в наявності ____ - ____ - ____
------------------------------------	-----------------------------------	--

## Вагітність

Чи є вагітні у вашому домогосподарстві? Якщо так, заповніть нижче.

Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище)	Очікувана дата пологів (день/місяць/рік) ____ / ____ / ____	Скільки немовлят очікується?
------------------------------------	--	------------------------------

## Колишня прийомна молодь

Якщо в вашому домогосподарстві є особи у віці від 18 до 26 років, чи мешкали вони у прийомній сім'ї в будь-якому штаті на час свого 18-річчя чи після його? Якщо так, заповніть нижче.

Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище)	Штат (наприклад: California)
------------------------------------	------------------------------

## Іміграція або громадянство (Ця інформація використовується лише для визначення страхового покриття.)

Чи є хтось у вашому домогосподарстві, хто зараз є учасником програми Medi-Cal, у кого були зміни іміграційного статусу або громадянства в останні 12 місяців? Якщо так, заповніть нижче.

Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище)	Новий номер статусу
------------------------------------	---------------------

## Інвалідність

Чи є хтось у вашому домогосподарстві, хто страждає фізичними, психічними, емоційними порушеннями чи порушеннями розвитку? Якщо так, заповніть нижче.

Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище)	Чи є інвалідність наслідком травми? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
------------------------------------	---

## Учень

Чи є в вашому домогосподарстві особи у віці 19 або 20 років, які навчаються і не працюють? Якщо так, заповніть інформацію нижче.

Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище)

## Medicare

Чи є в вашому домогосподарстві особи, що отримують послуги тривалого догляду? Якщо так, заповніть інформацію нижче.

Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище)

Номер Medicare

Щомісячний внесок,  
який ви сплачуєте

\$

## Послуги тривалого догляду

Чи є в вашому домогосподарстві особи, що отримують послуги тривалого догляду? Якщо так, заповніть інформацію нижче.

Ім'я особи, яка отримує послуги тривалого догляду (ім'я, по-батькові, прізвище)

Дата початку перебування  
(день/місяць/рік)

Дата завершення перебування  
(день/місяць/рік)

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

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

Назва закладу тривалого догляду

Адреса закладу тривалого догляду

Ім'я та прізвище чоловіка/дружини або зареєстрованого партнера (ім'я, по-батькові, прізвище)

Адреса чоловіка/дружини або зареєстрованого партнера, якщо відрізняється

---

# Інформація, яка повідомляється до місцевого офісу

Наші відомості вказують, що ця особа в цей час перебуває за ґратами (тюрма або в'язниця).

Ім'я

Ця особа перебуває за ґратами?

Так  Ні

Якщо ні, надайте дату визволення

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

Наші відомості вказують, що ця особа померла (небіжчик або небіжчиця).

Ім'я

Ця особа померла?

Так  Ні



# Інформація та рекомендації щодо програм охорони здоров'я

Цей розділ є необов'язковим. Ви можете не відповідати, але ваші відповіді допомагають порекомендувати вам наявні послуги.

1. Чи потрібна вам інформація про безкоштовну програму охорони здоров'я для дітей до 21 року (Програма Child Health and Disability Prevention Program, також відома як CHDP)?

Так  Ні

2. Чи потрібна вам інформація про безкоштовну програму додаткового харчування для вагітних або жінок, що годують груддю, та дітей до 5 років (Програма Women, Infants, and Children Program, яка називається WIC)?

Так  Ні

3. Чи отримує член домогосподарства, який проживає вдома, послуги, пов'язані з діалізом нирок?

Так  Ні Якщо так, хто саме: \_\_\_\_\_

4. Чи отримував член домогосподарства, який проживає вдома, трансплантацію органа на протязі 2 останніх років?

Так  Ні Якщо так, хто саме: \_\_\_\_\_

5. Чи хочете ви отримати інформацію про Програму Personal Care Services Program - програму домашнього догляду за літніми, сліпими або інвалідами (яку також називають In-Home Supportive Services)?

Так  Ні


6. Чи потрібна комусь із осіб у вашому домогосподарстві допомога у довгостроковому догляді чи наданні побутових та громадських послуг?

Так  Ні Якщо так, хто саме: \_\_\_\_\_

# Декларація та підпис

- Я заявляю під страхом покарання за надання неправдивих свідчень згідно із законодавством штату California, що те, що я заявляю нижче, є правдивим і вірним.
- Я зрозумів(ла) усі питання у цій формі поновлення та надав(ла) правдиві та вірні відповіді, наскільки мені відомо. Там, де я сам(а) не знав(ла) відповіді, я зробив(ла) усі розумні спроби підтвердити відповідь з тими, хто мав цю інформацію. Я прочитав(ла) або мені прочитали, заяву про конфіденційність, права та обов'язки на наступних сторінках.
- Я знаю, що якщо я не надам вірної інформації на цій формі поновлення, відносно мене може бути передбачене цивільне або кримінальне покарання за неправдиве свідчення, яке може включати до чотирьох років ув'язнення (див. California Penal Code section 126). Я знаю, що інформацію у цій формі поновлення буде використано для того, щоб вирішити, чи мають люди, які подають заяву, право на медичне страхування. Програма Medi-Cal та Covered California зберігатимуть інформацію конфіденційною, як того вимагає федеральний закон та законодавство штату California.
- Якщо що-небудь зміниться у цій формі поновлення відносно будь-якої особи, яка подає заяву на медичне страхування, я погоджуюсь повідомити програму Medi-Cal або зв'язатися з місцевим офісом протягом 10 днів після будь-яких змін. Якщо я маю страховку через Covered California, я погоджуюсь повідомити про будь-які зміни протягом 30 днів.

**Підпишіть та поставте дату нижче.**

Підпис заявника/бенефіціара або уповноваженого представника	Дата (день/місяць/рік)
	

**Не забудьте надати всі поточні докази, якщо потрібно, а також усі додаткові копії або додаткові сторінки.**

---

# Збережіть копію для себе

Ці сторінки містять важливу інформацію про заяву про конфіденційність, права та обов'язки, право на апеляцію та політику недискримінації, а також подання скарги на дискримінацію.

## Заява про конфіденційність

Ця форма поновлення призначена для поновлення пільг від Medi-Cal через Department of Health Care Services (DHCS) та визначення права на отримання медичного страхування через Covered California. Персональна та медична інформація, яку ви надаєте в цій формі є приватною та конфіденційною. DHCS або Covered California потребують цю інформацію для ідентифікації вас або інших людей у цій формі поновлення та для адміністрування наших програм.

Ми будемо передавати вашу інформацію іншим установам в штаті, а також федеральним та місцевим установам, підрядникам, планам охорони здоров'я та програмам лише для того, щоб зареєструвати вас у плані або в програмі або для адміністрування програм, а також іншим державним та федеральним органам відповідно до законодавства.

Ви повинні відповісти на всі запитання в цій формі поновлення, якщо не позначено “необов'язково” або якщо не вказано інше. Якщо у вашій формі поновлення бракує чогось із того, що нам потрібно, ми зв'яжемося з вами для отримання цієї інформації. Якщо ви не надасте ці відомості, ми не зможемо прийняти рішення про продовження вашої участі. Можливо, вам доведеться подати нову заяву. Або ви не зможете отримати медичну страховку через Covered California або вашу заяву на поновлення пільг може бути відхилено.

У більшості випадків ви маєте право переглянути особисту інформацію про себе, яка є наявною у федеральних та штатних записах. Ви можете побачити її також в альтернативному форматі, наприклад великим шрифтом, якщо вам це потрібно. Щоб отримати додаткову інформацію або переглянути записи програми Covered California, зв'яжіться з представником служби конфіденційності за адресою:

### **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 Ofcer  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725  
Телефон: 1-800-300-1506  
TTY: 1-888-889-4500

DHCS повинен виконувати вимоги 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, та інші відповідні закони під час зберігання, використання та розповсюдження інформації, наданої у цій формі.

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

Ви можете знайти Повідомлення щодо практики конфіденційності для програми Medi-Cal за адресою [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov) та для програми Covered California за адресою [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com).

## Права та обов'язки

- Інформація, яку я надав(ла) у цій формі поновлення, наскільки мені відомо, відповідає дійсності. Я знаю, що до мене можуть застосувати покарання, якщо я не повідомляю правду.
- Я розумію, що надану мною інформацію буде використано лише для того, щоб перевірити, чи мають право члени моєї родини, які подають заявку на поновлення медичного страхування.
- Я розумію, що програма Medi-Cal та Covered California зберігатимуть мою інформацію конфіденційною, як того вимагає закон. Для отримання додаткової інформації або доступу до особистої інформації в записах, що ведуться програмою Medi-Cal та Covered California, я можу зв'язатися зі своїм місцевим офісом. Або я можу зв'язатися з офіцером з питань конфіденційності в Covered California за номером **1-800-300-1506** (ТТУ: 1-888-889-4500).
- Я розумію, що для того, щоб отримати право на участь в Medi-Cal, я маю подати заявку на отримання інших доходів або пільг, на які я або будь-який член моєї родини маємо право, якщо у нього чи неї немає вагомих причин відмовитися від цього. Прикладами таких доходів або виплат є пенсії, державні виплати, пенсійні доходи, ветеранські виплати, страхові ренти, виплати по інвалідності, виплати Social Security (також відомі як OASDI або Old Age, Survivors, and Disability Insurance) та виплати по безробіттю. Але такі доходи або пільги не включають пільги з державної допомоги, такі як CalWORKs або CalFresh. Якщо у мене є запитання щодо можливого джерела доходу, я можу зателефонувати за допомогою до місцевого офісу або Covered California за номером **1-800-300-1506** (ТТУ: 1-888-889-4500).
- Якщо мене визнають придатним для участі в Medi-Cal, я маю повідомляти своєму місцевому працівнику що визначає право на участь про будь-які зміни, які можуть вплинути на моє право на медичне страхування, протягом 10 днів після змін в мій місцевий офіс. Ці зміни включають, але не обмежуються наступними:
  - » я переїхав(ла)
  - » мій дохід змінюється
  - » склад мого домогосподарства змінюється (наприклад, одруження/розлучення, вагітність або народження дітей)
  - » я отримую право на участь у іншому медичному страхуванні
- Якщо мене зараховано до Covered California, я розумію, що маю повідомити про зміни протягом 30 днів. Я можу зателефонувати до Covered California за номером **1-800-300-1506** (ТТУ: 1-888-889-4500) або відвідати [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).
- Я розумію, що я маю повідомити про зміни доходів до свого місцевого офісу, оскільки це може вплинути на право на отримання пільг в програмі Medi-Cal або Covered California на суму державної та федеральної фінансової допомоги, яку я можу отримати. Я також розумію, що якщо я отримую занадто велику фінансову допомогу протягом року, мені доведеться повернути додаткову допомогу для сплати внесків або державну субсидію назад до IRS або до California Franchise Tax Board, коли я буду подавати свої федеральні та штатні податкові декларації на доходи за рік допомоги.

- Я надаю свій дозвіл Covered California та програмі Medi-Cal для перевірки комп'ютерних записів інших відомств для підтвердження громадянства, того, чи я законно перебуваю в U.S., перевірки податкової інформації та іншої інформації, пов'язаної лише з правом на медичне страхування для мене чи інших людей в цій формі поновлення.
- Я розумію, що згідно із законодавством інформація, яку я надаю про себе та інших людей щодо цього поновлення для Medi-Cal, перевірятиметься комп'ютером з відомостями роботодавців, банків, SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board, соціальних служб та інших і агенцій, щоб перевірити право на медичне страхування для мене чи інших людей в цій формі поновлення.
- Я знаю, що якщо Medi-Cal сплатить за медичні витрати, будь-які гроші, які я або хтось із цієї форми поновлення отримаємо від іншого медичного страхування або юридичних розрахунків, пов'язаних з цими витратами, надходять до Medi-Cal як оплата витрат, поки всі витрати не будуть сплачені в повному обсязі.
- Для батьків, чия дитина чи діти мають право на Medi-Cal: я знаю, що мене попросять допомогти установі, яка збирає медичну підтримку від будь-кого з батьків на цій формі поновлення, який не проживає з дитиною та не надсилає аліментів для дитини. Якщо я думаю, що така допомога завдасть шкоди мені чи моїм дітям, я можу повідомити про це в програму Medi-Cal і мені не доведеться допомагати.

## Право на апеляцію

Якщо я вважаю, що програма Medi-Cal або Covered California допустили помилку, я можу оскаржити її рішення. Апеляція означає сказати комусь із програми Medi-Cal або Covered California, що я вважаю це рішення неправильним та попросити провести справедливий перегляд рішення.

Я знаю, що маю подати апеляцію протягом 90 днів з моменту прийняття рішення. Я знаю, що можу представляти себе або попросити когось іншого представляти мене під час апеляції, наприклад, уповноваженого представника, друга, родича чи адвоката.

Я знаю, що у разі якщо мені буде потрібна допомога, хтось із програми Medi-Cal, Covered California чи місцевого офісу може пояснити мені мою справу.

### 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

Безкоштовний номер: 1-855-795-0634 або

Безкоштовна лінія для громадських запитів та відповідей:

1-800-952-5253 or TDD 1-800-952-8349

## Політика недискримінації

Програма Medi-Cal (DHCS) та Covered California відповідають вимогам чинних федеральних законів та законів про громадянські права штатів та не здійснюють незаконної дискримінації на основі раси, кольору шкіри, релігії, походження, національного походження, ідентифікації етнічних груп, віку, психічних вад, фізичних вад, стану здоров'я, генетичної інформації, сімейного стану, статі, гендерної ідентичності або сексуальної орієнтації.

Програма Medi-Cal (DHCS) та Covered California не виключають незаконно людей та не ставляться до них по-різному через расу, колір шкіри, релігію, походження, національне походження, ідентифікацію етнічних груп, вік, психічні вади, фізичні вади, стан здоров'я, генетичну інформацію, сімейний стан, стать, гендерну ідентичність або сексуальна орієнтація.

Програма Medi-Cal (DHCS) та Covered California надають людям з обмеженими можливостями безкоштовні засоби допомоги та послуги для ефективного спілкування з нами, такі як кваліфіковані перекладачі мови жестів, а також письмову інформацію в інших форматах (великий друк, аудіо, доступні електронні та інші формати).

Програма Medi-Cal (DHCS) та Covered California також надають безкоштовні мовні послуги людям, основною мовою яких не є англійська, наприклад, кваліфікованих перекладачів та інформацію, підготовлену іншими мовами. Якщо вам потрібні такі послуги, зверніться до DHCS Ofce of Civil Rights за номером **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) або електронною поштою [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov), або зв'яжіться з Covered California за номером **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).

## Подання скарги щодо випадку дискримінації

Якщо ви вважаєте, що програма Medi-Cal (DHCS) або Covered California не надали цих послуг або ви зазнали іншої дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, релігії, походження, національного походження, ідентифікації етнічних груп, віку, психічних вад, фізичних вад, стану здоров'я, генетичної інформації, сімейного стану, статі, гендерної ідентичності або сексуальної орієнтації, ви можете подати скаргу до Ofce of Civil Rights у програмі Medi-Cal (DHCS) або до Координатора з питань громадських прав у Covered California:

### **Medi-Cal Program (DHCS)**

Ofce of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
Телефон: 1-916-440-7370  
(Ext. 711, CA State Relay)  
Електронна пошта: [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)  
Форми для скарг у програмі Medi-Cal  
доступні за адресою:  
[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  
Електронна пошта:  
[CivilRights@covered.ca.gov](mailto:CivilRights@covered.ca.gov)

Ви також можете подати окрему скаргу щодо порушення громадських прав до Федерального Ofce for Civil Rights при U .S. Department of Health and Human Services. Ви можете зробити це, якщо вважаєте, що вас дискримінували за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності чи статі:

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

Пошта: 200 Independence Ave. SW Room 509F

ННН Building, Washington, DC 20201

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

Допомога на онлайн-порталі для скарг: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Онлайн-форми для скарг: [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard\\_cp.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf)