

## ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԱՅԱՆՁ «MEDI-CAL»-Ի ԿՈՂՄԻՑ (MEDI-CAL REQUEST FOR INFORMATION)

- Ծանուցման ամսաթիվը՝
- Գործի համարը՝
- Աշխատողի անունը՝
- Աշխատողի ID համարը՝
- Աշխատողի ֆաքսի համարը՝
- Աշխատողի հեռախոսի համարը՝
- Աշխատանքային ժամերը՝
- ծանուցում դեպի՝

### ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. ՆԱԽ ԿԱՐԴԱՑԵՔ ԱՅՍ ԷՋՈ

«Medi-Cal»-ի Ձեր իրավասության հարցի վերանայումն ավարտելու համար՝ մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ են անհրաժեշտ Ձեզանից: Նախքան Ձեզանից տեղեկություններ պահանջելը, մենք ստուգել ենք մեր ունեցած տվյալները և մեր տրամադրության տակ եղած բոլոր այլ տեղեկությունները: Այդ ստուգման արդյունքում մենք չենք կարողացել գտնել բոլոր այն տեղեկությունները, որոնք մեզ անհրաժեշտ են: Մենք դեռ չունենք հաջորդ էջերում թվարկված այն տեղեկությունները, որոնց դիմացի վանդակում նշան է դրված:

**Մենք պետք է այդ տեղեկությունները ստանանք մինչև \_\_\_\_\_-ը, այլապես Դուք կարող եք կորցնել «Medi-Cal»-ի Ձեր նպաստները՝**

- Այս թերթիկի օգնությամբ Դուք կարող եք հավաքել անհրաժեշտ բոլոր փաստաթղթերը և տեղեկությունները:
- Այս թերթիկը մեզ վերադարձնելու կարիք չկա:
- Դուք կարող եք տեղեկությունները մեզ փոխանցել փոստով, ֆաքսով, հեռախոսով, անձամբ այցելելով կամ առցանց: Պարզելու համար, թե ինչպես առցանց ուղարկել Ձեր տեղեկությունները, դիմեք Ձեր շրջանին:
- Պահանջվող փաստաթղթերը կամ տեղեկությունները մեզ ուղարկելու համար Դուք հետադարձ հասցեով և առաքման համար վճարված ծրար եք ստացել:
- Խնդրում ենք այս էջի վերևում նշված գործի համարը նշել բոլոր այն փաստաթղթերի վրա, որոնք մեզ եք ուղարկում:

- Եթե հարցեր կան լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք կամ չեք կարող տրամադրել պահանջվող տեղեկությունները, խնդրում ենք զանգահարել մեզ՝ այս էջի վերևում նշված հեռախոսահամարով:

**ԿԱՐԵՎՈՐ Է՝ ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԿԱՐԴԱԼ ԱՅՍ ԹԵՐԹԻԿԻ ԲՈԼՈՐ ԷՋԵՐԸ**

**Օգնեք մեզ կապի մեջ մնալ Ձեզ հետ՝**

**Եթե Ձեր հասցեն կամ հեռախոսի համարը փոխվի, զանգահարեք իրավասությունների հարցերով Ձեր աշխատողին:**  
**(Աշխատողի կոնտակտային տվյալները նշված են այս էջի վերևում)**

**ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԱՅԱՆՁ «MEDI-CAL»-Ի ԿՈՂՄԻՑ  
 (MEDI-CAL REQUEST FOR INFORMATION)**

*ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ: ՄԵՁ ԱՆՉՐԱԺԵՇՏ ԵՆ ՄԻԱՅՆ ԱՅՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ, ՈՐՈՆՑ ԴԻՍԱՑԻ ԿԱՆԴԱԿՈՒՄ ՆՇԱՆ Է ԴՐՎԱԾ:*

**Եկամուտը**

Ձեր եկամտի մասին տեղեկությունները կօգնեն մեզ որոշել, թե Դուք որ տիպի ապահովագրության պահանջներին եք համապատասխանում՝ անվճար, ցածր գնով «Medi-Cal»-ի, թե «Covered California»-ի՝ նահանգի առողջապահական նպաստների փոխանակմանը:

- Ամենավերջին վճարման անդորրագրի պատճենը կամ Ձեր գործատիրոջ կողմից տրված հայտարարություն Ձեր աշխատանքի վերաբերյալ (որքան եք Դուք վճարվում մինչև հարկերը, որքան ժամանակը մեկ եք վճարվում, քանի ժամ եք աշխատում)՝ Ձեր յուրաքանչյուր աշխատանքի համար (եթե ավելի քան մեկ տեղ եք աշխատում)՝  
 -ի համար

Եթե Դուք վճարման արդորագրեր չեք ստանում և չեք կարող հայտարարություն վերցնել Ձեր գործատիրոջից/գործատերերից, ապա կարող եք անել հետևյալներից մեկը՝

- տրամադրել մեզ Ձեր ամենավերջին հարկագրի պատճենը՝ -ի համար
- դիմել իրավասությունների հարցերով Ձեր աշխատողին, որ նա կեղծ տեղեկություններ տրամադրելու համար պատիժ կրելու սպառնալիքի տակ կազմված և Ձեր կողմից թվագրված (ամսաթիվը նշված), երդմամբ հաստատված հայտարարություն տա այն մասին, թե Դուք որքան եք վճարվում մինչև հարկերը, որքան ժամանակը մեկ եք վճարվում և քանի ժամ եք աշխատում:

- Եթե Դուք ինքնազբաղ եք, ապա ամենավերջին հարկագրի «Schedule C»-ի պատճենը կամ շահույթի և վնասի վերջին 3 ամսվա տեղեկագիրը՝ -ի համար

- Գործազրկության կամ հաշմանդամության նպաստի ապացույց՝ վճարված նպաստի անդորրագրերի պատճենը կամ նամակ, որը ցույց է տալիս, թե Դուք որքան գումար եք ստացել մինչև հանուրդները՝ -ի համար

- Վետերանի նպաստի (օգնության և խնամքի, հաշմանդամության կամ կենսաթոշակի) ապացույց՝ վճարված նպաստի անդորրագրերի կամ նպաստի հատկացման մասին նամակի պատճենը՝  
-ի համար
- Ստացված սոցիալական ապահովության նպաստի ապացույց՝ վճարված նպաստի անդորրագրերի կամ նպաստի հատկացման մասին նամակի պատճենը՝  
-ի համար
- Ստացած թոշակի կամ կենսաթոշակի ապացույց՝ նպաստի անդորրագրի կամ վճարագրի կտրոնի պատճենը՝  
-ի համար
- Տեղեկություններ Ձեր հարկ վճարողի կարգավիճակի և/կամ ընտանիքի այլ անդամների հարկ վճարողի կարգավիճակի մասին՝  
-ի համար
- Լրացրեք կից ուղարկված թերթիկը՝ «Հարկագրում ընդգրկված ընտանիքի անդամների մասին տեղեկությունների պահանջ» (“Request for Tax Household Information”)(RFTHI) վերնագրով՝  
-ի համար
- Այլ՝

**Հանուրդները**

- Երեխայի խնամքի համար վճարված գումարը, երեխայի ապրուստադրամը, ամուսնական ապրուստադրամը կամ առողջության ապահովագրության համար վճարված գումարը ցույց տվող վճարագրերը կամ ստացականները՝  
-ի համար
- Այլ՝

**Տեղեկություններ «Medi-Cal» պահանջող անձանց մասին**

- Ձեր California-ի վարորդական իրավունքի վկայականի կամ լուսանկար պարունակող որևէ ID-ի պատճենը՝  
-ի համար
- Սոցիալական ապահովության համարը՝  
-ի համար
- Ներգաղթի կարգավիճակը ցույց տվող փաստաթղթերի կամ քարտի պատճենը (պատճենահանեք քարտերի կամ փաստաթղթերի երկու կողմը)՝  
-ի համար

Եթե նույնիսկ Դուք ներգաղթող եք և սոցիալական ապահովության համար կամ ներգաղթի փաստաթղթեր չունեք, որպեսզի տրամադրեք մեզ, հնարավոր է, որ Դուք այնուամենայնիվ կարողանաք օգտվել շտապ օգնության և հղիության հետ կապված ծառայություններից: Եթե Ձեր ներգաղթողի/քաղաքացու կարգավիճակի մեջ որևէ փոփոխություն է տեղի ունեցել, կամ եթե Դուք սոցիալական ապահովության համար կամ ներգաղթի փաստաթղթեր չունեք, խնդրում ենք զանգահարել իրավասությունների հարցերով Ձեր աշխատողին և նրա միջոցով մեզ տեղյակ պահել այդ մասին, որպեսզի մենք ավարտենք Ձեր գործի քննությունը:

**Նախկին հոգեզավակ՝ երիտասարդ տարիքում**

- Ցանկացած փաստաթղթի պատճեն՝ -ի համար, որը ցույց է տալիս, որ Ձեր 18-րդ տարեդարձին Դուք հոգետնային խնամքի տակ եք գտնվել: Մենք Ձեզ խնդրում ենք տրամադրել մեզ այդ տեղեկությունները, քանի որ մեզ չի հաջողվել այն բանի ապացույց գտնել, որ 18 տարեկանում կամ ավելի մեծ տարիքում Դուք հոգետնային խնամքի տակ եք գտնվել:

Մեր կողմից ստուգված տեղեկությունները ցույց են տալիս հետևյալը՝

**Բնակության վայրը**

- Ձեր ներկա հասցեն ցույց տվող որևէ փաստաթուղթ (վարձավճարի ստացական, կոմունալ ծառայությունների հաշիվ և այլն)

**Անձնական կամ անշարժ գույք**

- Ձեր ավտոմեքենաների գրանցման և սեփականության վկայականների պատճենները (եթե մեկից ավելի ավտոմեքենա ունեք)՝ -ի համար
- Ձեր անվենավերջին բանկային քաղվածքի (ընթացիկ, խնայողական հաշվի և այլն) պատճենը՝ -ի համար
- Կյանքի ապահովագրության, արժետոմսերի, պարտատոմսերի, կենսաթոշակի հաշվի քաղվածքի պատճենները՝ -ի համար
- Միացյալ Նահանգներում (United States) կամ երկրից դուրս գտնվող ցանկացած այլ գույքի (Ձեր ներկա բնակության վայրից բացի այլ տների, հողի և այլն) փաստաթղթերը՝
- Այն բանի ապացույց, որ Դուք վաճառել, փոխանակել կամ օտարել եք որևէ գույք կամ փակել եք որևէ հաշիվ՝ -ի համար

**Հաշմանդամությունը/անաշխատունակությունը**

- Հաշմանդամության համար սոցիալական ապահովության նպաստի հատկացման նամակը՝ -ի համար
- Այլ ապացույց այն բանի, որ Դուք այնպիսի ֆիզիկական, հոգեկան կամ զգայական հաշմանդամություն ունեք, որը կտևի 12 ամիս կամ ավելի երկար՝ -ի համար  
 Եթե կարծում եք, որ Դուք կամ Ձեր ընտանիքի՝ «Medi-Cal» ստացող որևէ անդամ հաշմանդամ է, խնդրում ենք դիմել իրավասությունների հարցերով Ձեր աշխատողին:

- Այլ տեղեկություններ, որոնք մեզ անհրաժեշտ են՝