

СОХРАНИТЕ ЭТОТ ДОКУМЕНТ У СЕБЯ

# Что нужно знать при подаче заявления и регистрации в программе Medi-Cal

## Как будут использоваться мои данные после подачи заявления на участие в Medi-Cal?

Окружные отделы социального обеспечения и/или план Covered California попросят вас предоставить ваши личные данные для принятия решения о том, соответствуете ли вы или лицо, за которое вы несете ответственность, критериям для получения льгот Medi-Cal. Вы должны предоставить эту личную информацию, чтобы получать льготы Medi-Cal.

Собранная личная информация о вас может использоваться следующим образом:

- Планом Covered California и окружным отделом социального обеспечения для того, чтобы выяснить, имеете ли вы право на участие в программе Medi-Cal или на регистрацию в программе Covered California.
- Поставщиками административных услуг (administrative vendors) штата для обработки исков и/или оплаты страховых взносов, а также для выдачи идентификационных карт получателя льгот (Benefits Identification Cards) (BICs).
- Министерством здравоохранения и социального обеспечения США (United States Department of Health and Human Services) для аудиторских проверок и проверок с целью контроля качества, а также для подтверждения номеров социального обеспечения (Social Security Numbers) (SSNs).
- При необходимости подтверждения иммиграционного статуса в Департаменте внутренней безопасности (Department of Homeland Security) (DHS). Информация, предоставляемая в DHS, не может использоваться в целях контроля соблюдения иммиграционного законодательства, за исключением случаев совершения мошенничества.
- Поставщиками медицинских услуг и организациями медицинского обеспечения (Health Maintenance Organizations) (HMOs) для подтверждения вашего права на получение услуг.
- При необходимости выявления других медицинских страховок и взыскания расходов. Другими способами, только в случае, если этого требует законодательство.



Информацию о ваших правах на конфиденциальность а и о Medi-Cal см. в документе Department of Health Care Services «Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации» по адресу:

[www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx)

## Какие у меня права при подаче заявления на участие в Medi-Cal?

1. Вы имеете право на справедливое и равное обращение вне зависимости от расы, цвета кожи, национального происхождения, вероисповедания, возраста, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, семейного положения, политических убеждений, наличия статуса ветерана или инвалидности. Вы имеете право подать жалобу, если вы считаете, что программа Medi-Cal подвергла вас дискриминации или не представила

в разумном объеме предусмотренные федеральным законом или законом штата приспособления для лиц с инвалидностью.

Вы можете подать жалобу, позвонив в Department of Health Care Services (DHCS), Отдел по правам человека (Office of Civil Rights) по номеру 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399) или посетив сайт в интернете по адресу: [www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA\\_Title\\_VI\\_Discrimination\\_Complaint\\_Form.docx](http://www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA_Title_VI_Discrimination_Complaint_Form.docx)

2. Вы имеете право пройти оценку с целью установить, имеете ли вы право на участие в какой-либо программе Medi-Cal.
3. Вы имеете право на получение информации о программе Medi-Cal и помощи в подаче заявления на участие в Medi-Cal.
4. Вы имеете право на услуги переводчика, если вам нужна помощь в подаче заявления на участие в Medi-Cal, если у вас есть вопросы или если вам трудно говорить, читать или понимать по-английски.
5. Вы имеете право на личную беседу с сотрудником окружного отдела социального обеспечения.
6. Если вы считаете, что имеете инвалидность, вы можете обратиться в Medi-Cal с просьбой рассмотреть ваше заявление и определить, имеете ли вы право на страховое покрытие для инвалидов.
7. Если вы получали медицинские услуги три месяца, предшествующие месяцу, в котором вы подали заявление, вы имеете право пройти оценку с целью определить, имеете ли вы право на оплату этих услуг за счет программы Medi-Cal. Это называется *ретроспективной правомочностью*. Чтобы получить более подробную информацию или задать вопросы о ретроспективной правомочности, обратитесь в ваш окружной отдел социального обеспечения.
8. Вы имеете право на получение письменной информации о том, соответствуете ли вы критериям для участия в Medi-Cal, или о каких-либо изменениях в вашем статусе правомочности.
9. Вы имеете право на сохранение конфиденциальности всей информации, которую вы предоставляете окружному отделу социального обеспечения или программе Covered California. Вы можете просмотреть личную информацию в обычные приемные часы вашего окружного отдела социального обеспечения.
10. Вы имеете право на получение карточки «неотложной необходимости» Medi-Cal, если вы правомочны и нуждаетесь в неотложной медицинской помощи или беременны.
11. Вы имеете право на получение страховки Medi-Cal во время ожидания проверки вашего иммиграционного статуса, если вы соответствуете всем остальным требованиям для регистрации в программе.
12. Вы имеете право по своему желанию выбрать план медицинского обслуживания Medi-Cal, если в округе, где вы проживаете, предлагается несколько планов Medi-Cal.
13. Передавая в Medi-Cal старые медицинские счета, которые вы еще не оплатили, вы можете снизить сумму вашей частичной оплаты (Share Of Cost) (SOC) при наличии. Для получения дополнительной информации о SOC обратитесь в свой окружной отдел социального обеспечения.
14. Если ваше имущество учитывается при определении соответствия критериям для получения льгот Medi-Cal benefits, вы имеете право сократить свое имущество, чтобы соответствовать ограничениям Medi-Cal на владение имуществом, к последнему дню месяца, в котором вы подали заявление на участие в Medi-Cal. Сотрудник окружного отдела социального обеспечения может предоставить вам более подробную информацию об ограничении на владение имуществом и соответствии требованиям к владению имуществом.
15. Если вы или ваш супруг (супруга) поступили в учреждение долгосрочного ухода (long-term-care) 1 января 1990 г. или позже, вы и ваш супруг (супруга) имеете право получить информацию от программы Medi-Cal о размере отдельного и общего имущества, которое вы можете сохранить и при этом иметь право на участие в Medi-Cal.
16. Вы имеете право на проведение слушания на уровне штата, если по вашему заявлению на получение льгот Medi-Cal не было своевременно вынесено решение. Программа Medi-Cal обязана определить вашу правомочность в течение 45 дней со дня подачи вашего заявления или в течение 90 дней, если основанием вашей правомочности служит инвалидность, кроме случаев, когда вас просили предоставить дополнительную информацию, а вы этого не сделали.

- Если вы хотите, чтобы было проведено слушание на уровне штата по вопросу о своевременности принятия решения о вашей правомочности на участие в Medi-Cal, вы должны подать просьбу об этом. Вы можете подать просьбу о проведении слушания по вопросу своевременности принятия решения о вашей правомочности на участие в Medi-Cal в любое время по истечении 45 или 90 дней.
  - Вы можете подать просьбу о проведении слушания: 1) обратившись в ближайший окружной отдел социального обеспечения; 2) позвонив в Department of Social Services по номеру 1-855-795-0634 или TDD 1-800-952-8349 или 3) подав просьбу в письменной форме в ваш окружной отдел социального обеспечения. Вы можете заполнить раздел на обороте Notice of Action (форму NA Back 9), чтобы подать просьбу о проведении слушания, и отправить форму или другую письменную просьбу в ближайший окружной отдел социального обеспечения. Форму можно получить в вашем окружном отделе социального обеспечения или по адресу [www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Russian/NABack9RS.pdf](http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Russian/NABack9RS.pdf).
17. Вы имеете право на проведение слушания на уровне штата, если вы не удовлетворены решением местного окружного отдела социального обеспечения, DHCS или Covered California, за исключением решений, связанных с программой Health Insurance Premium Payment (HIPP). HIPP не является программой социальной защиты, поэтому права на апелляцию в отношении HIPP не предусмотрены.
- Если вы хотите, чтобы для обжалования решения было проведено слушание на уровне штата, вы должны подать соответствующую просьбу в течение **90 дней** со дня вручения или отправки вам по почте уведомления о решении (NOA).
  - Если вы не получили NOA, вы должны подать просьбу о проведении слушания в течение **90 дней** со дня, когда вы узнали о решении или отказе в действии, которым вы не удовлетворены, кроме случаев, когда отказ в действии вызван задержкой вынесения решения по вашему заявлению на получение льгот Medi-Cal.
  - Вы можете подать просьбу о проведении слушания: 1) обратившись в ближайший окружной отдел социального обеспечения; 2) позвонив в Department of Social Services по номеру 1-855-795-0634 или TDD 1-800-952-8349 или 3) подав просьбу в письменной форме в ваш окружной отдел социального обеспечения. Вы можете заполнить раздел на обороте NOA (форму NA Back 9), чтобы подать просьбу о проведении слушания, и отправить форму или другую письменную просьбу по адресу или по номеру факса, указанному в форме. Вы также можете прийти в местный окружной отдел социального обеспечения и подать просьбу или апелляцию. Форму можно получить в вашем окружном отделе социального обеспечения или по адресу [www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Russian/NABack9RS.pdf](http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Russian/NABack9RS.pdf).
18. Вы имеете право просматривать свое дело Medi-Cal и все правила и руководства по программе Medi-Cal, которые использовались для принятия решения о том, имеете ли вы право на участие в Medi-Cal.
19. Вы имеете право на получение информации обо всех этих программах и помощь в получении этих услуг:
- Child Health and Disability Prevention Program
  - Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children
  - Personal Care Services Program
  - Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program
  - Family Planning Access Care and Treatment Program

20. Вы можете поговорить с социальным работником или сотрудником окружного отдела социального обеспечения о других государственных или частных услугах или ресурсах, таких как CalFresh или CalWORKs.

### **Каковы мои обязанности в случае получения страховки Medi-Cal?**

#### **Вы должны сообщать сотруднику окружного отдела социального обеспечения о любых указанных ниже изменениях в течение 10 дней после наступления изменения:**

1. Ваш доход изменился или изменился доход кого-либо из членов вашей семьи. Это касается случаев повышения или понижения дохода, а также появления или прекращения дохода. Сюда входит доход, источником которого являются Управление социального обеспечения (Social Security Administration) (SSA), кредиты, заключение сделки, трудоустройство, пособие по безработице или любой другой источник.
2. У вас изменился адрес проживания или почтовый адрес.
3. К вам в дом кто-то переехал или из вашего дома кто-то выехал, независимо от того, является ли этот человек вашим родственником или членом семьи. Сюда относятся новорожденные и приемные дети.
4. У вас или у кого-либо из членов вашей семьи родился ребенок, наступила беременность или закончилась беременность.
5. Вы, ваш супруг (супруга) или кто-либо из членов вашей семьи поступаете в дом престарелых или учреждение долгосрочного ухода или возвращаетесь оттуда.
6. Вы получили, передали, отдали или продали недвижимое или личное имущество (в том числе деньги) или открыли или закрыли счет в банке. Это требование применяется только в том случае, когда программа Medi-Cal, в которой вы зарегистрированы или на регистрацию в которой вы проходите оценку, учитывает владение имуществом. Вы также должны сообщить, если кто-либо подарил вам или члену вашей семьи, например, машину, дом или страховые платежи.
7. Ваши расходы были оплачены другим лицом.
8. Вы или кто-либо из членов вашей семьи устроился на работу, поменял работу или больше не работает.
9. У вас изменились расходы в связи с работой или учебой, например расходы на уход за ребенком или расходы на транспорт.
10. Вы или кто-либо из членов вашей семьи, включая детей, получили физическую или психическую инвалидность.
11. Вы или кто-либо из членов вашей семьи подали заявление на предоставление или получили льготы по инвалидности в SSA, Управлении по делам ветеранов (Veterans Administration) или Совете по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта.
12. Вы или кто-либо из членов вашей семьи, подавший заявление на получение или получающий страховку Medi-Cal, изменили гражданство или иммиграционный статус.
13. У вас или у кого-либо из членов вашей семьи изменилось страховое медицинское покрытие.
14. Если вы зарегистрированы в программе Medi-Cal для бывших приемных детей, сообщите социальному работнику в случае, если у вас изменился адрес проживания или почтовый адрес. От вас не требуется сообщать социальному работнику о других изменениях, таких как изменение дохода, места работы или расходов.

**Вы также должны:**

1. В случае необходимости предоставить доказательства того, что вы проживаете в California.
2. Заявить о своем гражданстве или иммиграционном статусе при подаче заявления на участие в Medi-Cal.
3. Сообщить номер социального обеспечения (SSN) любого лица, подающего заявление на предоставление льгот Medi-Cal.
  - Если вы являетесь подданным United States (U.S.), гражданином U.S. или лицом с удовлетворительным иммиграционным статусом, вы должны предоставить SSN. Если у вас его нет, вы должны обратиться за SSN и сообщить номер в окружной отдел социального обеспечения в течение 60 дней после подачи заявления.
  - Вы можете получить помощь в подаче заявления на SSN у сотрудника окружного отдела социального обеспечения. Вы должны сотрудничать с Управлением социального обеспечения (SSA) для разъяснения любых вопросов, которые могут возникнуть, в противном случае ваша регистрация в Medi-Cal будет отклонена или прекращена.
  - Если кто-либо из лиц, указанных в вашем заявлении, которые соответствуют остальным критериям участия в Medi-Cal, не имеет удовлетворительного иммиграционного статуса, он может подать заявление на получение ограниченных льгот Medi-Cal без предоставления SSN.
4. Подайте заявление на получение других доходов или льгот, которые положены вам или кому-либо из членов вашей семьи, если только у вас нет веской причины не подавать заявление. К ним относятся пенсии, государственные пособия, пособие при выходе на пенсию, пособия ветеранов войны, аннуитеты, пособия по инвалидности, социальные пособия (Old Age, Survivors и страхование на случай потери трудоспособности) и пособия по безработице. Сюда не входят пособия по государственному социальному обеспечению, такие как CalWORKs или CalFresh.
5. Подайте заявление на Medicare, если вы имеете право. Право на получение Medicare имеют люди, страдающие слепотой, имеющие инвалидность, абсолютную почечную недостаточность (End Stage Renal Disease), или люди в возрасте 64 лет 9 месяцев или старше. Вы обязаны сообщить поставщикам медицинских услуг о том, что у вас есть оба страховых покрытия: и Medi-Cal, и Medicare.
6. Подайте заявление и зарегистрируйтесь в любом плане медицинского страхования, который предоставляется вам и членам вашей семьи бесплатно.
7. Сообщите в окружной отдел социального обеспечения и поставщику медицинских услуг обо всех медицинских страховках, которые у вас есть или которыми вы имеете право пользоваться, в том числе Medicare. Если вы сознательно не предоставили эту информацию, ваш поставщик услуг может выставить вам счет и вы можете быть обвинены в преступлении.

**Вы понимаете, что:**

1. Вы должны пользоваться другим своим планом медицинского обслуживания (например, Kaiser, TRICARE или Medicare НМО) для получения медицинской помощи, если у вас есть другая медицинская страховка, покрывающая эту услугу. Medi-Cal не может оплачивать услуги, которые покрываются другой страховкой.
2. Если вы проверяете наличие у вас другой медицинской страховки, вы можете: 1) связаться с сотрудником местного окружного отдела социального обеспечения; 2) позвонить по номеру 1-800-541-5555 или 3) заполнить форму отказа от другой медицинской страховки на веб-сайте DHCS по адресу <http://dhcs.ca.gov/ohc>.
3. Если вы или кто-либо из членов вашей семьи получили деньги в качестве выплаты по решению суда в связи с причинением вреда здоровью, включая медицинские расходы, оплаченные Medi-Cal, Medi-Cal имеет право на возмещение расходов из той части выплаты, которую составляют медицинские расходы.
4. Если вы не укажете свои предпочтения относительно того, как вы хотите получать свои льготы, вы и члены вашей семьи можете быть зарегистрированы в плане медицинского обслуживания Medi-Cal по месту жительства.
5. Вы должны поставить подпись на идентификационных карточках получателя льгот (VICs) и использовать их только для получения необходимой медицинской помощи для себя или правомочных членов вашей семьи.
6. Вы должны иметь при себе VIC при обращении к врачу, когда вы больны или вам назначен прием. В экстренных ситуациях, когда у вас при себе нет VIC, вы должны предоставить VIC поставщику медицинских услуг как можно быстрее.
7. Вы должны сообщить в DHCS по адресу <http://dhcs.ca.gov/pi>, когда Medi-Cal оплатила медицинские услуги, полученные вами в результате несчастного случая или травмы, причиненной другим человеком. Сюда входит травма на рабочем месте, когда может быть подан иск о выплате денежных компенсаций работникам.
8. Вы должны сотрудничать с органами штата или округа в установлении отцовства и определении возможного страхового покрытия, которое, возможно, полагается вам или вашей семье в связи с отсутствием родителя, кроме случаев, когда вы беременны.
9. Вы должны сотрудничать с органами штата, если проверка с целью контроля качества коснется вашего случая. Если вы откажетесь сотрудничать, ваши льготы Medi-Cal будут прекращены.
10. Если вы не подадите заявление, не сохраните бесплатную страховку или страховку, оплачиваемую штатом, ваши льготы и права на Medi-Cal будут отклонены или прекращены.
11. Если вы не предоставите необходимую информацию или если вы предоставите заведомо ложную информацию, ваши льготы и права на Medi-Cal могут быть отклонены или прекращены. Ваш случай также может быть расследован в связи с подозрением в совершении мошенничества.
12. Информация, предоставляемая вами при подаче заявления на участие в Medi-Cal, будет сопоставлена компьютером с фактами, предоставленными сотрудниками, банками, SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board, учреждениями социального обслуживания и другими учреждениями. Это необходимо для подтверждения дохода, гражданства, удовлетворительного иммиграционного статуса и другой соответствующей информации, чтобы определить, соответствуете ли вы и члены вашей семьи критериям для получения медицинской страховки. Вы имеете право предоставить доказательства в окружной отдел социального обеспечения и/или в программу Covered California для исправления ошибочной информации.

13. Любые изменения в информации о вас или об одном из членов вашей семьи могут повлиять на правомочность других членов семьи.
14. Сообщать свой SSN и информацию об иммиграционном статусе или статусе гражданства должны только лица, подающие заявление на участие в Medi-Cal. Лица, не подающие заявление на участие в Medi-Cal, не обязаны предоставлять SSN или доказательства иммиграционного статуса или статуса гражданства. Вы можете предоставить SSN лица, не являющегося заявителем, чтобы помочь определить, соответствуют ли критериям для участия другие члены семьи.
15. Лица, которые не имеют удовлетворительного иммиграционного статуса и которые соответствуют остальным критериями для участия в Medi-Cal, могут подать заявление на предоставление ограниченных льгот Medi-Cal, не подавая заявление или не сообщая SSN.
16. Информация об иммиграционном статусе, указанная в заявлении на участие в Medi-Cal, является конфиденциальной и защищенной в соответствии с требованием законодательства.
17. В зависимости от вашего дохода, вам, возможно, придется платить ежемесячный страховой взнос в некоторых программах Medi-Cal. В других программах вам, возможно, придется оплачивать некоторые расходы в зависимости от вашего месячного дохода. Если у вас есть страховка Medi-Cal с SOC, вам, возможно, придется оплачивать или дать обязательство оплачивать ваши медицинские расходы ежемесячно в сумме до достижения SOC, прежде чем Medi-Cal начнет оплачивать услуги.
18. Если вы немедленно не сообщите об изменениях в вашей личной информации и затем получите льготы Medi-Cal, которые вам не положены, вам, возможно, придется возместить оплату DHCS.
19. Вы или другой член семьи, получающий Medi-Cal, **не** должны получать государственную помощь из другого штата.
20. Если вы получаете Medi-Cal на основании инвалидности и вы подаете заявление на предоставление льгот по инвалидности от SSA, и SSA откажет вам в иске в связи с инвалидностью, ваша страховка Medi-Cal может быть прекращена.
  - Если вы немедленно подадите апелляцию на отказ SSA, вы продолжите получать льготы Medi-Cal до тех пор, пока SSA не вынесет окончательное решение.
  - Если SSA удовлетворит вашу апелляцию, вы продолжите получать льготы Medi-Cal.
  - Если SSA отклонит вашу апелляцию, предоставление вам льгот Medi-Cal может прекратиться.
21. В качестве условия вашего права на получение Medi-Cal штат автоматически получает все права на медицинскую помощь и оплату медицинских услуг для вас и всех правомочных лиц, за которых вы несете юридическую ответственность.
22. Если медицинская помощь полагается по решению суда в связи с отсутствием родителя у ваших детей, страховая компания должна разрешить вам зарегистрироваться и должна предоставлять льготы вашим детям без согласия отсутствующего родителя.
23. Поставщики услуг Medi-Cal не могут взимать с вас доплаты, платежи по сострахованию или франшизы, предусмотренные частным страхованием, кроме случаев, когда оплата используется в счет Medi-Cal SOC, доплаты или и того, и другого.
24. Когда вы подадите заявление на участие в Medi-Cal, вы пройдете оценку с целью определить, соответствуете ли вы критериям для участия в других программах помощи, в том числе в программе HIPR.

25. Если у вас есть другое страховое медицинское покрытие, вы можете использовать Medi-Cal только для оплаты услуг, не покрываемых другим планом медицинского обслуживания. Ваш поставщик услуг Medi-Cal должен подтвердить, что услуга не покрывается, прежде чем выставить счет Medi-Cal.
26. Если вы поступили в дом престарелых и вы не планируете возвращаться домой, штат может наложить арест на ваше имущество.
27. После вашей смерти штат должен потребовать возмещения за счет вашего имущества стоимости всех услуг Medi-Cal, которые вы получили после достижения возраста 55 лет (включая страховые взносы, уплаченные от вашего имени). Это правило не распространяется на период жизни пережившего супруга или зарегистрированного партнера или в случае, если после вашей смерти остается ребенок в возрасте младше 21 года или ребенок любого возраста, который страдает слепотой или имеет инвалидность (согласно определению федерального закона Social Security Act), или если взыскание расходов создаст затруднительные обстоятельства для ваших наследников. Пожалуйста, сообщите своим наследникам об этом потенциальном действии по возмещению расходов.
28. Если вы оставите активы на момент своей смерти, то после смерти пережившего супруга или зарегистрированного партнера штат имеет право подать иск в отношении имущества пережившего супруга или зарегистрированного партнера или любого получателя этих активов. Возмещение расходов ограничивается суммой льгот, оплаченных Medi-Cal от вашего имени, или стоимостью активов, которыми вы владели на момент смерти, в зависимости от того, какая сумма меньше.
29. Штат может потребовать возмещения за счет вашего имущества расходов на услуги, которые вы получили (включая страховые взносы, уплаченные от вашего имени) до достижения возраста 55 лет, если вы были стационарным пациентом в доме престарелых, в учреждении, предоставляющем временный уход для умственно отсталых, или в другом медицинском заведении. Для получения дополнительной информации обратитесь к сотруднику окружного отдела социального обеспечения или на веб-сайт DHCS по адресу <http://dhcs.ca.gov/er>.

СОХРАНИТЕ ЭТОТ ДОКУМЕНТ У СЕБЯ