

**«MEDI-CAL»-Ի ԱՆՂԱՍՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԵԿԱՆ ՎԵՐԱՀԱՍՏԱՏՄԱՆ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ**  
**Դուք պետք է լրացնեք այս հարցաթերթիկը և վերադարձնեք շրջանին, որպեսզի**  
**պահպանեք Ձեր «Medi-Cal»-ը**

<b>Գործի համարը</b> (կամ ընտրակաճ)	<b>Սոցիալական ապահովության համարը</b> (կամ ընտրակաճ)	
<b>Մեծատառերով գրեք Ձեր լրիվ անունը</b> (եթե չեք փոխել բնակության վայրը, հասցեապիտակը դրեք այստեղ, եթե Ձեզ տրվել է:)	<b>Ծննդյան ամսաթիվը</b> (կամ ընտրակաճ) (աա/օօ/տտտտ)	
<b>Ներկա հասցեն՝ փողոցը, բնակարանի համարը</b> <input type="checkbox"/> (նշան դրեք, եթե հասցեն նոր է)	<b>Քաղաքը/նահանգը</b>	<b>Փոստային ինդեքսը</b>
<b>Փոստային հասցեն</b> (եթե տարբեր է վերը նշվածից)	<b>Քաղաքը/նահանգը</b>	<b>Փոստային ինդեքսը</b>

Թանաքով **ՄԵԾԱՏԱՌԵՐՈՎ** գրեք Ձեր պատասխանները: Մի մոռացեք ստորագրել հարցաթերթիկը և նշել ամսաթիվը: Հարցաթերթիկը վերադարձրեք կից, առաքման համար վճարված ծրարում: Եթե տեղը չի բավականացնում, առանձին թուղթ կցեք հարցաթերթիկին: Եթե հարցեր կամ օգնության կարիք ունեք այս հարցաթերթիկը լրացնելու հարցում, զանգահարեք Ձեր աշխատողին՝ «Անդամության տարեկան վերահաստատման մասին ծանուցման» (Annual Redetermination Notice) վրա նշված հեռախոսահամարով:

**Բաժին 1. Եկամուտը**

(a) Դուք կամ ընտանիքի Ձեզ հետ բնակվող որևէ անդամ աշխատավարձ, երեխայի կամ որևէ այլ տիպի ապրուստադրամ, սոցիալական ապահովության նպաստ, վետերանների նպաստ, գործազրկության կամ անաշխատունակության նպաստ, կենսաթոշակ, նվերներ, տոկոսներ կամ շահույթաբաժին ստանում ե՞ք:

այո  ոչ

Եթե այո, լրացրեք հետևյալը և եկամուտի յուրաքանչյուր աղբյուր նշեք առանձին տողի վրա:  
*Կցեք գումարների ստացման վճարագրերի ամենավերջին կտրոնները, որոնք ցույց են տալիս եկամուտը մինչև հարկերը և պահումները, նպաստների կամ պարգևների տրամադրման մասին նամակները, աշխատավարձի վճարագրերը կամ գործատուի կողմից ստորագրված հայտարարությունը կամ անցյալ տարվա դաշնային եկամտահարկագիրը: Եթե եկամուտն առաջացել է ինքնազբաղ գործունեության արդյունքում, ուղարկեք Ձեր ամենավերջին հարկագրի կամ շահույթի և վնասի տեղեկագիրը:*

Եկամուտ ստացող անձի անունը (նշեք անունը և ազգանունը)	Եկամուտի աղբյուրը	Եկամուտի չափը (մինչև պահումները)	Որքան հաճախ է վճարվում (շաբաթը մեկ, ամիսը մեկ, ամիսը երկու անգամ)	Աշխատած ժամերի քանակը (շաբաթական կամ ամսական)

(b) Դուք կամ ընտանիքի Ձեզ հետ բնակվող որևէ անդամ միանգամայն անվճար վարձակալություն, կոմունալ ծառայություններ, սնունդ կամ հագուստ ստանում ե՞ք:

այո  ոչ

Եթե այո, ապա ո՞վ: \_\_\_\_\_  
 Ի՞նչն է անվճար եղել: \_\_\_\_\_

(c) Անվճար վարձակալությունը, կոմունալ ծառայությունները, սնունդը կամ հագուստը կատարված աշխատանքի դիմաց է տրամադրվել:

այո  ոչ

**Բաժին 2. Ժախսերը և պահումները**

Դուք կամ ընտանիքի Ձեզ հետ բնակվող որևէ անդամ վճարում է երեխայի կամ չափահաս անձի խնամքի համար, կատարում է առողջության ապահովագրության մուծումներ, «Medicare»-ի անդամավճար, դատարանի որոշմամբ սահմանված՝ երեխայի կամ որևէ այլ տիպի ապրուստադրամ կամ ուսման վարձ վճարում է:

այո  ոչ

Եթե այո, լրացրեք հետևյալը և յուրաքանչյուր ծախս/պահում նշեք առանձին տողի վրա:

Ծախսերի/պահումների ապացույց կցեք:

Ծախսեր կատարող/պահումներ տրամադրող անձի անունը (նշեք անունը և ազգանունը)	Ծախսի կամ պահման տեսակը	Վճարվող գումարը	Ում է վճարվում	Որքան հաճախ է վճարվում (շաբաթը մեկ, ամիսը մեկ, ամիսը երկու անգամ)

**Բաժին 3. Առողջության այլ տիպի ապահովագրություն**

(a) Դուք կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ վերջին 12 ամսվա ընթացքում փոխել է առողջապահական, ատամնաբուժական, ակնաբուժական կամ «Medicare»-ի ծրագիրը կամ ապահովագրությունը կամ նորը ստացել է:

այո  ոչ

Եթե այո, ապա ու՞մ է պատկանում այդ նպաստային ծրագիրը/ապահովագրությունը: \_\_\_\_\_

Ի՞նչ տիպի նպաստային ծրագիր/ապահովագրություն է դա: \_\_\_\_\_

(b) Ընտանիքի Ձեզ հետ բնակվող որևէ անդամ երիկամազերծման (երիկամի դիալիզի) հետ կապված ծառայություններ ստանում է:

այո  ոչ

Եթե այո, ապա ո՞վ: \_\_\_\_\_

(c) Ընտանիքի Ձեզ հետ բնակվող որևէ անդամի վերջին 2 տարվա ընթացքում օրգանի փոխպատվաստում կատարվել է:

այո  ոչ

Եթե այո, ապա ու՞մ: \_\_\_\_\_

**Բաժին 4. Կյանքի պայմանները**

(a) Ձեր տան բնակիչներից որևէ մեկը վերջին 12 ամսվա ընթացքում փոխադրվել է Ձեր տուն կամ տանից հեռացել է, սկսել է որևէ մեկի հետ միասին ապրել, ամուսնացել է կամ երեխա ունեցել է (Օրինակներ՝ տանը երեխա է ծնվում, երեխան կամ չափահաս անձը փոխադրվում են Ձեզ հետ ապրելու կամ հեռանում են տանից, բացակա ծնողը տուն է վերադառնում):

այո  ոչ

Եթե այո, լրացրեք հետևյալը.

Անունը (նշեք անունը և ազգանունը)	Հարաբերությունը Ձեզ հետ	Ի՞նչն է փոխվել	Փոփոխության ամսաթիվը

(b) Ձեզ հետ բնակվող որևէ մեկը, որը «Medi-Cal» չի ստանում, ցանկանում է անդամագրվել ծրագրին:

այո  ոչ

Եթե այո, ապա ո՞վ: \_\_\_\_\_

(c) Եթե տանը նորածին կա, որտե՞ղ է նա ծնվել: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Քաղաքը Նահանգը Շրջանը

**Բաժին 4. Կյանքի պայմանները** շարունակություն

(d) Ձեզ հետ բնակվող որևէ մեկը ստացիոնար բուժօգնություն ստացե՞լ է մասնագիտացված խնամքի հաստատությունում կամ բուժօգնությունում:  այո  ոչ

Եթե այո, ապա ո՞վ է: \_\_\_\_\_

(e) Ձեր տանը հղի կին կա՞:  այո  ոչ

Եթե այո, ապա ո՞վ է: \_\_\_\_\_

Սպասվող երեխաների թիվը \_\_\_\_\_ Ծննդյան նախատեսված ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_

**Բաժին 5. անշարժ կամ անձնական գույքը**

(a) Նշեք ընտանիքի Ձեզ հետ բնակվող անդամների մոտ պահվող կանխիկ գումարի և չկանխիկացված վճարագրերի ընդհանուր գումարը: \$ \_\_\_\_\_

(b) Որևէ մեկն ունի՞ ընթացիկ կամ խնայողական հաշիվ, կյանքի ապահովագրություն, երկարատև խնամքի ապահովագրություն, ավտոմեքենա, դատարանի վճռով տրամադրվող գումար կամ փոխհատուցում, արժեթուղիներ, պարտատուներ, կենսաթոշակի գումարներ, որևէ խնամառու հիմնադրամի պահ տված գումար կամ գույք, անշարժ գույք, ավտոմեքենա, ընկերության հաշիվներ կամ սեփականություն, սովորական մուրհակներ, գրավադրման փոխառություններ, խնամառության վավերագրեր, ճանապարհորդական տուև-մեքենաներ, թաղման համար պահ տրված կամ կողք դրված գումարներ, տարեվճարներ, զոհարեղեն (ոչ ընտանեկան կամ հարսանեկան) կամ նավթի կամ հանքերի նկատմամբ իրավունքներ:  այո  ոչ

(c) Վերջին 12 ամսվա ընթացքում ընտանիքի Ձեզ հետ բնակվող որևէ անդամ որևէ գումար կամ գույք փոխանցե՞լ է այլ անձի կամ վաճառե՞լ է, կամ այս բաժնում նշվածներից որևէ մեկը ծախսվե՞լ է կամ օգտագործվե՞լ է բժշկական ծախսերի փոխհատուցման համար:  այո  ոչ

Ծանոթություն: Եթե Դուք «այո» եք պատասխանել (b) կամ (c), հարցերին, Դուք պետք է նաև սեփականության մասին լրացուցիչ հարցաթերթիկ լրացնեք, ուղարկեք այն շրջանին և հաստատում տրամադրեք:

**Բաժին 6. փոփոխություն ներգաղթի կամ քաղաքացիության կարգավիճակի մեջ**

Փոփոխություն տեղի ունեցե՞լ է Ձեզ հետ բնակվող որևէ անձի ներգաղթի կամ քաղաքացիության կարգավիճակի մեջ, որը «Medi-Cal»-ի անդամ է կամ վերջին 12 ամսվա ընթացքում ցանկացել է «Medi-Cal»-ի անդամ դառնալ: (Եթե Ձեր ներգաղթի կարգավիճակը փոխվել է, հնարավոր է, որ Դուք իրավունք ունենաք «Medi-Cal»-ի ամբողջական նպաստներ ստանալու: )  այո  ոչ

Եթե այո, ստորև նշեք անուն(ներ)ը և նոր կարգավիճակի ապացույց ներկայացրեք:

Անձի անունը (նշեք անունը և ազգանունը)	Կարգավիճակի փոփոխությունը (կարգավիճակի ապացույց ներկայացրեք)

**Բաժին 7. կուրությունը/անաշխատունակությունը/հաշմանդանությունը**

(a) Դուք կամ ընտանիքի Ձեզ հետ բնակվող որևէ անդամ այնպիսի մի ֆիզիկական կամ հոգեկան խնդիր ունի՞, որը նրա համար դժվար է դարձնում աշխատելը, իր կարիքները հոգալը կամ Ձեր երեխաների խնամելը:  այո  ոչ

Եթե այո, ապա ո՞վ է: \_\_\_\_\_

(b) Տվյալ ֆիզիկական, հոգևոր կամ առողջական խնդիրը դժբախտ պատահարի կամ վթարի հետևանք է:  այո  ոչ

Եթե այո, բացատրեք: \_\_\_\_\_

**Բաժին 8. Այլ տեղեկություններ առողջապահական ծրագրի մասին և ուղեգրեր**

- (a) Նշան դրեք այս վանդակում, եթե Ձեր երեխան ծախսերի բաժնով «Medi-Cal» է ստանում, և Դուք չեք ցանկանում, որ Ձեր երեխայի մասին տեղեկությունները տրամադրվեն ցածր գներով «Healthy Families Program»-ին:
- (b) Դուք ցանկանո՞ւմ եք տեղեկություններ ստանալ մինչև 21 տարեկան երեխաների համար նախատեսված անվճար առողջապահական ծրագրի մասին («Child Health and Disability Prevention Program»-ի, որը հայտնի է նաև CHDP անունով):  այո  ոչ
- (c) Դուք ցանկանո՞ւմ եք տեղեկություններ ստանալ հղի կամ կրծքով կերակրող կանանց և մինչև 5 տարեկան երեխաների համար նախատեսված լրացուցիչ սննդամթերքի անվճար ծրագրի մասին («Women, Infants, and Children Program»-ի, որը հայտնի է նաև WIC անունով):  այո  ոչ
- (d) Դուք ցանկանո՞ւմ եք տեղեկություններ ստանալ «Personal Care Services Program»-ի՝ տարեց, կույր կամ հաշմանդամ անձանց՝ տան պայմաններում խնամք տրամադրվող ծրագրի մասին (որը հայտնի է նաև «In-Home Supportive Services» անունով):  այո  ոչ

**Բաժին 9. ստորագրություն և հաստատում**

Այս հարցաթերթիկը լրացնողը պետք է կարդա և ստորագրի ստորև:

- ▶ Ես ստացել և կարդացել եմ «Կարևոր տեղեկություններ «Medi-Cal»-ի անդամության հայց ներկայացնողների համար» (MC 219) հարցաթերթիկի օրինակը:
- ▶ Ես տեղյակ եմ MC 219 հարցաթերթիկում նշված իմ բոլոր պարտավորությունների մասին, հասկանում և հանձն եմ առնում կատարել դրանք:
- ▶ Ես հաստատում եմ, որ փոփոխությունից հետո տասն օրվա ընթացքում ծրագրին տեղյակ կպահեն եկամուտի, սեփականության մեջ տեղի ունեցած և/կամ այլ կարգի փոփոխությունների մասին, որոնք կարող են ազդել «Medi-Cal»-ի իրավասության վրա:
- ▶ Ես հասկանում եմ, որ բոլոր տվյալները, որոնք ես տրամադրել եմ այս հարցաթերթիկի վրա, այդ թվում՝ նպաստների և եկամուտի մասին տեղեկությունները, կարող են ուսումնասիրվել և ստուգվել:
- ▶ Կալիֆոռնիայի նահանգի օրենսդրության համաձայն՝ կեղծ վկայություն տալու համար դատական պատասխանատվության ենթարկվելու սպառնալիքի տակ, ես հայտարարում եմ, որ այս հարցաթերթիկի վրա նշված բոլոր տեղեկությունները ճշմարիտ և ճշգրիտ եմ:

<b>Ստորագրություն</b>	<b>Ամսաթիվ</b>
-----------------------	----------------

<b>Ցերեկային կամ ուղերձներ ընդունող հեռախոսի համարը</b>	<b>Տան հեռախոսի համարը</b> <input type="checkbox"/> (եթե նոր համար է, նշան դրեք այստեղ)
---	---

**Վկայի ստորագրությունը (եթե ստորագրության փոխարեն նշան է դրված), թարգմանիչը կամ օգնող անձը**

— Շրջանի ներքին օգտագործման համար —

Referrals		Follow-up Forms		
<input type="checkbox"/> HF	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> MC 13	<input type="checkbox"/> MC 210 PS	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> CHDP	<input type="checkbox"/> PCSP		<input type="checkbox"/> DDSD Packet	