

**MEDI-CALԻՅ՝ HEALTHY FAMILIES
ԿՅՈՂ ՀԱՄԱԶԱՅՆԱԳԻՐ**

Քաունթիի Վերադարձ Հասցե

Medi-Cal Recipient Address

Թվական: _____
Քեյսի համար: _____
Աշխատողի անուն: _____
Աշխատողի համար: _____
Աշխատողի հեռախոս: _____
Աշխատանքի ժամեր: _____
Իմացի նյութը: _____

Վերևում նշված ձեր երեխաներին կարող է հասնի ցած արժեքի առողջապահական ապահովագրություն՝ Healthy Families Program-ի (HFP) միջոցով: Նրանք առանց վճարամասի Medi-Cal կստանան մեկ ամսվա համար որպեսզի դուք ժամանակ ունենաք HFP-ի դիմելու: Եթե մեզ տաք ձեր համաձայնությունը, մենք ձեր գործի տեղեկությունը կուղարկենք HFP-ին և ձեզ պետք չի լինի նոր դիմում ներկայացնել HFP-ին:

HFP-ի առավելություններն են՝

- Ընտրություն՝ առողջական, ատամի և տեսողության ապահովագրության ծրագրերի:
- Ցած ամսական վճարամաս, ամիսը \$4 յուրաքանչյուր երեխայի համար, ամենաշատը \$45 ամբողջ ընտանիքի համար:
- Առանց վճարամասի՝ հիվանդությունը արգիլող ծառայություններ (ինչպես՝ պատվաստումներ):
- \$5 վճարամաս՝ բժիշկի այցելության և դեղերի համար:

Եթե դուք համաձայն եք, որ մենք ձեր գործի տեղեկությունը ուղարկենք HFP, HFP-ը ձեր Medi-Cal-ի տեղեկությունը կընդունի իբր ձեր HFP-ի դիմումը: Եթե համաձայնվեք, դուք պետք չունեք լրացնել նոր HFP-ի դիմումնագիր: HFP-ը ձեզ հետ կը կապվի և կասի թե հավելյալ ինչ տեղեկություն պետք ունի ձեզանից:

Եթե ցանկանում եք ձեր համաձայնությունը տալու որ, ձեր տեղեկությունը ուղարկենք HFP-ին, պետք է նշեք այն տուփիկը ուր ասում է Ես համաձայնություն եմ տալիս որ իմ գործի տեղեկությունը ուղարկվի HFP-ին: Դուք պետք է ստորագրեք և թվականը նշեք այս թերթիկի վրա և վերադարձնեք վերելը նշված քաունթիի հասցեին: Նաև, դուք պետք է զանգեք ձեր Medi-Cal-ի աշխատողին և ասեք որ ցանկանում եք ձեր համաձայնությունը տալ:

Եթե չեք ցանկանում տալ ձեր համաձայնությունը, այս թերթիկը ՄԻ ՎԵՆԱԴԱՐՁՐԵՔ: Եթե չվերադարձնեք այս թերթիկը, համաձայնություն տված ՉԵՔ ԼԻՆԻ: Ձեր Medi-Cal-ի գործի տեղեկությունը չի ուղարկվի HFP և ձեր երեխաները HFP առողջապահական ապահովագրություն չեն ստանա, մինչև դիմեք:

Դուք կարող եք HFP/Medi-Cal-ի դիմումնագիր ստանալ՝ զանգահարելով 1 (800) 880-5305.

Ես համաձայնություն եմ տալիս որ իմ գործի տեղեկությունը ուղարկվի HFP-ին:

Ստորագրություն. _____ Ամսաթիվ. _____ Հեռախոս. _____
(Վերադարձրեք այս թերթիկը կամ զանգահարեք ձեր պատասխանը հինգ օրվա ընթացքին)

Եթե ունեք որևէ հարցեր կամ կարիք ունեք հավելյալ տեղեկության, խնդրեմ կապվեք ձեր Medi-Cal-ի աշխատողին՝ որի տեղեկությունը նշվել է այս թերթիկի վերևի աջ անկյունում: Խնդրեմ զանգահարեք 1 (800) 880-5305 եթե ուզում եք հավելյալ տեղեկություն HFP-ի մասին: