

**Coronavirus-ի (COVID-19) ստուգման ծախսերի փոխհատուցման դիմում**

Լրացրեք այս ձևաթուղթը, որպեսզի օգնություն ստանաք coronavirus-ի (COVID-19) որոշ թեստերի, թեստերի հետ առնչվող ծախսերի և բուժման ծախսերի վճարման հարցում:

Այս ձևաթղթի օգնությամբ իրավունակ ճանաչվելու դեպքում՝ Դուք առողջության այնպիսի ապահովագրություն կստանաք, որը կվճարի միայն coronavirus-ի ստուգման նպաստակով կատարվող բժշկական թեստերի ծախսերը:

Պարզելու համար, թե արդյոք Դուք իրավունակ եք «Medi-Cal»-ի կամ «Covered California»-ի միջոցով տրամադրվող այլ առողջապահական նպաստների և ծառայությունների համար, հարկավոր է լրացնել ամբողջական ձևաթուղթը, որը գտնվում է [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) հասցեում:

1. Անունը	2. Միջին անունը	3. Ազգանունը	4. Նախդիրը (եթե կա)
5. Սեռը՝ <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական			6. Ծննդյան ամսաթիվը (MM/DD/YYYY)
7. California-ում եք ապրում: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ			8. Ո՞ր շրջանում եք ապրում:
9. <input type="checkbox"/> Եթե անապաստան եք, նշան դրեք այս վանդակում և փոստային հասցեի դաշտում նշեք, թե ինչպես կարող ենք կապ հաստատել Ձեզ հետ:			
10. Բնակության հասցեն ( <i>տան համարը և փողոցը</i> )			Բն. թ.
Քաղաքը		Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
11. Փոստային հասցեն (եթե տարբեր է բնակության հասցեից)			Բն. թ.
Քաղաքը		Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
12. Զանգահարելու լավագույն համարը՝	13. Այլ հեռախոսի համար՝	14. Էլ. փոստի հասցեն	
15. Ո՞ր լեզվով եք ամենալավը խոսում:			16. Ո՞ր լեզվով եք ամենալավը կարդում:

<p>17. Social Security-ի համարը (SSN) _____</p> <p><i>Եթե Դուք ունեք Social Security-ի համար (SSN), ապա պետք է ներկայացնեք այն, երբ դիմում եք Ձեզ համար առողջության ապահովագրություն ստանալու: Social Security-ի համարի (SSNs) օգնությամբ մենք ստուգում ենք Ձեր եկամուտը և այլ տեղեկություններ, որպեսզի պարզենք, թե արդյոք Դուք իրավունակ եք առողջության ապահովագրման ծախսերի վճարման հարցում օգնություն ստանալու համար: Եթե Դուք դիմում եք ապահովագրության համար և SSN չունեք, բայց կցանկանայիք ունենալ, այցելեք <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>. Անգամ SSN չունենալու դեպքում Ձեզ կարող է որոշ կարգի ապահովագրություն հասնել: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք «Medi-Cal»-ի օգնության հեռախոսագիծ՝ (800) 541-5555 համարով:</i></p>	
<p>18. Դուք ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատակ եք: Եթե «Այո», անցեք 19-րդ կետին: Եթե «Ոչ», անցեք 20-րդ կետին: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>	
<p>19. Դուք հպատակագրված կամ ծնողների շնորհիվ քաղաքացիություն ստացած քաղաքացի՞ եք: Եթե «Այո», լրացրեք a-ը կամ b-ն և անցեք 21-րդ կետին: Եթե «Ոչ», անցեք 21-րդ կետին: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>	
<p>a. Alien Number/USCIS Number՝</p>	<p>b. Հպատակագրման/քաղաքացիության համարը՝</p>
<p>20. Եթե Դուք ԱՄՆ քաղաքացի կամ հպատակ չեք, Դուք ներգաղթողի օրինական կարգավիճակ ունե՞ք: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ  <i>Եթե այո, նշեք փաստաթղթի տեսակը և պատասխանեք ստորև բերված այն հարցերին, որոնք վերաբերում են Ձեզ:</i></p>	
<p>a. ներգաղթողի փաստաթղթի տեսակը՝</p>	<p>b. ներգաղթողի կարգավիճակը (կամընտրական)՝</p>
<p>c. Անունը, ինչպես նշված է ներգաղթողի փաստաթղթում՝</p>	
<p>d. Alien Number/USCIS Number՝</p>	<p>e. I-94 համարը՝</p>
<p>f. Անձնագրի համարը՝</p>	<p>g. Որ երկրում է տրված՝</p>
<p>h. SEVIS ID՝</p>	<p>i. Այլ (քարտի համարը կամ վիզայի համարը)՝</p>
<p>21. ներկայումս Դուք «Medicare» ունե՞ք: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>	<p>22. ներկայումս Դուք առողջության որևէ այլ ապահովագրություն ունե՞ք: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>

## **ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

- Ես տեղյակ եմ, որ դաշնային օրենքի համաձայն՝ DHCS-ն ապօրինի կերպով խտրականություն չի կիրառում՝ սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, դավանանքի, նախնիների, ազգային պատկանելության, որևէ էթնիկական խմբի հետ իրեն նույնացնելու, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, հիվանդության, գենետիկական տեղեկության, ընտանեկան վիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության, սեռական կողմնորոշման կամ քաղաքացիական իրավունքների մասին դաշնային կամ նահանգային օրենսդրության պաշտպանության տակ գտնվող որևէ այլ հանգամանքի պատճառով:
- Գանգատները կարելի է ուղարկել՝ զանգահարելով Office of Civil Rights, Department of Health Care Services՝ (916) 440-7370 հեռախոսահամարով կամ գրելով P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413 կամ էլեկտրոնային հաղորդագրություն ուղարկելով [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov) հասցեով:
- Ես տեղյակ եմ, որ այս ձևաթղթում պարունակվող տեղեկությունները կօգտագործվեն առողջության ապահովագրություն ստանալու իմ իրավունակությունը որոշելու, ապահովագրության համար վճարներ ստանալու և ապահովագրության համար վճարման հարցում օժանդակություն ցույց տվող ծրագրերի օրինական նպատակներով:
- Եթե այս ձևաթղթում նշված որևէ անձ իրավունակ է «Medi-Cal» ստանալու, ես «California Department of Health Care Services»-ին իրավունք եմ տալիս հաշիվ ներկայացնելու և գումար ստանալու առողջության ապահովագրության այլ ընկերություններից, դատական որոշումներից և այլ երրորդ կողմերից:
- Այս ձևաթղթում նշված տեղեկությունները մեզ անհրաժեշտ են, որպեսզի ստուգենք COVID-19-ի ստուգման նպատակով իրականացվող թեստերի, թեստերի հետ առնչվող ծախսերի և բուժման ծախսերի վճարման հարցում օգնություն ստանալու Ձեր իրավունակությունը: Մենք կստուգենք Ձեր պատասխանները՝ մեր էլեկտրոնային տվյալների շտեմարանում, ինչպես նաև «Social Security»-ի և «Department of Homeland Security»-ի տվյալների շտեմարաններում պարունակվող տեղեկությունների օգնությամբ: Եթե տվյալները չհամընկնեն, մենք կարող ենք Ձեզ խնդրել լրացուցիչ տեղեկություններ ուղարկել մեզ:
- Ես իրավունք ունեմ իմանալու, թե ինչ կերպ են օգտագործվելու և բացահայտվելու իմ պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները, և թե տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման ինչ իրավունքներ ունեմ ես: «Տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման կարգի մասին ծանուցումը» (NPP) պարունակում է այդ տեղեկությունները, և այն կարելի է գտնել այցելելով <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>

## **ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳԱՐՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՄԱՍԻՆ**

- Այս ձևաթուղթը «Department of Health Care Services (DHCS)»-ի կողմից իրականացվող «COVID-19 Uninsured Group» ծրագրի համար է: Դրանում Ձեր կողմից տրամադրվող անձնական և բժշկական տեղեկությունները գաղտնի են: DHCS-ին այն հարկավոր է, որպեսզի պարզի Ձեր ինքնությունը և իրականացնի «COVID-19-ի չապահովագրված խմբերի ծրագիրը»:

- Մենք Ձեր մասին տեղեկություններն այլ նահանգային, դաշնային և տեղական կազմակերպությունների, կապալառուների և առողջապահական ծրագրերի կտրամադրենք միմիայն որևէ ծրագրում Ձեզ ընդգրկելու կամ այդ ծրագրերն իրականացնելու նպատակով, ինչպես նաև «Տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման կարգի մասին ծանուցման» մեջ նկարագրված դեպքերում:
- Դուք պետք է պատասխանեք այս դիմումի մեջ տրված բոլոր հարցերին, բացառությամբ այն հարցերի, որոնց դիմաց նշված է «կամընտրական»: Եթե Ձեր դիմումի մեջ մեզ անհրաժեշտ որևէ տեղեկություն պակաս լինի, մենք Ձեզ հետ կապ կհաստատենք այն ստանալու համար: Եթե Դուք չտրամադրեք այդ տեղեկությունները, մենք չենք կարողանա որոշում կայացնել Ձեր դիմումի կապակցությամբ: Ընարավոր է, որ Դուք ստիպված լինեք նոր դիմում ներկայացնել, այլապես «COVID-19 Uninsured Group»-ի նպաստները ստանալու Ձեր դիմումը կարող է մերժվել:
- Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ «Department of Health Care Services»-ի տվյալներին ծանոթանալու համար դիմեք Տեղեկությունների պաշտպանության բաժին՝ P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413 հասցեով, հեռախոս՝ 1-866-866-0602 TTY: 1-877-735-2929:
- Ընտկյալ նահանգային և դաշնային օրենքները մեզ իրավունք են տալիս հավաքել և պահել դիմումի մեջ նշված տեղեկությունները. DHCS՝ CA Սոցիալական ապահովության և ձեռնարկությունների մասին օրենքի § 14011 և Լողված 3-րդ, 5-րդ և 7-րդ Գլուխներ, 2-րդ և 3-րդ Մասեր, 9-րդ բաժին. «Covered CA»՝ 42 U.S.C. § 18031. CA կառավարական օրենք՝ §§ 100502(k) և 100503(a):

**ԻՆՉ ՊԵՏՔ Է ԵՍ ԱՆԵՄ, ԵԹԵ ԿԱՐՃՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԻՄ ԻՐԱՎՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄԸ ՍԽԱԼ Է**

- Եթե ես համարեմ, որ «Medi-Cal» ծրագիրը սխալ է թույլ տվել, ես կարող եմ բողոքարկել վերջինիս որոշումը: Բողոքարկել նշանակում է հայտնել որևէ մեկին «Medi-Cal» ծրագրում, որ իմ կարծիքով նրանց կայացրած որոշումը սխալ է, և խնդրել, որ որոշումն անկողմնակալ կերպով վերանայվի:
- Ես գիտեմ, որ կարող եմ պարզել, թե ինչպես «Medi-Cal»-ի ծրագրի համար բողոքարկման հայց ներկայացնել, այդ թվում՝ արագացված հայց՝ զանգահարելով 1-800-743-8525 (TTY՝ 1-800-952-8349):
- Ես գիտեմ, որ բողոքարկման հայցը պետք է ներկայացնել որոշումն ընդունելուց հետո 90 օրվա ընթացքում:
- Ես գիտեմ, որ կարող եմ բողոքարկման գործընթացում ինքս ինձ ներկայացնել, կամ ինձ կարող է որևէ այլ անձ, օրինակ՝ իմ լիազոր ներկայացուցիչը, բարեկամը, ազգականը կամ փաստաբանը ներկայացնել:
- Ես գիտեմ, որ բոլոր դատալսումները տեղի են ունենալու հեռախոսով կամ տեսազրույցով, եթե ես չպահանջեմ անձամբ իմ ներկայությամբ անցկացնել դատալսումը:
- Ես գիտեմ, որ եթե օգնության կարիք ունենամ, «Medi-Cal»-ի ծրագիրը կարող է ինձ բացատրել իմ գործը:

- Ես գիտեմ, որ որևէ մեկը «Medi-Cal»-ի ծրագրում կարող է ինձ բացատրել, թե որ դեպքերում իմ իրավունակությունը կարող է պահպանվել կամ վերականգնվել իմ հայցի նայման ընթացքում:

**ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ**

Ստորագրելով ստորև՝ ես հայտարարում եմ, որ այն ամենն, ինչ ես ասում եմ ներքևում, ճշմարիտ է, ամբողջական և ստույգ:

- Ես կարդացել և հասկանում եմ այս ձևաթուղթը:
- Ես հասկանում եմ, որ այս ձևաթուղթը միայն coronavirus-ի (COVID-19) որոշ թեստերի, թեստերի հետ առնչվող ծախսերի և բուժման ծախսերի վճարման հարցում օգնություն ստանալու համար է: Պարզելու համար, թե արդյոք ես իրավունակ եմ «Medi-Cal»-ի կամ «Covered California»-ի միջոցով տրամադրվող այլ առողջապահական նպաստներ և ծառայություններ ստանալու, հարկավոր է լրացնել ամբողջական ձևաթուղթը, որը գտնվում է [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) հասցեում:

Ստորագրություն	Ամսաթիվ
----------------	---------