

فرم تقاضا برای پوشش هزینه های تست (COVID-19) Coronavirus

جهت دریافت کمک برای پرداخت برخی از تست ها، موارد مربوط به تست، و هزینه های درمان (COVID-19) coronavirus، این فرم تقاضا را پر کنید.

پوشش بهداشتی که در صورت واجد شرایط بودن با استفاده از این فرم تقاضا دریافت خواهید کرد، فقط برای تست های پزشکی برای coronavirus پرداخت خواهد کرد.

برای دانستن اینکه آیا برای سایر مزایا و خدمات مراقبت بهداشتی از طریق Medi-Cal یا Covered California واجد شرایط هستید، باید فرم تقاضای کامل را در www.coveredca.com پر کنید.

1. نام اول		2. نام میانی		3. نام خانوادگی		4. پسوند (اگر ذریع باشد)	
5. جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن				6. تاریخ تولد (ماه/روز/سال):			
7. آیا در California زندگی می کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر				8. در کدام کانتی زندگی می کنید؟			
9. <input type="checkbox"/> اگر بی خانمان هستید، این مربع را علامت بزنید و در فضای آدرس پستی در زیر به ما بگویید چگونه می توانیم با شما تماس بگیریم							
10. آدرس منزل (شماره و خیابان)				شماره آپارتمان			
شهر		ایالت		کد پستی			
11. آدرس پستی (اگر با آدرس منزل متفاوت باشد)				شماره آپارتمان			
شهر		ایالت		کد پستی			
12. بهترین شماره جهت تماس		13. شماره تلفن دیگر		14. آدرس ایمیل			
15. به چه زبانی بهتر صحبت می کنید؟				16. چه زبانی را بهتر می خوانید			
17. شماره Social Security (SSN): _____							
اگر شماره Social Security (SSN) دارید، باید هنگام تقاضای پوشش بهداشتی برای خودتان آنرا ارائه دهید. ما از شماره های Social Security (SSNs) برای چک کردن درآمد و سایر اطلاعات مربوط به شما، برای دانستن اینکه آیا برای دریافت کمک جهت پرداخت پوشش بهداشتی تان واجد شرایط هستید، استفاده می کنیم. اگر برای پوشش تقاضا ارسال می کنید و SSN ندارید و برای کسب آن نیاز به کمک دارید، از وبسایت www.ssa.gov دیدن کنید. حتی اگر SSN نداشته باشید ممکن است برای مقداری پوشش واجد شرایط باشید. برای اطلاعات بیشتر، با خط کمک Medi-Cal به شماره (800) 541-5555 تماس بگیرید.							
18. آیا دارای تابعیت یا شهروندی ایالات متحده هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، به شماره 19 مراجعه کنید، اگر خیر، به شماره 20 بروید.							

19. آیا یک شهروند دارای تابعیت اکتسابی یا اشتقاقی هستید؟ اگر بلی، a یا b را تکمیل کنید و به شماره 21 بروید. اگر خیر، به شماره 21 بروید. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
a. Alien Number/USCIS Number:	b. شماره اکتساب تابعیت/شهروندی.
20. اگر تابعیت یا شهروندی آمریکا را ندارید، در اینصورت آیا دارای وضعیت صلاحیت دار مهاجرتی هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، نوع مدرک و هر گونه اطلاعات زیرکه به شما مرتبط می شود را وارد کنید.	
a. نوع مدرک مهاجرت:	b. وضعیت مهاجرت (اختیاری):
c. نام شما همانگونه که در مدارک مهاجرتی تان درج شده است:	
d. Alien Number/USCIS Number:	e. شماره I-94:
f. شماره گذرنامه	g. کشور صادر کننده:
h. SEVIS ID:	i. غیره (شماره کارت یا شماره ویزا):
21. آیا در حال حاضر Medicare دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	22. آیا بیمه بهداشتی دیگری نیز دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

حقوق و مسؤلیتهای شما

- من می دانم که تحت قانون فدرال، DHCS به صورت غیر قانونی بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، هویت گروه قومی، سن، از کار افتادگی ذهنی، از کار افتادگی جسمی، بیماری، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنسی، گرایش جنسی، یا سایر موارد که به واسطه قانون فدرال یا قوانین حقوق مدنی محافظت می شوند، تبعیض قائل نمی شود.
- می توانید از طریق تماس با Office of Civil Rights, Department of Health Care Services به شماره 916) 440-7370 (شکایت اقامه کنید، یا به صورت کتبی به P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413، یا از طریق ارسال ایمیل به CivilRights@dhcs.ca.gov.
- من متوجه هستم که اطلاعات مندرج در این فرم می تواند جهت تعیین واجد شرایط بودن برای پوشش بهداشتی، کمک برای پرداخت پوشش، و جهت اهداف قانونی برنامه هایی که برای پرداخت پوشش کمک ارائه می کنند مورد استفاده قرار گیرد.
- اگر کسی در این فرم تقاضا برای Medi-Cal واجد شرایط باشد، من حقوقمان را به California Department of Health Care Services اعطا می کنم تا برای دریافت هر گونه مبلغ از یک بیمه بهداشتی دیگر، تسویه حسابهای حقوقی و سایر اشخاص ثالث، مورد را پیگیری نماید.
- به منظور چک کردن صلاحیت تان جهت دریافت کمک برای پرداخت پوشش برای تست، موارد مربوط به تست، و هزینه های درمان COVID-19، به اطلاعات مندرج در این فرم تقاضا نیاز داریم. پاسخهای شما را با استفاده از اطلاعات موجود در پایگاه داده های الکترونیک و پایگاه داده های موجود در Social Security، و Department of Homeland Security چک خواهیم کرد. اگر اطلاعات مطابقت نداشته باشد، ممکن است از شما درخواست کنیم که اطلاعات مکملی به ما ارسال کنید.
- من این حق را دارم که بدانم اطلاعات بهداشتی محافظت شده من چگونه مورد استفاده قرار گرفته و افشاء می شود، و اینکه حقوق مربوط به حریم خصوصی من چیست. اطلاعاتی که حفظ حریم خصوصی (NPP) این اطلاعات را فراهم می کند و در <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx> در دسترس است.

بیانیه حریم خصوصی

- این فرم تقاضا برای برنامه COVID-19 Uninsured Group است که توسط Department of Health Care Services (DHCS) اجرا می شود. اطلاعات شخصی و پزشکی که در آن ارائه می دهید خصوصی و محرمانه است. DHCS برای اجرای برنامه COVID-19 Uninsured Group باید هویت شما را تعیین نماید.

- ما صرفاً بخاطر ثبت نام شما در یک طرح یا برنامه یا برای اجرای برنامه ها، و همانگونه که در اطلاعیه روشهای حفظ حریم خصوصی درج شده است، اطلاعات شما را با سایر آژانس ها، پیمانکاران، طرحهای بهداشتی، و برنامه های ایالتی، فدرال، و محلی به اشتراک خواهیم گذاشت.
- شما باید به تمامی سوالات در این فرم تقاضا پاسخ دهید، مگر اینکه به عنوان "اختیاری" مشخص شده باشند. اگر فرم تقاضای شما فاقد موردی باشد که به آن نیاز داریم، برای دریافت آن با شما تماس خواهیم گرفت. اگر آنرا ارائه ندهید، ما نمی توانیم در مورد تقاضای شما تصمیمگیری کنیم. ممکن است ملزم به ارسال یک تقاضای جدید باشید، یا اینکه تقاضای شما برای مزایای COVID-19 Uninsured Group رد شود.
- برای اطلاعات بیشتر یا برای دیدن پرونده های Department of Health Care Services، با واحد محافظت از اطلاعات به نشانی P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413، شماره تلفن: 1-866-866-0602، TTY: 1-877-735-2929 تماس بگیرید.
- این قوانین ایالتی و فدرال به ما حق جمع آوری و نگهداری اطلاعات مندرج در فرم تقاضا را می دهد: DHCS: نهادها و رفاه کالیفرنیا. قانون § 14011 و ماده 3، فصل های 5 و 7، بخش های 2 و 3، بخش 9؛ Covered CA: قانون ایالات متحده 42 § 18031، قانون دولت کالیفرنیا §§ 100502 (k) و 100503 (a).

اگر معتقد باشیم که اطلاعیه واجد شرایط بودن من اشتباه است، چه کاری باید انجام دهم؟

- اگر معتقد باشیم که برنامه Medi-Cal مرتکب اشتباه شده است، می توانم در ارتباط با این تصمیم درخواست تجدید نظر کنم. درخواست تجدید نظر به این معنی است که به شخصی در برنامه Medi-Cal بگویم که فکر می کنم که این تصمیم اشتباه است و از آنها برای اقدام مربوطه درخواست بررسی مجدد نمایم.
- من متوجه هستم که می توانم از طریق تماس با برنامه Medi-Cal به شماره 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) در مورد نحوه درخواست تجدید نظر، شامل تجدید نظر تسریع شده، اطلاعات کسب کنم.
- من می دانم که باید ظرف 90 روز از تاریخ اطلاعیه تصمیم درخواست تجدید نظر ارائه دهم.
- من می دانم که می توانم نمایندگی خود را به عهده بگیرم یا اینکه از فرد دیگری مانند یک نماینده مجاز، یک دوست، یک فامیل یا یک وکیل بخواهم در جلسه تجدید نظر به نمایندگی از طرف من صحبت کند.
- من می دانم که تمامی جلسات استماع از طریق تلفن یا کنفرانس ویدیویی انجام خواهند شد مگر اینکه تقاضای جلسه استماع حضوری نمایم.
- من می دانم که اگر نیاز به کمک داشته باشم، برنامه Medi-Cal می تواند مورد مرا به من توضیح دهد.
- من می دانم که هنگام انتظار تصمیمگیری برای تجدید نظر، فردی در برنامه Medi-Cal می تواند شرایطی را که تحت آن صلاحیت من می تواند حفظ شده یا دوباره برقرار شود را توضیح دهد.

امضاء:

- با این امضاء، من اعلام می کنم که آنچه که در زیر می گویم حقیقت دارد، کامل و صحیح است.
- من فرم تقاضا را خوانده و درک می کنم.
- من متوجه هستم که این فرم تقاضا فقط برای دریافت کمک جهت پرداخت برخی تست ها، موارد مربوط به تست، و هزینه های درمان (COVID-19) coronavirus است. برای دانستن اینکه آیا از طریق Medi-Cal یا Covered California برای سایر مزایا و خدمات مراقبت بهداشتی واجد شرایط هستم، باید فرم تقاضای کامل را در www.coveredca.com تکمیل نمایم.

	امضاء
تاریخ	