

**Заявление на страховое покрытие стоимости
тестирования на Coronavirus (COVID-19)**

Заполните это заявление, чтобы получить помощь в оплате стоимости определенного тестирования, связанных с тестированием услуг и лечения coronavirus (COVID-19).

Медицинское страхование, которое Вы получите, если Вы будете соответствовать требованиям на основании этого заявления, будет оплачивать только медицинское тестирование на coronavirus.

Чтобы узнать, соответствуете ли Вы требованиям для получения других медицинских льгот и услуг через Medi-Cal или Covered California, Вам нужно заполнить полное заявление на сайте www.coveredca.com.

1. Имя	2. Среднее имя (Отчество)	3. Фамилия	4. Титул (если применимо)
5. Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		6. Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	
7. Живет в California? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		8. Какой округ проживания?	
9. <input type="checkbox"/> Если бездомное лицо, отметьте это поле и укажите, как мы можем связаться с Вами в поле для почтового адреса ниже			
10. Домашний адрес (Номер дома и улица)			Номер квартиры
Город		Штат	Индекс
11. Почтовый адрес (если отличается от домашнего адреса)			Номер квартиры
Город		Штат	Индекс
12. Самый удобный номер телефона	13. Другой номер телефона	14. Электронный адрес	
15. На каком языке Вы говорите лучше всего?		16. На каком языке Вы читаете лучше всего?	

17. Номер Social Security (SSN): _____

Если у Вас есть номер Social Security (SSN), Вы должны предоставить его, подавая заявление на медицинское страхование для себя. Мы используем номера Social Security (SSNs), чтобы проверить Ваш доход и другую информацию, чтобы решить, соответствуете ли Вы требованиям для получения помощи в оплате медицинского страхования. Если Вы подаете заявление на медицинское страхование, и у Вас нет SSN, и Вы хотите получить помощь в получении SSN, посетите сайт www.ssa.gov. Вы можете соответствовать требованиям для получения некоторого медицинского страхования, даже если у Вас нет SSN. Для получения дополнительной информации, позвоните в горячую линию Medi-Cal по номеру (800) 541-5555.

18. Являетесь ли Вы гражданином или подданным США? Если Да, перейдите к пункту 19. Если Нет, перейдите к пункту 20. Да Нет

19. Являетесь ли Вы натурализованным или производным гражданином? Если Да, укажите а или b и перейдите к пункту 21. Если Нет, перейдите к пункту 21. Да Нет

a. Alien Number/USCIS Number:

b. Номер свидетельства о натурализации/гражданстве:

20. Если Вы не являетесь гражданином или подданным США, есть ли у Вас соответствующий требованиям иммиграционный статус? Да Нет
Если да, введите тип документа и любую информацию ниже, которая относится к Вам.

a. Тип иммиграционного документа:

b. Иммиграционный статус (не обязательно):

c. Имя, как оно указано в Вашем иммиграционном документе:

d. Alien Number/USCIS Number:

e. Номер I-94:

f. Номер паспорта:

g. Страна выдачи:

h. SEVIS ID:

i. Другое (номер карты или номер визы):

21. Есть ли у Вас в настоящее время Medicare?
 Да Нет

22. Есть ли у Вас в настоящее время другое медицинское страхование?
 Да Нет

ВАШИ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

- Я знаю, что в соответствии с федеральным законодательством, DHCS не допускает незаконную дискриминацию по признаку пола, расы, цвета кожи, религии, происхождения, национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической неполноценности, физической инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, пола, гендерной идентичности, сексуальной ориентации или по любому другому основанию, защищенному федеральными законами или законами Штата о гражданских правах.

- Жалобы можно подавать, позвонив в Office of Civil Rights, Department of Health Care Services по номеру (916) 440-7370, обратившись в письменной форме по адресу P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413 или по электронному адресу to CivilRights@dhcs.ca.gov.
- Я знаю, что информация в этой форме будет использоваться для определения соответствия требованиям для получения медицинского страхования, помощи в оплате медицинского страхования и законных целей программ, которые помогают оплачивать медицинское страхование.
- Если кто-либо в этом заявлении соответствует требованиям Medi-Cal, я предоставляю California Department of Health Care Services наши права добиваться и получать любые деньги от другого медицинского страхования, юридических договоренностей или других третьих лиц.
- Нам нужна информация в этом заявлении, чтобы проверить Ваше соответствие требованиям для получения помощи в оплате стоимости тестирования, связанных с тестированием услуг и лечения COVID-19. Мы проверим Ваши ответы, используя информацию в наших электронных базах данных и базах данных Social Security и Department of Homeland Security. Если информация не совпадает, мы можем попросить Вас отправить нам дополнительную информацию.
- Я имею право знать, как моя защищенная медицинская информация может быть использована и раскрыта, и каковы мои права на конфиденциальность. Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности (NPP) предоставляет эту информацию и доступно по адресу <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>

ЗАЯВЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

- Это заявление предназначено для программы COVID-19 Uninsured Group, которая управляется Department of Health Care Services (DHCS). Личная и медицинская информация, которую Вы предоставляете, является частной и конфиденциальной. Она нужна DHCS, чтобы идентифицировать Вас и управлять программой COVID-19 Uninsured Group.
- Мы будем передавать Вашу информацию другим государственным, федеральным и местным агентствам, подрядчикам, планам медицинского страхования и программам только для того, чтобы зарегистрировать Вас в плане или программе или для администрирования программ, и как описано в Уведомлении о правилах соблюдения конфиденциальности.
- Вы должны ответить на все вопросы в этом заявлении, кроме случаев, когда они отмечены «не обязательно». Если в Вашем заявлении есть недостающая информация, которая требуется нам, мы свяжемся с Вами, чтобы получить эту информацию. Если Вы не предоставите ее, мы не сможем принять решение по Вашему заявлению. Возможно, Вам придется подать новое заявление, или Ваше заявление на получение льгот COVID-19 Uninsured Group может быть отклонено.
- Для получения дополнительной информации или просмотра данных Department of Health Care Services, свяжитесь с Отделом защиты информации по адресу P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413 Телефон: 1-866-866-0602 ТТУ: 1-877-735-2929.
- Эти законы штата и федеральные законы дают нам право собирать и хранить информацию, указанную в заявлении: DHCS: Социальное обеспечение и учреждения штата Калифорния. Кодекс § 14011 и Статья 3, Статьи 5 и 7, Части 2 и 3, Раздел 9; Covered CA: 42 Свод законов США § 18031; Кодекс Правительства штата Калифорния §§ 100502(k) и 100503(a).

ЧТО МНЕ НУЖНО СДЕЛАТЬ, ЕСЛИ Я СЧИТАЮ, ЧТО МОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О СООТВЕТСТВИИ ТРЕБОВАНИЯМ НЕПРАВИЛЬНОЕ?

- Если я считаю, что Medi-Cal program допустила ошибку, я могу подать апелляцию по решению. Подать апелляции означает рассказать представителю программы Medi-Cal о том, что я считаю решение неправильным и прошу провести беспристрастное рассмотрение решения.
- Я знаю, что я могу узнать, как подать запрос на апелляцию, включая ускоренную апелляцию, позвонив по номеру 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) программы Medi-Cal.
- Я знаю, что я должен (-на) подать апелляцию в течение 90 дней после даты уведомления о решении.
- Я знаю, что в рамках моей апелляции я могу представлять себя, или меня может представлять другое лицо, например, уполномоченный представитель, друг, родственник или адвокат.
- Я знаю, что все слушания будут проводиться по телефону или посредством видеоконференции, если я не обращаюсь с запросом на проведение слушания с личным присутствием.
- Я знаю, что если мне понадобится помощь, программа Medi-Cal может объяснить мне мое дело.
- Я знаю, что представитель программы Medi-Cal может объяснить обстоятельства, при которых мое соответствие требованиям может быть сохранено или восстановлено до принятия решения по апелляции.

ПОДПИСЬ:

Подписывая этот документ, я заявляю, что все нижесказанное является точной, полной и правильной информацией.

- Я прочитал (-а) и понял (-а) это заявление.
- Я понимаю, что это заявление предназначено только для получения помощи в оплате стоимости определенного тестирования, связанных с тестированием услуг и лечения coronavirus (COVID-19). Чтобы узнать, соответствую ли я требованиям для получения других медицинских льгот и услуг через Medi-Cal или Covered California, я должен (-на) заполнить полное заявление на сайте www.coveredca.com.

Подпись	Дата
---------	------