

Заява на покриття коштів на тестування Coronavirus (COVID-19)

Заповніть цю заяву, щоб отримати допомогу з оплатою певних коштів на тестування coronavirus (COVID-19), а також витрат, пов'язаних з тестуванням та лікуванням.

Медичне покриття, яке ви отримуєте за умовами цієї заявки, оплачуватиме лише медичне тестування на coronavirus.

Щоб перевірити, чи маєте ви право на інші медичні пільги та послуги через програми Medi-Cal або Covered California, вам слід заповнити повну заяву за адресою www.coveredca.com.

1. Ім'я	2. Друге ім'я	3. Прізвище	4. Суфікс (якщо застосовується)
5. Стать: <input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка		6. Дата народження (мм/дд/рррр):	
7. Мешкає у California? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		8. Округ, я в якому мешкає?	
9. <input type="checkbox"/> Якщо бездомний, поставте позначку, та у полі поштової адреси нижче наведіть, де ми можемо з вами зв'язатися			
10. Домашня адреса (номер будинку та вулиця)			Номер кв.
Місто		Штат	Поштовий індекс
11. Поштова адреса Заявника (якщо відрізняється від домашньої адреси)			Номер кв.
Місто		Штат	Поштовий індекс
12. Найкращий контактний номер	13. Інший номер телефону	14. Електронна адреса	
15. Мова, якою ви говорите найкраще		16. Мова, якою ви читаєте найкраще	
17. Номер Social Security (SSN): _____			
<p><i>Якщо у вас є номер Social Security (SSN), ви повинні надати його, коли подаєте заявку на медичне страхування для себе. Ми використовуємо номери Social Security (SSN), щоб перевірити ваш дохід та іншу інформацію, щоб перевірити, чи ви маєте право отримати допомогу в оплаті медичного страхування. Якщо ви подаєте заявку на покриття та не маєте SSN і хотіли б отримати допомогу, відвідайте www.ssa.gov. Ви можете отримати право на покриття, навіть якщо у вас немає SSN. Щоб отримати докладнішу інформацію, зателефонуйте до лінії підтримки Medi-Cal за номером (800) 541-5555.</i></p>			

18. Ви є громадянином США? Якщо Так, <i>перейдіть до 19. Якщо Ні, перейдіть до 20.</i> <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
19. Ви є натуралізованим або похідним громадянином США? Якщо Так, <i>заповніть а або б та перейдіть до 21. Якщо Ні, перейдіть до 21.</i> <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
a. Alien Number/USCIS Number:	b. Номер натуралізації/громадянства:
20. Якщо ви не є громадянином США, чи маєте ви іміграційний статус, який дає право на участь? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <i>Якщо так, введіть тип іміграційного документу та будь-яку інформацію нижче, яка відноситься до вас.</i>	
a. Тип іміграційного документу:	b. Іміграційний статус (необов'язково):
c. Ім'я так, як воно наведено в іміграційному документі:	
d. Alien Number/USCIS Number:	e. Номер I-94:
f. Номер паспорта:	g. Країна, яка видала:
h. SEVIS ID:	i. Інше (номер картки або візи):
21. Чи маєте ви зараз Medicare? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	22. Чи маєте ви зараз інше страхове медичне покриття? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

ВАШІ ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ

- Я знаю, що згідно з федеральним законом DHCS не здійснює незаконної дискримінації за ознаками статі, раси, кольору шкіри, релігії, походження, національного походження, ідентифікації етнічних груп, віку, психічної вади, фізичної інвалідності, стану здоров'я, генетичної інформації, сімейного стану, статі, гендерної ідентичності, сексуальної орієнтації або на будь-якій іншій основі, захищеній федеральними законами або законами штату про громадські права.
- Скарги можуть подаватися зателефонувавши до Office of Civil Rights, Department of Health Care Services за номером (916) 440-7370 або надіславши листа до P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413 або електронною поштою за адресою CivilRights@dhcs.ca.gov.
- Я знаю, що інформація за цією формою буде використана для визначення права на медичне страхування, допомоги в оплаті страхового покриття та для законних цілей програм, які допомагають сплачувати це покриття.
- Якщо хтось з осіб, перелічених у цій заяві, має право на участь у Medi-Cal, я передаю California Department of Health Care Services наші права на пошук та отримання будь-яких грошей від іншої системи медичного страхування, юридичних урегулювань або за рахунок інших третіх осіб.

- Нам потрібна інформація, яку наведено в цій заяві, щоб перевірити ваше право на отримання допомоги в оплаті витрат на тестування COVID-19, а також витрат, пов'язаних з тестуванням та лікуванням пов'язаного з тестуванням та лікуванням. Ми перевіримо ваші відповіді, використовуючи інформацію в наших електронних базах даних та базах даних Social Security та Department of Homeland Security. Якщо інформація не збігається, ми можемо попросити вас надіслати нам додаткові дані.
- Я маю право знати, як мою захищену медичну інформацію можна використовувати та розголошувати та які я маю права на конфіденційність. Повідомлення про конфіденційність (NPP) надає цю інформацію та доступне за адресою <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>

ЗАЯВА ПРО КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

- Цю заяву призначено для участі у програмі COVID-19 Uninsured Group, якою керує Department of Health Care Services (DHCS). Персональна та медична інформація, яку ви надаєте в заяві, є приватною та конфіденційною. DHCS потребує цю інформацію для вашої ідентифікації та для адміністрування програми Групи осіб, незастрахованої відносно COVID-19.
- Ми передамо вашу інформацію іншим федеральним, місцевим установам та установам штату, підрядникам, планам охорони здоров'я та програмам лише для того, щоб зареєструвати вас у плані чи програмі або для адміністрування програм, як описано в Повідомленні про конфіденційність.
- Ви повинні відповісти на всі запитання цієї програми, якщо вони не позначені як "необов'язкові". Якщо у вашій заяві бракує чогось із того, що нам потрібно, ми зв'яжемося з вами, щоб отримати цю інформацію. Якщо ви не надасте його, ми не зможемо прийняти рішення щодо вашої заяви. Можливо, вам доведеться подати нову заяву, або вашу заяву на отримання пільг у програмі для COVID-19 Uninsured может бути відхилено.
- Щоб отримати додаткову інформацію або ознайомитись із записами у Department of Health Care Services, зв'яжіться з Відділом захисту інформації за адресою P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413 Телефон: 1-866-866-0602 ТТУ: 1-877-735-2929.
- Наступні федеральні закони та закони штату дають нам право збирати та зберігати інформацію, наведену у заяві: DHCS: CA Welfare and Institutions. Кодекс § 14011 та стаття 3, глави 5 та 7, частини 2 та 3, підрозділ 9; Covered CA: 42 U.S.C., § 18031; Урядовий кодекс CA §§ 100502 (k) та 100503 (a).

ЩО МЕНІ СЛІД РОБИТИ, ЯКЩО Я ВВАЖАЮ, ЩО ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО МОЇ ПРАВА НА УЧАСТЬ Є НЕПРАВИЛЬНИМ?

- Якщо я вважаю, що Medi-Cal program допустила помилку, я можу оскаржити рішення. Апеляція означає сказати комусь в Medi-Cal program, що я вважаю це рішення неправильним, та попросити справедливого перегляду рішення.
- Я знаю, що можу дізнатись, як подати апеляцію, включаючи пришвидшену апеляцію, зателефонувавши за номером 1-800-743-8525 (ТТУ: 1-800-952-8349) для програми Medi-Cal.
- Я знаю, що маю подати апеляцію протягом 90 днів з моменту повідомлення про прийняття рішення.
- Я знаю, що можу представляти себе або попросити когось іншого представляти мене в апеляції, наприклад, уповноваженого представника, друга, родича чи адвоката.

- Я знаю, що всі слухання будуть проводитися за допомогою телефонної або відеоконференції, якщо я не вимагаю особистого слухання.
- Я знаю, що якщо мені потрібна допомога, програма Medi-Cal може пояснити мені деталі мого випадку.
- Я знаю, що хтось із програми Medi-Cal може пояснити обставини, коли моє право на участь може бути збережене або відновлене до розгляду апеляції.

ПІДПИС:

Підписуючи, я заявляю, що те, що я кажу нижче, є правдивим, повним та правильним.

- Я прочитав та розумію цю заяву.
- Я розумію, що ця заява призначена лише для отримання допомоги у оплаті певних коштів на тестування coronavirus (COVID-19), а також витрат, пов'язаних з тестуванням та лікуванням. Щоб перевірити, чи маю я право на інші пільги та послуги в галузі охорони здоров'я через програми Medi-Cal або Covered California, я маю заповнити повну заяву за адресою www.coveredca.com.

Підпис	Дата
--------	------