

Հարգելի

Այս նամակը կարևոր տեղեկություններ է պարունակում Ձեր առողջության ապահովագրության վերաբերյալ

Շնորհակալ ենք, որ ուղարկել եք մեզ տվյալների թարմացման թերթիկները և մեր խնդրած տեղեկությունները: Այդ տեղեկությունների, ինչպես նաև նահանգային և դաշնային տվյալների օգնությամբ մենք պարզել ենք, թե առողջության ինչ ապահովագրություն կարող եք ստանալ Դուք և Ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամ, այդ թվում՝

- «MAGI Medi-Cal» (Modified Adjusted Gross Income), որը հարկերի վերաբերյալ կանոնների վրա հիմնված՝ «Medi-Cal»-ի նոր ծրագիրն է.
- «Medi-Cal»-ի այլ ծրագրեր, ինչպես՝ «Medically Indigent», «Medically Needy» և հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված ծրագրեր, և
- «Covered California» առողջության մասնավոր ապահովագրություն:

Մենք Ձեզ ուղարկում ենք այս նամակը, քանի որ Դուք կամ Ձեր ընտանիքի անդամներից մեկը չի բավարարում «MAGI Medi-Cal»-ի պահանջները: Հնարավոր է, որ Դուք «Medi-Cal»-ի այլ ծրագրերի կամ հարկային վարկերով «Covered California» առողջության մասնավոր ապահովագրության իրավունք ունենաք: Որպեսզի առանց ընդհատելու ապահովագրությունը՝ Դուք շարունակեք առողջապահական նպաստներ ստանալ, հարկավոր է մինչև **–ը լրացնել այս թերթիկի վերջին էջը:**

Սա Ձեր «Medi-Cal»-ն ավարտելու մասին ծանուցում չէ: Եթե Ձեզանից լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալուց հետո մենք որոշենք, որ Դուք կամ Ձեր ընտանիքի անդամներն այլևս չեն համապատասխանում «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին, Դուք նամակ կստանաք («Notice of Action» վերնագրով), որով Ձեզ կտեղեկացվի, որ Դուք այլևս չեք բավարարում ծրագրի պահանջները: Բայց այդ ժամանակ Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը, եթե համաձայն չլինեք դրա հետ:

Ստորև նշված են առողջության ապահովագրության մասին տեղեկություններ՝ Ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի համար:

Դուք չեք բավարարում «MAGI Medi-Cal»-ի պահանջները: Այս պահին Դուք **չեք** կորցրել «Medi-Cal»-ի Ձեր նպաստները:

Բայց հնարավոր է, որ Դուք բավարարեք «Medi-Cal»-ի այլ ծրագրերի պահանջները՝ կամ անվճար «Medi-Cal»-ի, կամ ծախսերի բաժնով «Medi-Cal»-ի: Այդ ծրագրերի մասին տեղեկությունները Դուք կգտնեք այս նամակի հետ ուղարկված նյութերում:

Հնարավոր է նաև, որ Դուք վարկային հարկ ստանալու իրավունք ունենաք, որի օգնությամբ կարող եք «Covered California»-ի միջոցով մասնավոր ապահովագրություն գնել: Այն մասին տեղեկությունները ստանալու համար, թե ինչ տիպի օգնություն կարող է Ձեր ընտանիքը ստանալ, կարդացեք ստորև՝ «Covered California» բաժինը:

Ի՞նչ են «Medi-Cal»-ի մյուս ծրագրերը

«Medi-Cal»-ի մյուս ծրագրերը «MAGI Medi-Cal» չեն: Դրանց թվում են «Medically Needy» ծրագիրը և հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված «Medi-Cal»-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես՝ «Other Medi-Cal Programs Brochure»-ը:

Ի՞նչ տարբերություններ կան «MAGI Medi-Cal»-ի և «Medi-Cal»-ի մյուս ծրագրերի միջև:

«Medi-Cal»-ի մյուս ծրագրերը «MAGI Medi-Cal»-ից տարբեր կերպ են հաշվարկում եկամուտը և ընտանիքի անդամների թիվը: Եթե Դուք չեք բավարարում «MAGI Medi-Cal»-ի պահանջները, հնարավոր է, որ Դուք բավարարեք «Medi-Cal»-ի այդ մյուս ծրագրերի պահանջները: Օրինակ՝ եթե կան եկամուտ ստացող խորթ ծնող, հաշմանդամության եկամուտ ստացող անձ, եկամուտ ստացող երեխա կամ չամուսնացած ծնողներ, ապա «Medi-Cal»-ի այդ մյուս ծրագրերի համաձայն՝ հնարավոր է, որ Դուք բավարարեք անվճար «Medi-Cal» ստանալու պահանջները:

Եթե նույնիսկ Դուք «Medi-Cal»-ի այդ մյուս ծրագրերի միջոցով իրավունք չունենաք անվճար «Medi-Cal» ստանալու, հնարավոր է, որ Դուք կարողանաք ծախսերի բաժնով «Medi-Cal» ստանալ:

«Medi-Cal»-ի այդ մյուս ծրագրերի համաձայն՝ Ձեր սեփականությունը (ունեցվածքը) չպետք է գերազանցի որոշակի սահմանաչափը: Դրանով այդ ծրագրերը տարբերվում են «MAGI Medi-Cal»-ից:

Ի՞նչ անել, եթե ես ցանկանում եմ պարզել, թե արդյոք բավարարում եմ «Medi-Cal»-ի մյուս ծրագրերի պահանջները:

Դուք իրավունք ունեք պարզելու, թե արդյոք կարող եք «Medi-Cal»-ի ապահովագրությունը՝ «Medi-Cal»-ի այլ ծրագրերի միջոցով: **Եթե ցանկանում եք, որ մենք ստուգենք թե արդյոք Դուք բավարարում եք այդ ծրագրերի պահանջները, նշան դրեք 3-րդ էջում գտնվող այն վանդակում, որի դիմաց գրված է «ես ցանկանում եմ, որ Դուք պարզեք, թե արդյոք իմ ընտանիքը և ես բավարարում ենք «Medi-Cal»-ի մյուս ծրագրերի պահանջները»:**

Մենք միայն այն դեպքում կարող ենք պարզել, թե արդյոք Դուք բավարարում եք «Medi-Cal»-ի մյուս ծրագրերից որևէ մեկի պահանջները, եթե Դուք մեզ ուղարկեք 3-րդ էջը՝ Ձեր ստորագրությամբ և ամսաթվով, և լրացնեք ու մեզ ուղարկեք այս նամակի վերջին էջը և «**Medi-Cal Income, Deductions, and Property Supplement**» թերթիկը, որը մենք կցել ենք այս նամակին: **Դուք պետք է մեզ ուղարկեք այդ տեղեկությունները, այլապես կկորցնեք «Medi-Cal»-ի իրավասությունը:**

Ի՞նչ անել, եթե ինձ հետաքրքրում են վարկային հարկերը՝ «Covered California»-ի միջոցով մասնավոր ապահովագրություն զնելու համար:

«Covered California»-ն վարկային հարկեր է առաջարկում, որպեսզի օգնի վճարել առողջության ապահովագրության համար: Վարկային հարկերի չափը կախված է Ձեր ընտանիքի եկամուտից և անդամների թվից: «Covered California»-ն մի քանի առողջապահական ծրագիր է առաջարկում ընտրելու համար:

Մենք կարող ենք պարզել, թե արդյոք Դուք բավարարում եք վարկային հարկերով «Covered California»-ի ապահովագրություն ստանալու պահանջները: **Եթե ցանկանում եք, որ մենք ստուգենք թե արդյոք Դուք բավարարում եք այդ պահանջները, նշան դրեք 3-րդ էջում գտնվող այն վանդակում, որի դիմաց գրված է «ես ցանկանում եմ, որ Դուք պարզեք, թե արդյոք իմ ընտանիքը և ես բավարարում ենք վարկային հարկեր ստանալու պահանջները, որի օգնությամբ կարող եմք վճարել «Covered California»-ի միջոցով տրամադրվող առողջության ապահովագրության համար»:** Մի՛ մոռացեք ստորագրել և թվագրել այս նամակի վերջին էջը:

Կարող եմ ես «Medi-Cal»-ի և «Covered California»-ի ապահովագրություն ստանալ:

Այո: Ունանք կարող եմ իրավունք ունենալ ինչպես ծախսերի բաժնով «Medi-Cal», այնպես էլ վարկային հարկերով «Covered California»-ի մասնավոր ապահովագրություն ստանալու: Դուք կարող որոշել, որ ցանկանում եք, որ մենք պարզենք, թե արդյոք Դուք և՛ «Medi-Cal»-ի մյուս ծրագրերի, և՛ «Covered California»-ի իրավունք ունեք: Կամ կարող եք պարզապես դրանցից մեկն ընտրել: Երկու դեպքում էլ, եթե Դուք ցանկանում եք շարունակել ստանալ Ձեր նպաստները՝ առանց ընդհատելու ապահովագրությունը, մենք պետք է իմանանք, թե Դուք ինչ եք որոշել:

«Medi-Cal»-ը վճարում է որոշ ծառայությունների համար, որոնց համար «Covered California»-ի ապահովագրությունը չի վճարում, օրինակ՝ «Long Term Care» (երկարատև խնամքի) ծառայությունների համար:

Այժմ ես ի՞նչ պետք է անեմ:

1. Առանց ապահովագրությունն ընդհատելու Ձեր առողջապահական նպաստները պահպանելու համար՝ Դուք պետք է ընտրեք Ձեզ առաջարկվող երկու տարբերակներից մեկը, կամ երկուսն էլ:

Ես ցանկանում եմ, որ Դուք պարզեք, թե արդյոք իմ ընտանիքը և ես բավարարում ենք «Medi-Cal»-ի մյուս ծրագրերի պահանջները: Ես լրացրել եմ **«Medi-Cal Income, Deductions, and Property Supplement»** թերթիկը: Կից ծրարում ուղարկում եմ երկու թերթիկն էլ:

Ես ցանկանում եմ, որ Դուք պարզեք, թե արդյոք իմ ընտանիքը և ես բավարարում ենք վարկային հարկեր ստանալու պահանջները, որի օգնությամբ կարող եմք վճարել «Covered California»-ի միջոցով տրամադրվող առողջության ապահովագրության համար:

2. Որպեսզի Դուք շարունակեք ստանալ Ձեր առողջապահական նպաստները, հարկավոր է մինչև _____-ը կից ծրագրում ուղարկել այս թերթիկը և բոլոր պահանջվող փաստաթղթերը:

Ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

Եթե Դուք չպատասխանեք այս նամակին, Դուք «Notice of Action» (NOA) կստանաք, և _____-ին «Medi-Cal»-ի Ձեր ներկա նպաստները կավարտվեն:

Դուք այդ որոշումը բողոքարկելու իրավունք կունենաք: Եթե մինչև Ձեր նպաստների դադարեցումը Դուք բողոքարկման հայց ներկայացնեք, ապա բողոքարկման ընթացքում կարող եք պահել Ձեր «Medi-Cal»-ը:

Դուք իրավունք ունեք խնդրելու և ստանալու Ձեր լեզվով թարգմանված նյութեր և բանավոր թարգմանչի ծառայություններ: Եթե Դուք ցանկություն հայտնեք, Նահանգը Ձեզ անվճար բանավոր թարգմանիչ, այդ թվում՝ աներիկյան նշանային լեզվի թարգմանիչ կտրամադրի: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք _____ :