

Առողջության մասնավոր ապահովագրություն ստանալու դիմում

ԴԻՄԵՔ ՀԻՄԱ՝
«COVERED
CALIFORNIA™»
Ի ՄԻՋՈՑՈՎ

Առողջության մատչելի ապահովագրություն ստանալու Ձեր ճանապարհը

Տե՛ս ներսում

Ինչ պետք է իմանալ	1
Դիմումը	2-13
Հավելվածներ A-C	14-18
Հաճախակի տրվող հարցեր	19-22



«Covered California»-ն այն տեղն է, որտեղ անհատները և ընտանիքները կարող են առողջության ապահովագրություն գտնել մատչելի գներով:

Կալիֆոռնիա նահանգը ստեղծել է «Covered California™»-ն, որպեսզի Դուք և Ձեր ընտանիքը կարողանաք առողջության ապահովագրություն ստանալ:

Առողջության ապահովագրություն ունենալը Ձեզ կարող է հանգստություն պարգևել և առողջ մնալու հնարավորություն տալ: Առողջության ապահովագրություն ունենալով Դուք կիմանաք, որ Դուք և Ձեր ընտանիքը կարող եք բուժօգնություն ստանալ, երբ դրա կարիքն ունենաք:

Այս դիմումն օգտագործեք առողջության մասնավոր ապահովագրության համար, որպեսզի պարզեք, թե ընտրության ինչ տարբերակներ ունեք «Covered California»-ի միջոցով:

➔ Այս դիմումի օգնությամբ Դուք կարող եք առողջության մատչելի գնով ապահովագրություն գտնել Ձեր ընտանիքի ցանկացած անդամի համար, նույնիսկ եթե Դուք կամ նրանք արդեն ապահովագրություն ունեք:

Եթե կարծում եք, որ կարող եք համապատասխանել (1) **անվճար կամ ցածր գնով ապահովագրություն**, օրինակ՝ «Medi-Cal», (2) «Access for Infants and Mothers» (AIM) ծրագրի միջոցով՝ հղի կանանց համար նախատեսված **ցածր գնով ապահովագրություն** կամ (3) **ապահովագրի վճարման հարցում օգնություն ստանալու պահանջներին**, ապա Դուք պետք է մեկ այլ դիմումի ձև օգտագործեք, որը կոչվում է «Առողջության ապահովագրություն ստանալու դիմում»: Կարող եք ստանալ դիմումի տպագրված ձևը կամ դիմել առցանց՝ **CoveredCA.com** հասցեում:

Դուք կարող եք այս դիմումը ստանալ այլ լեզուներով

Español	1-800-300-0213
繁體字	1-800-300-1533
Tiếng Việt	1-800-652-9528
한국어	1-800-738-9116
Tagalog	1-800-983-8816
Русский	1-800-778-7695
Հայերեն	1-800-996-1009
فارسی	1-800-921-8879
ភាសាខ្មែរ	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
العربية	1-800-826-6317

Այս դիմումն այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշորատառ տպագրությամբ ստանալու համար, գանգահարեք **1-800-996-1009**:

Զանգահարեք 1-800-996-1009 (TTY՝ 1-888-889-4500): Զանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: **Կամ այցելեք CoveredCA.com**



Ինչ պետք է իմանալ

Ինչ պետք է իմանալ դիմելիս

- ➔ Ապահովագրության համար դիմողների սոցիալական ապահովության համարները, եթե ԱՄՆ քաղաքացի են, կամ ներգաղթողի կարգավիճակը բավարարող անձանց փաստաթղթերի տվյալները: Քաղաքացիության կամ ներգաղթի կարգավիճակի ապացույց անհրաժեշտ է միայն այն անձանց համար, ովքեր դիմում են:
- ➔ **Մենք գաղտնի և ապահով ենք պահում Ձեր մասին տեղեկությունները, ինչպես պահանջվում է օրենքով:** Ձեր տեղեկությունները մենք կօգտագործենք միայն այն բանի համար, որպեսզի օգնենք Ձեզ առողջության ապահովագրություն ստանալ:
- ➔ Այն ընտանիքները, որտեղ ներգաղթող կա, կարող են դիմել: Եթե նույնիսկ Դուք ինքներդ չէք համապատասխանում ապահովագրություն ստանալու պահանջներին, Դուք կարող եք դիմել Ձեր երեխայի համար: Ապահովագրություն ստանալու պահանջներին համապատասխանող երեխայի համար դիմելը ոչ մի կերպ չի անդրադառնա Ձեր ներգաղթի կարգավիճակի կամ մշտական բնակիչ կամ քաղաքացի դառնալու Ձեր հնարավորության վրա:
- ➔ Եթե նույնիսկ Դուք դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի եք, որը ծառայություններ է ստանում «Հնդկացիական առողջապահական ծառայությունների» (Indian Health Services), ցեղային առողջապահական ծրագրերի կամ քաղաքային հնդկացիական առողջապահական ծրագրերի կողմից, հնարավոր է, որ Դուք «Covered California»-ի միջոցով առողջության ապահովագրություն ստանալու իրավունք ունենաք:

Առցանց ավելի արագ դիմեք

Դիմեք առցանց՝ այցելելով **CoveredCA.com**: Այն ապահով է, անվտանգ և արագ. և արդյունքներն էլ ավելի շուտ կստանաք:

Ավարտելուց հետո

Լրացված և ստորագրված դիմումն ուղարկեք՝
Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

- ➔ **Եթե Դուք չունեք բոլոր այն տեղեկությունները, որոնք մենք պահանջում ենք, այնուամենայնիվ, ստորագրեք և ուղարկեք Ձեր դիմումը:** Մենք կարող ենք զանգահարել Ձեզ և օգնել դիմումն ավարտել:
- ➔ **Այս դիմումի հետ միասին մի՛ ուղարկեք առողջության ապահովագրության ծրագրին անդամագրվելու վճարը:** Ձեր ծրագիրը Ձեզ հաշիվ կուղարկի, որում կնշվի, թե Դուք որքան պետք է վճարեք:

Օգնություն ստացեք այս դիմումը լրացնելու հարցում

Մենք պատրաստ ենք օգնելու Ձեզ: Դուք կարող եք անվճար օգնություն ստանալ:

- **Առցանց՝ CoveredCA.com:**
- **Հեռախոսով:** Չանգահարեք Ձեր ծրագրի հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Չանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը:
- **Անձամբ այցելելով:** Մենք հատուկ պատրաստություն անցած անդամագրման հավաստագրված խորհրդատուներ և ապահովագրման հավաստագրված գործակալներ ունենք, ովքեր կարող են օգնել Ձեզ: Ձեր բնակության վայրի կամ աշխատավայրի մոտակայքում գտնվող անդամագրման հավաստագրված խորհրդատուների և ապահովագրման հավաստագրված գործակալների ցուցակը կամ Ձեր շրջանում գործող սոցիալական ծառայությունների ցուցակը ստանալու համար այցելեք **CoveredCA.com** կամ զանգահարեք **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500): Այդ օգնությունն անվճար է:
- Եթե Դուք հաշմանդամություն կամ որևէ այլ խնդիր ունեք, մենք կարող ենք անվճար օգնություն տրամադրել Ձեզ այս դիմումը լրացնելու հարցում: Կարող եք այցելել Ձեր տեղական սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ կամ զանգահարել մեր հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով:



Ձեզ օգնություն է հարկավոր:

Չանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Չանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Դիմումը սկսեք այստեղից լրացնել

(միայն կապույտ կամ սև թանաքով լրացրեք)

Քայլ 1

Նշեք այն չափահաս անձի՝ հիմնական կոնտակտի տվյալները, որի հետ մենք կարող ենք կապ հաստատել այս դիմումի հետ առնչվող հարցերի դեպքում

Անունը Միջին անունը Ազգանունը Քաղաքիչ (օրինակ՝ սրբ., կրտսեր., III, IV)

Քննություն հասցեն Բնակարան թ.

Քաղաքը (բնակության հասցեի)	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Շրջանը
----------------------------	---------	------------------	--------

Եթե բնակության հասցե չունեք, նշան դրեք այստեղ: Ստորև պետք է փոստային հասցե նշեք:

Եթե Ձեր փոստային հասցեն նույնն է, ինչ բնակության հասցեն, նշան դրեք այստեղ:
Եթե այն նույնը չէ, ստորև պետք է նշեք Ձեր փոստային հասցեն:

Փոստային հասցեն կամ փոստարկղը (եթե բնակության հասցեից տարբեր է) Բնակարան թ.

Քաղաքը (փոստային հասցեի)	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Շրջանը
--------------------------	---------	------------------	--------

Լավագույն հեռախոսահամարը, որով կարելի է զանգահարել Ձեզ <input type="checkbox"/> տուն <input type="checkbox"/> բջջային <input type="checkbox"/> աշխատանք	Այլ հեռախոսահամար <input type="checkbox"/> տուն <input type="checkbox"/> բջջային <input type="checkbox"/> աշխատանք
--	---

Համարը՝ () – Համարը՝ () –

Ի՞նչ լեզվով պետք է մենք Ձեզ գրենք: Ի՞նչ լեզվով եք ցանկանում, որ մենք խոսենք Ձեզ հետ:

Ի՞նչ ձևով կցանկանայիք տեղեկություններ ստանալ այս դիմումի մասին:

հեռախոսով փոստով էլ. փոստ էլ. փոստի հասցեն՝ _____

Դուք ցանկանում եք ապահովագրի վճարման հարցում օգնություն ստանալ, որպեսզի կարողանաք վճարել Ձեր կամ Ձեր ընտանիքի անդամների առողջության ապահովագրության համար:

Այո **Եթե այո**, ապա Ձեզ մեկ այլ դիմումի ձև է հարկավոր: Դիմումի ձևի համար այցելեք **CoveredCA.com** և պարզեք, թե առողջության ինչ տիպի ապահովագրություն ստանալու պահանջներին եք Դուք համապատասխանում:

Ոչ **Եթե ոչ**, շարունակեք լրացնել այս դիմումը:

Քայլ 2

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր և Ձեր ընտանիքի մասին

Լրացրեք 2-րդ քայլը Ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի համար որն առողջության ապահովագրության կարիք ունի: Սկսեք Ձեզանից:

- Որպեսզի այս դիմումով չորս հոգուց ավելի անձանց համար դիմեք, յուրաքանչյուր լրացուցիչ անձի համար **պատճենահանեք 4-րդ և 5-րդ էջերը:**
- Մենք գաղտնի կպահենք Ձեր վերաբերյալ բոլոր տեղեկությունները՝ ինչպես պահանջում է օրենքը: Անձնական տեղեկություններից մենք կօգտվենք միայն այն բանի համար, որպեսզի պարզենք, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: Կարիք չկա սոցիալական ապահովության համար, քաղաքացիության կան ներգաղթի կարգավիճակի ապացույց տրամադրել Ձեր ընտանիքի այն անդամների համար, ովքեր չեն դիմում առողջության ապահովագրություն ստանալու:
- Եթե նույնիսկ Ձեր ընտանիքի անդամներն այժմ առողջության ապահովագրություն ունեն, հնարավոր է, որ «Covered California»-ի միջոցով Դուք ավելի ցածր գնով ավելի լավ ապահովագրություն գտնեք:

★ Ձեզ հետ ապրող ցանկացած այլ անձ—օրինակ՝ ընկեր, ընկերուհի, կենակից—պետք է **առանձին** դիմում ներկայացնի, եթե ցանկանում է առողջության ապահովագրություն ստանալ:

Քայլ 2 շարունակությունը հաջորդ էջում

Ձեզ օգնություն է հարկավոր:

Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:



Անունը Միջին անունը Ազգանունը Բաղադրիչ (օրինակ՝ սրբ., կրտսեր., III, IV) Հարաբերությունը Ձեզ հետ Ինքս եմ

Դուք՝ տղամա՞րդ եք կի՞ն եք Ծննդյան ամսաթիվը (ամիս / օր / տարի)

Առողջության ապահովագրության համար դիմելը Եթե նույնիսկ այժմ Դուք ապահովագրություն ունեք, հնարավոր է, որ ավելի լավ պայմաններ կամ ավելի ցածր գներ գտնեք:

- ▶ Դուք Ինքներդ Ձեզ համա՞ր եք դիմում առողջության ապահովագրություն ստանալու: Այո Եթե այո, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: Ոչ Եթե ոչ, անցեք հաջորդ էջին:

★ Սոցիալական ապահովության համարը (SSN) Եթե Դուք SSN չունեք, նշեք պատճառը: Որդեգրման հարկատուի նույնականացման համարը (ATIN) Անհատ հարկատուի նույնականացման համարը (ITIN) Ազատված է դավանանքի պատճառով Ես չեմ համապատասխանում SSN ունենալու պահանջներին

★ Սոցիալական ապահովության համարների (SSN-ների) օգնությամբ մենք ստուգում ենք քաղաքացիության կարգավիճակը և այլ տեղեկություններ: Դուք պետք է SSN տրամադրեք, եթե Դուք (կամ ընտանիքի որևէ անդամ) ցանկանում եք դիմել առողջության ապահովագրություն ստանալու համար: Եթե դիմողներից որևէ մեկը SSN չունի և օգնության կարիք ունի այն ստանալու հարցում, զանգահարեք 1-800-996-1009 (TTY՝ 1-888-889-4500) կամ այցելեք CoveredCA.com:

Դուք ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատակ եք: Այո Ոչ Եթե Դուք ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատակ չեք, պատասխանեք այս հարցերին: Դուք ներգաղթի բավարար կարգավիճակ ունե՞ք: Այո Պարզելու համար, թե որոշո՞ր Դուք բավարար կարգավիճակ ունեք, ցկարդացեք E հավելվածը՝ 15-րդ էջում, որտեղ թվարկված են այդ պայմանը բավարարող փաստաթղթերը: Այնուհետև փաստաթղթի տվյալները նշեք այստեղ: Մեծ մասամբ Ձեր ID համարը Ձեր «օտարերկրացու գրանցման համարը» կլինի: Փաստաթղթի տեսակը՝ ID համարը՝: Որ երկրում է տրված՝ Ուժից դուրս գալու օրը՝ Անունը, ինչպես նշված է փաստաթղթի վրա՝ Դուք 1996 թ. ի վե՞ր եք ԱՄՆ-ում բնակվում: Այո Ոչ Դուք, Ձեր ամուսինը կամ չամուսնացած խնամյալ երեխան ծառայությունն ավարտելուց հետո գորացրված վետերան կամ ԱՄՆ զինուժի գործող անդա՞մ է: Այո Ոչ

▶ Եթե ցանկանում եք այժմ առողջության ապահովագրության ծրագիր ընտրել, նշան դրեք այստեղ և լրացրեք C հավելվածը՝ 16-18-րդ էջերում:

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր ռասայի մասին Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր մասին: Այս տեղեկությունները գաղտնի են և կօգտագործվեն միայն այն նպատակով, որպեսզի ապահովվի բուժօգնությունից օգտվելու յուրաքանչյուրի հավասար իրավունքը: Այն չի օգտագործվի որոշելու համար, թե Դուք առողջության ինչ տիպի ապահովագրություն ստանալու պահանջներին եք համապատասխանում:

Դուք ի՞նչ ռասայի եք պատկանում: (կամընտրական; նշան դրեք համապատասխան վանդակներում) սպիտակամորթ հնդիկ ճապոնացի գուամացի կամ չամորոցի սևամորթ կամ աֆրիկյան ծագումով ամերիկացի կամբոջացի կորեացի սամոացի ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի չինացի լատսոցի այլ ֆիլիպինցի վիետնամցի բնիկ հավայացի հինոցի բնիկ հավայացի Դուք լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում ունե՞ք (կամընտրական) Այո Ոչ Եթե այո, նշան դրեք, թե որոնք են՝ Մեքսիկացի, մեքսիկական ամերիկացի, չիկանո սպվադորցի գվատեմալացի կուբացի պուերտո ռիկացի այլ լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում՝

★ Եթե Դուք ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի եք, նշան դրեք այստեղ և լրացրեք A հավելվածը՝ 14-րդ էջում:



Ձեզ օգնությո՞ւն է հարկավոր:

Զանգահարեք «Covered California»՝ 1-800-996-1009 (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք CoveredCA.com:

Եթե նույնիսկ այժմ այս անձն ապահովագրություն ունի, հնարավոր է, որ Դուք ավելի ցածր գնով ավելի լավ ապահովագրություն գտնեք:

Եթե այս դիմումն ընտանիքի ավելի քան չորս անդամի համար է լրացվում, ապա յուրաքանչյուր լրացուցիչ անձի համար պատճենահանեք 4-րդ և 5-րդ էջերը.

Անունը	Միջին անունը	Ազգանունը	Բաղադրիչ (օրինակ՝ սըր., կրտսեր., III, IV)	Հարաբերությունը Ձեզ հետ
--------	--------------	-----------	---	-------------------------

Այս անձը՝ <input type="checkbox"/> տղամա՞րդ է <input type="checkbox"/> կի՞ն է	Ծննդյան ամսաթիվը (ամիս / օր / տարի)
---	-------------------------------------

Նշան դրեք այստեղ, եթե այս անձի բնակության հասցեն նույնն է, ինչ հիմնական կոնտակտի բնակության հասցեն:
Եթե այն նույնը չէ, ապա ստորև հարկավոր է նշել այս անձի բնակության հասցեն.:

Բնակության հասցեն	Բնակարան թ.
-------------------	-------------

Քաղաքը (բնակության հասցեի)	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Շրջանը
----------------------------	---------	------------------	--------

Եթե այս անձը բնակության հասցե չունի, նշան դրեք այստեղ: Ստորև պետք է փոստային հասցե նշեք:

Եթե այս անձի փոստային հասցեն նույնն է, ինչ հիմնական կոնտակտի փոստային հասցեն, նշան դրեք այստեղ:
Եթե այն նույնը չէ, ստորև պետք է նշեք այս անձի փոստային հասցեն:

Փոստային հասցեն կամ փոստարկղը (եթե բնակության հասցեից տարբեր է)	Բնակարան թ.
---	-------------

Քաղաքը (փոստային հասցեի)	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Շրջանը
--------------------------	---------	------------------	--------

Լավագույն հեռախոսահամարը, որով կարելի է զանգահարել այս անձին <input type="checkbox"/> տուն <input type="checkbox"/> բջջային <input type="checkbox"/> աշխատանք Համարը՝ () -	Այլ հեռախոսահամար <input type="checkbox"/> տուն <input type="checkbox"/> բջջային <input type="checkbox"/> աշխատանք Համարը՝ () -
---	--


Էլ. փոստի հասցեն՝

Ի՞նչ լեզվով պետք է մենք այս անձին գրենք:	Ի՞նչ լեզվով է այս անձը ցանկանում, որ մենք խոսենք իր հետ:
--	--

Առողջության ապահովագրության համար դիմելը Եթե նույնիսկ այժմ այս անձն ապահովագրություն ունի, հնարավոր է, որ Դուք ավելի լավ պայմաններ կամ ավելի ցածր գներ գտնեք:

▶ Այս անձը դիմում է առողջության ապահովագրություն ստանալու համար:
 Այո **Եթե այո,** պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: Ոչ **Եթե ոչ,** անցեք 6-րդ էջին:

<p>★ Սոցիալական ապահովության համարը (SSN)</p> <p>_____ - _____ - _____</p>	<p>Եթե այս անձը SSN չունի, նշեք պատճառը:</p> <p><input type="checkbox"/> Որդեգրման հարկատուի նույնականացման համարը (ATIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Անհատ հարկատուի նույնականացման համարը (ITIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ազատված է դավանանքի պատճառով</p> <p><input type="checkbox"/> Այս անձը չի համապատասխանում SSN ունենալու պահանջներին</p>
--	---

Անձ 2 շարունակությունը հաջորդ էջում 

Այս անձն ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատակ է: Այո Ոչ

Եթե այս անձն ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատակ չէ, պատասխանեք այս հարցերին:

Այս անձը ներգաղթի բավարար կարգավիճակ ունի՞: Այո **Պարզելու համար, թե արդյոք այս անձը բավարար կարգավիճակ ունի**, կարդացեք *B հավելվածը՝ 15-րդ էջում, որտեղ թվարկված են այդ պայմանը բավարարող փաստաթղթերը: Այնուհետև փաստաթղթի տվյալները նշեք այստեղ: Մեծ մասամբ ID համարն «օտարերկրացու գրանցման համարը» կլինի:*

Փաստաթղթի տեսակը՝ _____ ID համարը՝ _____

Որ երկրում է տրված՝ _____ Ուժից դուրս գալու օրը՝ _____

Անունը, ինչպես նշված է փաստաթղթի վրա՝ _____

Այս անձը 1996 թ. ի վե՞ր է ԱՄՆ-ում բնակվում: Այո Ոչ

Այս անձը, այս անձի ամուսինը կամ չամուսնացած խնամյալ երեխան ծառայությունն ավարտելուց հետո գորացրված վետերան կամ ԱՄՆ զինուժի գործող անդամ է: Այո Ոչ

▶ Եթե այս անձը ցանկանում է այժմ առողջության ապահովագրության ծրագիր ընտրել, նշան դրեք այստեղ և լրացրեք C հավելվածը՝ 16-18-րդ էջերում:

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք այս անձի ռասայի մասին *Այս տեղեկությունները գաղտնի են և կօգտագործվեն միայն այն նպատակով, որպեսզի ապահովվի բուժօգնությունից օգտվելու յուրաքանչյուրի հավասար իրավունքը: Դրանք չեն օգտագործվի որոշելու համար, թե այս անձն առողջության ինչ տիպի ապահովագրություն ծրագրում ընդգրկվելու պահանջներին էք համապատասխանում:*

Այս անձն ի՞նչ ռասայի է պատկանում: (կամրնտրական; նշան դրեք համապատասխան վանդակներում)

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> սպիտակամորթ | <input type="checkbox"/> հնդիկ | <input type="checkbox"/> ճապոնացի | <input type="checkbox"/> գուամանցի կամ չամորոցի |
| <input type="checkbox"/> սևամորթ կամ աֆրիկյան ծագումով ամերիկացի | <input type="checkbox"/> կամբոջացի | <input type="checkbox"/> կորեացի | <input type="checkbox"/> սամոացի |
| <input type="checkbox"/> ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի | <input type="checkbox"/> չինացի | <input type="checkbox"/> լատացի | <input type="checkbox"/> այլ _____ |
| | <input type="checkbox"/> ֆիլիպինցի | <input type="checkbox"/> վիետնամցի | |
| | <input type="checkbox"/> հմոնգցի | <input type="checkbox"/> բնիկ հավայացի | |

Դուք լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում ունե՞ք (կամրնտրական) Այո Ոչ

Եթե այո, նշան դրեք, թե որոնք են՝

Մեքսիկացի, մեքսիկական ամերիկացի, չիկանո

սալվադորցի գվատեմալացի

կուբացի պուերտո ռիկացի

այլ լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում՝ _____

★ Եթե Դուք ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի էք, նշան դրեք այստեղ և լրացրեք A հավելվածը՝ 14-րդ էջում:



Ձեզ օգնություն է հարկավոր:

Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Քայլ 2

Անձ 3 Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք առողջության ապահովագրության կարիք ունեցող հաջորդ անձի մասին.

Անունը Միջին անունը Ազգանունը Քաղաքիչ (օրինակ՝ սրբ., կրտսեր., III, IV) Հարաբերությունը Ձեզ հետ

Այս անձը՝ տղամա՞րդ է կի՞ն է Ծննդյան ամսաթիվը (ամիս / օր / տարի)

Նշան դրեք այստեղ, եթե այս անձի բնակության հասցեն նույնն է, ինչ հիմնական կոնտակտի բնակության հասցեն:
Եթե այն նույնը չէ, ապա ստորև հարկավոր է նշել այս անձի բնակության հասցեն.:

Բնակության հասցեն Բնակարան թ.

Քաղաքը (բնակության հասցեի)	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Շրջանը
----------------------------	---------	------------------	--------

Եթե այս անձը բնակության հասցե չունի, նշան դրեք այստեղ: Ստորև պետք է փոստային հասցե նշեք:

Եթե այս անձի փոստային հասցեն նույնն է, ինչ հիմնական կոնտակտի փոստային հասցեն, նշան դրեք այստեղ:
Եթե այն նույնը չէ, ստորև պետք է նշեք այս անձի փոստային հասցեն:

Փոստային հասցեն կամ փոստարկղը (եթե բնակության հասցեից տարբեր է) Բնակարան թ.

Քաղաքը (փոստային հասցեի)	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Շրջանը
--------------------------	---------	------------------	--------

Լավագույն հեռախոսահամարը, որով կարելի է զանգահարել այս անձին <input type="checkbox"/> տուն <input type="checkbox"/> բջջային <input type="checkbox"/> աշխատանք Համարը՝ () -	Այլ հեռախոսահամար <input type="checkbox"/> տուն <input type="checkbox"/> բջջային <input type="checkbox"/> աշխատանք Համարը՝ () -
---	--

Էլ. փոստի հասցեն՝

Ի՞նչ լեզվով պետք է մենք այս անձին գրենք: Ի՞նչ լեզվով է այս անձը ցանկանում, որ մենք խոսենք իր հետ:

Առողջության ապահովագրության համար դիմելը *Եթե նույնիսկ այժմ այս անձն ապահովագրություն ունի, հնարավոր է, որ Դուք ավելի լավ պայմաններ կամ ավելի ցածր գներ գտնեք:*

- ▶ Այս անձը դիմում է առողջության ապահովագրություն ստանալու համար:
- Այո **Եթե այո**, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: Ոչ **Եթե ոչ**, անցեք 8-րդ էջին:

★ Սոցիալական ապահովության համարը (SSN)
 _____ - _____ - _____

- Եթե այս անձը SSN **չունի**, նշեք պատճառը:
- Որդեգրման հարկատուի նույնականացման համարը (ATIN) _____
 - Անհատ հարկատուի նույնականացման համարը (ITIN) _____
 - Ազատված է դավանանքի պատճառով
 - Այս անձը չի համապատասխանում SSN ունենալու պահանջներին

Անձ 3 շարունակությունը հաջորդ էջում

Ձեզ օգնություն է հարկավոր:

Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:



Այս անձն ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատակ է: Այո Ոչ

Եթե այս անձն ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատակ չէ, պատասխանեք այս հարցերին:

Այս անձը ներգաղթի բավարար կարգավիճակ ունի՞: Այո **Պարզելու համար, թե արդյոք այս անձը բավարար կարգավիճակ ունի, կարդացեք B հավելվածը՝ 15-րդ էջում, որտեղ թվարկված են այդ պայմանը բավարարող փաստաթղթերը: Այնուհետև փաստաթղթի տվյալները նշեք այստեղ: Մեծ մասամբ ID համարն «օտարերկրացու գրանցման համարը» կլինի:**

Փաստաթղթի տեսակը՝ _____ ID համարը՝ _____

Որ երկրում է տրված՝ _____ Ուժից դուրս գալու օրը՝ _____

Անունը, ինչպես նշված է փաստաթղթի վրա՝ _____

Այս անձը 1996 թ. ի վե՞ր է ԱՄՆ-ում բնակվում: Այո Ոչ

Այս անձը, այս անձի ամուսինը կամ չամուսնացած խնամյալ երեխան ծառայությունն ավարտելուց հետո գորացրված վետերան կամ ԱՄՆ զինուժի գործող անդամ է: Այո Ոչ

▶ Եթե այս անձը ցանկանում է այժմ առողջության ապահովագրության ծրագիր ընտրել, նշան դրեք այստեղ և լրացրեք C հավելվածը՝ 16-18-րդ էջերում:

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք այս անձի ռասայի մասին

Այս տեղեկությունները գաղտնի են և կօգտագործվեն միայն այն նպատակով, որպեսզի ապահովվի բուժօգնությունից օգտվելու յուրաքանչյուրի հավասար իրավունքը: Դրանք չեն օգտագործվի որոշելու համար, թե այս անձն առողջության ինչ տիպի ապահովագրություն ծրագրում ընդգրկվելու պահանջներին էք համապատասխանում:

Այս անձն ի՞նչ ռասայի է պատկանում: (կամրնտրական; նշան դրեք համապատասխան վանդակներում)

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> սպիտակամորթ | <input type="checkbox"/> հնդիկ | <input type="checkbox"/> ճապոնացի | <input type="checkbox"/> գուամանցի կամ չամորոցի |
| <input type="checkbox"/> սևամորթ կամ աֆրիկյան ծագումով ամերիկացի | <input type="checkbox"/> կամբոջացի | <input type="checkbox"/> կորեացի | <input type="checkbox"/> սամոացի |
| <input type="checkbox"/> ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի | <input type="checkbox"/> չինացի | <input type="checkbox"/> լատացի | <input type="checkbox"/> այլ _____ |
| | <input type="checkbox"/> ֆիլիպինցի | <input type="checkbox"/> վիետնամցի | |
| | <input type="checkbox"/> հմոնգցի | <input type="checkbox"/> բնիկ հավայացի | |

Դուք լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում ունե՞ք (կամրնտրական) Այո Ոչ

Եթե այո, նշան դրեք, թե որոնք են՝

Մեքսիկացի, մեքսիկական ամերիկացի, չիկանո

սալվադորցի գվատեմալացի

կուբացի պուերտո ռիկացի

այլ լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում՝ _____

★ Եթե Դուք ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի էք, նշան դրեք այստեղ և լրացրեք A հավելվածը՝ 14-րդ էջում:

Քայլ 2

Անձ 4 Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք առողջության ապահովագրության կարիք ունեցող հաջորդ անձի մասին.

Անունը Միջին անունը Ազգանունը Քաղաքիչ (օրինակ՝ սրբ., կրտսեր., III, IV) Հարաբերությունը Ձեզ հետ

Այս անձը՝ տղամա՞րդ է կի՞ն է Ծննդյան ամսաթիվը (ամիս / օր / տարի)

Նշան դրեք այստեղ, եթե այս անձի բնակության հասցեն նույնն է, ինչ հիմնական կոնտակտի բնակության հասցեն:
Եթե այն նույնը չէ, ապա ստորև հարկավոր է նշել այս անձի բնակության հասցեն.:

Բնակության հասցեն Բնակարան թ.

Քաղաքը (բնակության հասցեի)	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Շրջանը
----------------------------	---------	------------------	--------

Եթե այս անձը բնակության հասցե չունի, նշան դրեք այստեղ: Ստորև պետք է փոստային հասցե նշեք:

Եթե այս անձի փոստային հասցեն նույնն է, ինչ հիմնական կոնտակտի փոստային հասցեն, նշան դրեք այստեղ:
Եթե այն նույնը չէ, ստորև պետք է նշեք այս անձի փոստային հասցեն:

Փոստային հասցեն կամ փոստարկղը (եթե բնակության հասցեից տարբեր է) Բնակարան թ.

Քաղաքը (փոստային հասցեի)	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Շրջանը
--------------------------	---------	------------------	--------

Լավագույն հեռախոսահամարը, որով կարելի է զանգահարել այս անձին <input type="checkbox"/> տուն <input type="checkbox"/> բջջային <input type="checkbox"/> աշխատանք Համարը՝ () -	Այլ հեռախոսահամար <input type="checkbox"/> տուն <input type="checkbox"/> բջջային <input type="checkbox"/> աշխատանք Համարը՝ () -
---	--

Էլ. փոստի հասցեն՝

Ի՞նչ լեզվով պետք է մենք այս անձին գրենք: Ի՞նչ լեզվով է այս անձը ցանկանում, որ մենք խոսենք իր հետ:

Առողջության ապահովագրության համար դիմելը Եթե նույնիսկ այժմ այս անձն ապահովագրություն ունի, հնարավոր է, որ Դուք ավելի լավ պայմաններ կամ ավելի ցածր գներ գտնեք:

▶ Այս անձը դիմում է առողջության ապահովագրություն ստանալու համար:
 Այո **Եթե այո**, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: Ոչ **Եթե ոչ**, անցեք 10-րդ էջին:

★ Սոցիալական ապահովության համարը (SSN)
 _____ - _____ - _____

Եթե այս անձը SSN չունի, նշեք պատճառը:
 Որդեգրման հարկատուի նույնականացման համարը (ATIN) _____
 Անհատ հարկատուի նույնականացման համարը (ITIN) _____
 Ազատված է դավանանքի պատճառով
 Այս անձը չի համապատասխանում SSN ունենալու պահանջներին

Անձ 4 շարունակությունը հաջորդ էջում

Ձեզ օգնություն է հարկավոր:

Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:



Այս անձն ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատակ է: Այո Ոչ

Եթե այս անձն ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատակ չէ, պատասխանեք այս հարցերին:

Այս անձը ներգաղթի բավարար կարգավիճակ ունի՞: Այո **Պարզելու համար, թե արդյոք այս անձը բավարար կարգավիճակ ունի, կարդացեք B հավելվածը՝ 15-րդ էջում, որտեղ թվարկված են այդ պայմանը բավարարող փաստաթղթերը: Այնուհետև փաստաթղթի տվյալները նշեք այստեղ: Մեծ մասամբ ID համարն «օտարերկրացու գրանցման համարը» կլինի:**

Փաստաթղթի տեսակը՝ _____ ID համարը՝ _____

Որ երկրում է տրված՝ _____ Ուժից դուրս գալու օրը՝ _____

Անունը, ինչպես նշված է փաստաթղթի վրա՝ _____

Այս անձը 1996 թ. ի վե՞ր է ԱՄՆ-ում բնակվում: Այո Ոչ

Այս անձը, այս անձի ամուսինը կամ չամուսնացած խնամյալ երեխան ծառայությունն ավարտելուց հետո գորացրված վետերան կամ ԱՄՆ զինուժի գործող անդամ է: Այո Ոչ

▶ Եթե այս անձը ցանկանում է այժմ առողջության ապահովագրության ծրագիր ընտրել, նշան դրեք այստեղ և լրացրեք C հավելվածը՝ 16-18-րդ էջերում:

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք այս անձի ռասայի մասին Այս տեղեկությունները գաղտնի են և կօգտագործվեն միայն այն նպատակով, որպեսզի ապահովվի բուժօգնությունից օգտվելու յուրաքանչյուրի հավասար իրավունքը: Դրանք չեն օգտագործվի որոշելու համար, թե այս անձն առողջության ինչ տիպի ապահովագրություն ծրագրում ընդգրկվելու պահանջներին էք համապատասխանում:

Այս անձն ի՞նչ ռասայի է պատկանում: (կամրնտրական; նշան դրեք համապատասխան վանդակներում)

- սպիտակամորթ
- սևամորթ կամ աֆրիկյան ծագումով ամերիկացի
- ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի
- հնդիկ
- կամբոջացի
- չինացի
- ֆիլիպինցի
- հմոնգցի
- ճապոնացի
- կորեացի
- լատացի
- վիետնամցի
- բնիկ հավայացի
- գուամանցի կամ չամորոցի
- սամոացի
- այլ _____

Դուք լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում ունե՞ք (կամրնտրական) Այո Ոչ

Եթե այո, նշան դրեք, թե որոնք են՝

- Մեքսիկացի, մեքսիկական ամերիկացի, չիկանո
- սալվադորցի գվատեմալացի
- կուբացի պուերտո ռիկացի
- այլ լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում՝ _____

★ Եթե Դուք ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի էք, նշան դրեք այստեղ և լրացրեք A հավելվածը՝ 14-րդ էջում:

Ձեզ օգնություն է հարկավոր:

Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:



Դուք կարող եք լիազոր ներկայացուցիչ ընտրել

★ Դուք կարող եք որևէ վստահելի ընկերոջ կամ կազմակերպության նշանակել Ձեր «Լիազոր ներկայացուցիչը»:
Լիազոր ներկայացուցիչը մի անձ է, որին Դուք թույլ եք տալիս տեսնել Ձեր դիմումը և դրա մասին խոսել մեզ հետ՝ այժմ և ապագայում:

Լիազոր ներկայացուցիչ անունը

Հասցեն

Բնակարան թ.

Քաղաքը

Նահանգը

Փոստային ինդեքսը

Շրջանը

Ստորագրելով՝ Դուք այս անձին լիազորում եք ստորագրել Ձեր դիմումը, պաշտոնական տեղեկություններ ստանալ այս դիմումի կապակցությամբ և հանդես գալ Ձեր անունից՝ այս կազմակերպության հետ ապագայում ծագելիք բոլոր հարցերում:

Ձեր ստորագրությունը

Ամսաթիվը



Հայտարարություն տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման մասին

Այս դիմումը «Covered California»-ի միջոցով առողջության ապահովագրություն ստանալու համար է: Դիմումի մեջ Ձեր կողմից տրամադրվող անձնական և բժշկական տեղեկությունները գաղտնի են: «Covered California»-ն դրանց օգնությամբ պետք է պարզի Ձեր և այս դիմումի մեջ նշված այլ անձանց ինքնությունը և կիրառի մեր ծրագրերը:

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 կտրամադրենք այլ նահանգային և դաշնային կազմակերպությունների՝ օրենքով թույլատրված կարգով:

- 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: Հնարավոր է, որ Դուք ստիպված լինեք նոր դիմում ներկայացնել, կամ Դուք չեք կարողանա առողջության ապահովագրություն ստանալ «Covered California»-ի միջոցով:
- Մեծ մասամբ Դուք իրավունք ունեք տեսնելու Ձեր մասին այն անձնական տեղեկությունները, որոնք պահվում են դաշնային և նահանգային կազմակերպություններում: Ցանկության դեպքում՝ Դուք կարող եք դրանք տեսնել այլընտրանքային ձևաչափով (օրինակ՝ խոշորատառ):

Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ «Covered California»-ում պահվող տվյալները տեսնելու համար դիմեք մեր տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման գրասենյակ՝ հետևյալ կերպ.

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Հեռախոս՝ **1-800-996-1009**
TTY՝ 1-888-889-4500

Հետևյալ նահանգային և դաշնային օրենքները մեզ իրավունք են տալիս հավաքել և պահել դիմումի մեջ նշված տեղեկությունները.

42 U.S.C. § 18031; California Government Code §§ 100502(k) and 100503(a)

Կալիֆոռնիայի քաղաքացիական օրենսգրքի § 1798.17-ի պահանջների համաձայն՝ մենք պարտավոր ենք տալ Ձեզ տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման մասին այս հայտարարությունը: «Covered California»-ի տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման կանոններին կարող եք ծանոթանալ այցելելով **CoveredCA.com**:

Քայլ 3 շարունակությունը հաջորդ էջում

Ձեզ օգնություն ն է հարկավոր:

Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:



Ձեր իրավունքները և պարտականությունները

- Իմ համոզմամբ՝ այս դիմումի մեջ իմ տրամադրած տեղեկությունները ճշմարիտ են: Ես գիտեմ, որ կեղծ վկայություն տալու համար կարող եմ սույժի ենթարկվել, եթե ճշմարտությունը չստանա:
- Ես հասկանում եմ, որ իմ տրամադրած տեղեկություններն օգտագործվելու են միայն պարզելու համար, թե արդյոք իմ ընտանիքի այն անդամները, որոնք դիմում են առողջության ապահովագրության ստանալու համար, համապատասխանում են այն ստանալու պահանջներին:
- Ես հասկանում եմ որ «Covered California»-ն իմ տեղեկությունները գաղտնի կպահի՝ ինչպես օրենքն է պահանջում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ «Covered California»-ի կողմից պահվող անձնական տեղեկությունները տեսնելու համար ես կարող եմ զանգահարել տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման պաշտոնյային՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով:
- Ես գիտեմ, որ պետք է տեղյակ պահեմ «Covered California»-ին այս դիմումի մեջ իմ տրամադրած տեղեկությունների մեջ տեղի ունեցած փոփոխությունների մասին: Փոփոխությունների մասին տեղեկացնելու համար ես կարող եմ զանգահարել «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով, կամ այցելել **CoveredCA.com**:
- Ես գիտեմ, որ «Covered California»-ն իրավունք չունի խտրականություն կիրառելու իմ կամ այս դիմումի մեջ նշված որևէ այլ անձի դեմ՝ ռասայական կամ ազգային պատկանելության, մաշկի գույնի, դավանանքի, տարիքի, սեռի, սեռական կողմնորոշման, ընտանեկան դրության, վետերանի կարգավիճակի կամ հաշմանդամության պատճառով: Եթե ես համարեմ, որ «Covered California»-ն խտրականություն է կիրառել իմ դեմ, այդ թվում՝ նահանգային և դաշնային օրենքով պահանջված կարգով՝ ողջամտության սահմաններում համապատասխան փոփոխություններ կատարելուց հրաժարվելը, ես կարող եմ զանգահարել ներկայացնել՝ այցելելով **www.hhs.gov/ocr/office/file** կամ **http://oag.ca.gov/contact/general-comment-questionor-complaint-form**:
- Ես հասկանում եմ, որ իմ կամ իմ ընտանիքի որևէ այլ անդամի կամ անդամների տեղեկությունների մեջ տեղի ունեցած փոփոխությունները կարող են ազդել ընտանիքի այլ անդամների իրավասության վրա:
- Ես հաստատում եմ, որ առողջության ապահովագրություն ստանալու նպատակով այս դիմումի մեջ նշված անձանցից ոչ մեկն ազատագրված չէ, պատիժ չի կրում մեղադրանքի (դատավճռի) ընդունումից հետո, չի գտնվում կալանավայրում, բանտում կամ նմանատիպ որևէ այլ պատժիչ կամ ուղղիչ հաստատությունում:
- Ես հասկանում եմ, որ փոփոխության մասին պետք է դրա տեղի ունենալուց հետո 30 օրվա ընթացքում տեղյակ պահեմ «Covered California»-ին, քանի որ այն կարող է ազդել «Covered California»-ի առողջապահական ծրագրով առողջության ապահովագրություն ստանալու իմ իրավասության վրա:
- Ես «Covered California»-ին թույլ եմ տալիս ստուգել այլ կազմակերպություններում պահվող համակարգչային տվյալները՝ հաստատելու համար իմ քաղաքացիությունը, ներգաղթի բավարար կարգավիճակը և միայն իրավասության հետ կապված այլ տվյալներ՝ պարզելու համար, թե արդյոք ես և այս դիմումի մեջ նշված այլ անձինք համապատասխանում ենք առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:

Բողոքարկելու Ձեր իրավունքը

- Եթե ես համարեմ, որ «Covered California»-ն սխալ է թույլ տվել, ես կարող եմ բողոքարկել վերջինիս որոշումը: **Բողոքարկել** նշանակում է հայտնել որևէ մեկին «Covered California»-ում, որ իմ կարծիքով նրանց կայացրած որոշումը սխալ է, և խնդրել, որ անկողմնակալ դատախազ կատարվի այդ որոշման կապակցությամբ:
- Ես գիտեմ, որ զանգահարելով **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500)՝ կարող եմ պարզել, թե ինչպես բողոքարկել, այդ թվում՝ հայցի արագացված քննարկում պահանջեմ, և ինչպես դիմեմ իրավաբանական օգնության համար կամ անվճար իրավաբանական օգնություն ստանամ:
- Ես գիտեմ, որ բողոքարկման հայցը պետք է ներկայացնել որոշումն ինձ փոստով ուղարկելու կամ առձեռն հանձնելու օրվանից 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 դատախազը տեղի է ունենալու հեռախոսով, տեսակոնվերանսով կամ անձամբ իմ ներկայությամբ:
- Ես գիտեմ, որ եթե օգնության կարիք ունենամ, որևէ մեկը «Covered California»-ում կարող է ինձ բացատրել իմ գործը:
- Ես գիտեմ, որ որևէ մեկը «Covered California»-ում կարող է ինձ բացատրել, թե որ դեպքերում իմ իրավասությունը կարող է պահպանվել կամ վերականգնվել իմ հայցի նայման ընթացքում:
- Ես գիտեմ, որ բողոքարկման հայցի կապակցությամբ իմ կամ իմ ընտանիքի այլ անդամների վերաբերյալ ընդունված որոշման արդյունքում կարող է փոփոխվել իմ կամ իմ ընտանիքի այլ անդամների իրավասությունը: Իրավասության մեջ տեղի ունեցած փոփոխության արդյունքում կարող է վերանայվել ընտանիքի բոլոր անդամների իրավասությունը:

Ապահովագրության նորացումը

- շեռագա տարիներին ապահովագրություն ստանալու հարցը դյուրին դարձնելու նպատակով՝ ես համաձայնում եմ «Covered California»-ին թույլ տալ օգտվել համակարգչային աղբյուրներից, օրինակ՝ Մոցիլակային ապահովության վարչության տվյալներից: Եթե աղբյուրները ցույց տան, որ ես շարունակում եմ համապատասխանել ապահովագրություն ստանալու պահանջներին, իմ ապահովագրությունը կարող է երկարաձգվել ևս 12 ամսով, և ես ստիպված չեմ լինի նորացման թերթիկ լրացնել կամ այլ փաստաթղթեր ուղարկել:

Ձեզ օգնություն է հարկավոր: Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:



Հայտարարություն և ստորագրություն *Սա անհրաժեշտ է:*

Գեղծ տեղեկություններ հաղորդելու համար դատական պատասխանատվության ենթարկվելու վտանգի տակ՝ ես հայտարարում եմ, որ այն ամենն ինչ նշում եմ ստորև, ճշմարիտ և ճշգրիտ է:


- Ես հասկացել եմ այս դիմումի մեջ նշված բոլոր հարցերը և իմ ունեցած տեղեկությունների համաձայն՝ ճշմարիտ և ճշգրիտ պատասխաններ եմ տվել: Երբ ես ինքս պատասխանը չեմ իմացել, ես հնարավորին ամեն ինչ արել եմ պատասխանն այնպիսի մեկի հետ ճշտելու համար, ով գիտե:
- Ես գիտեմ, որ եթե ճշմարտությունը չգրեմ այս դիմումի մեջ, ապա կեղծ տեղեկություններ հաղորդելու համար կարող եմ քաղաքացիական կամ քրեական պատասխանատվության ենթարկվել, որի հետևանքով կարող եմ մինչև չորս տարով ազատազրկվել (տե՛ս Կալիֆոռնիայի քրեական օրենսգրքի 126-րդ բաժինը):
- Ես գիտեմ, որ այս դիմումի մեջ նշված տեղեկությունների օգնությամբ որոշում է կայացվելու, թե արդյոք դիմող անձինք համապատասխանում են առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: «Covered California»-ն գաղտնի կպահի այդ տեղեկությունները՝ ինչպես պահանջվում է դաշնային և Կալիֆոռնիայի օրենսդրությամբ:
- Ես համաձայն եմ տեղյակ պահել «Covered California»-ին՝ զանգահարելով **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով կամ այցելելով **CoveredCA.com**, եթե այս դիմումի մեջ նշված որևէ տեղեկություն փոխվի՝ առողջության ապահովագրություն ստանալու համար դիմող որևէ անձի մասին:
- Եթե ես առողջապահական ծրագիր եմ ընտրում՝ լրացնելով և ուղարկելով C հավելվածը, և եթե «Covered California»-ն որոշում է, որ ես համապատասխանում եմ C հավելվածում իմ ընտրած ծրագրում ընդգրկվելու պահանջներին, ապա՝
 - » ես հասկանում եմ, որ այստեղ ստորագրելով՝ ես պայմանագրային հարաբերությունների մեջ եմ մտնում այդ ծրագիրն իրականացնողի հետ.
 - » ես առնվազն 18 տարեկան եմ կամ ինքնուրույն ճանաչված անչափահաս եմ և մտավոր առումով իրավասու եմ պայմանագիր ստորագրելու:

Դիմողի կամ նրա լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը 	Ամսաթիվը
---	----------

«Covered California»-ի կողմից հավաստագրված անձինք

Լրացրեք այս բաժինը, եթե Դուք «Covered California»-ի կողմից հավաստագրված անձ եք, որն օգնում է որևէ մեկին լրացնել այս դիմումը:

Ես հաստատում եմ, որ ես՝ որպես անդամագրման հավաստագրված խորհրդատու, ապահովագրման հավաստագրված գործակալ կամ ծրագրին աշխատակցող հավաստագրված անդամագրող, օգնել եմ դիմորդին լրացնել այս դիմումը, և որ այդ ծառայությունն անվճար է տրամադրվել: Ես հաստատում եմ նաև, որ իմ ունեցած գիտելիքների համաձայն՝ ճշմարիտ և ճշգրիտ պատասխաններ եմ տվել այս դիմումի հետ կապված բոլոր հարցերին: Ես հասկանալի լեզվով դիմորդին բացատրել եմ ոչ ճիշտ պատասխաններ տալու հետ կապված վտանգը դիմորդի համար, և դիմորդը հասկացել է այդ բացատրությունը:

<input type="checkbox"/> Անդամագրման հավաստագրված խորհրդատուի անունը՝	CEC-ի համարը
Անդամագրման հավաստագրված կազմակերպության անվանումը՝	CEE-ի համարը
<input type="checkbox"/> Ապահովագրման հավաստագրված գործակալի անունը՝	Արտոնագրի համարը
<input type="checkbox"/> Ծրագրին աշխատակցող հավաստագրված անդամագրողի անունը՝	Ծրագիրը՝ _____ Հավաստագրման համարը
Հավաստագրված անձի ստորագրությունը 	Ամսաթիվը

Նահանգը չի վճարի «Covered California»-ի անդամագրման հավաստագրված կազմակերպությանը, եթե անդամագրման հավաստագրված խորհրդատուն դիմումը ներկայացնելիս ամբողջովին և ճիշտ չլրացնի այս բաժինը:

Ձեր լրացված դիմումն ուղարկեք հետևյալ հասցեով.

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Դուք չե՞ք մոռացել՝

- Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր ընտանիքի բոլոր այն անդամների մասին, որոնց առողջության ապահովագրություն է անհրաժեշտ:
- Ստորագրեք** այս դիմումը՝ **12-րդ էջում**: Եթե Դուք լիազոր ներկայացուցիչ ընտրեք, ստորագրեք նաև 10-րդ էջում:

Եվս մի քանի հարց (կամ ընտրական)

1. Ձեր կյանքում վերջերս այնպիսի փոփոխություններ տեղի ունեցե՞լ են, որոնք Ձեզ ստիպել են դիմել առողջության ապահովագրություն ստանալու համար:

Եթե այո, նշան դրեք համապատասխան վանդակներում:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Տեղափոխվել եմ Կալիֆոռնիա բնակության | <input type="checkbox"/> Այլևս ազատագրված չեմ |
| <input type="checkbox"/> Քաղաքացիություն կամ օրինական բնակության իրավունք եմ ստացել | <input type="checkbox"/> Կորցրել եմ առողջության ապահովագրությունը |
| <input type="checkbox"/> Խնամյալ եմ ձեռք բերել (ծնվել է, ամուսնացել կամ որդեգրել եմ) | <input type="checkbox"/> Դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված ամերիկյան հնդկացի/բնիկ այլասկացի եմ |
| <input type="checkbox"/> Կորցրել եմ «Medi-Cal»-ի ապահովագրությունը | <input type="checkbox"/> Կորցրել եմ առողջության ապահովագրության մուծումները կատարելու հարցում «Covered California»-ի միջոցով ստացվող օգնությունը |
| <input type="checkbox"/> Այլ _____ | |

Ե՞րբ է տեղի ունեցել այդ իրադարձությունը Ձեր կյանքում: (ամիս / օր / տարի) _____

2. Որտեղի՞ց եք լսել «Covered California»-ի մասին: Նշան դրեք համապատասխան վանդակներում:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ուսումնական ծրագրից | <input type="checkbox"/> նորությունների ծրագրից | <input type="checkbox"/> CoveredCA.com կայքից | <input type="checkbox"/> Էլ. փոստից |
| <input type="checkbox"/> հեռուստատեսային գովազդից | <input type="checkbox"/> պետական գրասենյակից | <input type="checkbox"/> դեղատնից | <input type="checkbox"/> Եկեղեցուց |
| <input type="checkbox"/> թերթում կամ հանդեսում զետեղված գովազդից | <input type="checkbox"/> սպասարկողից կամ հիվանդանոցից | <input type="checkbox"/> ռադիոգովազդից | <input type="checkbox"/> գրքույկից |
| <input type="checkbox"/> համացանցային որոնման արդյունքում | <input type="checkbox"/> բարեկամից կամ ընտանիքի անդամից | <input type="checkbox"/> առցանց գովազդից | <input type="checkbox"/> լսել եմ |
| <input type="checkbox"/> մանրածախ խանութի անդամությունից | <input type="checkbox"/> բջջային հաղորդագրությունից | <input type="checkbox"/> գովազդային վահանակից | <input type="checkbox"/> գովազդային նամակից |
| <input type="checkbox"/> ապահովագրման հավաստագրված գործակալից | <input type="checkbox"/> սոցիալական ցանցից (օր.՝ «Facebook»-ից, «Twitter»-ից և այլն) | | <input type="checkbox"/> գործատուից |
| <input type="checkbox"/> անդամագրման հավաստագրված խորհրդատուից | <input type="checkbox"/> այլ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> համայնքային կազմակերպությունից կամ միջոցառման ժամանակ | | | |

★ **Լրացրեք այս բաժինը, եթե Դուք կամ Ձեր ընտանիքի անդամներից մեկն ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի է:**

Ամերիկյան հնդկացիները և բնիկ այլասկացիները կարող են ծառայություններ ստանալ Հնդկացիական առողջապահական ծառայությունների, ցեղային առողջապահական ծրագրերի կամ քաղաքային հնդկացիական առողջապահական ծրագրերի կողմից: Հնարավոր է, որ դաշնային կառավարության կողմից ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի ճանաչված անձինք ազատվեն կանխիկ ծախսերից (օրինակ՝ համավճարումներից) և անդամագրման համար հատուկ ժամանակահատվածներում դիմելու իրավունք ունենան: Անպայման լրացրեք այս թերթիկը և ուղարկեք դիմումի և հնդկացիական կամ բնիկ այլասկացու ծագումը հաստատող փաստաթղթի հետ միասին: Կարող եք դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված որևէ հնդկացիական ցեղի տրամադրած փաստաթուղթ ուղարկել, որը ցույց է տալիս, որ Դուք տվյալ ցեղի անդամ եք կամ առնչություն ունեք այդ ցեղի հետ: Որպես ապացույց կարող են ծառայել նաև ցեղային անդամագրման քարտը կամ Հնդկացիական գործերի գրասենյակի կողմից տրված հնդկացիական արյան աստիճանի հավաստագիրը (CDIB):

Եթե ցանկանում եք հնդկացիական կամ բնիկ այլասկացու ծագում ունեցող ավելի քան չորս հոգու մասին գրել, **պատճենահանեք այս էջը** և ուղարկեք Ձեր դիմումի հետ միասին:

Անձ 1

Անունը	Միջին անունը	Ազգանունը	Բաղադրիչ (օրինակ՝ սրբ., կրտսեր., III, IV)
--------	--------------	-----------	---

Տվյալ անձը դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված հնդկացիական կամ բնիկ այլասկացիների ցեղի անդամ է: Այո Ոչ

Եթե այո, գրեք ցեղի անունը՝ _____ **և նահանգը, որում այն գտնվում է:** _____

Անձ 2

Անունը	Միջին անունը	Ազգանունը	Բաղադրիչ (օրինակ՝ սրբ., կրտսեր., III, IV)
--------	--------------	-----------	---

Տվյալ անձը դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված հնդկացիական կամ բնիկ այլասկացիների ցեղի անդամ է: Այո Ոչ

Եթե այո, գրեք ցեղի անունը՝ _____ **և նահանգը, որում այն գտնվում է:** _____

Անձ 3

Անունը	Միջին անունը	Ազգանունը	Բաղադրիչ (օրինակ՝ սրբ., կրտսեր., III, IV)
--------	--------------	-----------	---

Տվյալ անձը դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված հնդկացիական կամ բնիկ այլասկացիների ցեղի անդամ է: Այո Ոչ

Եթե այո, գրեք ցեղի անունը՝ _____ **և նահանգը, որում այն գտնվում է:** _____

Անձ 4

Անունը	Միջին անունը	Ազգանունը	Բաղադրիչ (օրինակ՝ սրբ., կրտսեր., III, IV)
--------	--------------	-----------	---

Տվյալ անձը դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված հնդկացիական կամ բնիկ այլասկացիների ցեղի անդամ է: Այո Ոչ

Եթե այո, գրեք ցեղի անունը՝ _____ **և նահանգը, որում այն գտնվում է:** _____



Ներգաղթի կարգավիճակը

Եթե Դուք պատկանում եք ստորև բերված խմբերից որևէ մեկին, հնարավոր է, որ Դուք համապատասխանեք առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: Եթե նույնիսկ Ձեր ներգաղթի կարգավիճակը նշված չէ ստորև, հնարավոր է, որ Դուք համապատասխանեք առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին, և հարկավոր է, այնուամենայնիվ, դիմում ներկայացնել:

- օրինական մշտական բնակիչ (LPR կամ «գրին քարտ» ունեցող)
- օրինական ժամանակավոր բնակիչ (LTR)
- ապաստանյալ
- փախստական
- Կուբայից/Հաիթիից երկիր մուտք գործած անձ
- ԱՄՆ մուտք գործելու թույլտվություն ստացած անձ
- մինչև 1980 թ. պայմանականորեն մուտքի թույլտվություն ստացած անձ
- ծեծի ենթարկված կին/ամուսին, երեխա կամ ծնող
- թրաֆիքինգի գոհ և վերջինիս կին/ամուսին, երեխա, հարազատ քույր/եղբայր կամ ծնող
- ներգաղթի մասին օրենսդրության կամ «Տանջանքների դեմ համաձայնագրի» (CAT) պահանջների համաձայն՝ կասեցված վտարման կամ կասեցված հեռացման կարգավիճակ ունեցող անձ
- ոչ ներգաղթային վիզայի կարգավիճակ ունեցող անձ (այդ թվում՝ աշխատանքային վիզա, ուսանողական վիզա ունեցող անձ կամ Միկրոնեզիայի, Մարշալի կղզիների և Պալաուի քաղաքացի)

- ժամանակավոր պաշտպանության կարգավիճակ (TPS) ունեցող կամ ժամանակավոր պաշտպանության կարգավիճակի (TPS) համար դիմած անձ
- հետաձգված բռնի վտարման (DED) կարգավիճակ ունեցող անձ
- հետաձգված վտարման կարգավիճակ ունեցող անձ Ծանուցում: Եթե Դուք հետաձգված վտարման կարգավիճակ ունեցող անձ եք՝ Հայրենիքի անվտանգության դեպարտամենտի «Երեխա ժամանակ երկիր մուտք գործելու պատճառով հետաձգված վտարման ծրագրի» (DACA) համաձայն, ապա Դուք օրինական կերպով երկրում բնակվող անձ չեք համարվում
- հատուկ անչափահաս ներգաղթողի կարգավիճակի համար դիմած անձ
- օրինական մշտական բնակիչ կարգավիճակի անցնելու համար դիմած և վիզայի հաստատված հայց ունեցող անձ
- ապաստարանի համար դիմած անձ
- ներգաղթի մասին օրենսդրության կամ «Տանջանքների դեմ համաձայնագրի» (CAT) պահանջների համաձայն՝ վտարման կասեցման կամ հեռացման կասեցման կարգավիճակի համար դիմած անձ
- գրանցված դիմող՝ աշխատանքի թույլտվության փաստաթղթով (EAD)
- հսկողության հրաման ունեցող անձ (EAD-ով)
- երկրից հեռացման հրամանի չեղարկման կամ վտարման հրամանի կասեցման համար դիմած անձ (EAD-ով)



Ձեզ օգնություն է հարկավոր:

Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

★ Եթե ցանկանում եք ավելի քան չորս հոգու մասին տեղեկություններ տրամադրել մեզ, **պատճենահանեք այս էջը և հաջորդ էջը** և դրանց վրա տրամադրեք տեղեկությունները: Մի՛ մոռացեք ուղարկել այդ էջերը Ձեր դիմումի հետ միասին:

Առողջության ապահովագրության Ձեր մասնավոր ծրագիրն ընտրելու համար՝ ստորև գրեք Ձեր ուզած ծրագրի անվանումը կամ «մետաղական կարգը»: Որպեսզի ծրագիր ընտրելուց հետո Ձեր առողջության ապահովագրությունն ուժի մեջ մտնի, հարկավոր է կատարել ապահովագնի Ձեր առաջին վճարումը: **Վճարումը հարկավոր է կատարել անմիջականորեն Ձեր ընտրած ապահովագրական ծրագրին: Կարող եք ուղղակի գանգահարել նրանց կամ սպասել, որ Ձեզ հաշիվ ուղարկեն վճարման համար: Ձեր վճարումը փոստով մի՛ ուղարկեք «Covered California»-ին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, թե ինչ կերպ կատարեք ապահովագնի Ձեր առաջին վճարումը, կարդացեք Հաճախակի տրվող հարցերի 8-րդ հարցը՝ 20-րդ էջում:**

Գործող առողջապահական ծրագրերի կամ ապահովագնի վճարման մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք **CoveredCA.com** կամ գանգահարեք **1-800-300-1506** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով:

Անունը <i>Անունը, միջին անունը, ազգանունը, բաղադրիչ (օրինակ՝ սրբ., կրտսեր., III, IV)</i>	Առողջապահական ծրագրի անվանումը	«Մետաղական կարգը»	Մետաղի համարը	Ծրագրի տեսակը
Անձ 1:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Նվազագույն ապահովագրման ծրագիրը		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Անձ 2:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Նվազագույն ապահովագրման ծրագիրը		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Անձ 3:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Նվազագույն ապահովագրման ծրագիրը		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Անձ 4:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Նվազագույն ապահովագրման ծրագիրը		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO

Ծրագրերի տեսակները


EPO՝ բացառիկ սպասարկող կազմակերպություն

HMO՝ առողջության պահպանման կազմակերպություն

HSA՝ առողջապահական խնայողական հաշիվ (ծրագրի այս տեսակն անդամներին հնարավորություն է տալիս «առողջապահական խնայողական հաշիվ» բացել և գումար դնել հաշվի վրա)

PPO՝ նախընտրած սպասարկող կազմակերպություն

Ծրագրի ընտրությունն ավարտելու համար՝ առողջապահական ծրագիր ընտրող 18 տարեկան կամ ավելի մեծ բոլոր անձինք պետք է համաձայնեն հաջորդ էջում շարադրված իրավարարության մասին համաձայնության պայմաններին և ստորագրեն այն:

Հավելված C շարունակությունը հաջորդ էջում 

Ձեզ օգնություն է հարկավոր:

Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է: Կարող եք գանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:



Համաձայնություն պարտադրող իրավարարության մասին


▶ «Covered California»-ի ծրագիր ընտրող յուրաքանչյուր անձի համար

Ես հասկանում եմ, որ յուրաքանչյուր մասնակից առողջապահական ծրագիր վեճերը և գանգատները, այդ թվում՝ առողջապահական ծրագրի, վերջինիս հետ պայմանագրային հիմունքներով համագործակցող սպասարկողների, վարչական անձնակազմի կամ ծրագրի հետ առնչվող այլ անձանց դեմ առողջապահական ծրագրի անդամության, ծառայությունների կամ ապրանքների համար վճարելու կամ դրանք տրամադրելու, բժշկի կամ հիվանդանոցի անփութ վերաբերմունքի (որ բժշկական ծառայություններն անհրաժեշտ կամ արտոնված չեն եղել կամ անպատշաճ կերպով, անփութորեն կամ կիսատ են տրամադրվել) կամ բուժկենտրոնի պատասխանատվության կապակցությամբ իմ, իմ անդամագրված խնամյալների, ժառանգների կամ լիազոր ներկայացուցիչների վեճերը և գանգատները կարգավորելու սեփական կանոններն ունի:

Ես հասկանում եմ, որ եթե ես այնպիսի առողջապահական ծրագիր ընտրեմ, որը վեճերը կարգավորելու համար պարտադրող իրավարարություն է պահանջում, ապա ես ընդունում և համաձայնում եմ վեճերը և գանգատները կարգավորելու համար օգտվել պարտադրող իրավարարությունից (բացի Փոքր հայցերի դատարանի իրավասության տակ գտնվող հարցերից, որոնք գործող օրենքի համաձայն՝ չեն կարող հանձնվել պարտադրող իրավարարությանը) և հրաժարվում եմ երդվյալ ատենակալների դատարան դիմելու իմ իրավունքից ու չեմ կարող պահանջել, որ իմ գործի կապակցությամբ դատարանը որոշում կայացնի՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ գործող օրենքը պահանջում է հարցը դատարանում լուծել: Ես հասկանում եմ, որ յուրաքանչյուր առողջապահական ծրագրի վեճերի կարգավորման պայմանները, եթե այդպիսիք կան, շարադրված են տվյալ առողջապահական ծրագրի ապահովագրի փաստաթղթում, որը ես կարող եմ կարդալ համացանցում՝ CoveredCA.com հասցեում, կամ կարող եմ զանգահարել «Covered California»՝ 1-800-996-1009 (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով և լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ:

▶ Բոլոր ծրագրերում անդամագրված անձանց ստորագրությունները

<p>1-ին անձի ստորագրությունը կամ 1-ին անձի համար պատասխանատու կողմի կամ վերջինիս լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը, եթե առնվազն 18 տարեկան է</p>	<p>Ամսաթիվը</p>
<p>2-րդ անձի ստորագրությունը կամ 2-րդ անձի համար պատասխանատու կողմի կամ վերջինիս լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը, եթե առնվազն 18 տարեկան է</p>	<p>Ամսաթիվը</p>
<p>3-րդ անձի ստորագրությունը կամ 3-րդ անձի համար պատասխանատու կողմի կամ վերջինիս լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը, եթե առնվազն 18 տարեկան է</p>	<p>Ամսաթիվը</p>
<p>4-րդ անձի ստորագրությունը կամ 4-րդ անձի համար պատասխանատու կողմի կամ վերջինիս լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը, եթե առնվազն 18 տարեկան է</p>	<p>Ամսաթիվը</p>

Հավելված C շարունակությունը հաջորդ էջում 



Ձեզ օգնություն է հարկավոր:

Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Հավելված C

Ընտրեք «Covered California»-ի Ձեր մանկանան ատամնաբուժական ծրագիրը

18 տարեկան և ավելի փոքր երեխաների համար

★ Եթե ցանկանում եք ավելի քան չորս երեխա նշել մանկական ատամնաբուժական ծառայություններ ստանալու համար, **պատճենահանեք այս էջը**: Այդ էջի վրա նշեք տեղեկությունները և ուղարկեք Ձեր դիմումի հետ միասին:

Եթե կարում եք, որ համապատասխանում եք Ձեր երեխայի համար մանկական ատամնաբուժական ծառայություններ ստանալու պահանջներին և ցանկանում եք մանկական ատամնաբուժական ծրագիր ընտրել, ստորև նշեք ծրագր(եր)ի անուն(ներ): «Covered California»-ի կողմից տրամադրվող մանկական ատամնաբուժական ծրագրերի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար այցելեք **CoveredCA.com** կամ զանգահարեք **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500):

Անունը <i>Անունը, միջին անունը, ազգանունը, բաղադրիչ (օրինակ՝ սըր., կրտսեր., III, IV)</i>	Մանկական ատամնաբուժական ծրագրի անվանումը	Ապահովագրման մակարդակը	Ծրագրի տեսակը
Երեխա 1:		<input type="checkbox"/> բարձր <input type="checkbox"/> ցածր	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
Երեխա 2:		<input type="checkbox"/> բարձր <input type="checkbox"/> ցածր	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
Երեխա 3:		<input type="checkbox"/> բարձր <input type="checkbox"/> ցածր	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
Երեխա 4:		<input type="checkbox"/> բարձր <input type="checkbox"/> ցածր	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO

Ծրագրերի տեսակները

DEPO՝ բացառիկ ատամնաբուժական սպասարկող կազմակերպություն

DHMO՝ ատամնաբուժական առողջության պահպանման կազմակերպություն

DPPO՝ նախընտրած ատամնաբուժական սպասարկման կազմակերպություն

Ձեզ օգնություն է հարկավոր:

Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:



Հաճախակի տրվող հարցեր

Ինչպես օգնություն ստանալ «Covered California»-ի միջոցով

1. Ի՞նչ է «Covered California»-ն:

«Covered California»-ն նոր շուկա է, որտեղ անհատները և ընտանիքները հնարավորություն ունեն մատչելի գնով առողջության ապահովագրություն ստանալու, և այն առողջության բարձրակարգ ապահովագրություն ստանալու Ձեր ճանապարհն է:

Մեր նպատակն է կալիֆոռնիացիների համար դյուրին և մատչելի դարձնել առողջության ապահովագրությունը: «Covered California»-ն Կալիֆոռնիայի Առողջապահական նպաստների փոխանակման ծրագրի և Կալիֆոռնիայի Առողջապահական ծառայությունների դեպարտամենտի կողմից համատեղ իրականացվող ծրագիր է:

2. Ի՞նչ կերպ կարող է «Covered California»-ն օգնել ինձ:

«Covered California»-ն կարող է օգնել Ձեզ առողջության այնպիսի մասնավոր ապահովագրություն ընտրել,

որը բավարարում է Ձեր առողջապահական կարիքները և համապատասխանում Ձեր նյութական վիճակին: Մենք կարող ենք հասկանալի կերպով բացատրել Ձեզ առողջության ապահովագրման ծրագրերի գները և նպաստները, որպեսզի Դուք կարողանաք համեմատել Ձեր տրամադրության տակ եղած տարբերակները: Նախքան ծրագիր ընտրելը Դուք կիմանաք ճշգրիտ կերպով, թե ինչ էք ստանալու և որքան պետք է վճարեք:

3. Առողջության ի՞նչ ապահովագրություն է առաջարկվում «Covered California»-ի միջոցով:

«Covered California»-ի միջոցով Ձեզ առողջապահական ծրագրերի լայն ընտրանի է առաջարկվում: Առողջության ապահովագրման ընկերությունները **չեն կարող հրաժարվել Ձեզ ապահովագրելուց՝** այն պատճառով, որ նախկինում Դուք հիվանդ եք եղել և չեք կարողացել ապահովագրություն գնել:

«Covered California»-ն առողջության ապահովագրման ծրագրերի չորս խումբ է առաջարկում՝ «platinum», «gold», «silver» և «bronze», և բացի այդ՝ նվազագույն ապահովագրության ծրագիր: Դրանցից յուրաքանչյուրն ապահովագրության տարբեր մակարդակ է առաջարկում՝ բարձրից ցածր: Առողջության ապահովագրման այն ծրագրերը, որոնք ավելի շատ բժշկական ծախսերի համար են վճարում, սովորաբար ավելի բարձր ապահովագին ունեն, սակայն Ձեզ հնարավորություն են տալիս ավելի քիչ վճարել բուժօգնություն ստանալիս:

«Platinum» ծրագրերի ապահովագինն ամենաբարձրն է, սակայն նրանք վճարում են բժշկական ծախսերի մոտ 90%-ը: «Gold» ծրագրերը վճարում են Ձեր բժշկական ծախսերի մոտ 80%-ը, իսկ «Silver» ծրագրերը՝ մոտ 70%-ը: «Bronze» ծրագրերի ապահովագինն ամենացածրն է, բայց նրանք վճարում են ապահովագրված բժշկական ծախսերի մոտ 60%-ը: Առկա լիարժեք նպաստային փաթեթների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք այցելել **CoveredCA.com** և կարդալ ծրագրի փաստաթղթերը, օրինակ՝ «Ապահովագրի վկայականը» (Evidence of Coverage) կամ ծրագրի ապահովագրման կանոնները: Կամ զանգահարեք մեզ՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով:

4. Կարո՞ղ եմ ես առողջության ապահովագրություն ստանալ «Covered California»-ի միջոցով:

Ցանկացած կալիֆոռնիացի կարող է առողջության ապահովագրություն ստանալ «Covered California»-ի միջոցով, եթե նահանգի բնակիչ է և բավարարում է ծրագրի մյուս պահանջները:

Դիմորդները կարող են առողջության անվճար կամ ցածր գնով ապահովագրություն կամ ֆինանսական օգնություն ստանալ, որը կնվազեցնի ապահովագրի և համավճարումների չափը: Ֆինանսական օգնության չափը կախված է ընտանիքի անդամների թվից և ընտանիքի եկամուտից:

Եթե ցանկանում եք դիմել ֆինանսական օգնության համար, ապա դիմումի մեկ այլ ձև պետք է լրացնեք: Այցելեք **CoveredCA.com** կամ զանգահարեք **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500):

5. Կարո՞ղ եմ ես առողջության ապահովագրություն ստանալ նույնիսկ այն դեպքում, եթե իմ եկամուտը բարձր է:

Այո: Անկախ եկամուտից՝ ծրագրում ընդգրկվելու պահանջներին համապատասխանող ցանկացած կալիֆոռնիացի կարող է առողջության ապահովագրություն գնել:

6. Ինչպե՞ս դիմեմ:

«Covered California»-ի միջոցով Դուք կարող եք հետևյալ ձևերով դիմել առողջության ապահովագրություն ստանալու համար.

Առցանց: Այցելեք **CoveredCA.com**: Մենք պարզ և հստակ լեզվով տեղեկություններ ենք տրամադրում առողջության ապահովագրման յուրաքանչյուր ծրագրի մասին:

Շեռախոսով: Չանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Չանգն անվճար է:

Ֆաքսով: Ֆաքսով ուղարկեք Ձեր դիմումը **1-888-329-3700** համարի վրա:


Փոստով: «Covered California»-ի դիմումն ուղարկեք՝

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Անձամբ այցելելով: Մենք հատուկ պատրաստություն անցած անդամագրման խորհրդատուներ և ապահովագրման հավաստագրված գործակալներ ունենք, ովքեր կարող են օգնել Ձեզ: Կամ կարող եք այցելել Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ: Այդ օգնությունն անվճար է: Ձեր բնակության վայրի կամ աշխատավայրի մոտակայքում գտնվող կենտրոնների ցուցակը ստանալու համար այցելեք **CoveredCA.com** կամ զանգահարեք **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500):

7. Որքա՞ն արժե:

Գինը կախված է առողջության ապահովագրության Ձեր ընտրած ծրագրից: **CoveredCA.com** կայքում գետեղված գնի հաշվիչի օգնությամբ Դուք կարող եք հաշվարկել գինը:

Հաճախակի տրվող հարցեր շարունակությունը հաջորդ էջում 

Ձեզ օգնություն է հարկավոր:

Չանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Չանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Ինչպես օգնություն ստանալ «Covered California»-ի միջոցով *(շարունակություն)*

8. Այս դիմումի հետ միասին ես պե՞տք է ուղարկել սպահովագրի իմ առաջին վճարումը:

Ոչ, «Covered California»-ին մի՛ ուղարկեք Ձեր առաջին վճարումը:
Դուք պետք է անմիջականորեն սպահովագրական ծրագրին վճարեք: Սպահովագրի Ձեր առաջին վճարումը կարող է փոստով ուղարկել, կամ Ձեր սպահովագրական ծրագիրը կարող է հեռախոսով կամ առցանց ընդունել վճարումը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, թե ինչ կերպ կարող եք վճարել, գանգահարեք նրանց:

Եթե Դուք հաշիվ ստանաք Ձեր սպահովագրական ծրագրից, խնդրում ենք վճարումը կատարել դրա վրա նշված ցուցումների համաձայն: **Մանկական ատամնաբուժական ծրագրերի համար առանձին հաշիվ է ուղարկվում, և վճարումը պետք է առանձին կատարվի:**

Եթե հաշիվ չեք ստացել, գանգահարեք Ձեր սպահովագրական ծրագրի: Դիմելուց հետո կարող է մինչև 36 ժամ անցնել, մինչ նրանք կստանան Ձեր տեղեկությունները: Ձեր սպահովագրի առաջին վճարումը կատարելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք CoveredCA.com և սեղմեք «How to pay» (ինչպես վճարել) կոճակը կամ գանգահարեք **1-800-300-1506** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով:

9. Ի՞նչ անել, եթե ես արդեն առողջության սպահովագրություն ունեմ:

Եթե Դուք արդեն մատչելի գներով առողջության սպահովագրություն ունեք Ձեր գործատուի միջոցով, ապա ոչինչ անելու կարիք չկա: Բայց Դուք կարող եք, համենայն դեպս, դիմել՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք և Ձեր ընտանիքի անդամները համապատասխանում եք «Covered California»-ի միջոցով առողջության ավելի մատչելի սպահովագրություն ստանալու պահանջներին:

10. Ես չունեմ բոլոր այն տեղեկությունները, որոնք ինձ անհրաժեշտ են այս դիմումի հարցերին պատասխանելու համար: Ի՞նչ պետք է ես անեմ:

Եթե Դուք բոլոր տեղեկությունները չունեք, ամեն դեպքում ստորագրեք և ուղարկեք Ձեր դիմումը: Ձեր դիմումը ստանալուց հետո 10-ից 15 օրացուցային օրվա ընթացքում մենք կգանգահարենք Ձեզ և կասենք, թե ինչ անել: Եթե Դուք մեզանից հեռախոսազանգ չստանաք, խնդրում ենք գանգահարել մեզ՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով:

11. Կարո՞ղ եմ ես օգնություն ստանալ դիմումը լրացնելու կամ ծրագիր ընտրելու հարցում:

Այո: Օգնություն անվճար է: Անդամագրման հավաստագրված խորհրդատուները և սպահովագրման հավաստագրված գործակալներն աշխատում են համայնքներում՝ նահանգի ողջ տարածքում, և Ձեզ տեղեկություններ կտրամադրեն առողջության սպահովագրման նոր տարբերակների մասին ու կօգնեն դիմել: Օգնությունը տրամադրվում է բազմաթիվ լեզուներով:

Օգնություն ստացեք դիմումը լրացնելու կամ ծրագիր ընտրելու հարցում՝

Անցանց: Այցելեք CoveredCA.com: Մենք պարզ և հստակ լեզվով տեղեկություններ ենք տրամադրում առողջության սպահովագրման յուրաքանչյուր ծրագրի մասին:

Հեռախոսով: Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Կարող եք գանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Զանգն անվճար է:

Անձամբ մեզ այցելելով: Մենք հատուկ պատրաստություն անցած անդամագրման հավաստագրված խորհրդատուներ և սպահովագրման հավաստագրված գործակալներ ունենք, ովքեր կարող են օգնել Ձեզ: Կամ կարող եք այցելել Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ: Այդ օգնությունն անվճար է: Ձեր բնակության վայրի կամ աշխատավայրի մոտակայքում գտնվող կենտրոնների ցուցակը ստանալու համար այցելեք CoveredCA.com կամ գանգահարեք **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500):

12. Ինչպե՞ս առողջության սպահովագրման ծրագիր ընտրել

Կարող եք այցելել CoveredCA.com, որտեղ կարող եք հեշտությամբ համեմատել առողջության սպահովագրման ծրագրերն ու գնել Ձեր ուզած ծրագիրը՝ օգտվելով առցանց խանութից և ծրագրերի համեմատության աղյուսակից:

Դուք կարող եք այնպիսի մակարդակի սպահովագրություն ընտրել, որը լավագույնս բավարարում է Ձեր առողջապահական կարիքները և համապատասխանում Ձեր նյութական վիճակին:

- Դուք կարող եք որոշել անսակայն ավելի մեծ գումար վճարել (որն սպահովագրի է կոչվում), որպեսզի բուժօգնություն ստանալիս ավելի քիչ կանխիկ վճարում կատարեք:
- Կամ կարող եք որոշել ավելի փոքր ամսական գումար վճարել, բայց բուժօգնություն ստանալիս ավելի շատ կանխիկ վճարում կատարել:

13. Այժմ, երբ առողջապահության բնագավառի բարեփոխումները սկսվել են, ես առողջության սպահովագրության կարիք ունե՞մ:

2014 թ. հունվարի մեկից սկսած մեծամասնությունը, այդ թվում՝ երեխաները, պարտավոր են լինելու առողջության սպահովագրություն ունենալ կամ տուգանք վճարել: Այն ծնողը կամ հարկ վճարողը, որի դաշնային եկամտահարկագրում երեխան նշված է՝ որպես խնամյալ, պատասխանատու կլինի խնամյալ երեխայի առողջության սպահովագրություն չունենալու համար, սակայն մինչև 18 տարեկան չապահովագրված երեխայի համար վճարվող հարկային տուգանքի չափը չապահովագրված չափահասի համար վճարվող հարկային տուգանքի կերպով: Դա կարող է լինել աշխատավայրից ստացած սպահովագրություն, անձամբ գնած սպահովագրություն, «Medicare» կամ լիարժեք «Medi-Cal»:

Որոշ անձինք ազատված են առողջության սպահովագրություն ունենալու պարտավորությունից: Այդ անձանց թվում են այն անձինք, որոնց հավատքն արգելում է նրանց նպատակներ ստանալ առողջության սպահովագրման ծրագրերից, դատավճռից հետո ազատազրկված անձինք, դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված հնդկացիական կամ բնիկ այլասկզբների ցեղերի անդամները և այն անձինք,



Ինչպես օգնություն ստանալ «Covered California»-ի միջոցով *(շարունակություն)*

13. Այժմ, երբ առողջապահության բնագավառի բարեփոխումները սկսվել են, ես առողջության ապահովագրության կարիք ունե՞մ *(շարունակություն)*:

Ովքեր ստիպված են իրենց եկամտի ավելի քան 8%-ը վճարել առողջության ապահովագրության համար՝ գործատուի կողմից վճարված գումարները հաշվի առնելուց հետո:

2014 թ. տուգանքը կազմելու է Ձեր տարեկան եկամտի 1%-ը կամ \$95՝ կախված այն բանից, թե որն ավելի շատ կլինի: Ամեն տարի տուգանքի չափը կաճի: Մինչև 2016 թ. այն կազմելու է Ձեր տարեկան եկամտի 2.5%-ը կամ \$695՝ կախված այն բանից, թե որն ավելի շատ կլինի: 2016 թ. վճարվող հետո հարկվող տուգանքը տարեցտարի կաճի՝ կենսաձախքի ճշգրտումների հիման վրա:

Տուգանքների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք CoveredCA.com:

14. Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե դիմելուց հետո իմ եկամուտը փոխվի

Եթե Ձեր եկամուտը փոխվի, դա կարող է ազդել այն բանի վրա, թե առողջության ինչ տիպի ապահովագրություն ստանալու պահանջներին են Դուք համապատասխանում:

Եթե Դուք «Covered California»-ի միջոցով տրամադրվող առողջության մասնավոր ապահովագրություն ունեք, զանգահարեք մեզ և պարզեք, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք «Covered California»-ի միջոցով ֆինանսական օգնություն ստանալու պահանջներին: Դա կարող է նվազեցնել Ձեր ապահովագրի և համավճարումների չափը:

15. Ես կկարողանա՞մ անմիջապես օգտվել «Covered California»-ի առողջության ապահովագրման իմ նոր ծրագրից:

Եթե Դուք առողջության ապահովագրության համար դիմեք 2013 թ. հոկտեմբերից մինչև դեկտեմբերն ընկած ժամանակահատվածում, ապա ծառայությունները կսկսեն տրամադրվել արդեն 2014 թ. հունվարից: Եթե Դուք 2014 թ. հունվարին կամ ավելի ուշ դիմեք, ապա հնարավոր է, որ ծառայությունները սկսեն տրամադրվել հաջորդ ամսվա սկզբից:

16. Ի՞նչ տեղի կունենա այն բանից հետո, երբ ես դիմեմ:

Եթե Դուք առցանց կամ հեռախոսով դիմեք, Դուք տեղեկություն կստանաք այն մասին, թե արդյոք Դուք և Ձեր ընտանիքը համապատասխանում եք «Covered California»-ի պահանջներին: Եթե Դուք փոստով կամ ֆաքսով ուղարկեք դիմումը, ապա այն ստանալուց հետո 10 օրացուցային օրվա ընթացքում մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք: Եթե Դուք մեզանից ոչինչ չստանաք, խնդրում ենք զանգահարել մեզ՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով:

Այլ հարցեր

17. Դիմումի մեջ նշված բոլոր անձինք պե՞տք է ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատակ լինեն:

Ոչ, եթե Դուք պարզապես դիմում եք Ձեր ընտանիքի որևէ անդամի անունից, ապա կարիք չկա ուղարկելու Ձեր քաղաքացիության կամ ներգաղթի կարգավիճակի ապացույցը: Սակայն ցանկացած անձ, որի համար ապահովագրություն է գնվում «Covered California»-ի միջոցով, պետք է օրինական բնակիչ լինի և պետք է քաղաքացիության կամ ներգաղթի կարգավիճակի ապացույց ներկայացնի:

18. Այս դիմումը մի շարք անձնական բնույթի հարցեր է պարունակում: «Covered California»-ն այլ անձանց կտրամադրի իմ անձնական և ֆինանսական տեղեկությունները:

Ոչ: Ձեր տրամադրած տեղեկությունները գաղտնի են և պահվում են ապահով կերպով՝ ինչպես պահանջում է դաշնային և նահանգային օրենսդրությունը: Ձեր տեղեկությունները մեզ անհրաժեշտ են միայն այն բանի համար, որպեսզի մենք պարզենք, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:

19. Ես նախապես գոյություն ունեցող հիվանդություն կամ հաշմանդամություն ունեմ: Կարո՞ղ եմ ես առողջության ապահովագրություն ստանալ «Covered California»-ի միջոցով:

Այո, ներկայումս կամ անցյալում Ձեր ունեցած որևէ հիվանդությունից կամ հաշմանդամությունից անկախ՝ Դուք կարող եք առողջության ապահովագրություն ստանալ:

2014 թ. սկսած առողջության ապահովագրման ծրագրերի մեծ մասն իրավունք չի ունենա մերժել Ձեզ կամ ավելի շատ գումար պահանջել նախապես Ձեր ունեցած որևէ հիվանդության կամ հաշմանդամության պատճառով:

20. Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե ես «Medicare» ունեմ

Ըստ օրենքի՝ «Medicare»-ի անդամները «Exchange»-ի միջոցով կրկնակի ապահովագրություն գնելու իրավունք չունեն: Ուստի, եթե Դուք «Medicare» ունեք, ապա «Covered California»-ի միջոցով առողջության ապահովագրությունը Ձեզ համար չէ: Եթե Դուք լրացուցիչ ապահովագրություն եք փնտրում՝ Ձեր «Medicare»-ից բացի, և կենսաթոշակառուի ապահովագրություն չունեք, ապա խնդրում ենք այցելել www.medicare.gov և կարդալ «Medicare Advantage»-ի որևէ ծրագրի անդամագրվելու կամ «Medi-gap»-ի ապահովագրի գնելու մասին:

Այլ հարցեր *(շարունակություն)*

21. Ես հենց նոր պարզել եմ, որ հղի եմ: Կարո՞ղ եմ դիմել առողջության այնպիսի ապահովագրություն ստանալու համար, որը հղի ժամանակ ինձ ապահովագրություն կտրամադրի:

Այո: Դուք կարող եք առողջության այնպիսի ապահովագրության համար դիմել, որն ապահովագրում է նախածննդյան խնամքը, երկունքը և ծննդաբերությունը և հետծննդյան խնամքը: Առողջության ապահովագրման ծրագրերն այլևս չեն կարող մերժել Ձեզ այն բանի պատճառով, որ Դուք հղի եք:

22. Ես առողջության ապահովագրություն կարո՞ղ եմ ստանալ, եթե քաղաքացի չեմ կամ ներգաղթի բավարար կարգավիճակ չունեմ:

Կալիֆոռնիայում բնակվող ցանկացած անձ կարող է այս դիմումի օգնությամբ դիմել առողջության ապահովագրություն ստանալու համար: Միայն այն անձինք, ովքեր դիմում են, պետք է սոցիալական ապահովության համար և ներգաղթի կարգավիճակի մասին տեղեկություններ տրամադրեն:

Բայց հնարավոր է, որ Դուք կարողանաք առողջության ապահովագրման որոշ ծրագրերի անդամագրվել՝ անկախ Ձեր ներգաղթի կարգավիճակից և նույնիսկ եթե սոցիալական ապահովության համար չունեք:

Մենք գաղտնի ենք պահում Ձեր մասին տեղեկությունները և դրանք տրամադրում ենք այլ պետական մարմինների՝ միայն պարզելու համար, թե որ ծրագրերի պահանջներին եք Դուք համապատասխանում:

23. Որտեղի՞ց կարող եմ տեղեկություններ ստանալ քվեարկելու համար գրանցվելու մասին:

Եթե Դուք որպես քվեարկող չեք գրանցվել Ձեր բնակության վայրում և այժմ ցանկանում եք գրանցվել քվեարկելու համար, խնդրում ենք այցելել registertovote.ca.gov: Կամ զանգահարեք **1-800-345-VOTE (8683)**:

24. Ես ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի եմ: Ի՞նչ կերպ կարող է «Covered California»-ն օգնել ինձ:

Ամերիկյան հնդկացիները կամ բնիկ այլասկացիները կարող են ծառայություններ ստանալ Հնդկացիական առողջապահական ծառայությունների, ցեղային առողջապահական ծրագրերի կամ քաղաքային հնդկացիական առողջապահական ծրագրերի կողմից: Եթե Դուք դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված հնդկացի կամ բնիկ այլասկացի եք, ապա հնարավոր է, որ Դուք նաև՝

- ազատվեք կանխիկ ծախսերից, օրինակ՝ չապահովագրված մասի վճարումներից, համավճարումներից և համաապահովագրությունից (բացառությամբ ապահովագրի):
- ամսական հատուկ ժամանակահատվածներ ունենաք անդամագրման համար:

Անպայման լրացրեք A հավելվածը և ուղարկեք Ձեր հնդկացիական կամ բնիկ այլասկացու ծագումը հաստատող փաստաթղթի հետ միասին: Ձեր հնդկացիական կամ բնիկ այլասկացու ծագումը հաստատող փաստաթղթերի ոչ ամբողջական ցուցակը բերված է ստորև.

- ցեղային անդամագրման քարտ,
- Հնդկացիների գործերի բյուրոյի կողմից տրված՝ հնդկացիական արյան աստիճանի հաստատման վկայական (CDIB):

Եթե Դուք ցանկանում եք ստորև նշված նպաստներից որևէ մեկը ստանալ, այցելեք CoveredCA.com և «Application for Health Insurance» (առողջության ապահովագրություն ստանալու դիմում) բաժնում դիմեք և պարզեք, թե արդյոք համապատասխանում եք այդ նպաստները ստանալու պահանջներին.

- առողջության անվճար կամ ցածր գնով ապահովագրություն, օրինակ՝ «Medi-Cal».
- ցածր գնով ապահովագրություն հղի կանանց համար՝ «Access for Infants and Mothers»-ի (AIM) միջոցով.
- «Covered California»-ի միջոցով օգնություն առողջության մասնավոր ապահովագրության համար վճարելու հարցում:

25. Ի՞նչ անել, եթե ես համաձայն չեմ «Covered California»-ի կողմից կայացված որոշմանը

Դուք կարող եք բողոքարկել այն: Որպեսզի բողոքարկեք որոշումը, որին համաձայն չեք, դիմեք «Covered California»-ին՝ ստորև նշված եղանակներից որևէ մեկով.

- Անցանց:** Այցելեք CoveredCA.com:
- Հեռախոսով:** Չանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 18-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 17-ը: Չանգն անվճար է:
- Ֆաքսով:** Ֆաքսով ուղարկեք Ձեր դիմումը **1-888-329-3700** համարի վրա:
- Փոստով:** Դիմումն ուղարկեք՝ Covered California – Appeals
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
- Անձամբ այցելելով:** Մենք հատուկ պատրաստություն անցած անդամագրման հավաստագրված խորհրդատուներ և ապահովագրման հավաստագրված գործակալներ ունենք, ովքեր կարող են օգնել Ձեզ: Այդ օգնությունն անվճար է:
- Ձեր բնակության վայրի կամ աշխատավայրի մոտակայքում գտնվող անդամագրման հավաստագրված խորհրդատուների և ապահովագրման հավաստագրված գործակալների ցուցակը ստանալու համար այցելեք CoveredCA.com կամ զանգահարեք **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500):



Ինչպես օգնություն ստանալ այլ եզուներով

Դուք կարող եք այս դիմումը լրացնելու հարցում օգնություն ստանալ այլ լեզուներով: Զանգահարեք 1-800-996-1009:

Podemos ayudarle en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言
獲得此申請的幫助。

請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về đơn đăng ký này bằng tiếng Việt. Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어 지원을 받으실 수 있습니다. 전화: 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong para sa aplikasyong ito sa Tagalog. Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь в оформлении этой заявки на русском языке. Звоните по телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով օգնություն ստանալ այս դիմումի ձևը լրացնելու հարցում: Զանգահարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا به زبان های دیگر کمک دریافت کنید. با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على المساعدة بشأن هذا الطلب باللغة العربية. اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC



«Հարվանք» «Covered California»-ն «Facebook»-ում: Այցելեք [Facebook.com/CoveredCA](https://www.facebook.com/CoveredCA):



Հետևեք մեզ
[@CoveredCA](https://twitter.com/CoveredCA) հաղցելով

