تقاضانامه

لطفا همه 4 صفحه این فرم را پر کنید. با حروف بزرگ و به وضوح بنویسید.
فقط از جوهر مشکی یا آبی استفاده کنید. فرم تکمیل شده را به آدرس زیر پست کنید:

Healthy Families/Medi-Cal
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-9984

به کمک نیاز دارید؟
با 1-800-880-5305 تماس بگیرید

به ما اطلاعاتی در باره عضو خانواده که این فرم را پر می کند بدهید.

① نام خانوادگی | نام | حرف اول نام میانه | تاریخ تولد (به ترتیب ماه/ روز/ سال) \ \

② آدرس منزل (شماره و خیابان) از صندوق پستی استفاده نکنید – **مگر این که شخص بی سرپناه (هوم لس) باشد** | شماره آپارتمان | شماره تلفن منزل ( )

③ شهر | کانتی | کد پستی | شماره تلفن محل کار ( )

④ آدرس پستی (اگر با آدرس بالا تفاوت دارد) یا صندوق پستی | شماره آپارتمان | شماره پیام گیر یا سلولار

⑤ شهر | کد پستی | ای – میل (اختیاری)

⑥ می خواهید به چه زبانی با شما صحبت کنیم؟

⑦ به چه زبانی باید با شما مکاتبه کنیم؟

به ما بگوئید برای چه کسی تقاضا میدهید. (اگر برای بیش از 3 فرزند تقاضا میدهید، برای ذکر کودکان دیگر ازصفحات A1 و A2 کپی بگیرید).

		فرزند 1	فرزند 2	فرزند 3	خانم باردار	کودک متولد نشده
⑧ نام	نام خانوادگی					**خانمهای باردار که از Medi-Cal یا AIM استفاده می کنند: این قسمت را پر نکنید.** ☐ برای تقاضای Healthy Families جهت کودکتان قبل از آنکه بدنیا بیاید اینجا را علامت بزنید. شما باید: • حداقل 6 ماهه باردار باشید. • در رابطه با حاملگی مدرکی را از پزشک یا کلینیک خود به همراه تقاضانامه بفرستید. و • هنگامی که کودک بدنیا آمد مدرکی بفرستید که تولد او را نشان می دهد. (اطلاعات بیشتر در صفحه 5.)
	نام					
	نام میانی					
⑨ نام بدانگونه که در گواهی تولد آمده (چنانچه از نام ذکر شده در بالا متفاوت است)	نام خانوادگی					
	نام					
	نام میانی					
⑩ آیا این کودک دور از خانه زندگی می کند؟		☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير		
⑪ آدرس منزل (اگر با آدرس منزل ذکر شده در شماره ② متفاوت است)						
⑫ آدرس پستی (اگر با آدرس پستی ذکر شده در شماره ④ متفاوت است)						
⑬ تاریخ تولد		\ \ روز ماه سال	\ \ روز ماه سال	\ \ روز ماه سال	\ \ روز ماه سال	
⑭ نسبت با شخص شماره ①		☐ فرزند من ☐ فرزند خوانده من ☐ دیگری:	☐ فرزند من ☐ فرزند خوانده من ☐ دیگری:	☐ فرزند من ☐ فرزند خوانده من ☐ دیگری:	تاریخی که قرار است کودک بدنیا بیاید: \ \	
⑮ جنسیت		☐ پسر ☐ دختر	☐ پسر ☐ دختر	☐ پسر ☐ دختر	تعداد بچه هایی که قرار است بدنیا بیایند:	

از اینجا جدا کنید

BAR CODE

MC 321 HFP (rev. 12/07)
Application

	فرزند 1	فرزند 2	فرزند 3	خانم باردار	کودک متولد نشده
16 اصلیت قومی – اختیاری (برای اطلاعات بیشتر به صفحه 6 مراجعه کنید.)					
17 محل تولد کانتی:					
ایالت:					
یا کشور خارجی:					
18 شماره سوسیال سکیورتی (برای اطلاعات بیشتر به صفحات 6 و 7 مراجعه کنید.)					
اگر برای Healthy Families یا موارد اضطراری یا خدمات بارداری تقاضا میدهید، اختیاری است.					
19 شهروند یا تبعه ایالات متحده؟ (اطلاعات بیشتر در صفحات 3 و 7.)	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير	
اگر جواب خیر است، تاریخ ورود به ایالات متحده	روز ماه سال	روز ماه سال	روز ماه سال	روز ماه سال	
20 شماره کارت مزایای Medi-Cal (BIC)، چنانچه داشته باشید:					
21 آیا این شخص بیمه بهداشتی، دندانپزشکی، یا بینائی دیگری هم دارد؟	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير	
حتی اگر بیمه بهداشتی دیگری هم داشته باشید، Medi-Cal ممکن است آنچه را که بیمه دیگر شما تامین نمی کند زیر پوشش بگیرد.					
22 آیا در 3 ماه گذشته این کودک زیر پوشش بیمه ای بوده که اقساط ماهیانه آن توسط کارفرمای شما پرداخت شده است؟ (برای اطلاعات بیشتر به صفحه 6 مراجعه کنید.)	☐ خير ☐ بلي (اگر جواب بلي است، تاریخی که بیمه به پایان رسیده را نوشته و دلیل آن را در زیر علامت بزنید) روز ماه سال بدلیل زیر پوشش بیمه بهداشتی خاتمه یافته است: ☐ از دست دادن شغل ☐ تغییر وضعیت شغلی ☐ نقل مکان و عدم دسترسی به بیمه ☐ اتمام تمام مزایای کارمندی ☐ مرگ، طلاق یا جدائی قانونی ☐ اتمام COBRA ☐ دیگری _____	☐ خير ☐ بلي (اگر جواب بلي است، تاریخی که بیمه به پایان رسیده را نوشته و دلیل آن را در زیر علامت بزنید) روز ماه سال بدلیل زیر پوشش بیمه بهداشتی خاتمه یافته است: ☐ از دست دادن شغل ☐ تغییر وضعیت شغلی ☐ نقل مکان و عدم دسترسی به بیمه ☐ اتمام تمام مزایای کارمندی ☐ مرگ، طلاق یا جدائی قانونی ☐ اتمام COBRA ☐ دیگری _____	☐ خير ☐ بلي (اگر جواب بلي است، تاریخی که بیمه به پایان رسیده را نوشته و دلیل آن را در زیر علامت بزنید) روز ماه سال بدلیل زیر پوشش بیمه بهداشتی خاتمه یافته است: ☐ از دست دادن شغل ☐ تغییر وضعیت شغلی ☐ نقل مکان و عدم دسترسی به بیمه ☐ اتمام تمام مزایای کارمندی ☐ مرگ، طلاق یا جدائی قانونی ☐ اتمام COBRA ☐ دیگری _____		
23 آیا این شخص مایل است در رابطه با مخارج پزشکی در 3 ماه گذشته برای Medi-Cal تقاضا دهد؟ (برای اطلاعات بیشتر به صفحه 6 مراجعه کنید.)	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير	
Medi-Cal ممکن است مخارج پزشکی 3 ماه گذشته را بپردازد.					
24 نام مادر: نام خانوادگی					
نام					
آیا این کودک با مادر زندگی میکند؟	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير		
25 نام پدر: نام خانوادگی					
نام					
آیا این کودک با پدر زندگی میکند؟	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير	☐ بلي ☐ خير		☐ بلي ☐ خير

از اینجا جدا کنید

اگر جای بیشتری لازم دارید از این صفحه یک کپی بگیرید یا یک صفحه دیگر را ضمیمه کنید.

اندازه خانوار نام **همه** اعضای دیگر خانواده که در خانه زندگی می کنند را بنویسید. فرزندان زیر 21 سال، فرزند خواندگان، و همسر هر نوجوان (تین ایجر) یا زن بارداری را که در خانه زندگی می کند بحساب آورید. عمه ها، خاله ها، عموها، دائی ها، خواهرزادگان، برادرزادگان، پدربزرگ ها، یا مادربزرگ ها را **ننویسید**. (برای اطلاعات بیشتر به صفحه 4 مراجعه کنید.)

	نام	جنسیت	تاریخ تولد	این شخص با شخص شماره ① چه نسبتی دارد؟
26		☐ مذکر ☐ مونث	____________ روز ماه سال	☐ فرزند ☐ دوست پسر ☐ همسر ☐ فرزند خوانده ☐ دوست دختر ☐ دیگری _____
27		☐ مذکر ☐ مونث	____________ روز ماه سال	☐ فرزند ☐ دوست پسر ☐ همسر ☐ فرزند خوانده ☐ دوست دختر ☐ دیگری _____
28		☐ مذکر ☐ مونث	____________ روز ماه سال	☐ فرزند ☐ دوست پسر ☐ همسر ☐ فرزند خوانده ☐ دوست دختر ☐ دیگری _____

29 آیا هیچ شخصی در خانه باردار است؟ . . . . . ☐ بلي ☐ خیر

اگر جواب بلي است، چه کسی؟_____ او چند قلو حامله است؟_____ تاریخ تقریبی زایمان: ____________ بترتیب ماه روز سال

درآمد خانوار درآمد **هر کدام** از اشخاصی که نامشان در این تقاضانامه ذکر شده است را بنویسید. چایلد ساپورت و ساپورت همسر را که **دریافت شده** بحساب آورید. (هرکدام از منابع در درآمد را یک سطر جداگانه بنویسید.)

	نام شخص صاحب درآمد (فرزندانی که به مدرسه میروند درآمد ناشی از شغل خود را ذکر نمی کنند.)	منبع درآمد (از مشاغل، سوسیال سکیوریتی، مقرری، و غیره.)	چند وقت یکبار این درآمد دریافت میشود؟ (هفته ای یکبار، دوهفته یکبار، ماهیانه)	درآمد چقدر است؟ (جمع درآمد غیرخالص)	شماره سوسیال سکیوریتی (اختیاری)
30				$	
31				$	
32				$	
33				$	
34				$	

مخارج درآمد شخص شماره ① و افراد ذکر شده در بالا را بنویسید.

35 مهد کودک روزانه یا مراقبت از شخص معلول وابسته

برای (نام کودک یا شخص وابسته):_____ سن:_____ مبلغ پرداختی:_____

برای (نام کودک یا شخص وابسته):_____ سن:_____ مبلغ پرداختی:_____

برای (نام کودک یا شخص وابسته):_____ سن:_____ مبلغ پرداختی:_____

36 چایلد ساپورت بنابر حکم دادگاه

پرداخت شده به:_____ پرداخت شده توسط:_____ مبلغ پرداختی:_____

پرداخت شده به:_____ پرداخت شده توسط:_____ مبلغ پرداختی:_____

37 ساپورت همسر بنا بر حکم دادگاه

پرداخت شده به:_____ پرداخت شده توسط:_____ مبلغ پرداختی:_____

اطلاعات مربوط به خانوار

38 آیا شخص ذکر شده در شماره ①، هیچکدام از اشخاص بالا، یا هر شخص دیگری در خانه Medi-Cal میخواهد؟ . . . . . ☐ بلي ☐ خیر

اگر جواب بلي است، چه کسی؟_____ (اگر شما جواب آری بدهید، ما با شما تماس خواهیم گرفت.)

39 آیا هیچ شخصی در خانه دارای معلولیت بدنی، ذهنی، احساسی یا رشدی است و Medi-Cal می خواهد؟ . . . . . ☐ بلي ☐ خیر

اگر جواب بلي است، چه کسی؟_____

(اگر جواب شما آری است، ما با شما تماس خواهیم گرفت تا مشخص کنیم آیا واجد شرایط هستید یا خیر.)

40 آیا هیچ کدام از افراد متقاضی پوشش بیمه بدلیل جراحت یا تصادف درگیر یک شکایت هستند؟

(برای اطلاعات بیشتر به صفحه 6 مراجعه کنید.) . . . . . ☐ بلي ☐ خیر

41 آیا در رابطه با خانوار بیش از یک اتومبیل وجود دارد؟ (اختیاری) . . . . . ☐ بلي ☐ خیر

42 آیا بیش از 3150 دلار در حساب های بانکی افراد خانوار وجود دارد؟ (اختیاری) . . . . . ☐ بلي ☐ خیر

از اینجا جدا کنید

برنامه های مراقبت های بهداشتی ممکن است اطلاعات شما را با دیگران درمیان بگذارد مگر آن که شما در خانه زیر علامت بگذارید:

43 ☐ اگر فرزند شما برای Medi-Cal کامل یا Healthy Families واجد شرایط نباشد، ما تقاضانامه شما را برای Healthy Kids یا یک برنامه مشابه کانتی می فرستیم. اگر نمی خواهید ما این تقاضانامه را بفرستیم، اینجا را علامت بزنید. (برای اطلاعات بیشتر به صفحه 6 مراجعه نمایید.)

44 ☐ اگر فرزند شما در آینده دیگر واجد شرایط Medi-Cal رایگان نباشد، Medi-Cal تقاضانامه فرزند شما را با Healthy Families در میان خواهد گذاشت. اگر نمی خواهید ما این تقاضانامه را برای آنها بفرستیم اینجا را علامت بزنید.

برنامه های Healthy Families خود را انتخاب کنید:

نام یا کد برنامه هائی را که می خواهید انتخاب کنید در زیر بنویسید. اگر به کمک نیاز دارید به کتابچه Healthy Families مراجعه کنید یا با شماره 1-800-880-5305 تماس بگیرید یا به تارنمای www.healthyfamilies.ca.gov مراجعه کنید.

45 برنامه بهداشتی _____ نام _____ کد

46 دکتر یا کلینیک (اختیاری) _____ نام _____ کد

47 بیمه دندانپزشکی _____ نام _____ کد

48 دندانپزشک یا کلینیک (اختیاری) _____ نام _____ کد

49 بیمه چشم پزشکی _____ نام _____ کد

50 چشم پزشک یا کلینیک چشم پزشکی (اختیاری) _____ نام _____ کد

همه خانه هائی را که وضعیت شما را بیان می کند علامت بزنید:

51 ☐ سرخ پوست بومی ☐ کارگر جنگلداری ☐ کارگر کشاورزی ☐ شاغل در ماهیگیری

در هرکدام از خانه های بالا را علامت زده اید، ممکن است برای "برنامه جمعیت ویژه" (Special Population Plan) که فرزند شما را در هر کانتی کالیفرنیا تحت پوشش دارد واجد شرایط باشید. در رابطه با کد برنامه برای این برنامه ویژه به کتابچه Healthy Families خود نگاه کنید یا به تارنمای www.healthyfamilies.ca.gov مراجعه نمائید.

آیا شما (یا فرزندی که برای پوشش بیمه تقاضا میدهد) سرخ پوست بومی یا بومی آلاسکا هستید که مراقبت های بهداشتی رایگان Healthy Families را خواستار هستید؟

52 ☐ بلي ☐ خیر اگر جواب بلي است، به صفحه 6 مراجعه کنید.

اختلافات مربوط به برنامه Healthy Families

در رابطه با حل اختلافات مربوط به تحویل خدمات و سایر موضوع ها، هر برنامه بهداشتی مقررات مخصوص به خود را دارد. بعضی از برنامه ها می گویند که برای حل این اختلافات شما باید از یک جریان میانجیگری استفاده کنید که تصمیمات آن الزام آور است؛ برخی دیگر چنین نیستند. بعضی از برنامه ها می گویند که دعاوی مربوط به معالجات غلط پزشکی باید توسط میانجی هائی مورد رسیدگی قرار گیرد که تصمیمات شان الزام آور است؛ برخی دیگر چنین نیستند. اگر برنامه ای که انتخاب می کنید مقرر دارد که تصمیمات اتخاذ شده توسط میانجی ها باید اجرا شوند، شما بدین وسیله حق خود را به یک هیئت منصفه واگذار کرده اید و نمی توانید اختلافات خود را برای تصمیم گیری به دادگاه عرضه کنید. برای آن که در رابطه با چگونگی حل اختلافات پیش آمده با برنامه بیمه اطلاعات بیشتری داشته باشید می توانید با خود آن برنامه تماس بگیرید یا به کتابچه "برنامه Healthy Families" نگاه کنید یا به تارنمای www.healthyfamilies.ca.gov مراجعه نمائید.

اقرارنامه و امضاء (الزامی)

من در رابطه با مجازات سوگند دروغ در دادگاه (penalty of perjury) تحت قانون ایالتی کالیفرنیا اظهار می دارم که این تقاضانامه، جواب های عرضه شده، و مدارک ضمیمه شده را خوانده ام، و به بهترین وجهی که علم و اطلاع دارم آنها صحیح و درست هستند. من آگهی ها را خوانده ام و آنها را می فهمم و اعلام میدارم که اظهارات ذکر شده در صفحه 7 متعلق به من است.

متقاضی اینجا را امضاء میکند: _____ تاریخ: _____

شاهد اینجا را امضاء میکند (اگر متقاضی بجای امضاء علامت می گذارد): _____ تاریخ: _____

نماینده مجاز (اگر وجود داشته باشد): _____ تاریخ: _____

متن زیر را فقط در صورتی تکمیل کنید که یک دستیار مجاز پر کردن تقاضانامه (Certified Application Assistant, CAA) برای پر کردن این فرم به شما کمک کرده است.

☐ برای آن که به Healthy Families و Medi-Cal اجازه دهید با یک نماینده "نهاد ثبت نام" (Enrollment Entity, EE) ذکر شده در پائین درباره وضعیت این تقاضانامه صحبت کند، این خانه را علامت بزنید و قسمت زیر را امضاء کنید. هنگامی که برنامه بیمه تصمیم خود درباره این تقاضانامه را از طریق پست به اطلاع شما میرساند این اجازه پایان می یابد.

من گواهی میدهم که دستیار مجاز پر کردن تقاضانامه (CAA) ذکر شده در پائین در تکمیل این تقاضانامه به من کمک کرده است. این دستیار (CAA) بطور رایگان به من کمک کرده است.

امضای متقاضی: _____ تاریخ: _____

شماره CAA _____ شماره EE _____

امضای CAA: _____ تاریخ: _____

ایالت مخارج مربوط به نهاد ثبت نام (EE) را مسترد نمی دارد مگر آن که دستیار مجاز پر کردن تقاضانامه (CAA) هنگام تسلیم این تقاضانامه این قسمت را بطور کامل و صحیح پر کرده باشد.

از اینجا جدا کنید

آگهی های Healthy Families

اظهاریه ها

من بدین وسیله اعلام میدارم هرکسی که برای او تقاضا میدهم:

- مقیم کالیفرنیا است
- در زندان یا بیمارستان روانی بسر نمی برد
- برای قسمت A و قسمت B مدیکر (Medicare) واجد شرایط نیست
- برای هیچکدام از برنامه های مزایای بهداشتی سیستم بازنشستگی کارمندان دولتی کالیفرنیا (California Public Employees Retirement System Health Benefits Program(s)) واجد شرایط نیست یا برای یکی از برنامه های مزایای بهداشتی سیستم بازنشستگی کارمندان دولتی کالیفرنیا واجد شرایط است اما سهیمه کارفرما برای شخص یا اشخاص وابسته به کارمند کمتر از 10 دلار است.

من همچنین اظهار میدارم که:

- همه افراد لیست شده در این تقاضانامه مقررات شرکت در برنامه، جریان بررسی بهره گیری و جریان حل اختلافات برنامه هائی را که شخص در آن ثبت نام کرده رعایت خواهند کرد.
- من Healthy Families Handbook را خوانده و مطالب آن را درک میکنم. من می فهمم این کتابچه درباره هر برنامه بیمه بهداشتی، دندانپزشکی، و چشم پزشکی چه می گوید و مزایائی که آن برنامه ها عرضه می کنند از چه قرار است.
- من بدین وسیله برای همه کودکان خود که واجد شرایط برنامه Healthy Families هستند تقاضا میدهم. مگر آن که آنها قبلا در یک برنامه ثبت نام شده باشند، یا مگر آن که من فقط برای خود تقاضا میدهم.
- من به برنامه Healthy Families اجازه میدهم درآمد خانوادگی و پوشش بهداشتی خانواده من، وضعیت مهاجرتی همه افرادی که برای آنها تقاضا میدهم، و همه حقایق دیگر این فرم تقاضانامه را چک کند.
- من موافقت میکنم در عرض 30 روز پس از هرگونه تغییر آدرس هر کدام از افرادی که برای آنها تقاضا داده شده و به این برنامه پذیرفته شده، و هرگونه تغییر در نشانی متقاضی برای دریافت صورتحساب ها (billing address)، برنامه را از این تغییرات آگاه سازم.

موارد خصوصی

این قانون مقرر میدارد که شما اطلاعات درخواست شده در رابطه با تقاضانامه برای Healthy Families را عرضه کنید. (Title 10, CCR, § 2699.6600). اطلاعات شخصی و پزشکی که شما عرضه می کنید تنها برای شناسائی شما و در جهت اداره کردن این برنامه مورد استفاده قرار میگیرد. این بدان معناست که ما اطلاعات شما را با سازمان ها و برنامه هائی در میان می گذاریم که مایلید در آنها ثبت نام کنید.

اطلاعات مربوط به سیتي زن شیپي و مهاجرت

در تقاضانامه سوالاتی از شما پرسیده میشود که به تابعیت و وضعیت مهاجرتی شما مربوط است. شما باید به این سوالات پاسخ دهید. ما از پاسخ های شما در جهت اجرای برنامه و رسیدگی به این موضوع استفاده میکنیم که آیا واجد شرایط هستید یا خیر. اگر شما والد یا سرپرست هستید و برای خودتان تقاضا نمی دهید، ما اطلاعات مهاجرتی شما را با سازمان های دیگر، از جمله مقامات اداره مهاجرت در میان نمی گذاریم. اگر شما به این سوالات پاسخ ندهید، ما ممکن است تقاضای شما را رد کنیم.

اصلیت قومی

شما مجبور نیستید به سوالات مربوط به اصلیت قومی پاسخ دهید. مگر آن که برمبنای تعلق به سرخ پوستان بومی آمریکا بخواهید برای مزایا تقاضا دهید.

شماره های سوسیال سکیوریتی

در صورتی که مایل نباشید مجبور نیستید شماره سوسیال سکیوریتی خود را ارائه دهید.

دسترسی به سوابق شما

شما حق دارید به مدارکی که توسط هیئت بیمه پزشکی موسوم به Managed Risk Medical Insurance Board نگاهداری میشود و محتوی اطلاعات شخصی شما است دسترسی پیدا کنید. برای چنین کاری به آدرس زیر تماس بگیرید:

Managed Risk Medical Insurance Board
Attn: HIPAA Coordinator
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
(916) 324-4695

MC 321 HFP (rev. 12/07)
Instructions

آگهی های Medi-Cal

حقوق، مسئولیت ها و اظهارات

من در رابطه با موارد زیر دارای حق هستم:

- با من بدون توجه به نژاد، رنگ، دین، اصلیت ملی، جنسیت، سن، یا باورهای سیاسی ام عادلانه و مساوی با دیگران رفتار شود.
- بخواهم یک مترجم در اختیارم قرار گیرد.
- اگر فکر میکنم تصمیمی که در پرونده Medi-Cal من اتخاذ شده ناعادلانه یا غلط است، بخواهم که در این رابطه یک جلسه دادرسی عادلانه تشکیل شود. من پس از دریافت "اعلامیه اقدام" (Notice of Action) در عرض 90 روز باید برای تشکیل جلسه دادرسی تقاضا دهم. برای اطلاع از جلسات دادرسی عادلانه Medi-Cal با شماره تلفن رایگان 1-800-952-5253 تماس بگیرید.

مسئولیت های من از این قرار است:

- هنگامی که کانتی از من درخواست میکند گزارش وضعیت خود را بفرستم.
- هرگونه تغییر در اطلاعاتی که در این فرم تقاضانامه ارائه داده ام را در عرض 10 روز گزارش دهم.
- اگر یکی از اعضای خانواده برای مزایای ازکارافتادگی تقاضا میدهد، در یکی از اماکن عمومی از قبیل بیمارستان یا زندان است، یا در رابطه با هرگونه تصادف یا جراحتی ایجاد شده توسط شخص دیگری، مراقبت های پزشکی میگیرد موضوع را به کانتی اطلاع دهم.
- اگر پرونده من مورد بررسی قرار بگیرد همکاری کنم.

من اعلام میدارم که هرشخصی که برای او تقاضا میدهم:

- در کالیفرنیا زندگی میکند.
- از خارج از کالیفرنیا کمک های عمومی نمی گیرد.
- در بازداشتگاه، زندان، یا هیچکدام از تاسیسات تادیبی دیگر نیست.

علاوه براین، من اظهار میدارم که:

- بعنوان شرطی برای واجد شرایط بودن جهت Medi-Cal، من می فهمم که همه حقوق حمایت های پزشکی و پرداخت های شخص ثالث بطور اتوماتیک به ایالت کالیفرنیا واگذار میشود.
- اگر من برای این برنامه Medi-Cal واجد شرایط نباشم، متوجه این موضوع هستم که ممکن است برای سایر برنامه ها واجد شرایط باشم و حق دارم برای آنها تقاضا دهم.
- اگر من عمدا حقایق خواسته شده را ارائه ندهم، یا اگر حقایق را به دروغ عرضه کنم، متوجه این موضوع هستم که مزایای من می تواند رد شود یا پایان یابد و ممکن است لازم شود که مخارج پرداخت شده را مسترد دارم. همچنین ممکن است در رابطه با تقلب در مورد من تحقیقاتی انجام گیرد.

محرمانه بودن

اطلاعاتی که شما دراین فرم تقاضانامه عرضه می کنید خصوصی و محرمانه است. این اطلاعات تنها در صورتی فاش میشود که قانون مقرر کرده باشد. (مرجع قانونی آن چنین است 14100.2 و 10850 Welfare and Institutions Code Sections).

موارد خصوصی

قانون مقرر میدارد متقاضیان Medi-Cal به همه سوالات مطرح شده در این تقاضانامه که بعنوان اختیاری مشخص نشده است پاسخ دهند (قوانین Welfare & Institutions Code, § 14011 و قانون 22, CCR). اطلاعات شخصی و پزشکی که شما عرضه می کنید تنها برای شناسائی شما و اداره برنامه به کار میرود. این بدان معنا است که ما اطلاعات شما را با سازمان های فدرال، ایالتی، و محلی در میان می گذاریم.

اطلاعات مربوط به سیتي زن شیپي و مهاجرت

اگر برای مزایا تقاضا می دهید، باید به سؤالات مربوط به سیتی زن شیپی و وضعیت مهاجرتی پاسخ دهید. اگر شما یک والد یا سرپرست هستید و نمی خواهید برای خودتان تقاضا دهید، مجبور نیستید اطلاعات مهاجرتی خود را ارائه دهید. اگر برای Medi-Cal کامل تقاضا می دهید، ما وضعیت مهاجرتی شما را فقط بدین منظور با اداره مهاجرت (USCIS) تایید می کنیم که دریابیم آیا واجد شرایط هستید یا خیر. ما اطلاعات مهاجرتی شما را به هیچ دلیل دیگری با اداره مهاجرت یا سازمان های دیگر در میان نخواهیم گذاشت. اگر در رابطه با اشخاصی که تقاضا می دهید به این سوالات پاسخ ندهید تقاضانامه شما ناکامل است و ما ممکن است تقاضانامه شما را رد کنیم.

شماره های سوسیال سکیوریتی

شما باید شماره سوسیال سکیوریتی خود را ارئه دهید مگر آن که فقط برای موارد اضطراری یا مزایای مربوط به حاملگی تقاضا داده باشید. (Welfare & Institutions Code, § 14011.2 و Social Security Act §1137(a)(1)).

دسترسی به سوابق شما

شما حق دارید به سوابق خود که در Department of Health Care Services نگاهداری میشود و محتوی اطلاعات شخصی شما است دسترسی داشته باشید. برای چنین کاری با خدمات بهداشتی و انسانی کانتی خود یا اداره خدمات اجتماعی محل خود تماس بگیرید.

چگونه تقاضا می دهید

باردار هستید؟ به صفحه 5 مراجعه کنید.

1 تقاضانامه 4 صفحه ای را پر کنید.

اگر متوجه سؤالی نمی شوید یا اگر هر کدام از مدارک را ندارید، با تلفن **1-800-880-5305** تماس بگیرید. یا برای اطلاعاتی که لازم دارید به صفحات 3 تا 7 مراجعه نمایید.

2 کپی مدارک مربوط به درآمد و مخارج را برای ما بفرستید:

(شم ممکن است بتوانید از مدارک دیگری که در اینجا ذکر نشده استفاده کنید.)

☐ **یک مدرک برای هر شخصی که در خانه زندگی می کند و دارای شغل است:**

- یک ته چک اخیر یا رسید مربوط به درآمد (که از 45 روز قبل به اینطرف صادر شده)، **یا**
- یک اظهارنامه امضاء شده و دارای تاریخ از جانب کارفرمای شما که درآمد ناخالص شما را نشان میدهد و خاطر نشان می سا زد که شما چند وقت یکبار حقوق می گیرید، **یا**
- اوراق مالیاتی فدرال (تکس ریترن) مربوط به سال قبل.

☐ **یک مدرک برای هر شخصی که در خانه زندگی می کند و برای خودش کار می کند:**

- اوراق مالیاتی فدرال (تکس ریترن) مربوط به سال قبل همراه با جدول های C ، C-EZ ، یا F، **یا**
- یک بیانیه امضاء شده و مشروح در رابطه با سود و زیان برای سه ماه گذشته. برای ملاحظه نمونه بیانیه مربوط به سود و زیان، به سایت اینترنتی www.healthyfamilies.ca.gov مراجعه کنید سپس روی Download Forms and Documents کلیک کنید.

☐ **اگر درآمد معلولیت (Disability) دارید، مقرری ها، بازنشستگی، سوسیال سکوریتی، مزایای کهنه سربازان، صندوق غرامت کارگران، یا بیمه بیکاری، یک کپی مدرک زیر را بفرستید:**

- نامه مربوط به اعطائیه، چک، **یا** بیانیه بانک که واریز مستقیم برای آخرین پرداخت را نشان میدهد.

☐ **اگر هزینه حمایت از فرزند یا حمایت از همسر را دریافت می کنید یا پرداخت می کنید، یک کپی مدرک زیر را بفرستید:**

- حکم دادگاه، ته چکی که کسورات مربوط به ساپورت را نشان میدهد، رسیدها، یا چک ساپورت ماهیانه، **یا**
- بیانیه صادره از اداره خدمات چایلد ساپورت، یا مربوط به شخصی که مبالغ مربوط به ساپورت را می پردازد و شامل موارد زیر است: مبلغ ساپورت ماهیانه، ساپورت برای چه کسی است، چه کسی آن را می پردازد، و چه کسی آن را دریافت می کند.

☐ **اگر برای مهد کودک روزانه یا مراقبت از شخص معلول وابسته به خودتان هزینه ای می پردازید، یک کپی مدرک زیر را بفرستید:**

- یک چک باطل شده **یا** رسید، **یا** یک بیانیه امضاء شده از مهد کودک روزانه فرزند شما که نشان میدهد هرماه چقدر می پردازید.

3 مدارک سیتی زن شیپی یا مهاجرتی هر کدام از اشخاصی را که تقاضا می دهند بفرستید.

(این مدارک را هم اکنون یا در اسرع وقت بفرستید.)

☐ **سیتی زن ها و اتباع آمریکا (National):** یک کپی گواهی تولد، پاسپورت، گواهی سیتی زن شیپی یا مهاجرتی ایالات متحده یا سایر مدارک سیتی زن شیپی هر کدام از اشخاصی را که تقاضا می دهند بفرستید. ما ممکن است بعداً اطلاعات بیشتری از شما بخواهیم.

☐ **کسانی که سیتی زن نیستند:** مدرک وضعیت مهاجرتی خود را بفرستید. از رو و پشت این مدارک کپی بگیرید. یا یک رسید اداره مهاجرت (USCIS) که نشان می دهد برای جایگزین ساختن یک مدرک گم شده تقاضا داده اید را بفرستید.

حتی اگر شخصی که تقاضا می دهد دارای اوراق مهاجرتی نیست، شما هنوز هم می توانید برای Medi-Cal تقاضا دهید.

4 ☐ برای هر خانوار یک مدرک بفرستید که نشان می دهد آنها مقیم کالیفرنیا هستند.

(شما می توانید از مدارک دیگری که در اینجا ذکر نشده استفاده کنید.)

- یک ته چک یا فیش حقوقی که آدرس شما در کالیفرنیا را نشان می دهد، **یا**
- گواهینامه رانندگی در کالیفرنیا یا مدرک شناسائی صادر شده از طرف اداره رانندگی (DMV)، **یا**
- رسید اجاره یا قبض آب یا برق یا تلفن، **یا**
- مدرک مربوط به ثبت نام کودک شما در مدرسه.

5 تقاضانامه را امضاء کرده و پست کنید (این تقاضانامه در صفحات A1-A4 چاپ شده.)

تقاضانامه و کپی مدارک را در پاکت ضمیمه گذاشته و پست کنید. به تمبر نیازی نیست!

تقاضانامه را به آدرس زیر پست کنید: **Healthy Families/Medi-Cal, P.O. Box 138005, Sacramento, CA 95813-9984**