Առողջության ապահովագրություն ստանալու դիմում

COVERED CALIFORNIA

Առողջության մատչելի ապահովագրություն, այդ թվում՝ «Medi-Cal» ստանալու Ձեր ճանապարհը

Տե՛ս ներսում

Ինչ պետք է իմանալ	1
Դիմումը	2–19
Հավելվածներ	20–28
Հաճախակի տրվող հարցեր (ՀՏՀ)	29–33

«Covered California»-ն այն տեղն է, որտեղ անհատները և ընտանիքները կարող են առողջության ապահովագրություն ստանալ մատչելի գներով: Ընդամենը մեկ դիմում լրացնելով՝ Դուք կիմանաք, թե արդյոք համապատասխանում եք առողջության անվճար կամ ցածր գնով ապահովագրություն, այդ թվում՝ «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին:

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 դիմումի օգնությամբ պարզեք, թե ինչ տիպի ապահովագրության իրավունք ունեք.

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

➡ Նույնիսկ եթե Դուք տարեկան $94,000 եք վաստակում 4 հոգանոց ընտանիքի համար, հնարավոր է, որ իրավունք ունենաք անվճար կամ ցածր գնով ապահովագրություն ստանալու:

➡ Այս դիմումի օգնությամբ Դուք կարող եք դիմել Ձեր ընտանիքի ցանկացած անդամի համար, նույնիսկ եթե վերջինս արդեն ապահովագրություն ունի ներկա պահին:

Ավելի արագ դիմեք «Covered California»-ի միջոցով՝ այցելելով CoveredCA.com

կամ զանգահարեք 1-800-996-1009 (TTY՝ 1-888-889-4500)
Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը:

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
ภาษาไทย	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
العربية	1-800-826-6317

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

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:
- Գործատուի և եկամուտի մասին տվյալներ ընտանիքի բոլոր անդամների համար:
- Ձեր դաշնային եկամտահարկի տվյալները: Օրինակ՝ ով է հարկեր վճարում՝ որպես ընտանիքի գլխավոր, և ովքեր են խնամյալները, որոնք հաշվի են առնվում հարկերը վճարելիս:
- Տեղեկություններ առողջության ապահովագրության մասին, որը Դուք կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ ստանում եք աշխատավայրից:

➡ Եկամուտի մասին և այլ տեղեկությունները մեզ անհրաժեշտ են, որպեսզի կարողանանք առավելագույն նպաստները տրամադրել Ձեզ և Ձեր ընտանիքին:

➡ **Մենք գաղտնի և ապահով ենք պահում Ձեր մասին տեղեկությունները, ինչպես պահանջվում է օրենքով:** Այդ տեղեկություններից մենք կօգտվենք միայն այն բանի համար, որպեսզի պարզենք, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:

➡ Այն ընտանիքները, որտեղ ներգաղթող կա, կարող են դիմել: Եթե նույնիսկ Դուք ինքներդ չեք 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 հարկեր չեք վճարում, Դուք, այնուամենայնիվ, կարող եք համապատասխանել «Medi-Cal»-ի միջոցով անվճար կամ ցածր գնով ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:

➡ Եթե նույնիսկ Դուք դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ ալյասկացի 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:** Զանգահարեք Ձեր ծրագրի հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով:
  Զանգն անվճար է: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-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): Զանգն 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 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

CCFRM604 (11/13) HY

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 | Բաղադրիչ *(օրինակ՝ սր., կրտսեր., III, IV)*

Բնակության 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
☐ տուն ☐ բջջային ☐ աշխատանք
Համարը՝ ( ) –

Այլ հեռախոսահամար ☐ տուն ☐ բջջային ☐ աշխատանք
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. փոստով էլ. փոստի հասցեն՝ _____

Դուք մինչև 1 տարեկան երեխայի համա՞ր եք դիմում

Մինչև 1 տարեկան երեխաները կարող են «Medi-Cal» ստանալ, եթե նրանց մայրը ծննդաբերության պահին «Medi-Cal» կամ AIM է ունեցել: Ծննդաբերության պահին «Medi-Cal» կամ AIM ունեցած մորից ծնված նորածնի համար կարիք չկա «Medi-Cal» ստանալու դիմում լրացնել: Երբ երեխան ծնվի, զանգահարեք Ձեր շրջանի սոցիալական ապահովության գրասենյակ, որպեսզի Ձեր երեխան ապահովագրություն ստանա: Կամ լրացեք ստորև պահանջվող տեղեկությունները:

Կամընտրական: Եթե տրամադրվեն ստորև պահանջվող տեղեկությունները, ապա հնարավոր է, որ նորածինն ինքնաբերաբար «Medi-Cal»-ի իրավունք ստանա: Այդ նորածնի համար կարիք չկա լրացնելու այս դիմումի 2-րդ քայլը:

Դուք մինչև 1 տարեկան երեխայի համա՞ր եք դիմում: ☐ այո ☐ ոչ

Եթե այո, ապա երեխայի ծնվելու պահին մայրը «Medi-Cal» կամ AIM ունեցե՞լ է: ☐ այո ☐ ոչ

Եթե այո, ապա երեխայի մայրը նշվելու՞ է այս դիմումի մեջ: ☐ այո ☐ ոչ

Եթե այո, ապա մայրը թ. _____ Անձն է այս դիմումի մեջ:

Եթե ոչ, նշեք մոր անունը և ազգանունը: _____

Խնդրում ենք նշել մոր «Medi-Cal»-ի համարը, AIM-ի համարը կամ սոցիալական ապահովության համարը: _____

Ձեզ օգնությու՞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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Քայլ 2 Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր և Ձեր ընտանիքի մասին

Ձեր եկամուտը և ընտանիքի անդամների թիվն օգնում են մեզ որոշել, թե ինչ ծրագրեր Դուք կարող եք ստանալ: Այդ տեղեկություններն ունենալով մենք կարող ենք այնպես անել, որ յուրաքանչյուրը լավագույն հնարավոր ապահովագրությունն ստանա:

Դիմումի մեջ պետք է տեղ գտնեն հետևյալ անձինք.

- Ձեր կինը կամ ամուսինը.
- Ձեր երեխաները, որոնք Ձեզ հետ են ապրում.
- Տանը՝ իրենց երեխայի հետ ապրող բոլոր ծնողները.
- Ձեր դաշնային եկամտահարկագրի մեջ նշված ցանկացած անձ, եթե Դուք հարկեր եք վճարում: Առողջության ապահովագրության դիմում ներկայացնելու համար պարտադիր չէ հարկեր վճարել:

★ Եթե Ձեր անունը որևէ մեկի հարկագրում նշված է՝ որպես խնամյալ, ապա Դուք պետք է այս դիմումի մեջ նշեք այդ հարկ վճարող ընտանիքի բոլոր անդամներին և ընտանիքի Ձեզ հետ ապրող բոլոր անդամներին:

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

Լրացրեք 2-րդ քայլը Ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի համար: Սկսեք Ձեզանից:

- Որպեսզի այս դիմումով չորս հոգուց ավելի անձանց համար դիմեք, յուրաքանչյուր լրացուցիչ անձի համար պատճենահանեք 6-8-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 տրամադրելու Ձեր ընտանիքի այն անդամների ներգաղթի կարգավիճակը կամ սոցիալական ապահովության համարը (SSN), ովքեր չեն դիմում առողջության ապահովագրություն ստանալու համար:

Անձ 1 *Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք **Ձեր մասին:***

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

Դուք՝ ☐ տղամա՞րդ եք ☐ կի՞ն է:

Դուք՝ ☐ ամուրի՞ եք ☐ ամուսնացած չե՞ք եղել ☐ ամուսնացա՞ծ եք ☐ ամուսնալուծվա՞ծ եք ☐ գրանցված կողակի՞ց ունեք ☐ այրի՞ եք

Ծննդյան ամսաթիվը *(ամիսը / օրը / տարին)*

Դուք հղի՞ եք: ☐ այո ☐ ոչ ***Եթե այո***, քանի՞ երեխա է սպասվում: _____

Ո՞ր օրն է սպասվում ծնունդաբերությունը: _____

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 և լրացրեք 4-րդ ու 5-րդ էջերը:

☐ ոչ Եթե Դուք **ո՛չ** թե Ինքներդ Ձեզ, այլ խնամյալի համար եք դիմում, լրացրեք 5-րդ էջը:

☐ ոչ Եթե Դուք **ո՛չ** Ձեզ, և ո՛չ էլ խնամյալի համար եք դիմում, անցեք 6-րդ 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

★ Եթե Դուք ցանկանում եք դիմել առողջության ապահովագրություն ստանալու համար, ապա պետք է սոցիալական ապահովության համար (SSN) տրամադրեք: Սոցիալական ապահովության համարների (SSN-ների) օգնությամբ մենք ստուգում ենք եկամուտը և այլ տեղեկություններ: Եթե նույնիսկ Դուք Ինքներդ Ձեզ համար չեք դիմում, Ձեր SSN-ը տրամադրելը կօգնի մեզ ավելի արագ նայել Ձեր դիմումը: Անպայման նշեք Ձեր SSN-ը, եթե Ինքներդ Ձեզ համար չեք դիմում, բայց հարկեր եք վճարում և դիմում եք այն ընտանիքի անդամներից մեկի համար, որը հաշվի է առնվում հարկերը վճարելիս:

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**:

***Անձ 1** շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

Քայլ 2

Անձ 1 *(շարունակություն)*

Տեղեկություններ դաշնային եկամտահարկի մասին *Եթե նույնիսկ Դուք հարկեր չեք վճարում, Դուք, այնուամենայնիվ, կարող եք համապատասխանել «Medi-Cal»-ի միջոցով անվճար կամ ցածր գնով ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: Մենք գաղտնի կպահենք Ձեր մասին տեղեկությունները: Ձեր մասին տեղեկությունները կօգտագործվեն միայն այն բանի համար, որպեսզի մենք որոշենք, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:*

Դուք հիմնական հարկագիր ներկայացնո՞ղն եք (Ձեր անունն առաջի՞նն է նշված եղել հարկագրի վրա): ☐ այո ☐ ոչ
Այս դիմումի մեջ միայն մեկ հոգի կարող է հիմնական հարկագիր ներկայացնող լինել:

Դուք նախատեսու՞մ եք հարկագիր ներկայացնել **նպաստային** տարվա համար: ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, ինչպե՞ս եք ներկայացնելու այն:
☐ Ընտանիքի գլխավոր ☐ Ամուրի
☐ Ամուսնացած՝ համատեղ ներկայացնող
☐ Ամուսնացած՝ առանձին ներկայացնող

Որևէ մեկը իր հարկագրում նշե՞լ է Ձեզ՝ որպես խնամյալ ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, ապա ո՞վ:
☐ Թ. _____ Անձն է այս դիմումի մեջ:
☐ Այդ անձը չխնամող ծնող է:
☐ Այդ անձը չխնամող ծնող է, որի անունը նշված չէ այս դիմումի մեջ:

Դուք առողջության այլ ապահովագրություն ունե՞ք, կամ աշխատավայրից Ձեզ ապահովագրություն առաջարկվու՞մ է: ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, լրացրեք B հավելվածը՝ 22-րդ և 23-րդ էջերում:

Դուք ֆիզիկական, հոգեկան, զգայական խնդրի կամ զարգացման արատի հետևանքով առաջացած հաշմանդամություն ունե՞ք:
☐ այո ☐ ոչ *ՀՏՀ թ. 27-ում Դուք լրացուցիչ տեղեկություններ կգտնեք այն մասին, թե ինչ է նշանակում հաշմանդամություն ունենալ:*

Դուք երկարատև խնամքի կամ տնային և համայնքային ծառայությունների հարցում օգնության կարիք ունե՞ք:
☐ այո ☐ ոչ

Դուք ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատա՞կ եք: ☐ այո ☐ ոչ
Եթե Դուք ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատակ **չեք,** պատասխանեք այս հարցերին:
Դուք ներգաղթի բավարար կարգավիճակ ունե՞ք: ☐ այո ***Պարզելու համար, թե արդյոք Դուք բավարար կարգավիճակ ունեք***, *կարդացեք E հավելվածը՝ 27-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 զորացրված վետերան կամ ԱՄՆ զինուժի գործող անդա՞մ է: ☐ այո ☐ ոչ

Դուք «Medicare»-ի նպաստներ ստանու՞մ եք:
☐ այո ☐ ոչ

Վերջին 3 ամսում Դուք այնպիսի բժշկական ծախս կատարե՞լ եք, որը վճարելու համար օգնության կարիք ունեք:
☐ այո ☐ ոչ

Դուք ապրու՞մ եք մինչև 19 տարեկան երեխայի հետ: ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, Դուք խնամու՞մ եք այդ երեխային կամ երեխաներին: ☐ այո ☐ ոչ

Դուք 18-ից 20 տարեկան և առկա ուսանո՞ղ եք: ☐ այո ☐ ոչ
Դուք 18-ից 26 տարեկա՞ն եք: ☐ այո ☐ ոչ ***Եթե այո***, Դուք Ձեր 18-րդ տարեդարձին գտնվե՞լ եք մանկատանը կամ հոգեծնողների խնամքի տակ: ☐ այո ☐ ոչ
Դուք 18 տարեկան կամ ավելի երիտասա՞րդ եք: ☐ այո ☐ ոչ Ձեզ հետ քանի՞ ծնող է ապրում: _____

Դուք ժամանակավորապես նահանգից դու՞րս եք բնակվում: ☐ այո ☐ ոչ

Եթե ցանկանում եք այժմ առողջության ապահովագրության ծրագիր ընտրել, նշան դրեք այստեղ ☐ և լրացրեք D հավելվածը՝ 25-րդ էջում:

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր ռասայի 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:*

Ո՞րն է Ձեր ռասան *(կամընտրական. նշան դրեք այն վանդակներում, որոնք համապատասխանում են)*

☐ սպիտակամորթ
☐ սևամորթ կամ աֆրիկյան ծագումով ամերիկացի
☐ ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ ալյասկացի
☐ հնդիկ
☐ կամբոջացի
☐ չինացի
☐ ֆիլիպինցի
☐ հմոնգցի
☐ ճապոնացի
☐ կորեացի
☐ լաոսցի
☐ վիետնամցի
☐ բնիկ հավայացի
☐ գուամանցի կամ չամորոցի
☐ սամոացի
☐ այլ _____

Դուք լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում ունե՞ք *(կամընտրական)* ☐ 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 ալյասկացի եք, նշան դրեք այստեղ և լրացրեք A հավելվածը՝ 20-րդ և 21-րդ էջերում:

Անձ 1 *շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Քայլ 2

Անձ 1 *(շարունակություն)*

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր ներկա աշխատանքի և այն մասին, թե ինչպես եք վճարվում: *Եթե տեղը չբավականացնի, լրացուցիչ էջ ավելացրեք:*

Այժմ Դուք աշխատու՞մ եք: ☐ այո ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե այո***, անցեք այլ եկամուտին՝ այս էջում:

▶ **Այժմ Դուք որտե՞ղ եք աշխատում:** *Եթե այլ աշխատանքներ ևս ունեք, լրացուցիչ թերթ կցեք:*

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 1
Ինչպես եք Դուք վճարվում:

☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____
☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ
☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*

Գործատուի անունը *(կամընտրական)*

Որքա՞ն եք Դուք վճարվում (մինչև հարկերը): $ _____

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 2
Ինչպես եք Դուք վճարվում:

☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____
☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ
☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*

Գործատուի անունը *(կամընտրական)*

Որքա՞ն եք Դուք վճարվում (մինչև հարկերը): $ _____

▶ **Դուք ինքնազբա՞ղ եք**

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 1 Դուք ինքնազբա՞ղ եք: ☐ այո ***Եթե այո,*** պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ,*** անցեք այլ եկամուտին՝ այս էջում:

Աշխատանքի տեսակը

Այս ամիս որքա՞ն ինքնաշխատ *զուտ եկամուտ* կստանաք: $ _____

Զուտ եկամուտը շահույթն է, որը մնում է ծախսերից հետո: *Ե հավելվածում՝ 27-րդ էջում, թվարկված է, թե ինչը կարող է հաշվի առնվել:*

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 2 Դուք ինքնազբա՞ղ եք: ☐ այո ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ***, անցեք այլ եկամուտին՝ այս էջում:

Աշխատանքի տեսակը

Այս ամիս որքա՞ն ինքնաշխատ *զուտ եկամուտ* կստանաք: $ _____

Զուտ եկամուտը շահույթն է, որը մնում է ծախսերից հետո: *Ե հավելվածում՝ 27-րդ էջում, թվարկված է, թե ինչը կարող է հաշվի առնվել:*

▶ **Դուք այլ եկամուտ ունե՞ք:** *Այլ եկամուտն այն գումարն է, որը Դուք ստանում եք աշխատանքից տարբեր որևէ այլ աղբյուրից: Դրա մեջ մի մտցրեք երեխայի ապրուստադրամը, վետերանի նպաստը, լրացուցիչ ապահովագրական եկամուտը (SSI): Այլ եկամուտի օրինակներ կարող եք տեսնել Ե հավելվածում՝ 27-րդ էջում:*

Դուք այլ եկամուտ ունե՞ք: ☐ այո ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ***, անցեք եկամուտի փոփոխությանը՝ այս էջում:

Որտեղի՞ց է ստացվում այդ եկամուտը:	**Որքա՞ն հաճախ եք Դուք վճարվում** *(նշան դրեք մեկում)*	**Որքա՞ն**
	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$
	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$

▶ **Ամսից ամիս Ձեր եկամուտը փոխվու՞մ է:** *Եթե փոխվում է, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին:*

Որքա՞ն ընդհանուր եկամուտ եք ակնկալում **այս** տարի *(կամընտրական):*
$ _____

Եթե ակնկալում եք, որ **հաջորդ** տարի Ձեր եկամուտը փոխվելու է, որքա՞ն կլինի նոր ընդհանուր եկամուտը *(կամընտրական):* $ _____

▶ **Դուք հանուրդներ ունե՞ք:** *Եթե Դուք այնպիսի բաների համար եք վճարում, որոնք կարող են հանվել դաշնային հարկագրում նշվող հարկվող գումարից, ապա այդ մասին մեզ տեղյակ պահելը կարող է նվազեցնել Ձեր առողջության ապահովագրության գինը: Դրա մեջ մի մտցրեք ինքնազբաղ գործունեության նպատակով կատարած ծախսերը: Ե հավելվածում՝ 27-րդ էջում նշված են հանուրդների այլ տեսակները:*

Դուք հանուրդներ ունե՞ք: ☐ այո ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ***, *անցեք հաջորդ էջին:*

Հանուրդի տեսակը	**Դուք որքա՞ն հաճախ եք ստանում կամ վճարում այդ հանուրդի համար** *(նշան դրեք մեկում)*	**Որքա՞ն**
☐ վճարվող ապրուստադրամ ☐ ուսանողական վարկի տոկոս ☐ այլ	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$
☐ վճարվող ապրուստադրամ ☐ ուսանողական վարկի տոկոս ☐ այլ	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

Քայլ 2

Անձ 2 *Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր տանը բնակվող* ***հաջորդ անձի*** *մասին: Եթե այս դիմումը* ***չորս հոգուց ավելի անձանց համար է****, յուրաքանչյուր լրացուցիչ անձի համար պատճենահանեք 6-8-րդ էջերը:*

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

☐ 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 Ձեզ
☐ տուն ☐ բջջային ☐ աշխատանք
Համարը՝ ( ) –

Այլ հեռախոսահամար ☐ տուն ☐ բջջային ☐ 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:

Այս անձը՝ ☐ տղամա՞րդ է ☐ կի՞ն է

Այս անձը՝ ☐ ամուրի՞ է ☐ ամուսնացած չի՞ եղել ☐ ամուսնացա՞ծ է ☐ ամուսնալուծվա՞ծ է ☐ գրանցված կողակի՞ց ունի ☐ այրի՞ է

Ծննդյան ամսաթիվը *(ամիսը / օրը / տարին)*

Այս անձը հղի՞ է: ☐ այո ☐ ոչ ***Եթե այո,*** քանի՞ երեխա է սպասվում: _____
Ո՞ր օրն է սպասվում ծննդաբերությունը: _____

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 դիմու՞մ առողջության ապահովագրություն ստանալու համար: ☐ այո ***Եթե այո,*** պատասխանեք ստորև տրված հարցերին:
☐ ոչ ***Եթե ոչ,*** ապա SSN-ի տվյալները կանընտրական են:

★ 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 ☐ Չի համապատասխանում SSN ունենալու պահանջներին

Տեղեկություններ դաշնային եկամտահարկի մասին *Եթե նույնիսկ այս անձը հարկեր չի վճարել, նա, այնուամենայնիվ, կարող է համապատասխանել «Medi-Cal»-ի միջոցով անվճար կամ ցածր գնով ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: Մենք գաղտնի կպահենք այս տեղեկությունները, և դրանք կօգտագործվեն միայն այն բանի համար, որպեսզի մենք որոշենք, թե արդյոք այս անձը համապատասխանում է առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:*

Այս անձը հիմնական հարկագիր ներկայացնո՞ղն է (նրա անունն առաջի՞նն է նշված եղել հարկագրի վրա): ☐ այո ☐ ոչ
Այս դիմումի մեջ միայն մեկ հոգի կարող է հիմնական հարկագիր ներկայացնող լինել:

Այս անձը նախատեսու՞մ է հարկագիր ներկայացնել **նպաստային** տարվա համար:
☐ այո ☐ ոչ ***Եթե այո,*** ինչպե՞ս է նա ներկայացնելու այն:
☐ Ընտանիքի գլխավոր ☐ Ամուրի ☐ Խնամյալ
☐ Ամուսնացած՝ համատեղ ներկայացնող
☐ Ամուսնացած՝ առանձին ներկայացնող

Որևէ մեկն իր հարկագրում նշե՞լ է այս անձին՝ որպես խնամյալ ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, ապա ո՞վ:
☐ Թ. _____ Անձն է այս դիմումի մեջ:
☐ Այս անձը չխնամող ծնող է:
☐ Այս անձը չխնամող ծնող է, որի անունը նշված չէ այս դիմումի մեջ:

Անձ 2 *շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Քայլ 2 Անձ 2 *(շարունակություն)*

Այս անձն առողջության այլ ապահովագրություն ունի՞, կամ աշխատավայրից նրան ապահովագրություն առաջարկվու՞մ է: ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, լրացրեք B հավելվածը՝ 22-րդ և 23-րդ էջերում:

Այս անձը ֆիզիկական, հոգեկան, զգայական խնդրի կամ զարգացման արատի հետևանքով առաջացած հաշմանդամություն ունի՞: ☐ այո ☐ ոչ
ՀՏՀ թ. 27-ում Դուք լրացուցիչ տեղեկություններ կգտնեք այն մասին, թե ինչ է նշանակում հաշմանդամություն ունենալ:

Այս անձը երկարատև խնամքի կամ տնային և համայնքային ծառայությունների հարցում օգնության կարիք ունի՞: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձն ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատա՞կ 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 E հավելվածը՝ 27-րդ էջում, որտեղ թվարկված են այդ պայմանը բավարարող փաստաթղթերը: Այնուհետև փաստաթղթի տվյալները նշեք այստեղ: Մեծ մասամբ ID համարը «օտարերկրացու գրանցման համարը» կլինի:*

Փաստաթղթի տեսակը՝ _____ ID number: _____

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 զորացրված վետերան կամ ԱՄՆ զինուժի գործող անդա՞մ է:
☐ այո ☐ ոչ

Այս անձը «Medicare»-ի նպաստներ ստանու՞մ է:
☐ այո ☐ ոչ

Վերջին 3 ամսում այս անձն այնպիսի բժշկական ծախս կատարե՞լ եք, որը վճարելու համար օգնության կարիք ունի: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձն ապրու՞մ է մինչև 19 տարեկան երեխայի հետ: ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, այս անձը խնամու՞մ է այդ երեխային կամ երեխաներին: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձը 18-ից 20 տարեկան և առկա ուսանո՞ղ է: ☐ այո ☐ ոչ
Այս անձը 18-ից 26 տարեկա՞ն է: ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, այս անձն իր 18-րդ տարեդարձին գտնվե՞լ է մանկատանը կամ հոգեծնողների խնամքի տակ: ☐ այո ☐ ոչ
Այս անձը 18 տարեկան կամ ավելի երիտասա՞րդ է: ☐ այո ☐ ոչ Այս անձի հետ քանի՞ ծնող է ապրում: _____

Այս անձը ժամանակավորապես նահանգից դու՞րս է բնակվում: ☐ այո ☐ ոչ

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք այս անձի ռասայի 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:*

Ո՞րն է այս անձի ռասան *(կամընտրական. նշան դրեք այն վանդակներում, որոնք համապատասխանում են)*

☐ սպիտակամորթ
☐ սևամորթ կամ աֆրիկյան ծագումով ամերիկացի
☐ ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ ալյասկացի
☐ հնդիկ
☐ կամբոջացի
☐ չինացի
☐ ֆիլիպինցի
☐ հմոնգցի
☐ ճապոնացի
☐ կորեացի
☐ լաոսցի
☐ վիետնամցի
☐ բնիկ հավայացի
☐ գուամանցի կամ չամորոցի
☐ սամոացի
☐ այլ _____

Դուք լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում ունե՞ք *(կամընտրական)* ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, նշան դրեք, թե որոնք են
☐ Մեքսիկացի, մեքսիկական ամերիկացի, չիկանո
☐ սալվադորցի ☐ գվատեմալացի
☐ կուբացի ☐ պուեռտո ռիկացի
☐ այլ լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում՝ _____

★ ☐ Եթե Դուք ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ ալյասկացի եք, նշան դրեք այստեղ և լրացրեք A հավելվածը՝ 20-րդ և 21-րդ էջերում:

Անձ 2 *շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

Քայլ 2

Անձ 2 *(շարունակություն)*

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք այս անձի ներկա աշխատանքի և այն մասին, թե ինչպես է վճարվում: *Եթե տեղը չբավականացնի, լրացուցիչ էջ ավելացրեք:*

Այժմ Դուք աշխատո՞ւմ եք: ☐ **այո** ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ **ոչ** ***Եթե այո***, անցեք այլ եկամուտին՝ այս էջում:

Այժմ Դուք որտե՞ղ եք աշխատում: *Եթե այլ աշխատանքներ ևս ունեք, լրացուցիչ թերթ կցեք:*

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 1

Ինչպես եք Դուք վճարվում:

☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____
☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ
☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*

Գործատուի անունը *(կամընտրական)*

Որքա՞ն եք Դուք վճարվում (մինչև հարկերը): $ _____

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 2

Ինչպես եք Դուք վճարվում:

☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____
☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ
☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*

Գործատուի անունը *(կամընտրական)*

Որքա՞ն եք Դուք վճարվում (մինչև հարկերը): $ _____

Այս անձն ինքնազբա՞ղ է

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 1 Այս անձն ինքնազբա՞ղ է: ☐ այո ***Եթե այո,*** պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ,*** անցեք այլ եկամուտին՝ այս էջում:

Աշխատանքի տեսակը

Այս ամիս որքա՞ն ինքնաշխատ *զուտ եկամուտ* կստանաք: $ _____

Զուտ եկամուտը շահույթն է, որը մնում է ծախսերից հետո: *Ե հավելվածում՝ 27-րդ էջում, թվարկված է, թե ինչը կարող է հաշվի առնվել:*

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 2 Այս անձն ինքնազբա՞ղ է: ☐ այո ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ***, անցեք այլ եկամուտին՝ այս էջում:

Աշխատանքի տեսակը

Այս ամիս որքա՞ն ինքնաշխատ *զուտ եկամուտ* կստանաք: $ _____

Զուտ եկամուտը շահույթն է, որը մնում է ծախսերից հետո: *Ե հավելվածում՝ 27-րդ էջում, թվարկված է, թե ինչը կարող է հաշվի առնվել:*

Այս անձն այլ եկամուտ ունի՞: *Այլ եկամուտն այն գումարն է, որը Դուք ստանում եք աշխատանքից տարբեր որևէ այլ աղբյուրից: Այլ եկամուտի օրինակներ կարող եք տեսնել Ե հավելվածում՝ 27-րդ էջում: Դրա մեջ մի մտցրեք երեխայի ապրուստադրամը, վետերանի նպաստը, լրացուցիչ ապահովագրական եկամուտը (SSI):*

Այս անձն այլ եկամուտ ունի՞: ☐ այո ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ***, անցեք եկամուտի փոփոխությանը՝ այս էջում:

Որտեղի՞ց է ստացվում այդ եկամուտը:	**Որքա՞ն հաճախ եք Դուք վճարվում** *(նշան դրեք մեկում)*	**Որքա՞ն**
	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$
	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$

Ամսից ամիս այս անձի եկամուտը փոխվու՞մ է: *Եթե փոխվում է, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին:*

Որքա՞ն ընդհանուր եկամուտ է այս անձն ակնկալում **այս** տարի *(կամընտրական):*
$ _____

Եթե ակնկալում եք, որ **հաջորդ** տարի այս անձի եկամուտը փոխվելու է, որքա՞ն կլինի նոր ընդհանուր եկամուտը *(կամընտրական):* $ _____

Այս անձը հանուրդներ ունի՞: *Այս անձը հանուրդներ ունի՞: Եթե այս անձն այնպիսի բաների համար է վճարում, որոնք կարող են հանվել դաշնային հարկագրում նշվող հարկվող գումարից, ապա այդ մասին մեզ տեղյակ պահելը կարող է նվազեցնել առողջության ապահովագրության գինը: Դրա մեջ մի մտցրեք ինքնազբաղ գործունեության նպատակով կատարած ծախսերը: Ե հավելվածում՝ 27-րդ էջում նշված են հանուրդների այլ տեսակները:*

Այս անձը հանուրդներ ունի՞: ☐ այո ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ***, *անցեք հաջորդ էջին:*

Հանուրդի տեսակը	**Որքա՞ն հաճախ է այս անձը ստանում կամ վճարում այդ հանուրդի համար** *(նշան դրեք մեկում)*	**Որքա՞ն**
☐ վճարվող ապրուստադրամ ☐ ուսանողական վարկի տոկոս ☐ այլ	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$
☐ վճարվող ապրուստադրամ ☐ ուսանողական վարկի տոկոս ☐ այլ	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$

Ձեզ օգնությու՞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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Քայլ 2

Անձ 3 *Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր տանը բնակվող* ***հաջորդ անձի*** *մասին:*

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

☐ 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 Ձեզ
☐ տուն ☐ բջջային ☐ աշխատանք
Համարը՝ ( ) –

Այլ հեռախոսահամար ☐ տուն ☐ բջջային ☐ 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:

Այս անձը՝ ☐ տղամա՞րդ է ☐ կի՞ն է

Այս անձը՝ ☐ ամուրի՞ է ☐ ամուսնացած չի՞ եղել ☐ ամուսնացա՞ծ է ☐ ամուսնալուծվա՞ծ է
☐ գրանցված կողակի՞ց ունի ☐ այրի՞ է

Ծննդյան ամսաթիվը *(ամիսը / օրը / տարին)*

Այս անձը հղի՞ է: ☐ այո ☐ ոչ ***Եթե այո,*** քանի՞ երեխա է սպասվում: _____
Ո՞ր օրն է սպասվում ծննդաբերությունը: _____

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 դիմու՞մ առողջության ապահովագրություն ստանալու համար: ☐ այո ***Եթե այո,*** պատասխանեք ստորև տրված հարցերին:
☐ ոչ ***Եթե ոչ,*** ապա SSN-ի տվյալները կանընտրական են:

★ Սոցիալական ապահովության համարը (SSN)
___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

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

Տեղեկություններ դաշնային եկամտահարկի մասին *Եթե նույնիսկ այս անձը հարկեր չի վճարել, նա, այնուամենայնիվ, կարող է համապատասխանել «Medi-Cal»-ի միջոցով անվճար կամ ցածր գնով ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: Մենք գաղտնի կպահենք այս տեղեկությունները, և դրանք կօգտագործվեն միայն այն բանի համար, որպեսզի մենք որոշենք, թե արդյոք այս անձը համապատասխանում է առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:*

Այս անձը հիմնական հարկագիր ներկայացնո՞ղն է (նրա անունն առաջի՞նն է նշված եղել հարկագրի վրա): ☐ այո ☐ ոչ
Այս դիմումի մեջ միայն մեկ հոգի կարող է հիմնական հարկագիր ներկայացնող լինել:

Այս անձը նախատեսու՞մ է հարկագիր ներկայացնել **նպաստային** տարվա համար:
☐ այո ☐ ոչ ***Եթե այո,*** ինչպե՞ս է նա ներկայացնելու այն:
☐ Ընտանիքի գլխավոր ☐ Ամուրի ☐ Խնամյալ
☐ Ամուսնացած՝ համատեղ ներկայացնող
☐ Ամուսնացած՝ առանձին ներկայացնող

Որևէ մեկն իր հարկագրում նշե՞լ է այս անձին՝ որպես խնամյալ ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, ապա ո՞վ:
☐ Թ. _____ Անձն է այս դիմումի մեջ:
☐ Այս անձը չխնամող ծնող է:
☐ Այս անձը չխնամող ծնող է, որի անունը նշված չէ այս դիմումի մեջ:

Անձ 3 *շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

Քայլ 2 Անձ 3 *(շարունակություն)*

Այս անձն առողջության այլ ապահովագրություն ունի՞, կամ աշխատավայրից նրան ապահովագրություն առաջարկվու՞մ է: ☐ այո ☐ ոչ

Եթե այո, լրացրեք B հավելվածը՝ 22-րդ և 23-րդ էջերում:

Այս անձը ֆիզիկական, հոգեկան, զգայական խնդրի կամ զարգացման արատի հետևանքով առաջացած հաշմանդամություն ունի՞: ☐ այո ☐ ոչ

ՀՏՀ թ. 27-ում Դուք լրացուցիչ տեղեկություններ կգտնեք այն մասին, թե ինչ է նշանակում հաշմանդամություն ունենալ:

Այս անձը երկարատև խնամքի կամ տնային և համայնքային ծառայությունների հարցում օգնության կարիք ունի՞: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձն ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատա՞կ 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 E հավելվածը՝ 27-րդ էջում, որտեղ թվարկված են այդ պայմանը բավարարող փաստաթղթերը: Այնուհետև փաստաթղթի տվյալները նշեք այստեղ: Մեծ մասամբ ID համարը «օտարերկրացու գրանցման համարը» կլինի:*

Փաստաթղթի տեսակը՝ _____ ID number: _____

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 զորացրված վետերան կամ ԱՄՆ զինուժի գործող անդա՞մ է:
☐ այո ☐ ոչ

Այս անձը «Medicare»-ի նպաստներ ստանու՞մ է:
☐ այո ☐ ոչ

Վերջին 3 ամսում այս անձն այնպիսի բժշկական ծախս կատարե՞լ եք, որը վճարելու համար օգնության կարիք ունի: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձն ապրու՞մ է մինչև 19 տարեկան երեխայի հետ: ☐ այո ☐ ոչ

Եթե այո, այս անձը խնամու՞մ է այդ երեխային կամ երեխաներին: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձը 18-ից 20 տարեկան և առկա ուսանո՞ղ է: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձը 18-ից 26 տարեկա՞ն է: ☐ այո ☐ ոչ

Եթե այո, այս անձն իր 18-րդ տարեդարձին գտնվե՞լ է մանկատանը կամ հոգեծնողների խնամքի տակ: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձը 18 տարեկան կամ ավելի երիտասա՞րդ է: ☐ այո ☐ ոչ Այս անձի հետ քանի՞ ծնող է ապրում: _____

Այս անձը ժամանակավորապես նահանգից դու՞րս է բնակվում: ☐ այո ☐ ոչ

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք այս անձի ռասայի 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:*

Ո՞րն է այս անձի ռասան *(կամընտրական. նշան դրեք այն վանդակներում, որոնք համապատասխանում են)*

☐ սպիտակամորթ
☐ սևամորթ կամ աֆրիկյան ծագումով ամերիկացի
☐ ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ ալյասկացի
☐ հնդիկ
☐ կամբոջացի
☐ չինացի
☐ ֆիլիպինցի
☐ հմոնգցի
☐ ճապոնացի
☐ կորեացի
☐ լաոսցի
☐ վիետնամցի
☐ բնիկ հավայացի
☐ գուամանցի կամ չամորոցի
☐ սամոացի
☐ այլ _____

Դուք լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում ունե՞ք *(կամընտրական)* ☐ 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 ալյասկացի եք, նշան դրեք այստեղ և լրացրեք A հավելվածը՝ 20-րդ և 21-րդ էջերում:

Անձ 3 *շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Քայլ 2

Անձ 3 *(շարունակություն)*

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք այս անձի ներկա աշխատանքի և այն մասին, թե ինչպես է վճարվում: *Եթե տեղը չբավականացնի, լրացուցիչ էջ ավելացրեք:*

Այժմ Դուք աշխատո՞ւմ եք: ☐ **այո** ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ **ոչ** ***Եթե այո***, անցեք այլ եկամուտին՝ այս էջում:

▶ **Այժմ Դուք որտե՞ղ եք աշխատում:** *Եթե այլ աշխատանքներ ևս ունեք, լրացուցիչ թերթ կցեք:*

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 1
Ինչպես եք Դուք վճարվում:

☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____
☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ
☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*

Գործատուի անունը *(կամընտրական)*

Որքա՞ն եք Դուք վճարվում (մինչև հարկերը): $ _____

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 2
Ինչպես եք Դուք վճարվում:

☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____
☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ
☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*

Գործատուի անունը *(կամընտրական)*

Որքա՞ն եք Դուք վճարվում (մինչև հարկերը): $ _____

▶ **Այս անձն ինքնազբա՞ղ է**

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 1 Այս անձն ինքնազբա՞ղ է: ☐ այո ***Եթե այո,*** պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ,*** անցեք այլ եկամուտին՝ այս էջում:

Աշխատանքի տեսակը

Այս ամիս որքա՞ն ինքնաշխատ *զուտ եկամուտ* կստանաք: $ _____

Զուտ եկամուտը շահույթն է, որը մնում է ծախսերից հետո: *Ե հավելվածում՝ 27-րդ էջում, թվարկված է, թե ինչը կարող է հաշվի առնվել:*

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 2 Այս անձն ինքնազբա՞ղ է: ☐ այո ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ***, անցեք այլ եկամուտին՝ այս էջում:

Աշխատանքի տեսակը

Այս ամիս որքա՞ն ինքնաշխատ *զուտ եկամուտ* կստանաք: $ _____

Զուտ եկամուտը շահույթն է, որը մնում է ծախսերից հետո: *Ե հավելվածում՝ 27-րդ էջում, թվարկված է, թե ինչը կարող է հաշվի առնվել:*

▶ **Այս անձն այլ եկամուտ ունի՞:** *Այլ եկամուտն այն գումարն է, որը Դուք ստանում եք աշխատանքից տարբեր որևէ այլ աղբյուրից: Այլ եկամուտի օրինակներ կարող եք տեսնել Ե հավելվածում՝ 27-րդ էջում: Դրա մեջ մի մտցրեք երեխայի ապրուստադրամը, վետերանի նպաստը, լրացուցիչ ապահովագրական եկամուտը (SSI):*

Այս անձն այլ եկամուտ ունի՞: ☐ այո ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ***, անցեք եկամուտի փոփոխությանը՝ այս էջում:

Որտեղի՞ց է ստացվում այդ եկամուտը:	**Որքա՞ն հաճախ եք Դուք վճարվում** *(նշան դրեք մեկում)*	**Որքա՞ն**
	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$
	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$

▶ **Ամսից ամիս այս անձի եկամուտը փոխվու՞մ է:** *Եթե փոխվում է, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին:*

Որքա՞ն ընդհանուր եկամուտ է այս անձն ակնկալում **այս** տարի *(կամընտրական):*
$ _____

Եթե ակնկալում եք, որ **հաջորդ** տարի այս անձի եկամուտը փոխվելու է, որքա՞ն կլինի նոր ընդհանուր եկամուտը *(կամընտրական):* $ _____

▶ **Այս անձը հանուրդներ ունի՞:** *Այս անձը հանուրդներ ունի՞: Եթե այս անձն այնպիսի բաների համար է վճարում, որոնք կարող են հանվել դաշնային հարկագրում նշվող հարկվող գումարից, ապա այդ մասին մեզ տեղյակ պահելը կարող է նվազեցնել առողջության ապահովագրության գինը: Դրա մեջ մի մտցրեք ինքնազբաղ գործունեության նպատակով կատարած ծախսերը: Ե հավելվածում՝ 27-րդ էջում նշված են հանուրդների այլ տեսակները:*

Այս անձը հանուրդներ ունի՞: ☐ այո ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ***, *անցեք հաջորդ էջին:*

Հանուրդի տեսակը	**Որքա՞ն հաճախ է այս անձը ստանում կամ վճարում այդ հանուրդի համար** *(նշան դրեք մեկում)*	**Որքա՞ն**
☐ վճարվող ապրուստադրամ ☐ ուսանողական վարկի տոկոս ☐ այլ	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$
☐ վճարվող ապրուստադրամ ☐ ուսանողական վարկի տոկոս ☐ այլ	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

Քայլ 2

Անձ 4 *Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր տանը բնակվող* ***հաջորդ անձի*** *մասին:*

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

☐ 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 Ձեզ
☐ տուն ☐ բջջային ☐ աշխատանք
Համարը՝ ( ) –

Այլ հեռախոսահամար ☐ տուն ☐ բջջային ☐ 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:

Այս անձը՝ ☐ տղամա՞րդ է ☐ կի՞ն է

Այս անձը՝ ☐ ամուրի՞ է ☐ ամուսնացած չի՞ եղել ☐ ամուսնացա՞ծ է ☐ ամուսնալուծվա՞ծ է
☐ գրանցված կողակի՞ց ունի ☐ այրի՞ է

Ծննդյան ամսաթիվը *(ամիսը / օրը / տարին)*

Այս անձը հղի՞ է: ☐ այո ☐ ոչ ***Եթե այո,*** քանի՞ երեխա է սպասվում: _____
Ո՞ր օրն է սպասվում ծննդաբերությունը: _____

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 դիմու՞մ առողջության ապահովագրություն ստանալու համար: ☐ այո ***Եթե այո,*** պատասխանեք ստորև տրված հարցերին:
☐ ոչ ***Եթե ոչ,*** ապա SSN-ի տվյալները կանընտրական են:

★ Սոցիալական ապահովության համարը (SSN)
___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

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

Տեղեկություններ դաշնային եկամտահարկի մասին *Եթե նույնիսկ այս անձը հարկեր չի վճարել, նա, այնուամենայնիվ, կարող է համապատասխանել «Medi-Cal»-ի միջոցով անվճար կամ ցածր գնով ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: Մենք գաղտնի կպահենք այս տեղեկությունները, և դրանք կօգտագործվեն միայն այն բանի համար, որպեսզի մենք որոշենք, թե արդյոք այս անձը համապատասխանում է առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:*

Այս անձը հիմնական հարկագիր ներկայացնո՞ղն է (նրա անունն առաջի՞նն է նշված եղել հարկագրի վրա): ☐ այո ☐ ոչ
Այս դիմումի մեջ միայն մեկ հոգի կարող է հիմնական հարկագիր ներկայացնող լինել:

Այս անձը նախատեսու՞մ է հարկագիր ներկայացնել **նպաստային** տարվա համար:
☐ այո ☐ ոչ ***Եթե այո,*** ինչպե՞ս է նա ներկայացնելու այն:
☐ Ընտանիքի գլխավոր ☐ Ամուրի ☐ Խնամյալ
☐ Ամուսնացած՝ համատեղ ներկայացնող
☐ Ամուսնացած՝ առանձին ներկայացնող

Որևէ մեկն իր հարկագրում նշե՞լ է այս անձին՝ որպես խնամյալ ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, ապա ո՞վ:
☐ Թ. _____ Անձն է այս դիմումի մեջ:
☐ Այս անձը չխնամող ծնող է:
☐ Այս անձը չխնամող ծնող է, որի անունը նշված չէ այս դիմումի մեջ:

Անձ 4 *շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Քայլ 2 Անձ 2 *(շարունակություն)*

Այս անձն առողջության այլ ապահովագրություն ունի՞, կամ աշխատավայրից նրան ապահովագրություն առաջարկվու՞մ է: ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, լրացրեք B հավելվածը՝ 22-րդ և 23-րդ էջերում:

Այս անձը ֆիզիկական, հոգեկան, զգայական խնդրի կամ զարգացման արատի հետևանքով առաջացած հաշմանդամություն ունի՞: ☐ այո ☐ ոչ
ՀՏՀ թ. 27-ում Դուք լրացուցիչ տեղեկություններ կգտնեք այն մասին, թե ինչ է նշանակում հաշմանդամություն ունենալ:

Այս անձը երկարատև խնամքի կամ տնային և համայնքային ծառայությունների հարցում օգնության կարիք ունի՞: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձն ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատա՞կ 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 E հավելվածը՝ 27-րդ էջում, որտեղ թվարկված են այդ պայմանը բավարարող փաստաթղթերը: Այնուհետև փաստաթղթի տվյալները նշեք այստեղ: Մեծ մասամբ ID համարը «օտարերկրացու գրանցման համարը» կլինի:*

Փաստաթղթի տեսակը՝ _____ ID number: _____

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 զորացրված վետերան կամ ԱՄՆ զինուժի գործող անդա՞մ է:
☐ այո ☐ ոչ

Այս անձը «Medicare»-ի նպաստներ ստանու՞մ է:
☐ այո ☐ ոչ

Վերջին 3 ամսում այս անձն այնպիսի բժշկական ծախս կատարե՞լ եք, որը վճարելու համար օգնության կարիք ունի: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձն ապրու՞մ է մինչև 19 տարեկան երեխայի հետ: ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, այս անձը խնամու՞մ է այդ երեխային կամ երեխաներին: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձը 18-ից 20 տարեկան և առկա ուսանո՞ղ է: ☐ այո ☐ ոչ
Այս անձը 18-ից 26 տարեկա՞ն է: ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, այս անձն իր 18-րդ տարեդարձին գտնվե՞լ է մանկատանը կամ հոգեծնողների խնամքի տակ: ☐ այո ☐ ոչ
Այս անձը 18 տարեկան կամ ավելի երիտասա՞րդ է: ☐ այո ☐ ոչ Այս անձի հետ քանի՞ ծնող է ապրում: _____

Այս անձը ժամանակավորապես նահանգից դու՞րս է բնակվում: ☐ այո ☐ ոչ

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք այս անձի ռասայի 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:*

Ո՞րն է այս անձի ռասան *(կամընտրական. նշան դրեք այն վանդակներում, որոնք համապատասխանում են)*

☐ սպիտակամորթ
☐ սևամորթ կամ աֆրիկյան ծագումով ամերիկացի
☐ ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ ալյասկացի
☐ հնդիկ
☐ կամբոջացի
☐ չինացի
☐ ֆիլիպինցի
☐ հմոնգցի
☐ ճապոնացի
☐ կորեացի
☐ լաոսցի
☐ վիետնամցի
☐ բնիկ հավայացի
☐ գուամանցի կամ չամորոցի
☐ սամոացի
☐ այլ _____

Դուք լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում ունե՞ք *(կամընտրական)* ☐ այո ☐ ոչ
Եթե այո, նշան դրեք, թե որոնք են
☐ Մեքսիկացի, մեքսիկական ամերիկացի, չիկանո
☐ սալվադորցի ☐ գվատեմալացի
☐ կուբացի ☐ պուեռտո ռիկացի
☐ այլ լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագում՝ _____

★ ☐ Եթե Դուք ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ ալյասկացի եք, նշան դրեք այստեղ և լրացրեք A հավելվածը՝ 20-րդ և 21-րդ էջերում:

Անձ 2 *շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

Քայլ 2

Անձ 4 *(շարունակություն)*

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք այս անձի ներկա աշխատանքի և այն մասին, թե ինչպես է վճարվում: *Եթե տեղը չբավականացնի, լրացուցիչ էջ ավելացրեք:*

Այժմ Դուք աշխատո՞ւմ եք: ☐ **այո** ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ **ոչ** ***Եթե այո***, անցեք այլ եկամուտին՝ այս էջում:

▶ **Այժմ Դուք որտե՞ղ եք աշխատում:** *Եթե այլ աշխատանքներ ևս ունեք, լրացուցիչ թերթ կցեք:*

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 1

Ինչպես եք Դուք վճարվում:

☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____

☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ

☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*

Գործատուի անունը *(կամընտրական)*

Որքա՞ն եք Դուք վճարվում (մինչև հարկերը): $ _____

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 2

Ինչպես եք Դուք վճարվում:

☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____

☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ

☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*

Գործատուի անունը *(կամընտրական)*

Որքա՞ն եք Դուք վճարվում (մինչև հարկերը): $ _____

▶ **Այս անձն ինքնազբա՞ղ է**

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 1 Այս անձն ինքնազբա՞ղ է: ☐ այո ***Եթե այո,*** պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ,*** անցեք այլ եկամուտին՝ այս էջում:

Աշխատանքի տեսակը

Այս ամիս որքա՞ն ինքնաշխատ *զուտ եկամուտ* կստանաք: $ _____

Զուտ եկամուտը շահույթն է, որը մնում է ծախսերից հետո: *Է հավելվածում՝ 27-րդ էջում, թվարկված է, թե ինչը կարող է հաշվի առնվել:*

ԱՇԽԱՏԱՆՔ 2 Այս անձն ինքնազբա՞ղ է: ☐ այո ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ***, անցեք այլ եկամուտին՝ այս էջում:

Աշխատանքի տեսակը

Այս ամիս որքա՞ն ինքնաշխատ *զուտ եկամուտ* կստանաք: $ _____

Զուտ եկամուտը շահույթն է, որը մնում է ծախսերից հետո: *Է հավելվածում՝ 27-րդ էջում, թվարկված է, թե ինչը կարող է հաշվի առնվել:*

▶ **Այս անձն այլ եկամուտ ունի՞:** *Այլ եկամուտն այն գումարն է, որը Դուք ստանում եք աշխատանքից տարբեր որևէ այլ աղբյուրից: Այլ եկամուտի օրինակներ կարող եք տեսնել Է հավելվածում՝ 27-րդ էջում: Դրա մեջ մի մտցրեք երեխայի ապրուստադրամը, վետերանի նպաստը, լրացուցիչ ապահովագրական եկամուտը (SSI):*

Այս անձն այլ եկամուտ ունի՞: ☐ այո ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ***, անցեք եկամուտի փոփոխությանը՝ այս էջում:

Որտեղի՞ց է ստացվում այդ եկամուտը:	**Որքա՞ն հաճախ եք Դուք վճարվում** *(նշան դրեք մեկում)*	**Որքա՞ն**
	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$
	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$

▶ **Ամսից ամիս այս անձի եկամուտը փոխվու՞մ է:** *Եթե փոխվում է, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին:*

Որքա՞ն ընդհանուր եկամուտ է այս անձն ակնկալում **այս** տարի *(կամընտրական):*

$ _____

Եթե ակնկալում եք, որ **հաջորդ** տարի այս անձի եկամուտը փոխվելու է, որքա՞ն կլինի նոր ընդհանուր եկամուտը *(կամընտրական):* $ _____

▶ **Այս անձը հանուրդներ ունի՞:** *Այս անձը հանուրդներ ունի՞: Եթե այս անձն այնպիսի բաների համար է վճարում, որոնք կարող են հանվել դաշնային հարկագրում նշվող հարկվող գումարից, ապա այդ մասին մեզ տեղյակ պահելը կարող է նվազեցնել առողջության ապահովագրության գինը: Դրա մեջ մի մտցրեք ինքնազբաղ գործունեության նպատակով կատարած ծախսերը: Է հավելվածում՝ 27-րդ էջում նշված են հանուրդների այլ տեսակները:*

Այս անձը հանուրդներ ունի՞: ☐ այո ***Եթե այո***, պատասխանեք ստորև տրված հարցերին: ☐ ոչ ***Եթե ոչ***, *անցեք հաջորդ էջին:*

Հանուրդի տեսակը	**Որքա՞ն հաճախ է այս անձը ստանում կամ վճարում այդ հանուրդի համար** *(նշան դրեք մեկում)*	**Որքա՞ն**
☐ վճարվող ապրուստադրամ ☐ ուսանողական վարկի տոկոս ☐ այլ	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$
☐ վճարվող ապրուստադրամ ☐ ուսանողական վարկի տոկոս ☐ այլ	☐ ժամավճարով՝ շաբաթական քանի՞ ժամ: _____ ☐ օրավարձով՝ շաբաթական քանի՞ օր: _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ ☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ վեց ամիսը մեկ ☐ տարին մեկ ☐ միանվագ վարձատրություն *(տե՛ս ՀՏՀ թ. 33-ը՝ 33-րդ էջում):*	$

Ձեզ օգնությու՞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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Քայլ 3 Խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել այս դիմումը

Դուք կարող եք լիազոր ներկայացուցիչ ընտրել

★ Դուք կարող եք ընտրել մեկին՝ որպես Ձեր «լիազոր ներկայացուցիչ»: Լիազոր ներկայացուցիչը մի անձ է, որին Դուք թույլ եք տալիս տեսնել Ձեր դիմումը և դրա մասին խոսել մեզ հետ՝ այժմ և ապագայում:

Լիազոր ներկայացուցչի 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 կամ Առողջապահական ծառայությունների դեպարտամենտի (DHCS) միջոցով նպաստներ ստանալու համար է: Դիմումի մեջ Ձեր կողմից տրամադրվող անձնական և բժշկական տեղեկությունները գաղտնի են: «Covered California»-ն և DHCS-ը դրանց օգնությամբ պետք է պարզեն Ձեր և այս դիմումի մեջ նշված այլ անձանց ինքնությունը և կիրառեն 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, կամ նպաստներ ստանալու Ձեր դիմումը կարող է մերժվել:
- 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

Առողջապահական տեղեկությունների դեպարտամենտի համար դիմեք տեղեկությունների պաշտպանության գրասենյակ՝ հետևյալ կերպ.

P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413

Հեռախոս՝ **1-866-866-0602**
TTY՝ 1-877-735-2929

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

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Կառավարական օրենսգիրք §§ 100502(k) և 100503(a)

DHCS: CA Օրենք սոցիալական ապահովության մասին § 14011 և 3-րդ հոդված, 5-րդ և 7-րդ գլուխներ, 2-րդ և 3-րդ մասեր, 9-րդ բաժին

Կալիֆոռնիայի քաղաքացիական օրենսգրքի §1 798.17-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: DHCS-ի ծանուցումը տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման մասին զետեղված է dhcs.ca.gov հասցեում:

Քայլ 3 շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

Ձեր իրավունքները և պարտականությունները

- Իմ համոզմամբ՝ այս դիմումի մեջ իմ տրամադրած տեղեկությունները ճշմարիտ են: Ես գիտեմ, որ կարող եմ տույժի ենթարկվել, եթե ճշմարտությունը չասեմ:
- Ես հասկանում եմ, որ իմ տրամադրած տեղեկություններն օգտագործվելու են միայն պարզելու համար, թե արդյոք իմ ընտանիքի այն անդամները, որոնք դիմում են առողջության ապահովագրություն ստանալու համար, համապատասխանում են այն ստանալու պահանջներին:
- Ես հասկանում եմ որ «Covered California»-ն և «Medi-Cal»-ն իմ տեղեկությունները գաղտնի կպահեն՝ ինչպես օրենքն է պահանջում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ «Covered California»-ի և «Medi-Cal»-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 հասկանում եմ, որ «Medi-Cal»-ում ընդգրկվելու պահանջներին համապատասխանելու համար ես պարտավոր եմ դիմել այլ եկամուտ կամ նպաստներ ստանալու, որոնց իրավունքն ունեմ ես կամ իմ ընտանիքի որևէ անդամ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ վերջինս հիմնավոր պատճառ ունի այդ չանելու համար: Նման եկամուտի կամ նպաստների օրինակներ են թոշակները, պետական նպաստները, կենսաթոշակը, վետերանի նպաստները, տարեվճարները, անաշխատունակության նպաստները, սոցիալական ապահովության նպաստները (որոնք կոչվում են նաև OASDI կամ ծերության, խնամողի կորստի և անաշխատունակության ապահովագրություն) և գործազրկության նպաստները: Բայց նման եկամուտը կամ նպաստները չեն ներառում՝ որպես պետական օժանդակություն, տրվող նպաստները, օրինակ՝ «CalWORKs»-ը կամ «CalFresh»-ը: Եթե ես հարցեր ունենամ եկամուտի հնարավոր աղբյուրի մասին, կարող եմ զանգահարել «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով և օգնություն ստանալ:
- Ես գիտեմ, որ պետք է տեղյակ պահեմ «Covered California»-ին կամ իմ շրջանի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակին 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:** Կամ կարող եմ զանգահարել իմ շրջանի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ:
- 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 գանգատ ներկայացնել՝ այցելելով **www.hhs.gov/ocr/office/file or http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form:** Եթե ես համարեմ, որ «Covered California»-ն խտրականություն է կիրառել իմ կամ այս դիմումի մեջ նշված որևէ այլ անձի դեմ «Medi-Cal»-ում ընդգրկվելու պահանջներին համապատասխանելու մասին որոշում ընդունելու հարցում, ես կարող եմ նաև գանգատ ներկայացնել Առողջապահական ծառայությունների դեպարտամենտի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակին՝ զանգահարելով **1-916-440-7370** (TTY՝ 1-916-440-7399) հեռախոսահամարով:
- Ես հասկանում եմ, որ իմ կամ դիմողի ընտանիքի որևէ այլ անդամի կամ անդամների տեղեկությունների մեջ տեղի ունեցած փոփոխությունները կարող են ազդել ընտանիքի այլ անդամների իրավասության վրա:
- Բացի «Medi-Cal»-ի համար դիմելու նպատակից՝ ես հաստատում եմ, որ առողջության ապահովագրություն ստանալու նպատակով այս դիմումի մեջ նշված անձանցից ոչ մեկն ազատազրկված չէ, պատիժ չի կրում մեղադրանքի (դատավճռի) ընդունումից հետո, չի գտնվում կալանավայրում, բանտում կամ նմանատիպ որևէ այլ պատժիչ կամ ուղղիչ հաստատությունում:
- Ես հասկանում եմ, որ եկամուտի մեջ տեղի ունեցած փոփոխությունների մասին պետք է տեղյակ պահեմ «Covered California»-ին, քանի որ այն կարող է ազդել ապահովագնի վճարման հարցում ինձ հասանելիք օգնության (կամ հարկային վարկերի) չափի վրա: Ես հասկանում եմ նաև, որ եթե նպաստային տարվա ընթացքում ես հարկ եղածից ավելի օգնություն ստանամ ապահովագնի վճարման հարցում (կամ հարկային վարկեր ստանամ), ես ստիպված եմ լինելու վերադարձնել լրացուցիչ գումարը IRS-ին՝ տվյալ նպաստային տարվա դաշնային եկամտահարկագիրը ներկայացնելիս:
- Ես «Covered California»-ին թույլ եմ տալիս ստուգել այլ կազմակերպություններում պահվող համակարգչային տվյալները՝ հաստատելու համար իմ քաղաքացիությունը, ներգաղթի բավարար կարգավիճակը, հարկերի մասին տեղեկությունները 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:

Եթե դիմումի մեջ նշված անձանցից որևէ մեկը համապատասխանում է «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին

- Ես գիտեմ, որ եթե «Medi-Cal»-ը վճարի որևէ բժշկական ծախսի համար, ապա տվյալ ծախսի հետ կապված ցանկացած գումար, որը ես կամ այս դիմումի մեջ նշված որևէ այլ անձ կստանա առողջության ապահովագրության այլ ընկերությունից կամ իրավական համաձայնության արդյունքում, կփոխանցվի «Medi-Cal»-ին՝ որպես տվյալ ծախսի վճարում, մինչև վերը նշված ծախսն ամբողջությամբ վճարվի:

Այն ծնողների համար, որոնց երեխան կամ երեխաները համապատասխանում են «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին

- Ես գիտեմ, որ ինձ կխնդրեն օգնել բժշկական ապրուստադրամ գանձող կազմակերպությանն ապրուստադրամ գանձել այն ծնողից, որը երեխայի հետ չի ապրում և ապրուստադրամ չի վճարում երեխայի համար: Եթե ես համարեմ, որ օգնելը կարող է վնասել ինձ կամ իմ երեխաներին, կարող եմ ասել այդ մասին «Medi-Cal» ծրագրին և այլևս ստիպված չեմ լինի օգնել:

***Ձեր իրավունքները և պարտականությունները** շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Քայլ 3 Խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել այս դիմումը *(շարունակություն)*

Ձեր իրավունքները և պարտականությունները *(շարունակություն)*

Բողոքարկելու Ձեր իրավունքը

- Եթե ես համարեմ, որ «Covered California»-ն կամ «Medi-Cal» ծրագիրը սխալ է թույլ տվել, ես կարող եմ բողոքարկել վերջինիս որոշումը: Բողոքարկել նշանակում է հայտնել որևէ մեկին «Covered California»-ում կամ «Medi-Cal» ծրագրում, որ իմ կարծիքով նրանց կայացրած որոշումը սխալ է, և խնդրել, որ որոշումն անկողմնակալ կերպով վերանայվի:
- Ես գիտեմ, որ կարող եմ պարզել, թե ինչպես բողոքարկեմ՝ զանգահարելով **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500):
- Ես գիտեմ, որ բողոքարկման հայցը պետք է ներկայացնել որոշումն ընդունելուց 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 եթե օգնության կարիք ունենամ, որևէ մեկը «Covered California»-ում, «Medi-Cal» ծրագրում կամ շրջանային սոցիալական ծառայությունների գրասենյակում կարող է ինձ բացատրել իմ գործը:

Ապահովագրության նորացումը

Հետագա տարիներին ապահովագրություն ստանալու հարցը դյուրին դարձնելու նպատակով՝ ես համաձայնում եմ «Covered California»-ին թույլ տալ օգտվել համակարգչային աղբյուրներից, օրինակ՝ IRS-ից՝ իմ եկամուտը ստուգելու համար: 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:

Ես հասկանում եմ, որ եթե «Covered California»-ին թույլ չտամ օգտվել համակարգչային աղբյուրներից, ապա իմ առողջության ապահովագրությունը շարունակելու համար պետք է 12 ամիսը մեկ նորացման փաթեթ լրացնեմ:

Ես համաձայն եմ «Covered California»-ին կամ «Medi-Cal» ծրագրին թույլ տալ ստուգել իմ մասին տեղեկությունները՝

☐ 5 տարվա ☐ 4 տարվա ☐ 3 տարվա ☐ 2 տարվա ☐ 1 տարվա համար

ԿԱՄ

☐ Ես չեմ ցանկանում որ «Covered California»-ն պահովագրությունը նորացնելիս ստուգի իմ հարկագրերը:

Հայտարարություն և ստորագրություն *Սա անհրաժեշտ է:*

Կեղծ 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 D հավելվածը, և եթե «Covered California»-ն որոշում է, որ ես համապատասխանում եմ D 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	Ամսաթիվ
▶	

***Քայլ 3** շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

Քայլ 3 Խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել այս դիմումը *(շարունակություն)*

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:

☐ Անդամագրման հավաստագրված խորհրդատուի անունը՝	CEC-ի համարը
Անդամագրման հավաստագրված կազմակերպության անվանումը՝	CEE-ի համարը
☐ Ապահովագրման հավաստագրված գործակալի անունը՝	Արտոնագրի համարը
☐ 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:

Քայլ 4 Տեղեկություններ առաքման մասին և հիշեցումներ

Ձեր լրացված դիմումն ուղարկեք հետևյալ հասցեով.

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

Դուք չե՞ք մոռացել՝

- տեղեկություններ ուղարկել Ձեր ընտանիքի և Ձեր տանը բնակվող բոլոր անձանց մասին, եթե նույնիսկ նրանք ապահովագրության կարիք չունեն. տե՛ս 3-րդ էջը, որտեղ նշված է, թե ում մասին պետք է տեղեկություններ ուղարկել.
- հարցնել Ձեր գործատուին աշխատավայրի միջոցով տրամադրվող ապահովագրության մասին, որի իրավունքը Դուք կարող եք ունենալ.
- **ստորագրել** այս դիմումը՝ **17-րդ** էջում: Եթե Դուք լիազոր ներկայացուցիչ ընտրեք, ստորագրեք նաև 15-րդ էջում:

Եվս մի քանի հարց *(կամընտրական)*

1. **Դուք կցանկանա՞ք, որ մենք ստուգենք Ձեր համապատասխանությունը «Medi-Cal»-ի բոլոր ծրագրերի պահանջներին:** ☐ այո ☐ ոչ
   Կան նաև «Medi-Cal»-ի այլ ծրագրեր՝ 65 տարեկան և ավելի տարեց անձանց համար, հաշմանդամների համար և հատուկ առողջապահական կարիքներ ունեցող անձանց համար:

   Եթե Դուք նշան դնեք «այո» պատասխանի դիմաց, մենք կապ կհաստատենք Ձեզ հետ, որպեսզի տեղեկություններ ստանանք Ձեր սեփականության և ունեցվածքի մասին:

2. **Ձեր կյանքում վերջերս այնպիսի փոփոխություններ տեղի ունեցե՞լ են, որոնք Ձեզ ստիպել են դիմել առողջության ապահովագրություն ստանալու համար:**
   Եթե այո, նշան դրեք համապատասխան վանդակներում:

   ☐ Տեղափոխվել եմ Կալիֆոռնիա բնակության
   ☐ Քաղաքացիություն կամ օրինական բնակության իրավունք եմ ստացել
   ☐ Կորցրել եմ առողջության ապահովագրությունը
   ☐ Խնամյալ եմ ձեռք բերել (ծնվել է, ամուսնացել կամ որդեգրել եմ)
   ☐ Այլ
   ☐ Այլևս ազատազրկված չեմ
   ☐ Նոր եմ ապահովագրի վճարման հարցում օգնության իրավունք ստացել
   ☐ Դիմում եմ «Medi-Cal»-ի համար
   ☐ Ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ ալյասկացի եմ

   Ե՞րբ է տեղի ունեցել այդ իրադարձությունը Ձեր կյանքում: *(ամիսը / օրը / տարին)* _____

Քայլ 4 *շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Քայլ 4 Տեղեկություններ առաքման մասին և հիշեցումներ *(կամընտրական)*

Որտեղի՞ց եք լսել «Covered California»-ի մասին:

Նշան դրեք համապատասխան վանդակներում

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

Ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ անհրաժե՞շտ են այլ ծրագրերի մասին:

Դուք և Ձեր ընտանիքը կցանկանա՞յիք, որ 2014 թ. հունվարի 1-ից սկսած Ձեր կողմից հենց նոր տրամադրված տեղեկություններն ուղարկվեն Ձեր տեղական Առողջապահության և հանրային ծառայությունների գործակալություն՝ այլ ծրագրի համար: Այն ընտանիքները, որտեղ ներգաղթող կա, կարող են դիմել: Եթե նույնիսկ Դուք ինքներդ չեք 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:

Մինչև 2014 թ. հունվարի 1-ը սննդամթերքի կամ դրամական օգնության համար կարող եք դիմել՝ այցելելով **benefitscal.org:** Կամ, եթե ցանկանում եք անձամբ ներկայանալ գրասենյակ, զանգահարեք **1-877-847-3663** հեռախոսահամարով և ծանոթացեք Ձեր տան կամ աշխատավայրի մերձակայքում գտնվող գրասենյակների ցուցակին:

2014 թ. հունվարի 1-ից հետո նպաստներ ստանալու համար ստուգեք, թե որ ծրագրերին եք ցանկանում, որ ուղարկվեն Ձեր տվյալները՝

☐ **CalFresh** *Այս ծրագիրն օգնում է վճարել սննդամթերքի համար: Նպաստներն ամիսը մեկ փոխանցվում են հատուկ հաշվեքարտի վրա, որով կարելի է գնել մթերքների մեծ մասը բազմաթիվ շուկաներից և խանութներից: Այն հայտնի է նաև «Սննդամթերքի հարցում լրացուցիչ օգնության ծրագիր» (SNAP) անվամբ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք* ***www.calfresh.ca.gov:***

☐ **CalWORKs** *Այս ծրագիրը բնակվարձի, սննդամթերքի և այլ կարևոր ծախսերի համար դրամական օգնություն և օժանդակության ծառայություններ է տրամադրում ցածր եկամուտ ունեցող ընտանիքներին, որտեղ երեխաներ կան:*

Համացանցում Դուք կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ գտնել նաև հետևյալ ծրագրերի մասին.

Access for Infants and Mothers (AIM)
Այս ծրագիրն օգնում է կանանց բուժօգնություն ստանալու հարցում:
aim.ca.gov

Child Health and Disability Prevention (CHDP)
Սա բուժկանխարգելիչ միջոցառումների ծրագիր է, որը պարբերաբար բժշկական ստուգումներ և ծառայություններ է տրամադրում ցածր եկամուտ ունեցող ընտանիքների երեխաներին:
www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment (EPSDT)
Սա մինչև 21 տարեկան երեխաների և երիտասարդ չափահասների համար նախատեսված «Medi-Cal»-ի ծրագիր է, որը հնարավորություն է տալիս կանոնավոր կերպով ստուգումներ անցնել՝ առողջական խնդիրները հայտնաբերելու համար, իսկ անհրաժեշտության դեպքում՝ նաև ախտորոշում և բուժում է տրամադրում:
www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx

Family Planning, Access, Care, Treatment (Family PACT)
Այս ծրագիրն ընտանիքի պլանավորման անվճար ծառայություններ է տրամադրում ցածր եկամուտ ունեցող տղամարդկանց և կանանց, այդ թվում՝ պատանիներին:
familypact.org

In-Home Supportive Services Program (IHSS)
Այս ծրագիրը կօգնի Ձեզ վճարել Ձեր ստացած ծառայությունների համար, որպեսզի Դուք ապահով կերպով Ձեր սեփական տանը մնաք:
www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/pg1296.htm

Women, Infants, and Children (WIC)
Սա սննդամթերքի ծրագիր է հղի կանանց, նոր մայրերի և մինչև 5 տարեկան երեխաների համար:
www.wicworks.ca.gov

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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

Հավելված A | Ամերիկյան հնդկացիների և բնիկ ալյասկացիների համար

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

Ամերիկյան հնդկացիները և բնիկ ալյասկացիները կարող են ծառայություններ ստանալ Հնդկացիական առողջապահական ծառայությունների, ցեղային առողջապահական ծրագրերի կամ քաղաքային հնդկացիական առողջապահական ծրագրերի կողմից: Բացի այդ, հնարավոր է, որ դաշնային կառավարության կողմից ամերիկյան հնդկացի և բնիկ ալյասկացի 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 ալյասկացու 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 կարծում եք, որ Դուք համապատասխանում եք «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին, ապա ապացույց ուղարկելու կարիք չկա: Տե՛ս F հավելվածը՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք կարող եք համապատասխանել «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին:

Եթե ցանկանում եք հնդկացիական կամ բնիկ ալյասկացու 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 ալյասկացիների ցեղի անդա՞մ է: ☐ այո ☐ ոչ

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

Այս անձը երբևէ ծառայություն ստացե՞լ է որևէ Հնդկացիական առողջապահական ծառայության, ցեղային առողջապահական ծրագրի կամ քաղաքային հնդկացիական առողջապահական ծրագրի կողմից կամ այդ ծրագրերից որևէ մեկի կողմից տրված ուղեգրով: ☐ այո ☐ ոչ

Եթե ոչ, այս անձը համապատասխանու՞մ է Հնդկացիական առողջապահական ծառայության, ցեղային առողջապահական ծրագրի կամ քաղաքային հնդկացիական առողջապահական ծրագրի կողմից կամ այդ ծրագրերից որևէ մեկի կողմից տրված ուղեգրով ծառայություններ ստանալու պահանջներին: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձը եկամուտ ստանու՞մ է ստորև նշված աղբյուրներից որևէ մեկից: ☐ այո ***Եթե այո***, ստորև նշեք գումարը և հաճախականությունը:
☐ ոչ ***Եթե ոչ***, շարունակեք լրացնել դիմումը:

▶ Վճարումներ, որոնք ցեղը ստանում է բնական պաշարներից, օգտագործման իրավունքից, վարձակալությունից կամ եկամտամասից:
Գումարը $ _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը մեկ ☐ այլ _____

▶ Վճարումներ, որոնք ցեղը ստանում է բնական պաշարների հանույթի, հողագործության, անասնապահության կամ ձկնորսության նպատակով հնդկացիական հողերի վարձակալությունից կամ եկամտամասից:
Գումարը $ _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը մեկ ☐ այլ _____

▶ Մշակութային նշանակություն ունեցող ապրանքների վաճառքից ստացվող գումար:
Գումարը $ _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը մեկ ☐ այլ _____

Անձ 2 Անունը | Միջին անունը | Ազգանունը | Բաղադրիչ *(օրինակ՝ սրբ., կրտսեր., III, IV)*

Տվյալ անձը դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված հնդկացիական կամ բնիկ ալյասկացիների ցեղի անդա՞մ է: ☐ այո ☐ ոչ

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

Այս անձը երբևէ ծառայություն ստացե՞լ է որևէ Հնդկացիական առողջապահական ծառայության, ցեղային առողջապահական ծրագրի կամ քաղաքային հնդկացիական առողջապահական ծրագրի կողմից կամ այդ ծրագրերից որևէ մեկի կողմից տրված ուղեգրով: ☐ այո ☐ ոչ

Եթե ոչ, այս անձը համապատասխանու՞մ է Հնդկացիական առողջապահական ծառայության, ցեղային առողջապահական ծրագրի կամ քաղաքային հնդկացիական առողջապահական ծրագրի կողմից կամ այդ ծրագրերից որևէ մեկի կողմից տրված ուղեգրով ծառայություններ ստանալու պահանջներին: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձը եկամուտ ստանու՞մ է ստորև նշված աղբյուրներից որևէ մեկից: ☐ այո ***Եթե այո***, ստորև նշեք գումարը և հաճախականությունը:
☐ ոչ ***Եթե ոչ***, շարունակեք լրացնել դիմումը:

▶ Վճարումներ, որոնք ցեղը ստանում է բնական պաշարներից, օգտագործման իրավունքից, վարձակալությունից կամ եկամտամասից:
Գումարը $ _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը մեկ ☐ այլ _____

▶ Վճարումներ, որոնք ցեղը ստանում է բնական պաշարների հանույթի, հողագործության, անասնապահության կամ ձկնորսության նպատակով հնդկացիական հողերի վարձակալությունից կամ եկամտամասից:
Գումարը $ _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը մեկ ☐ այլ _____

▶ Մշակութային նշանակություն ունեցող ապրանքների վաճառքից ստացվող գումար:
Գումարը $ _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը մեկ ☐ այլ _____

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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Հավելված A

Ամերիկյան հնդկացիների և բնիկ ալյասկացիների համար

(շարունակություն)

Անձ 3 Անունը | Միջին անունը | Ազգանունը | Բաղադրիչ *(օրինակ՝ սբր., կրտսեր., III, IV)*

Տվյալ անձը դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված հնդկացիական կամ բնիկ ալյասկացիների ցեղի անդա՞մ է: ☐ այո ☐ ոչ

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

Այս անձը երբևէ ծառայություն ստացե՞լ է որևէ Հնդկացիական առողջապահական ծառայության, ցեղային առողջապահական ծրագրի կամ քաղաքային հնդկացիական առողջապահական ծրագրի կողմից կամ այդ ծրագրերից որևէ մեկի կողմից տրված ուղեգրով: ☐ այո ☐ ոչ

Եթե ոչ, այս անձը համապատասխանու՞մ է Հնդկացիական առողջապահական ծառայության, ցեղային առողջապահական ծրագրի կամ քաղաքային հնդկացիական առողջապահական ծրագրի կողմից կամ այդ ծրագրերից որևէ մեկի կողմից տրված ուղեգրով ծառայություններ ստանալու պահանջներին: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձը եկամուտ ստանու՞մ է ստորև նշված աղբյուրներից որևէ մեկից: ☐ **այո** ***Եթե այո***, ստորև նշեք գումարը և հաճախականությունը:

☐ **ոչ** ***Եթե ոչ***, շարունակեք լրացնել դիմումը:

▶ Վճարումներ, որոնք ցեղը ստանում է բնական պաշարներից, օգտագործման իրավունքից, վարձակալությունից կամ եկամտամասից:

Գումարը **$** _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը մեկ ☐ այլ _____

▶ Վճարումներ, որոնք ցեղը ստանում է բնական պաշարների հանույթի, հողագործության, անասնապահության կամ ձկնորսության նպատակով հնդկացիական հողերի վարձակալությունից կամ եկամտամասից:

Գումարը **$** _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը մեկ ☐ այլ _____

▶ Մշակութային նշանակություն ունեցող ապրանքների վաճառքից ստացվող գումար:

Գումարը **$** _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը մեկ ☐ այլ _____

Անձ 4 Անունը | Միջին անունը | Ազգանունը | Բաղադրիչ *(օրինակ՝ սբր., կրտսեր., III, IV)*

Տվյալ անձը դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված հնդկացիական կամ բնիկ ալյասկացիների ցեղի անդա՞մ է: ☐ այո ☐ ոչ

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

Այս անձը երբևէ ծառայություն ստացե՞լ է որևէ Հնդկացիական առողջապահական ծառայության, ցեղային առողջապահական ծրագրի կամ քաղաքային հնդկացիական առողջապահական ծրագրի կողմից կամ այդ ծրագրերից որևէ մեկի կողմից տրված ուղեգրով: ☐ այո ☐ ոչ

Եթե ոչ, այս անձը համապատասխանու՞մ է Հնդկացիական առողջապահական ծառայության, ցեղային առողջապահական ծրագրի կամ քաղաքային հնդկացիական առողջապահական ծրագրի կողմից կամ այդ ծրագրերից որևէ մեկի կողմից տրված ուղեգրով ծառայություններ ստանալու պահանջներին: ☐ այո ☐ ոչ

Այս անձը եկամուտ ստանու՞մ է ստորև նշված աղբյուրներից որևէ մեկից: ☐ այո ***Եթե այո***, ստորև նշեք գումարը և հաճախականությունը:

☐ ոչ ***Եթե ոչ***, շարունակեք լրացնել դիմումը:

▶ Վճարումներ, որոնք ցեղը ստանում է բնական պաշարներից, օգտագործման իրավունքից, վարձակալությունից կամ եկամտամասից

Գումարը **$** _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը մեկ ☐ այլ _____

▶ Վճարումներ, որոնք ցեղը ստանում է բնական պաշարների հանույթի, հողագործության, անասնապահության կամ ձկնորսության նպատակով հնդկացիական հողերի վարձակալությունից կամ եկամտամասից:

Գումարը **$** _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը մեկ ☐ այլ _____

▶ Մշակութային նշանակություն ունեցող ապրանքների վաճառքից ստացվող գումար:

Գումարը **$** _____ ☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը մեկ ☐ այլ _____

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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

Հավելված B

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր ընտանիքի առողջության ապահովագրության մասին

★ Եթե ցանկանում եք այլ ապահովագրություն ունեցող ավելի քան չորս հոգու մասին գրել, պատճենահանեք **այս էջը և ուղարկեք** Ձեր դիմումի հետ միասին:

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք այժմ Ձեր ունեցած առողջության ապահովագրության մասին

Այս հարցերը պատասխանեք բոլոր այն անձանց համար, ովքեր առողջության ապահովագրության համար վճարելու հարցում օգնության կարիք ունեն:

Մեզ անհրաժեշտ է իմանալ, թե արդյոք առողջության ապահովագրության համար դիմող անձանցից որևէ մեկն այժմ ապահովագրված է: Կարիք չկա նշել այն տիպի ապահովագրությունը, որը նվազագույն հիմնական ապահովագրություն չի համարվում: Ահա այնպիսի ծրագրերի օրինակներ, որոնց մասին կարիք չկա նշելու. Հնդկացիական առողջապահական ծառայություն, ցեղային առողջապահական ծրագիր, քաղաքային հնդկացիական առողջապահական ծրագիր, ճկուն խնայողական ծրագրեր, առողջապահական խնայողական հաշիվներ կամ այլ երկրում տրամադրվող ապահովագրություն:

Մեզ անհրաժեշտ է իմանալ, թե արդյոք դիմողներից որևէ մեկն այժմ առողջության ապահովագրություն ունի հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկով. COBRA, գործատուի կողմից հովանավորվող ապահովագրություն, «Peace Corps», կենսաթոշակառուների առողջապահական ծրագիր, TRICARE/CHAMPUS, վետերանների առողջապահական ծրագիր կամ առողջության որևէ այլ տիպի ապահովագրություն: Որևէ մեկն ունի՞ առողջության վերը նշված ապահովագրություններից մեկը:

☐ այո ***Եթե այո***, լրացրեք այս էջը: Եթե տեղը չբավականացնի, լրացուցիչ թերթ կցեք:

☐ ոչ ***Եթե ոչ***, անցեք 23-րդ էջին:

Ծանոթություն: Եթե Դուք առողջության մասնավոր ապահովագրություն ունեք, որն ինքներդ եք գնել, նշան դրեք ստորև բերված աղյուսակի «Ինչ տիպի» սյունակի տակ գտնվող «Առողջության այլ ապահովագրություն» վանդակում:

Անունը *Անուն, միջին անուն, ազգանուն, բաղադրիչ (օրինակ՝ սր., կրտսեր., III, IV)*	**Ինչ տիպի** *(ընտրեք մեկը)*	
Անձ 1 _____ Այս անձին առողջության մատչելի գնով լիարժեք ապահովագրություն առաջարկվե՞լ է 2014 թ. հունվարի համար: ☐ այո ☐ ոչ	☐ COBRA ☐ Գործատուի կողմից հովանավորվող ապահովագրություն ☐ Peace Corps ☐ Առողջության այլ ապահովագրություն	☐ Վետերանների առողջապահական ծրագիր ☐ Կենսաթոշակառուների առողջապահական ծրագիր ☐ TRICARE/CHAMPUS
Անձ 2 _____ Այս անձին առողջության մատչելի գնով լիարժեք ապահովագրություն առաջարկվե՞լ է 2014 թ. հունվարի համար: ☐ այո ☐ ոչ	☐ COBRA ☐ Գործատուի կողմից հովանավորվող ապահովագրություն ☐ Peace Corps ☐ Առողջության այլ ապահովագրություն	☐ Վետերանների առողջապահական ծրագիր ☐ Կենսաթոշակառուների առողջապահական ծրագիր ☐ TRICARE/CHAMPUS
Անձ 3 _____ Այս անձին առողջության մատչելի գնով լիարժեք ապահովագրություն առաջարկվե՞լ է 2014 թ. հունվարի համար: ☐ այո ☐ ոչ	☐ COBRA ☐ Գործատուի կողմից հովանավորվող ապահովագրություն ☐ Peace Corps ☐ Առողջության այլ ապահովագրություն	☐ Վետերանների առողջապահական ծրագիր ☐ Կենսաթոշակառուների առողջապահական ծրագիր ☐ TRICARE/CHAMPUS
Անձ 4 _____ Այս անձին առողջության մատչելի գնով լիարժեք ապահովագրություն առաջարկվե՞լ է 2014 թ. հունվարի համար: ☐ այո ☐ ոչ	☐ COBRA ☐ Գործատուի կողմից հովանավորվող ապահովագրություն ☐ Peace Corps ☐ Առողջության այլ ապահովագրություն	☐ Վետերանների առողջապահական ծրագիր ☐ Կենսաթոշակառուների առողջապահական ծրագիր ☐ TRICARE/CHAMPUS

Հավելված B *շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Հավելված B

Մեզ տեղեկություններ տրամադրեք Ձեր ընտանիքի առողջության ապահովագրության մասին *(շարունակություն)*

Գործատուի կողմից տրամադրվող առողջության ապահովագրությունը *Այս հարցերը պատասխանեք բոլոր այն անձանց համար, ովքեր առողջության ապահովագրության համար վճարելու հարցում օգնության կարիք ունեն:*

★ Մեզ անհրաժեշտ է իմանալ, թե արդյոք որևէ մեկի աշխատավայրից Դուք հնարավորություն եք ունեցել առողջության ապահովագրություն ստանալու: Այս բաժինը լրացնելու հարցում Ձեզ կօգնի C հավելվածը՝ «Գործատուի կողմից տրամադրվող առողջության ապահովագրությունը»՝ 24-րդ էջում: Այս հարցերին պատասխանեք կամ օգտվեք C հավելվածից **միայն** այն դեպքում, եթե Ձեր տանը բնակվող որևէ մեկը համապատասխանում է գործատուի կողմից տրամադրվող առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:

Այս դիմումի մեջ նշված անձանցից որևէ մեկին առողջության ապահովագրություն առաջարկվե՞լ է գործատուի կողմից:
*Դա կարող է մեկ այլ անձի աշխատավայրը լինել, օրինակ՝ ծնողի կամ ամուսնու: Դրանց թվում կարող են լինել նաև COBRA-ի, TRICARE-ի, որևէ դաշնային կամ նահանգային գործատուի, մասնավոր գործատուի, «Peace Corps»-ի ծրագրերը: Հնարավոր է, որ Դուք առողջության լրացուցիչ ապահովագրություն ունենաք, որի մասին կարիք **չկա** մեզ հայտնելու: Ստորև նշված են այնպիսի լրացուցիչ ապահովագրական ծրագրերի **օրինակներ** (դրանք չեն համարվում նվազագույն հիմնական ապահովագրություն), որոնց մասին կարիք չկա մեզ հանտնելու. ճկուն խնայողական ծրագրեր, առողջապահական խնայողական հաշիվներ, անաշխատունակության ապահովագրություն կամ այլ երկրում տրամադրվող ապահովագրություն:*

☐ այո **Եթե այո,** պատասխանեք այս հարցերին: Եթե տեղը չբավականացնի, լրացուցիչ թերթ կցեք:
☐ ոչ **Եթե ոչ,** վերադարձեք դիմումին և շարունակեք լրացնել այն:

Անունը *Անունը, միջին անունը, ազգանունը, բաղադրիչ (օրինակ՝ սեր., կրտսեր., III, IV)*	**Գործատուի անունը** *(կամընտրական)*	**Այս անձը՝**	**Այս անձն ամսական որքա՞ն ապահովագին է վճարում**	**Այս առողջապահական ծրագիրը բավարարու՞մ է նվազագույն գումարի *չափորոշիչը***
Անձ 1		☐ այժմ ապահովագրված է ☐ պատրաստվում է ապահովագրվել *Սկսվելու օրը* _____ ☐ ապահովագրված չէ	$	☐ այո ☐ ոչ ☐ չգիտեմ
Անձ 2		☐ այժմ ապահովագրված է ☐ պատրաստվում է ապահովագրվել *Սկսվելու օրը* _____ ☐ ապահովագրված չէ	$	☐ այո ☐ ոչ ☐ չգիտեմ
Անձ 3		☐ այժմ ապահովագրված է ☐ պատրաստվում է ապահովագրվել *Սկսվելու օրը* _____ ☐ ապահովագրված չէ	$	☐ այո ☐ ոչ ☐ չգիտեմ
Անձ 4		☐ այժմ ապահովագրված է ☐ պատրաստվում է ապահովագրվել *Սկսվելու օրը* _____ ☐ ապահովագրված չէ	$	☐ այո ☐ ոչ ☐ չգիտեմ

Գործատուն ի՞նչ փոփոխություն է նախատեսում նոր նպաստային տարում (եթե գիտեք):

☐ Գործատուն առողջության ապահովագրություն չի առաջարկելու:

☐ Գործատուն սկսելու է առողջության ապահովագրություն առաջարկել այն աշխատակիցներին կամ գոյություն ունեցող ամենաէժան ծրագրի ապահովագինը փոխելու է միայն այն աշխատակցի համար, ով բավարարում է **նվազագույն գնի չափորոշիչը*** (ապահովագները պետք է արտացոլեն լավ առողջության ծրագրերի գեղչը):

Որքա՞ն ապահովագին է գործատուն վճարելու այդ ծրագրի համար:

Ի՞նչ հաճախականությամբ _____

☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ
☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ տարին մեկ

Փոփոխության ամսաթիվը _____

***Նվազագույն գնի չափորոշիչ** նշանակում է, որ ծրագիրը վճարում է ծրագրի կողմից աշխատակցին տրամադրվող նպաստների ընդհանուր գումարի առնվազն 60%-ը (1986 թ. Ներքին եկամուտների մասին օրենք (Internal Revenue Code of 1986), բաժին 36B(c)(2)(C)(ii)

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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

Հավելված C

Գործատուի կողմից տրամադրվող ապահովագրության թերթիկ

COVERED CALIFORNIA

Այս թերթիկն անհրաժեշտ է միայն այն անձանց համար, ովքեր համապատասխանում են աշխատավայրից առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: Այն անհրաժեշտ չէ «Covered California»-ի միջոցով առաջարկվող առողջության ապահովագրության որոշ ծրագրերի, այդ թվում՝ «Medi-Cal»-ի համար: Եթե չգիտեք, թե արդյոք Ձեզ անհրաժեշտ է լրացնել այս թերթիկը, զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով, և հարցեք: Եթե կարծում եք, որ համապատասխանում եք «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին, Ձեզ անհրաժեշտ չէ լրացնել այս թերթիկը: Պարզելու համար, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք «Medi-Cal» կամ ապահովագնի վճարման հարցում օգնություն ստանալու պահանջներին, կարդացեք F հավելվածը՝ 28-րդ էջում:

Եթե մեկից ավելի աշխատավայր է առողջության ապահովագրություն առաջարկում, յուրաքանչյուր գործատուի համար առանձին թերթիկ օգտագործեք:

▶ Տեղեկություններ աշխատակցի մասին *Այս բաժինն անհրաժեշտ է լրացնել:*

★ Նշեք Ձեր անունը և սոցիալական ապահովության համարը (SSN) *(կամընտրական)*: Այնուհետև պատճենահանեք այս էջը կամ դիմումը տարեք Ձեր գործատուի մոտ: Խնդրեք գործատուին լրացնել էջի մնացած մասը: Եթե պատճենահանեք այս էջը, մի մոռացեք ուղարկել այն Ձեր դիմումի հետ միասին:

Աշխատակից՝ Անունը	Միջին անունը	Ազգանունը	Բաղադրիչ	Սոցիալական ապահովության համարը (SSN) *(կամընտրական)*
				___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

▶ Տեղեկություններ գործատուի մասին *Ձեր գործատուից հարցրեք այս տեղեկությունները:*

★ **Ծանոթություն գործատուի համար:** «Covered California»-ի դիմումը լրացնելու համար մեզ անհրաժեշտ է իմանալ այն առողջության ապահովագրության մասին, որը Ձեր աշխատակիցը կամ վերջինիս խնամյալները կարող են Ձեզանից ստանալու հնարավորություն ունենալ: Խնդրում ենք տրամադրել ստորև պահանջվող տեղեկությունները, եթե նույնիսկ Ձեր ընկերությունն առողջության ապահովագրություն չի առաջարկում:

Գործատուի անունը		Գործատուի նույնականացման համարը (EIN) ___ ___ – ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Գործատուի հասցեն		Գործատուի հեռախոսի համարը
Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը

Ու՞մ կարող ենք դիմել այս աշխատավայրում տվյալ աշխատակցի առողջության ապահովագրության մասին հարցերով:

Հեռախոսի համարը	Էլ. փոստի հասցեն

☐ Մենք առողջության ապահովագրություն չենք առաջարկում: ☐ Այս աշխատակիցը չի համապատասխանում մեր ծրագրով ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:

☐ Այս աշխատակիցը համապատասխանում է մեր ծրագրով ապահովագրություն ստանալու պահանջներին սկսած _____-ից *(սկսվելու օրը)*:

Ինչպե՞ս է կոչվում միայն տվյալ անձին հասնող ամենաէժան առողջապահական ծրագիրը, որին այս աշխատակիցը կարող է անդամագրվել այս աշխատավայրում: Նշեք միայն այն ծրագրերը, որոնք բավարարում են 2010 թ. «Հիվանդների պաշտպանության և մատչելի բուժսպասարկման մասին օրենքի» (Federal Patient Protection and Affordable Care Act of 2010) պահանջներով սահմանված **նվազագույն գնի չափորոշիչը***: Եթե համոզված չեք, հարցրեք Ձեր առողջության ապահովագրություն տրամադրողին:

Անունը՝ _____

☐ Ոչ մի ծրագիր չի բավարարում **նվազագույն գնի չափորոշիչը:***

Նվազագույն գնով ապահովագրության դեպքում աշխատակիցը որքա՞ն ապահովագին պետք է վճարեր: **$** _____

Ի՞նչ հաճախականությամբ

☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ

☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ տարին մեկ

☐ այլ _____

Ի՞նչ փոփոխություն եք կատարելու նոր նպաստային տարում (եթե գիտեք):

☐ Մենք առողջության ապահովագրություն չենք առաջարկելու:

☐ Մենք սկսելու ենք առողջության ապահովագրություն առաջարկել այն աշխատակիցներին կամ գոյություն ունեցող ամենաէժան ծրագրի ապահովագինը փոխելու ենք միայն այն աշխատակցի համար, ով բավարարում է **նվազագույն գնի չափորոշիչը*** (ապահովագները պետք է արտացոլեն լավ առողջության ծրագրերի գեղչը):

Այդ ծրագրի համար աշխատակիցը որքա՞ն ապահովագին է վճարելու: **$** _____

Ի՞նչ հաճախականությամբ

☐ շաբաթը մեկ ☐ երկու շաբաթը մեկ ☐ ամիսը երկու անգամ

☐ ամիսը մեկ ☐ եռամսյակը մեկ ☐ տարին մեկ

Փոփոխության ամսաթիվը _____

* **Նվազագույն գնի չափորոշիչ** նշանակում է, որ ծրագիրը վճարում է ծրագրի կողմից աշխատակցին տրամադրվող նպաստների ընդհանուր գումարի առնվազն 60%-ը (1986 թ. Ներքին եկամուտների մասին օրենք (Internal Revenue Code of 1986), բաժին 36B(c)(2)(C)(ii)):

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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Հավելված D

Ընտրեք Ձեր մանկական ատամնաբուժական ծրագիրը և Ձեր առողջության ապահովագրման ծրագիրը

★ Եթե ցանկանում եք ավելի քան չորս հոգի նշել, ովքեր ցանկանում են մանկական ատամնաբուժական ծրագիր կամ առողջության ապահովագրման ծրագիր ընտրել, **պատճենահանեք այս էջը և հաջորդ էջը** և ուղարկեք Ձեր դիմումի հետ միասին:

Եթե կարծում եք, որ Դուք համապատասխանում եք ապահովագնի վճարման հարցում օգնություն ստանալու պահանջներին, ստորև նշեք Ձեր ուզած մանկական ատամնաբուժական ծրագրերի կամ առողջության ապահովագրման ծրագրերի անվանումը կամ «մետաղական կարգը»:
«Covered California»-ի կողմից տրամադրվող մասնավոր ծրագրերի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար այցելեք **CoveredCA.com** կամ զանգահարեք **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500):

Եթե կարծում եք, որ Դուք համապատասխանում եք «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին, ստորև նշեք առողջության ապահովագրման Ձեր ուզած ծրագրի անվանումը: «Medi-Cal»-ի Ձեր շրջանում գործող ծրագրերի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու կամ անդամագրվելուց հետո Ձեր ծրագիրը փոխելու համար զանգահարեք «Health Care Options»՝ **1-800-430-4263** (TTY՝ 1-800-430-7077) հեռախոսահամարով, կամ այցելեք **healthcareoptions.dhcs.ca.gov:**

Պարզելու համար, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք «Medi-Cal» կամ ապահովագնի վճարման հարցում օգնություն ստանալու պահանջներին, կարդացեք F հավելվածը:

▶ Ընտրեք «Covered California»-ի Ձեր մանկական ատամնաբուժական ծրագիրը *միայն 18 տարեկան կամ ավելի փոքր երեխաների համար:*

Անունը *Անունը, միջին անունը, ազգանունը, բաղադրիչ (օրինակ՝ սրբ., կրտսեր., III, IV)*	**Մանկական ատամնաբուժական ծրագրի անվանումը**	**Ապահովագրման մակարդակը**	**Ծրագրի տեսակը**
Երեխա 1		☐ բարձր ☐ ցածր	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO
Երեխա 2		☐ բարձր ☐ ցածր	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO
Երեխա 3		☐ բարձր ☐ ցածր	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO
Երեխա 4		☐ բարձր ☐ ցածր	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO

DEPO՝ բացառիկ ատամնաբուժական սպասարկող կազմակերպություն, DHMO՝ ատամնաբուժական առողջության պահպանման կազմակերպություն, DPPO՝ նախընտրած ատամնաբուժական սպասարկման կազմակերպություն

▶ Ընտրեք Ձեր առողջության ապահովագրման ծրագիրը

«Medi-Cal»-ի և «Covered California»-ի ծրագրեր		Միայն «Covered California»-ի ծրագրեր		
Անունը *Անունը, միջին անունը, ազգանունը, բաղադրիչ (օրինակ՝ սրբ., կրտսեր., III, IV)*	**Առողջապահական ծրագրի անվանումը**	**«Մետաղական կարգը»**	**Մետաղի համարը**	**Ծրագրի տեսակը**
Անձ 1		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ Նվազագույն ապահովագրման ծրագիրը		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
Անձ 2		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ Նվազագույն ապահովագրման ծրագիրը		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
Անձ 3		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ Նվազագույն ապահովագրման ծրագիրը		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
Անձ 4		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ Նվազագույն ապահովագրման ծրագիրը		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO

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՝ առողջության ապահովագրման ծրագիր ընտրող 18 տարեկան կամ ավելի մեծ բոլոր անձինք պետք է համաձայնեն հաջորդ էջում շարադրված իրավարարության մասին համաձայնության պայմաններին և ստորագրեն այն:

Հավելված D շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-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 անփույթ 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:

▶ «Medi-Cal»-ի «Kaiser» առողջապահական ծրագիր ընտրող յուրաքանչյուր անձի համար

Ծանուցում պարտադրող իրավարարության մասին: Ես կարդացել եմ ծրագրի նկարագրությունը: Ես հասկանում եմ, որ որոշ տիպի վեճերի կարգավորման համար «Kaiser»-ը չեզոք պարտադրող իրավարարություն է պահանջում: Դրանց թվում են վեճերն այն մասին, թե արդյոք ճիշտ բուժում է տրամադրվել (որը կոչվում է բժշկի անփույթ վերաբերմունք) և նպաստների և ծառայությունների տրամադրման հետ կապված այլ վեճեր, այդ թվում՝ այն մասին, թե արդյոք տրամադրված բժշկական ծառայություններն անհրաժեշտ կամ արտոնված չեն եղել կամ անպատշաճ կերպով, անփութորեն կամ կիսատ են տրամադրվել: Եթե ես ընտրեմ «Kaiser»-ը՝ որպես «Medi-Cal»-ի առողջապահական ծրագիր, ես հրաժարվում եմ վերը նշված վեճերի համար դատարան կամ երդվյալ ատենակալների դատարան դիմելու իմ սահմանադրական իրավունքից: Ես համաձայնում եմ նաև այդ վեճերը կարգավորել չեզոք պարտադրող իրավարարության միջոցով: Ես չեմ հրաժարվում նահանգային դատարան դիմելու իմ իրավունքից՝ այն հարցերով, որոնք ենթական են նահանգային դատարանում քննվելու:

▶ Բոլոր ծրագրերում անդամագրված անձանց ստորագրությունները

1-ին անձի ստորագրությունը կամ 1-ին անձի համար պատասխանատու կողմի կամ վերջինիս լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը, եթե առնվազն 18 տարեկան է ▶	Ամսաթիվ
2-րդ անձի ստորագրությունը կամ 2-րդ անձի համար պատասխանատու կողմի կամ վերջինիս լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը, եթե առնվազն 18 տարեկան է ▶	Ամսաթիվ
3-րդ անձի ստորագրությունը կամ 3-րդ անձի համար պատասխանատու կողմի կամ վերջինիս լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը, եթե առնվազն 18 տարեկան է ▶	Ամսաթիվ
4-րդ անձի ստորագրությունը կամ 4-րդ անձի համար պատասխանատու կողմի կամ վերջինիս լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը, եթե առնվազն 18 տարեկան է ▶	Ամսաթիվ

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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Հավելված E

Քայլ 2 տեղեկատու նյութեր *Այս ցուցակների օգնությամբ պատասխանեք 2-րդ քայլի հարցերին:*

Ներգաղթի կարգավիճակը

Այս ցուցակի օգնությամբ լրացրեք «Առողջության ապահովագրության համար դիմելը» բաժինը

Եթե Դուք ունեք ստորև նշված ներգաղթի կարգավիճակներից որևէ մեկը, հնարավոր է, որ ***Դուք համապատասխանեք առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:***

- 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 զոհ կամ վերջինիս կին/ամուսին, երեխա, հարազատ քույր/եղբայր կամ ծնող
- 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 *Ծանոթություն: 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*
- ներգաղթի մասին օրենսդրության կամ «Տանջանքների դեմ համաձայնագրի» (CAT) պահանջների համաձայն՝ կասեցված վտարման կամ կասեցված հեռացման կարգավիճակ ունեցող անձ
- ներգաղթի մասին օրենսդրության կամ «Տանջանքների դեմ համաձայնագրի» (CAT) պահանջների համաձայն՝ վտարման կասեցման կամ հեռացման կասեցման կարգավիճակի համար դիմած անձ
- հատուկ անչափահաս ներգաղթողի կարգավիճակի համար դիմած անձ
- օրինական մշտական բնակչի (LPR) կարգավիճակի անցնելու համար դիմած և վիզայի հաստատված հայց ունեցող անձ
- ապաստարանի 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)

Եթե նույնիսկ Ձեր ներգաղթի կարգավիճակը նշված չէ վերը, հնարավոր է, որ Դուք համապատասխանեք առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին, և հարկավոր է, այնուամենայնիվ, դիմում ներկայացնել:

Ինքնազբաղությունը

Այս ցուցակի օգնությամբ լրացրեք «Դուք ինքնազբա՞ղ եք» բաժինը

Դուք կարող եք այս տվյալները հանել Ձեր համախառն եկամուտից և հաշվարկել Ձեր զուտ ինքնաշխատ եկամուտը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե ս «Instructions for Schedule C» (ցուցումներ C հավելվածի համար) բաժինը՝ **irs.gov** հասցեում:

- Ավտոմեքենայի և բեռնատարի ծախսերը (ճանապարհն աշխատանքային օրերին՝ առանց մշտական տոմսի)
- Մաշվածությունը
- Աշխատակիցների աշխատավարձերը և ոչ դրամական վարձատրությունը
- Սեփականության, պարտավորությունների կամ գործի ընդհատման ապահովագրությունը
- Վճարվող տոկոսները (օրինակ՝ բանկին վճարվող հիպոտեկի տոկոսը)
- իրավաբանական և մասնագիտական ծառայությունները
- Ձեռնարկության գույքի և սարքավորումների վարձակալությունը
- Միջնորդավճարները, հարկերը, արտոնագրի և այլ վճարումները
- Գովազդը
- Պայմանագրային հիմունքներով տրամադրվող աշխատանքը
- Տեխնիկական սպասարկումը
- Որոշ գործարար ուղևորություններ և ճաշկերույթներ

Այլ եկամուտի օրինակներ

Այս ցուցակի օգնությամբ լրացրեք «Դուք այլ եկամուտ ունե՞ք» բաժինը

- Գործազրկության նպաստներs
- Սոցիալական ապահովության նպաստներ
- Թոշակ և կենսաթոշակ
- Ստացած վարձավճար կամ մասնաբաժին
- Ստացած ապրուստադրամ
- Ներդրումային եկամուտ
- Միջոցների ինքնաճ
- Հողագործությունից կամ ձկնորսությունից ստացած եկամուտ
- Ձեղարկված պարտքեր
- Դատարանով փոխհատուցված վնասներ
- Որպես ատենակալ ստացած վարձատրություն
- Այլ

Հանուրդները

Այս ցուցակի օգնությամբ լրացրեք «Դուք հանուրդներ ունե՞ք» բաժինը

- Ինքնազբաղության հետ կապված որոշ ծախսեր
- Ուսանողական վարկի տոկոսների հանում
- Ուսման վարձ
- Կրկնուսույցի ծախսեր
- Մուծումներ IRA-ին
- Փոխադրման հետ կապված ծախսեր
- Խնայողության վաղաժամ դուրս բերման պատճառով վճարվող տուգանք
- Առողջապահական խնայողական հաշվի հանուրդներ
- Վճարվող ապրուստադրամ
- Տնային արտադրության հետ կապված հանուրդ
- Պահեստային զինվորականների, դերասանների և ինքնաֆինանսավորվող պետական պաշտոնյաների հետ կապված որոշ գործարար ծախսեր

Ձեզ օգնությո՞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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

Հավելված F

Սեփականության մասին դաշնային հանձնարարականներ

▶ Գնահատեք, թե առողջության ինչ տիպի ապահովագրություն ստանալու պահանջներին Դուք կարող եք համապատասխանել 2014 թ.:

Անձանց թիվը Ձեր տանը	Եթե Ձեր ընտանիքի տարեկան եկամուտն ավելի քիչ է քան՝	Եթե Ձեր ընտանիքի տարեկան եկամուտը հետևյալ գումարների միջև է՝
1	$15,860*	$15,860 – $45,960
2	$21,400	$21,400 – $62,040
3	$26,950	$26,950 – $78,120
4	$32,500	$32,500 – $94,200
5	$38,050	$38,050 – $110,280
	⬇	⬇
	Դուք կարող եք համապատասխանել «Medi-Cal»-ում ընդգրկվելու պահանջներին:	**Դուք կարող եք համապատասխանել «Covered California»-ի միջոցով ֆինանսական օգնությամբ ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:**

**Ընտանիքի տարեկան եկամուտի այս տվյալները մոտավոր են և հիմնված են 2013 թ. եկամուտի տվյալների վրա:*

Եթե Դուք արդեն մատչելի գնով ապահովագրություն ստանում եք Ձեր գործատուի կողմից կամ որևէ պետական ծրագրով, օրինակ՝ «Medicare»-ով կամ «Medicaid»-ով, ապա Դուք չեք համապատասխանում «Covered California»-ի առողջության ապահովագրման ծրագրերում ընդգրկվելու պահանջներին:

★ Եթե Դուք երեխաներ ունեք կամ հղի եք, Դուք կարող եք նույնիսկ ավելի բարձր եկամուտ ունենալու դեպքում համապատասխանել «Medi-Cal» կամ AIM ծրագրով անվճար կամ ցածր գնով ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: Եթե Դուք հղի եք, ապա Ձեր ապագա երեխան (կամ երեխաները) առանձին անձ են համարվում՝ «Medi-Cal»-ի պահանջներին համապատասխանությունը ստուգելիս և մեկ անձ՝ «Covered California»-ի միջոցով ֆինանսական օգնություն ստանալու համար:

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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

Հաճախակի տրվող հարցեր (FAQ)

Ինչպես օգնություն ստանալ «Covered California»-ի միջոցով

1. Ի՞նչ է «Covered California»-ն:

«Covered California»-ն նոր շուկա է, որն անհատներին և ընտանիքներին հնարավորություն է տալիս անվճար և ցածր գներով առողջության ապահովագրություն ստանալ «Medi-Cal»-ի միջոցով կամ օգնություն ստանալ «Covered California»-ի միջոցով տրամադրվող առողջության մասնավոր ապահովագրության համար վճարելու հարցում:

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 է «Medi-Cal»-ը:

«Medi-Cal»-ը դաշնային «Medicaid» ծրագրի կալիֆոռնիական տարբերակն է: Այն առողջության անվճար կամ ցածր գնով տրամադրվող ապահովագրություն է ծրագրի պահանջներին համապատասխանող կալիֆոռնիացիների համար:

3. Ի՞նչ է «Access for Infants and Mothers»-ը (AIM):

AIM-ն առողջության ցածր գնով տրամադրվող ապահովագրություն է այն հղի կանանց համար, ովքեր առողջության ապահովագրություն չունեն, և ում եկամուտը բարձր է անվճար «Medi-Cal» ստանալու համար: AIM-ը տրամադրվում է նաև այն կանանց, ովքեր ընդգրկված են միայն մայրության համար տրամադրվող հանուրդով և $500-ից բարձր համավճարում պահանջող առողջության մասնավոր ապահովագրման ծրագրերում:

4. Ինչպե՞ս 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 առաջարկում ենք նահանգի ամենահայտնի ծրագրերից մի քանիսը, ինչպես նաև որոշ շրջանային և տեղական ծրագրեր: 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 եք ստանալու և որքան պետք է վճարեք:

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 մասնավոր ապահովագրություն գնել «Covered California»-ի միջոցով: Եկամուտի մասին տեղեկությունների օգնությամբ մենք պարզում ենք, թե առողջության որ ապահովագրությունն է ամենամատչելին Ձեր ընտանիքի համար:

6. Առողջության ի՞նչ ապահովագրություն է առաջարկվում «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 մասնավոր ծրագրերի չորս խումբ է առաջարկում՝ «platinum», «gold», «silver» և «bronze», և բացի այդ՝ նվազագույն ապահովագրության ծրագիր:

Յուրաքանչյուր խումբ 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:

Եթե Դուք համապատասխանում եք «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին, ապա ապահովագրված ծառայությունները և ծախսերը կարող են տարբեր լինել և կարող են անվճար լինել Ձեզ համար:

7. Ես կարո՞ղ եմ «Covered California»-ի միջոցով առողջության ապահովագրություն ստանալ:

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 ապահովագնի և համավճարումների չափը: Ֆինանսական օգնության չափը կախված է ընտանիքի անդամների թվից և ընտանիքի եկամուտից: Դիմորդների դիմումն ընդունվում է այն դեպքում, եթե նրանց եկամուտը համապատասխանում է եկամուտի սահմանաչափին:

8. Որքա՞ն արժե:

Գինը կախված է այն բանից, թե առողջության ինչ ապահովագրության կամ ֆինանսական օգնության պահանջներին եք Դուք համապատասխանում, ինչպես նաև այն բանից, թե ինչ ծրագիր եք ընտրում: **CoveredCA.com** կայքում զետեղված գնի հաշվիչի օգնությամբ Դուք կարող եք հաշվարկել Ձեր ապահովագինը և պարզել, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք ապահովագինը վճարելու հարցում օգնություն ստանալու պահանջներին:

Հաճախակի տրվող հարցեր շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

CCFRM604 (11/13) HY

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

9. Այս դիմումի հետ միասին ես պե՞տք է ուղարկեմ ապահովագնի իմ առաջին վճարումը:

Ոչ, այս դիմումի հետ մի՛ ուղարկեք Ձեր առաջին վճարումը: Ձեր ծրագիրը Ձեզ հաշիվ կուղարկի, որի վրա նշված կլինի, թե Դուք որքան պետք է վճարեք:

10. Ինչպե՞ս դիմեմ:

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

- **VԱռցանց:** Այցելեք **CoveredCA.com:** Մենք պարզ և հստակ լեզվով տեղեկություններ ենք տրամադրում առողջության ապահովագրման յուրաքանչյուր ծրագրի մասին:
- **Հեռախոսով:** Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Զանգն անվճար է:
- **Ֆաքսով:** Ֆաքսով ուղարկեք Ձեր դիմումը **1-888-329-3700** համարի վրա:
- **Փոստով:** «Covered California»-ի դիմումը փոստով ուղարկեք հետևյալ հասցեով.
- Covered California
  P.O. Box 989725
  West Sacramento, CA 95798-9725:
- **Անձամբ մեզ այցելելով:** Մենք հատուկ պատրաստություն անցած անդամագրման հավաստագրված 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):

11. Ես ներկայումս ընդգրկված եմ «Medi-Cal»-ում: Կարո՞ղ եմ ես առողջության ապահովագրություն ստանալ «Covered California»-ի միջոցով:

Եթե տարվա ընթացքում կամ իրավասության տարեկան վերանայման ժամանակ Ձեր եկամուտը փոխվի, հնարավոր է, որ Դուք համապատասխանեք «Covered California»-ի միջոցով առողջության այլ ապահովագրություն և ապահովագրի վճարման հարցում օգնություն ստանալու պահանջներին:

12. Ի՞նչ անել, եթե ես արդեն առողջության ապահովագրություն ունեմ:

Եթե Դուք արդեն մատչելի գներով առողջության ապահովագրություն 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 են առողջության անվճար կամ ցածր գնով ապահովագրություն ստանալու պահանջներին:

Դիմելիս անպայման լրացրեք B հավելվածը և ուղարկեք Ձեր դիմումի հետ միասին:

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

2014 թ. հունվարի մեկից սկսած մեծամասնությունը, այդ թվում՝ երեխաները, պարտավոր են լինելու առողջության ապահովագրություն ունենալ կամ տուգանք վճարել: Դա կարող է լինել աշխատավայրից ստացած ապահովագրություն, անձամբ գնած ապահովագրություն, «Medicare» կամ «Medi-Cal»:

Բայց որոշ անձինք ազատված են առողջության ապահովագրություն ունենալու պարտավորությունից: Այդ անձանց թվում են դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված այն կրոնական աղանդների կամ խմբակցությունների անդամները, որոնց հավատքն արգելում է նրանց նպաստներ ստանալ առողջության ապահովագրման ծրագրերից, ազատազրկված անձինք, դաշնային կառավարության կողմից ճանաչված հնդկացիական կամ բնիկ ալյասկացիների ցեղերի անդամները և այն անձինք, ովքեր ստիպված են իրենց եկամուտի ավելի քան 8%-ը վճարել առողջության ապահովագրության համար՝ գործատուի կողմից վճարված գումարները կամ ապահովագնի վճարման հարցում ստացած օգնությունը հաշվի առնելուց հետո:

2014 թ. տուգանքը կազմելու է Ձեր տարեկան եկամուտի 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 եկամուտի 2.5%-ը կամ $695՝ կախված այն բանից, թե որն ավելի շատ կլինի: 2016 թվականից հետո հարկվող տուգանքը տարեցտարի կաճի՝ կենսաածախքի ճշգրտումների հիման վրա:

Տուգանքների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք **CoveredCA.com** կամ զանգահարեք Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ կամ «Covered California»:

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

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

Մենք 45 օրվա ընթացքում Ձեզ նամակ կուղարկենք, որում նշված կլինի, թե Դուք և Ձեր ընտանիքը որ ծրագրում ընդգրկվելու պահանջներին եք համապատասխանում: Եթե Դուք մեզանից նամակ չստանաք, խնդրում ենք զանգահարել մեզ՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով:

Հաճախակի տրվող հարցեր *շարունակությունը հաջորդ էջում*

Ձեզ օգնությու՞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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**:

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

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

Այո: Օգնությունն անվճար է: Անդամագրման հավաստագրված խորհրդատուները և ապահովագրման հավաստագրված գործակալներն աշխատում են համայնքներում՝ նահանգի ողջ տարածքում, և Ձեզ տեղեկություններ կտրամադրեն առողջության ապահովագրման նոր տարբերակների մասին ու կօգնեն դիմել: Դուք կարող եք օգնություն ստանալ նաև այցելելով Ձեր շրջանի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ: Օգնությունը տրամադրվում է բազմաթիվ լեզուներով:

Օգնություն ստացեք դիմումը լրացնելու կամ ծրագիր ընտրելու հարցում՝

- **Առցանց:** Այցելեք **CoveredCA.com:** Մենք պարզ և հստակ լեզվով տեղեկություններ ենք տրամադրում առողջության ապահովագրման յուրաքանչյուր ծրագրի մասին:
- **Հեռախոսով:** Զանգահարեք «Covered California»՝ **1-800-996-1009** (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8-ից 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Զանգն անվճար է:
- **Անձամբ մեզ այցելելով:** Մենք հատուկ պատրաստություն անցած անդամագրման հավաստագրված 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):

17. Ինչպե՞ս առողջության ապահովագրման ծրագիր ընտրել

Եթե Դուք համապատասխանում եք «Covered California»-ի միջոցով առողջության ապահովագրման մասնավոր ծրագրում ընդգրկվելու պահանջներին, կարող եք այցելել **CoveredCA.com,** որտեղ կարող եք հեշտությամբ համեմատել առողջության ապահովագրման ծրագրերն ու գտնել Ձեր ուզած ծրագիրը: Կարող եք նաև կարդալ «Covered California»-ի առողջապահական ծրագրերի գրքույկները:

«Covered California»-ն առողջության ապահովագրման մի շարք մասնավոր ծրագրեր և «Medi-Cal»-ի ծրագրեր կառաջարկի: Դուք կարող եք այնպիսի մակարդակի ապահովագրություն ընտրել, որը լավագույնս բավարարում է Ձեր առողջապահական կարիքները և համապատասխանում Ձեր նյութական վիճակին:

- Դուք կարող եք որոշել ամսական ավելի մեծ գումար վճարել (որն ապահովագին 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:

Եթե Դուք համապատասխանեք «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին, ապա ինչպես ապահովագրությունը, այնպես էլ գները տարբեր կլինեն, և այն կարող է նաև անվճար լինել: «Medi-Cal»-ի Ձեր շրջանում գործող ծրագրերի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք «Care Options»՝ **1-800-430-4263** (TTY՝ 1-800-430-7077) հեռախոսահամարով: Կամ այցելեք **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov:**

Ֆինանսական օգնությունը

18. Ես շատ գումար չունեմ: Ի՞նչ ծրագրեր կան, որոնք կօգնեն ինձ առողջության ապահովագրություն ստանալ:

2014 թ. հունվարի 1-ից սկսած առողջության ապահովագրության կարիք ունեցող անձինք կարող են օգնություն ստանալ հետևյալ եղանակներից որևէ մեկով.

A. Օգնություն ամսական ապահովագինը վճարելու հարցում: Ապահովագնի վճարման հարցում օգնությունը տրամադրվում է այն նպատակով, որպեսզի առողջության ապահովագրությունը մատչելի լինի բոլորի համար: Ապահովագնի վճարման հարցում օգնություն ստանալու պահանջներին համապատասխանող անձինք կարող են նախապես ստանալ օգնությունը (նախքան հարկերը վճարելը), որպեսզի նրանց ամսական ապահովագինը ցածր լինի: Կամ կարող են օգնությունը ստանալ տարվա վերջում և ավելի քիչ հարկեր վճարել:

Ապահովագնի վճարման հարցում տրամադրվող օգնության չափը կախված է Ձեր ընտանիքի անդամների թվից և ընտանիքի եկամուտից:

B. «Medi-Cal»: «Medi-Cal»-ը Կալիֆոռնիայի «Medicaid» ծրագիրն է, որը ֆինանսավորվում է դաշնային և նահանգային հարկերի հաշվին: Այն որոշակի պահանջների համապատասխանող ցածր եկամուտ ունեցող կալիֆոռնիացիների համար նախատեսված առողջության ապահովագրություն է:

Եթե Ձեր եկամուտը Ձեր ընտանիքի անդամների թվի համար «Medi-Cal»-ի կողմից սահմանված գումարի սահմաններում է, ապա Դուք «Medi-Cal»-ի ապահովագրություն կստանաք՝ Ձեզ համար անվճար:

19. Եթե իմ եկամուտը փոխվի, ապահովագնի վճարման հարցում իմ ստացած օգնության չափն անմիջապես կփոխվի՞:

Ոչ, ապահովագնի վճարման հարցում Ձեր ստացած օգնության չափն անմիջապես չի փոխվի: Մենք կուսումնասիրենք մեր ստացած նոր տվյալները: Այնուհետև մենք Ձեզ կհայտնենք, թե արդյոք ապահովագնի վճարման հարցում Ձեր ստացած օգնության չափը փոխվում է:

20. Եթե իմ եկամուտը փոխվի, այդ փոփոխությունն ի՞նչ կերպ կազդի ինձ վրա հարկեր վճարելիս

Կարևոր է «Covered California»-ին տեղյակ պահել եկամուտի մեջ տեղի ունեցած այն փոփոխությունների մասին, որոնք ազդում են ապահովագնի վճարման հարցում Ձեր ստացած օգնության չափի (կամ հարկային վարկերի) վրա: Եթե Ձեր եկամուտը նվազի, հնարավոր է, որ Դուք կարողանաք ապահովագնի վճարման հարցում օգնության ավելի մեծ գումար ստանալ և ավելի պակասեցնել Ձեր կանխիկ ծախսերը: Սակայն եթե Ձեր եկամուտն աճի, հնարավոր է, որ ապահովագնի վճարման հարցում Ձեր ստացած օգնությունը հարկ եղածից ավելին լինի, և տվյալ նպաստային տարվա համար հարկերը վճարելիս Դուք ստիպված լինեք դրա մի մասը վերադարձնել:

Հաճախակի տրվող հարցեր *շարունակությունը հաջորդ 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 20-ը, իսկ շաբաթ օրերին՝ 8-ից 18-ը: Կամ այցելեք **CoveredCA.com**.

CCFRM604 (11/13) HY

Ֆինանսական օգնությունը
(շարունակություն)

21. Ի՞նչ անել, եթե ես անցյալ տարի հարկեր չեմ վճարել

Նույնիսկ եթե Դուք անցյալ տարի հարկեր չեք վճարել, Դուք կարող եք դիմել առողջության ապահովագրություն ստանալու համար և օգնություն ստանալ ապահովագնի վճարման հարցում: Ձեր եկամուտի տվյալների օգնությամբ մենք Ձեզ և Ձեր ընտանիքի համար ամենամատչելի առողջության ապահովագրությունը կգտնենք:

Եթե Դուք համապատասխանում եք ապահովագնի վճարման հարցում օգնություն ստանալու պահանջներին, ապա պետք է հարկեր վճարեք նպաստային տարվա համար:

22. 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 առողջության մասնավոր ապահովագրություն ունեք «Covered California»-ի միջոցով, 30 օրվա ընթացքում զանգահարեք և հայտնեք Ձեր եկամուտի մեջ տեղի ունեցած ցանկացած փոփոխության մասին, որը կարող է ազդել Ձեր իրավասության վրա:

Եթե Դուք «Medi-Cal» ունեք և Ձեր եկամուտը փոխվի, 10 օրվա ընթացքում զանգահարեք Ձեր շրջանի սոցիալական ապահովության գրասենյակ:

Այլ հարցեր

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

Ոչ: Նույնիսկ եթե Դուք ԱՄՆ քաղաքացի կամ ԱՄՆ հպատակ չեք, հնարավոր է, որ Դուք համապատասխանեք «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին:

24. Իմ ընտանիքը և ես միևնույն ծրագրու՞մ պետք է ընդգրկվենք

Կախված Ձեր ընտանիքի անդամների թվից և ընտանիքի եկամուտից, Դուք և Ձեր ընտանիքը կարող եք տարբեր ծրագրերում ընդգրկվել: Օրինակ՝ Դուք կարող եք համապատասխանել «Covered California»-ի միջոցով տրամադրվող առողջության մատչելի գնով մասնավոր ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: Սակայն Ձեր երեխան կարող է համապատասխանել անվճար «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին: Մենք Ձեզ կհայտնենք, թե առողջության ինչ տիպի ապահովագրություն ստանալու պահանջներին եք համապատասխանում Դուք և Ձեր ընտանիքի մյուս անդամները:

25. 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:

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

Եթե Դուք դիմում եք 2013 թ. հոկտեմբերից մինչև դեկտեմբերն ընկած ժամանակահատվածում, ապա առողջապահական ծրագրերը կսկսեն ծառայություններ տրամադրել արդեն 2014 թ. հունվարի 1-ից: Եթե Դուք 2014 թ. հունվարի 1-ից հետո դիմեք, ապա հնարավոր է, որ Ձեր առողջապահական ծրագիրը սկսի ծառայություններ տրամադրել Ձեր դիմելու ամսվա հաջորդ ամսվանից:

27. Ի՞նչ նկատի ունեք «հաշմանդամություն» ասելով:

Դուք կարող եք հաշմանդամություն ունենալ և համապատասխանել «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին, եթե՝

- խուլ եք կամ լսողության լուրջ կորուստ ունեք.
- կույր եք կամ տեսողության լուրջ կորուստ ունեք, նույնիսկ եթե ակնոց եք կրում.
- մտավոր կամ ճանաչողական հաշմանդամություն ունեք և դժվարանում եք հիշել, կենտրոնանալ կամ որոշումներ կայացնել.
- առողջական խնդիր ունեք և դժվարանում եք քայլել կամ աստիճաններով բարձրանալ.
- դժվարանում եք լոգանք ընդունել, հագնվել կամ նման այլ առօրյա գործողություններ կատարել.
- ֆիզիկական, հոգեկան կամ զգայական բնույթի առողջական խնդիր ունեք և առանց օգնության դժվարանում եք առօրյա գործողություններ կատարել (օրինակ՝ խանութ գնալ կամ այցելել բժշկի):

Պարտադիր **չէ** տանը հատուկ օգնության ծառայություններ ստանալ կամ բնակվել որևէ տիպի խնամքի հաստատությունում կամ ծերանոցում:

28. 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:

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

Այո: Դիմումի «Դուք հղի՞ եք» հարցին «այո» պատասխանեք կամ Ձեզ օգնողին խնդրեք լրացնել Ձեր դիմումը: 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:

Հաճախակի տրվող հարցեր *շարունակությունը հաջորդ էջում*

Ինչպես օգնություն ստանալ այլ լեզուներով

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 مساعدة خاصة بهذا التطبيق باللغة العربية. اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC

«Հավանեք» «Covered California»-ն «Facebook»-ում: Այցելեք Facebook.com/CoveredCA:

Հետևեք մեզ CoveredCA հասցեում