



تقاضانامه برای بیمه بهداشتی درمانی

بهترین راه تهیه بیمه بهداشتی درمانی، از جمله Medi-Cal

صفحات داخلی را ببینید

1	مواردی که باید بدانید
19-2	تقاضانامه
28-20	ضمیمه ها A-F
33-29	پرسش های متداول (FAQ)



شما می توانید این فرم تقاضا را به زبانهای دیگر دریافت نمایید

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

برای دریافت این فرم تقاضا در فرمت های دیگر، مثلاً چاپ بزرگ تر، با این شماره تماس بگیرید: 1-800-921-8879.

Covered California برنامه ای است که از طریق آن همه می توانند بیمه درمانی مقرون به صرفه دریافت کنند. تنها با یک تقاضا می توانید بفهمید که آیا صلاحیت لازم برای دریافت بیمه درمانی رایگان یا ارزان، از جمله Medi-Cal، را دارید یا خیر.

ایالت کالیفرنیا Covered California™ را به این منظور ایجاد کرده است تا به شما و خانواده تان در دریافت بیمه درمانی یاری رساند.

داشتن بیمه درمانی موجبات آسایش خاطر شما را فراهم آورده و حفظ سلامت شما را ممکن می سازد. با داشتن بیمه شما و خانواده تان خدمات درمانی را در هر زمانی که به آن احتیاج داشته باشید دریافت می کنید.

برای اینکه بدانید شرایط کدامین گزینه بیمه را دارید از این تقاضانامه استفاده کنید:

- بیمه رایگان و یا ارزان از Medi-Cal
- بیمه ارزان برای بانوان باردار از طریق دسترسی ویژه نوزادان و مادران (AIM)
- طرح های بیمه درمانی خصوصی مقرون به صرفه
- کمک به پرداخت هزینه بیمه درمانی شما

◀ شما حتی با داشتن درآمد سالانه 94000 دلار برای یک خانواده 4 نفره ممکن است باز هم صلاحیت دریافت بیمه رایگان یا ارزان را داشته باشید.

◀ شما می توانید برای هرکدام از اعضاء خانواده تان، حتی اگر بیمه هم داشته باشند، از این فرم تقاضا استفاده کنید.

**می توانید از طریق Covered California به آدرس
CoveredCA.com سریع تر اقدام کنید.**

یا با این شماره تماس حاصل کنید: 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500)
یا در صورت نیاز می توانید روزهای دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 8 شب، و
شنبه ها از 8 صبح تا 6 عصر با شماره های ذیل تماس حاصل فرمایید.



مواردی که باید بدانید

مواردی که به هنگام ارائه تقاضا باید بدانید

- شماره های سوشیال سکوریته برای متقاضیانی که تابعیت آمریکایی دارند یا اطلاعات از طریق اسناد برای مهاجرانی که وضعیت رضایتمندی داشته و نیازمند بیمه هستند. مدارک دال بر شهروندی یا وضعیت مهاجرتی تنها برای متقاضیان مورد نیاز است.
- اطلاعات کارفرما و درآمد برای تمام افراد خانواده تان.
- اطلاعات مالیاتی فدرال شما. برای مثال، کسی که به عنوان سرپرست خانواده مالیات ها را ثبت کرده و افرادی که تحت تکفل شما قرار دارند.
- اطلاعات در مورد بیمه درمانی که شما یا هر یک از اعضای خانواده تان از طریق شغلی دریافت می کنید.
- ➡ ما برای حصول اطمینان از اینکه شما و خانواده تان از بیشترین مزایای ممکن بهره ببرید در مورد درآمد و موارد دیگر سوالهایی می کنیم.
- ➡ مطابق قانون اطلاعات شما را محفوظ و سری نگاه می داریم.
- ➡ ما از اطلاعات شما صرفاً برای تایید صلاحیت شما برای بیمه درمانی استفاده می کنیم.
- ➡ خانواده هایی که مهاجر نیز دارند می توانند تقاضا کنند. شما حتی اگر خودتان برای پوشش واجد شرایط نیستید، می توانید برای فرزندان تقاضا ارسال نمایید. ارسال تقاضا برای فرزند واجد شرایط تان، در وضعیت مهاجرت، یا امکان برخورداری از کارت سکونت دائمی یا تابعیت شما تأثیری نخواهد داشت.
- ➡ اگر شما مالیات خود را گزارش نمی کنید باز هم می توانید برای دریافت بیمه رایگان یا ارزان از طریق Medi-Cal واجد صلاحیت باشید.
- ➡ اگر شما رسماً یک سرخ پوست یا بومی آلاسکا هستید که از خدمات Indian Health Services، طرح های سلامت قبیله ای، یا طرح های سلامت سرخ پوستی شهری استفاده می کنید، باز هم ممکن است بتوانید برای دریافت بیمه درمانی از طریق Covered California واجد شرایط باشید.

به صورت آنلاین سریع تر اقدام کنید

در آدرس **CoveredCA.com** به صورت آنلاین برای ارائه تقاضا اقدام کنید. این کار امن، ایمن، و سریع است – و نتایج آن را نیز سریع تر دریافت می کنید!

وقتی که کارتان تمام شد

تقاضای کامل و امضا شده تان را به آدرس زیر بفرستید:

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

- ➡ اگر تمام اطلاعات مورد نیاز ما را در دسترس ندارید، تقاضای خود را حتی اگر کامل نیست امضاء کرده و به آدرس ما ارسال نمایید. جهت ارائه کمک برای تکمیل تقاضانامه تان با شما تماس خواهیم گرفت.
- ➡ هزینه ثبت نام طرح بیمه بهداشتی خود را با این تقاضانامه ارسال نکنید. طرح مربوطه برای شما یک صورتحساب به مبلغی که بدهکار هستید ارسال خواهد کرد.

دریافت کمک در رابطه با این تقاضانامه

- ما برای کمک به شما حضور داریم! این کمک هیچ هزینه ای برای شما در بر ندارد.
- آنلاین: **CoveredCA.com**
- تلفن: با مرکز خدمات مشتریان ما به شماره **1-800-921-8879** (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل نمایید. این تماس رایگان است. می توانید دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 8 شب و شنبه ها از 8 صبح تا 6 بعد از ظهر تماس حاصل نمایید.
- مراجعه حضوری: ما مشاوران ثبت نام تایید شده و کارآموزده ای را به خدمت گرفته ایم که می توانند به شما کمک کنند. برای مشاهده فهرست مشاوران ثبت نام تایید شده و عاملین تایید شده بیمه در نزدیکی محل زندگی یا کارتان یا فهرست دفاتر خدمات اجتماعی شهرستان به سایت **CoveredCA.com** مراجعه نموده و یا با تلفن **1-800-921-8879** (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل نمایید. این کمک رایگان است!
- اگر شما دچار معلولیت بوده یا به کمک دیگری نیاز دارید ما می توانیم بدون هیچ هزینه ای در تکمیل این تقاضانامه به شما کمک کنیم. شما می توانید حضوراً به دفتر خدمات اجتماعی شهرستان خود مراجعه و یا با تلفن **1-800-921-8879** (TTY: 1-888-889-4500) با مرکز خدمات مشتریان تماس حاصل نمایید.



تقاضای خود را از اینجا شروع کنید (فقط با رنگ آبی یا مشکی پر نمایید)

گام 1:

در مورد شخص بالغی که ما در اصل با وی تماس خواهیم داشت به ما بگویید

نام

نام میانی

نام خانوادگی

پسوندد فامیلی (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)

آدرس منزل

شماره آپارتمان

شهر (آدرس منزل)

ایالت

کد پستی

شهرستان

☐ اگر آدرس منزل ندارید اینجا را علامت بزنید. شما می بایست یک آدرس پستی به ما بدهید.

☐ اگر آدرس پستی شما با آدرس منزل شما یکی است اینجا را علامت بزنید.

اگر هریو آدرس مانند یکدیگر نیستند، شما می بایست در ذیل آدرس پستی خود را برای ما قید نمایید:

آدرس پستی یا صندوق پستی (اگر با آدرس منزل تفاوت دارد)

شماره آپارتمان

شهر (آدرس پستی)

ایالت

کد پستی

شهرستان

بهترین شماره تلفن برای تماس با شما ☐ خانه ☐ همراه ☐ محل کار

شماره تلفن دیگر ☐ خانه ☐ همراه ☐ محل کار

شماره: () -

شماره: () -

به چه زبانی با شما مکاتبه نماییم؟

به چه زبانی مایلید با شما صحبت کنیم؟

چطور مایلید تا در مورد این تقاضانامه اطلاع کسب کنید؟

☐ تلفن ☐ پست ☐ ایمیل آدرس ایمیل: _____

آیا برای کودکی که کمتر از یک سال دارد تقاضا ارائه می دهید؟

نوزادان کمتر از یکسال در صورتی که مادرانشان به هنگام وضع حمل تحت پوشش Medi-Cal و یا AIM بوده است، بطور اتوماتیک تحت پوشش Medi-Cal قرار می گیرند. برای حصول اطمینان، بعد از تولد نوزاد خود با دفتر خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید تا از وضعیت پوشش نوزاد خود مطمئن شوید. برای این دسته از نوزادان، جهت دریافت Medi-cal نیازی به پر کردن تقاضانامه نیست. یا اطلاعات ذیل را تکمیل نمایید.

اختیاری: اگر اطلاعات ذیل تکمیل شوند ممکن است نوزاد به طور خودکار برای قرار گرفتن تحت پوشش Medi-Cal واجد شرایط شود. برای نوزادان نیازی به پر کردن گام 2 این تقاضانامه نیست.

آیا برای کودکی که کمتر از یک سال سن دارد تقاضا ارائه می کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر بلی، آیا مادر کودک هنگام تولد کودک Medi-Cal یا AIM داشته است؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر بلی، آیا نام مادر کودک در این تقاضا قید می شود؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر بلی، نام مادر کودک که شخص شماره _____ در فهرست اسامی این تقاضانامه است

اگر پاسختان خیر است، نام و نام خانوادگی مادر کودک چیست؟ _____

لطفاً شماره AIM، Medi-Cal، یا SSN مادر کودک را قید نمایید. _____



دانستن میزان درآمد و تعداد افراد خانواده شما به ما کمک می کند تا در مورد طرحی که شما واجد شرایط آن هستید تصمیم مناسبی اتخاذ کنیم. با این اطلاعات می توانیم مطمئن شویم که همه افراد بهترین پوشش بیمه ای ممکن را دریافت می کنند.

شما باید این افراد را در این تقاضانامه مشخص کنید:

- همسر تان
- فرزندان تان که با شما زندگی می کنند
- تمام والدینی که با فرزندان در یک خانه زندگی می کنند
- هر کسی که در اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال شما قید می شود؛ اگر اظهارنامه ثبت می کنید. شما برای ارائه تقاضای بیمه درمانی نیازی به اظهار مالیات ندارید.
- ★ اگر شما به عنوان عائله در اظهارنامه مالیات بر درآمد شخص دیگری معرفی شده اید، می بایست نام تمامی افراد خانواده را که مدعی شده اند با شما و سایر اعضای خانواده زندگی می کنند را قید کنید.
- ★ هر شخص دیگری که با شما زندگی می کند - برای مثال، دوست پسر، دوست دختر، هم اتاقی - باید در صورت نیاز به بیمه درمانی تقاضای مربوط به خود را مستقلاً ارائه نماید.

گام 2 را برای تمامی افراد خانواده تان تکمیل کنید. از خودتان شروع کنید!

- برای ارائه تقاضا برای بیش از 4 نفر در این تقاضانامه از صفحات 6-8 برای هر فرد اضافی کپی تهیه کنید.
- ما تمامی اطلاعات شما را طبق قانون محفوظ نگاه می داریم. ما از اطلاعات شخصی شما صرفاً برای بررسی واجد شرایط بودن شما برای بیمه درمانی استفاده می کنیم. برای آن دسته از افراد خانواده تان که تقاضای بیمه درمانی نیستند نیازی به قید کردن وضعیت مهاجرت یا شماره تأمین اجتماعی یا سوشیال سکورییتی (SSN) نمی باشد.

شخص 1 در مورد خودتان به ما بگویید.

نام	نام میانی	نام خانوادگی	پسوندها (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)	نسبت با شما خود شخص
آیا شما:	☐ مرد هستید	☐ زن هستید	آیا شما: ☐ مجرد هستید ☐ هرگز ازدواج نکرده اید ☐ متاهل ☐ شریک خانگی ثبت شده ☐ بیوه ☐	☐ طلاق گرفته
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	آیا باردار هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ اگر پاسخستان بده است، چند فرزند را باردار هستید؟ _____ تاریخ تقریبی زایمان چه زمانی است؟ _____			

ارائه تقاضا برای بیمه درمانی حتی اگر اکنون نیز بیمه دارید ممکن است پوشش بهتری را دریافت یا هزینه کمتری را پرداخت نمایید.

آیا برای خودتان تقاضای بیمه درمانی می کنید؟

- ☐ بلی ☐ اگر پاسخستان بده است، به سؤال های زیر پاسخ دهید و صفحات 4 و 5 را تکمیل نمایید.
- ☐ خیر ☐ اگر برای خودتان تقاضا نمی کنید اما برای یکی از افراد تحت تکفل تقاضا می کنید، حتماً صفحه 5 را تکمیل کنید.
- ☐ خیر ☐ اگر این تقاضا برای خودتان و یا افراد تحت تکفل شما نیست به صفحه 6 بروید.

اگر SSN ندارید، علت آن را ذکر کنید؟

★ شماره تأمین اجتماعی یا سوشیال سکورییتی (SSN)

☐ شماره شناسائی مالیات دهنده فرزندخواندگی (ATIN)

☐ شماره شناسائی مالیات دهنده فردی (ITIN)

☐ معافیت مذهبی ☐ من واجد شرایط SSN نیستم

★ اگر شما مایل به دریافت بیمه بهداشتی هستید می بایست شماره تأمین اجتماعی یا سوشیال سکورییتی (SSN) تان را قید کنید. ما از شماره سوشیال سکورییتی (SSN) شما برای بررسی درآمد و سایر اطلاعات استفاده می کنیم. حتی اگر تقاضای هم نیستید، ارائه شماره سوشیال سکورییتی تان به ما کمک می کند تا درخواست شما را سریع تر بررسی کنیم. اگر برای خود تقاضا ارائه نمی دهید اما مالیات ها را ارائه کرده و برای فردی از اعضای خانواده که مالیات وی را می پردازید تقاضا ارائه می دهید حتماً شماره SSN را قید کنید.

اگر متقاضی شماره SSN ندارید اما مایل به دریافت آن است با شماره **1-800-921-8879** (TTY: 1-888-889-4500) تماس گرفته و یا به وب سایت **CoveredCA.com** مراجعه کند.

شخص 1 ادامه در صفحه بعد



اطلاعات مالیات بر درآمد فدرال اگر شما اظهارنامه مالیاتی ارسال نمی کنید، باز هم می توانید برای بیمه رایگان یا ارزان از طریق **Medi-Cal** دارای صلاحیت باشید. ما از اطلاعات شما صرفاً برای تصمیم گیری در مورد صلاحیت شما برای دریافت بیمه بهداشتی استفاده می کنیم.

آیا شما شخص اصلی هستید که اظهارنامه مالیاتی ارسال می کند؟ (نام شما در ابتدای اظهارنامه مالیاتی قرار داشت)؟ ☐ بلی ☐ خیر
در این تقاضانامه تنها یک شخص می تواند ثبت کننده اصلی اظهارنامه مالیاتی باشد.

آیا می خواهید مالیات ها را برای مزایای سالانه ثبت کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر	آیا کسی شما را به عنوان فرد تحت تکفل در مالیات های خویش اظهار کرده است؟ ☐ بلی ☐ خیر اگر پاسخ بلی است، چه کسی؟ ☐ شخص شماره _____ در این تقاضانامه ☐ این شخص ولی بدون حضانت است ☐ این شخص ولی بدون حضانت است که نام وی در این تقاضانامه قید نشده است
اگر پاسخستان بلی است، چگونه می خواهید ثبت کنید؟ ☐ سرپرست خانواده ☐ مجرد ☐ متأهل با ثبت مشترک ☐ متأهل با ثبت جداگانه	

آیا شما دارای بیمه بهداشتی دیگری هم هستید یا از طریق شغلی بیمه شده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر
اگر پاسخستان بلی است، ضمیمه B در صفحات 22 و 23 را تکمیل نمایید.

آیا دارای معلولیت جسمی، ذهنی، احساسی، یا رشدی می باشید؟ ☐ بلی ☐ خیر برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد معلولیت به سوال شماره 27 در بخش پرسش های متداول (FAQ) مراجعه کنید.	آیا در مورد مراقبت طولانی مدت یا خدمات مبتنی بر خانه و اجتماع نیاز به کمک نیاز دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر
--	---

آیا شہر وند ایالات متحده یا بومی ایالات متحده هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر
اگر شہر وند و یا متولد ایالات متحده نیستید، به این سوال ها پاسخ دهید:
آیا دارای وضعیت مهاجرتی رضایت بخش هستید؟ ☐ بلی برای اینکه ببینید آیا وضعیت مهاجرتی رضایت بخش دارید یا خیر، به ضمیمه E صفحه 27 مراجعه کنید. سپس اطلاعات مندرج در سند را در اینجا بنویسید. در اکثر موارد شماره شناسائی سند شما همان شماره ثبت خارجی ها می باشد.
نوع سند: _____ شماره شناسائی: _____
کشور صادر کننده: _____ تاریخ انقضا: _____
نام طبق سند: _____

آیا از سال 1996 در ایالات متحده زندگی می کرده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر	آیا شما، همسران، یا یکی از فرزندان مجرد و تحت تکفلتان از اعضای افتخار آفرین منفصل خدمت یا کادر ثابت نیروهای مسلح ایالات متحده است؟ ☐ بلی ☐ خیر
آیا شما از مزایای Medicare بهره می برید؟ ☐ بلی ☐ خیر	آیا شما از 3 ماه گذشته معالجه پزشکی داشته اید که در پرداخت هزینه آن به کمک نیاز داشته باشید؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا با فرزند زیر 19 سال زندگی می کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر
اگر پاسخ بلی است، آیا شما از فرزند یا فرزندان مراقبت می کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر
آیا شما بین 18 تا 20 سال دارید و دانشجوی تمام وقت هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر
آیا شما 18 تا 26 سال سن دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر اگر پاسخستان بلی است، آیا در تولد 18 سالگی تان در یکی از ایالات تحت کفاله بوده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر
آیا 18 سال یا کمتر دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر چند نفر از والدین با شما زندگی می کنند؟ _____
آیا موقتاً خارج از ایالت زندگی می کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر مایلید اکنون یکی از طرح های بیمه بهداشتی را انتخاب کنید، اینجا ☐ را علامت بزنید و ضمیمه D در صفحه 25 را تکمیل کنید.

درباره نژاد خود به ما بگویید این اطلاعات محرمانه بوده و صرفاً برای حصول اطمینان از دسترسی یکسان همه به بیمه درمانی استفاده می شود. از این اطلاعات برای تصمیم گیری در مورد نوع بیمه درمانی مناسب شما استفاده نخواهد شد.

شما از چه نژادی هستید؟ (اختیاری؛ همه مواردی که صدق می کند را علامت بزنید)	آیا اسپانیولی، لاتین، یا اصالتاً اهل اسپانیا هستید؟ (اختیاری)
☐ سفیدپوست ☐ هندی ☐ ژاپنی	☐ اهل گوام یا جزایر ماریانا ☐ بلی ☐ خیر
☐ سیاه پوست یا آفریقائی ☐ کامبوج ☐ کره ای	اگر پاسخستان بلی است، موارد مربوطه را علامت بزنید:
☐ آمریکائی ☐ چینی ☐ لائوسی	☐ مکزیکی، مکزیکی-آمریکائی، چیکانو ☐ سالوادوری ☐ گواتمالائی
☐ سرخ پوست یا بومی ☐ فیلیپینی ☐ ویتنامی	☐ کوبائی ☐ پورتوریکن ☐ سایر موارد هیسپانیک ها، لاتین، یا اصالت اسپانیائی:
☐ آلاسکا ☐ همونگ (جنوب چین) ☐ بومی هاوانی	

★ ☐ اگر سرخ پوست یا بومی آلاسکا هستید اینجا را علامت بزنید، و ضمیمه A در صفحه 20 و 21 را پر کنید.

گام 2:

شخص 1 (ادامه)

درباره شغل فعلی تان و نحوه کسب درآمدتان به ما بگویید. در صورت نیاز یک صفحه اضافی ضمیمه کنید.

آیا در حال حاضر کار می کنید؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سؤال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به بخش درآمد دیگر در این صفحه بروید.

در حال حاضر کجا کار می کنید؟ اگر شغل های بیشتری دارید، یک صفحه کاغذ دیگر ضمیمه کنید.

شغل 1: دستمزد شما چطور پرداخت می شود؟ ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ هفتگی ☐ دو بار در ماه ☐ ماهانه ☐ فصلی ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	نام کارفرما (اختیاری) _____ چقدر به شما پرداخت می شود (بدون کسر مالیات)؟ \$ _____
--	---

شغل 2: دستمزد شما چطور پرداخت می شود؟ ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ هفتگی ☐ دو بار در ماه ☐ ماهانه ☐ فصلی ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	نام کارفرما (اختیاری) _____ چقدر به شما پرداخت می شود (بدون کسر مالیات)؟ \$ _____
--	---

آیا شغل آزاد دارید؟

شغل 1: آیا شغل آزاد دارید؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سؤال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به بخش درآمد دیگر در این صفحه بروید. نوع کار _____ درآمد خالص شما از شغل آزاد در این ماه چقدر خواهد بود؟ \$ _____ درآمد خالص یعنی سود باقی مانده پس از کسر هزینه ها، ضمیمه E در صفحه 27 موارد مشمول را ذکر کرده است.	شغل 2: آیا شغل آزاد دارید؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سؤال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به بخش درآمد دیگر در این صفحه بروید. نوع کار _____ درآمد خالص شما از شغل آزاد در این ماه چقدر خواهد بود؟ \$ _____ درآمد خالص یعنی سود باقی مانده پس از کسر هزینه ها، ضمیمه E در صفحه 27 موارد مشمول را ذکر کرده است.
---	---

آیا درآمد دیگری دارید؟ درآمد دیگر پولی است که شما از طریق غیر از شغلانتان بدست می آورید. کمک هزینه های نگهداری کودک، بازنشستگی، یا درآمد تأمینیه مکمل (SSI) را حساب نکنید. برای دیدن نمونه هایی از درآمدهای دیگر به ضمیمه E در صفحه 27 مراجعه کنید.

آیا درآمد دیگری دارید؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سؤال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به قسمت تغییر درآمد در این صفحه بروید.

این درآمد از کجا حاصل می شود؟	اغلب هر چند مدت آن را دریافت می کنید؟ (یکی را علامت بزنید)	چقدر؟
ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ هفتگی ☐ دو بار در ماه ☐ ماهانه ☐ فصلی ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	_____	\$ _____
ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ هفتگی ☐ دو بار در ماه ☐ ماهانه ☐ فصلی ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	_____	\$ _____

آیا ماه به ماه درآمادتان تغییر می کند؟ اگر چنین است، به دو سؤال ذیل پاسخ دهید.

تصور می کنید کل درآمندان در این سال چقدر شود؟ _____ (اختیاری) \$ _____	اگر تصور می کنید درآمندان در سال آینده تغییر کند، کل درآمد جدید چقدر خواهد بود؟ _____ (اختیاری) \$ _____
--	--

آیا کسورات دارید؟ اگر برای موارد خاصی مبلغی می پردازید که از اظهارنامه مالیات بر درآمد کسر می شود، ما را از آن مطلع کنید زیرا ممکن است باعث شود هزینه بیمه درمانی کاهش یابد. هزینه های شغل آزاد را به حساب نیاورید. در ضمیمه E در صفحه 27 سایر کسورات قید شده اند.

آیا کسورات دارید؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سؤال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به صفحه بعد بروید.

نوع کسری	هر چند وقت این کسورات را دریافت یا آن را پرداخت می کنید؟ (یکی را علامت بزنید)	چقدر؟
☐ نفقه پرداختی ☐ بهره وام دانشجویی ☐ سایر _____	ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ هفتگی ☐ دو بار در ماه ☐ ماهانه ☐ فصلی ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	\$ _____
☐ نفقه پرداختی ☐ بهره وام دانشجویی ☐ سایر _____	ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ هفتگی ☐ دو بار در ماه ☐ ماهانه ☐ فصلی ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	\$ _____

با Covered California به شماره تلفن 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل کنید. این تماس رایگان است. شما می توانید دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب و شنبه ها از 8 صبح تا 6 بعد از ظهر تماس حاصل نمایید یا به سایت CoveredCA.com.

به کمک نیاز دارید؟



گام 2:

شخص 2 درباره نفر بعدی که در منزل با شما زندگی می کند به ما بگویید.
اگر قصد دارید بیش از چهار نفر را در این تقاضانامه قید کنید، از صفحات تا 6 برای هر شخص اضافی فتو کپی تهیه کنید.

نام	نام میانی	نام خانوادگی	پسونده فامیلی (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)	نسبت با شما
☐ اگر آدرس منزل این فرد یا آدرس منزل فرد اصلی یکسان است اینجا را علامت بزنید. اگر آدرس ها یکسان نیستند، می بایست آدرس منزل این فرد را در ذیل قید کنید:				
آدرس منزل		شماره آپارتمان		
شهر (آدرس منزل)	ایالت	کد پستی	شهرستان	
☐ اگر این فرد آدرس منزل ندارد اینجا را علامت بزنید. می بایست در ذیل یک آدرس پستی قید کنید.				
☐ اگر آدرس پستی فرد با آدرس پستی فرد اصلی یکسان است اینجا را علامت بزنید. اگر آدرس ها یکسان نیستند، می بایست آدرس پستی این فرد را در ذیل قید نمایید:				
آدرس پستی یا صندوق پستی (اگر با آدرس منزل تفاوت دارد)		شماره آپارتمان		
شهر (آدرس پستی)	ایالت	کد پستی	شهرستان	
بهترین شماره تلفن برای تماس با فرد		شماره تلفن دیگر		
☐ منزل ☐ تلفن همراه ☐ محل کار		☐ منزل ☐ تلفن همراه ☐ محل کار		
شماره: () -		شماره: () -		
آدرس ایمیل:				
به چه زبانی باید با این فرد مکاتبه نماییم؟ این فرد مایل است تا به چه زبانی با وی صحبت نماییم؟				
آیا این فرد:		آیا این فرد:		
☐ زن است ☐ مرد است		☐ مجرد است ☐ هرگز ازدواج نکرده است ☐ متأهل است ☐ شریک خانگی ثبت شده دارد ☐ بیوه است		
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)		آیا این فرد باردار است؟		
☐ بلی ☐ خیر اگر پاسخستان بلی است، چند فرزند را باردار است؟		تاریخ تقریبی وضع حمل چه موقع است؟		
تقاضای بیمه بهداشتی حتی اگر این فرد در حال حاضر تحت پوشش بیمه است، ممکن است پوشش بهتری کسب کند یا هزینه کمتری را متقبل شود.				
آیا این فرد متقاضی بیمه بهداشتی است؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بلی است، به سوال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به سوال های ذیل پاسخ دهید.				
★ ارائه اطلاعات SSN اختیاری است. اگر این فرد SSN ندارد، علت آن چیست؟ ☐ شماره شناسائی مالیات دهنده فرزندخواندگی (ATIN) ☐ شماره شناسائی مالیات دهنده فردی (ITIN) ☐ معافیت مذهبی ☐ واجد شرایط SSN نیست		_____ - _____ - _____		
اطلاعات مالیات بر درآمد فدرال اگر این فرد اظهارنامه مالیاتی ثبت نکرده است، باز هم می تواند واجد شرایط لازم برای دریافت بیمه رایگان یا ارزان از طریق Medi-Cal باشد. ما این اطلاعات را محفوظ نگاه داشته و از آن صرفاً برای بررسی صلاحیت فرد برای بیمه درمانی استفاده می کنیم.				
آیا این فرد شخص اصلی است که مالیات ها را ثبت می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر (نام شما در ابتدای اظهارنامه مالیاتی قرار داشته است؟)				
آیا این فرد مالیات ها را برای مزایای سالانه ثبت می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر اگر پاسخستان بلی است، چگونه این کار را انجام می دهد؟ ☐ سرپرست خانواده ☐ مجرد است ☐ تحت تکفل ☐ متأهل ثبت مشترک ☐ متأهل ثبت جداگانه		آیا کسی این فرد را به عنوان تحت تکفل در مالیات های خود اظهار کرده است؟ ☐ بلی ☐ خیر اگر پاسخستان بلی است، چه کسی؟ ☐ شخص شماره _____ در این تقاضانامه ☐ این شخص ولی بدون حضانت است ☐ این شخص ولی بدون حضانت است که نام وی در این تقاضانامه قید نشده است		



شخص 2 ادامه در صفحه بعد



با Covered California به شماره تلفن 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل کنید. این تماس رایگان است. شما می توانید دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب و شنبه ها از 8 صبح تا 6 بعد از ظهر تماس حاصل نمایید یا به سایت CoveredCA.com.

به کمک نیاز دارید؟

آیا این فرد بیمه بهداشتی دیگر، یا از طریق شغلی بیمه دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر
اگر پاسختان بله است، ضمیمه B در صفحات 22 و 23 را تکمیل نمایید.

آیا این فرد در مورد مراقبت طولانی مدت یا خدمات مبتنی بر خانه و اجتماع به کمک نیاز دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد معلولیت جسمی، ذهنی، احساسی، یا رشدی دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر
برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد معلولیت به شماره 27 در بخش پرسش های متداول (FAQ) مراجعه نمایید.

آیا این فرد شهروند ایالات متحده یا متولد ایالات متحده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر این فرد شهروند و یا بومی ایالات متحده نیست، به این سؤال ها پاسخ دهید:

آیا این فرد دارای وضعیت مهاجرتی رضایت بخش است؟ ☐ بلی ☐ برای اینکه ببینید آیا این فرد وضعیت مهاجرتی رضایت بخش دارد یا خیر، به ضمیمه E صفحه 27 مراجعه کنید.
سپس اطلاعات سند را در اینجا بنویسید. در اکثر موارد شماره شناسایی سند همان شماره ثبت خارجی ها می باشد.

نوع سند: _____ شماره شناسایی: _____

کشور صادر کننده: _____ تاریخ انقضا: _____

نام طبق سند: _____

آیا این فرد از سال 1996 در ایالات متحده زندگی کرده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد، همسر وی، یا یکی از فرزندان مجرد و تحت تکفل وی از اعضای افتخارآفرین سربازان سابق یا کادر ثابت نیروهای مسلح ایالات متحده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد از مزایای Medicare استفاده می نماید؟ ☐ بلی ☐ خیر
آیا این فرد در 3 ماه گذشته معالجه پزشکی داشته است که در پرداخت هزینه آن نیازمند کمک باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد با فرزند زیر 19 سال زندگی می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر پاسختان بله است، آیا این فرد از فرزند یا فرزندان مراقبت می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد بین 18 تا 20 سال سن دارد و دانشجوی تمام وقت است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد 18 تا 26 سال سن دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر پاسختان بله است، آیا این فرد در زمان تولد 18 سالگی اش تحت الکفاله دیگری بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد 18 سال یا کمتر دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر چند نفر از والدین با این فرد زندگی می کنند؟ _____

آیا این فرد موقتاً خارج از ایالت زندگی می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر

در باره نژاد این فرد به ما بگویید این اطلاعات محرمانه بوده و صرفاً برای حصول اطمینان از دسترسی یکسان همه به بیمه درمانی از آن استفاده می شود. از این اطلاعات برای تصمیم گیری در مورد صلاحیت فرد برای نوع طرح استفاده نمی شود.

آیا اسپانیولی، لاتین، یا اصالتاً اهل اسپانیا هستید؟ (اختیاری)
☐ بلی ☐ خیر
اگر پاسختان بله است، موارد مربوطه را علامت بزنید:
☐ مکزیکی، مکزیکی-آمریکایی، چیکانو
☐ سالوادوری ☐ گواتمالایی
☐ کوبایی ☐ پورتوریکن
☐ سایر موارد هیسپانیک ها، لاتین، یا اصالت
اسپانیایی: _____

نژاد این فرد چیست؟ (اختیاری؛ تمام مواردی که صدق می کند را علامت بزنید)
☐ سفیدپوست ☐ هندی ☐ ژاپنی
☐ سیاه پوست یا آفریقایی ☐ کامبوج ☐ کره ای
☐ آمریکایی ☐ چینی ☐ لائوسی
☐ سرخ پوست یا بومی ☐ فیلیپینی ☐ ویتنامی
☐ آلاسکا ☐ همونگ (جنوب چین) ☐ بومی هاوانی

★ ☐ اگر سرخ پوست یا بومی آلاسکا هستید اینجا را علامت بزنید، و ضمیمه A در صفحه 20 و 21 را پر کنید.

شخص 2 ادامه در صفحه بعد



گام 2:

شخص 2 (ادامه)

درباره شغل فعلی این فرد و نحوه کسب درآمد وی به ما بگویید. اگر به فضای بیشتری احتیاج دارید یک صفحه دیگر ضمیمه کنید.

آیا این فرد در حال حاضر کار می کند؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سوال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به بخش درآمد دیگر در این صفحه بروید.

این فرد اکنون در کجا کار می کند؟ اگر این فرد شغل های بیشتری دارد صفحه دیگری را ضمیمه کنید.

شغل 1: ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	نام کارفرما (اختیاری) چقدر به این فرد پرداخت می شود (بدون کسر مالیات) \$ _____
--	---

شغل 2: ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	نام کارفرما (اختیاری) چقدر به این فرد پرداخت می شود (بدون کسر مالیات) \$ _____
--	---

آیا این فرد شغل آزاد دارد؟

شغل 1: آیا این فرد شغل آزاد دارد؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سوال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به بخش درآمد دیگر در این صفحه بروید.

نوع کار درآمد خالص شما از شغل آزاد در این ماه چقدر خواهد بود؟ \$ _____ درآمد خالص یعنی سود باقی مانده پس از کسر هزینه ها. ضمیمه E در صفحه 27 موارد مشمول را ذکر کرده است.

شغل 2: آیا این فرد شغل آزاد دارد؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سوال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به بخش درآمد دیگر در این صفحه بروید.

نوع کار درآمد خالص شما از شغل آزاد در این ماه چقدر خواهد بود؟ \$ _____ درآمد خالص یعنی سود باقی مانده پس از کسر هزینه ها. ضمیمه E در صفحه 27 موارد مشمول را ذکر کرده است.

آیا این فرد درآمد دیگری دارد؟ درآمد دیگر پولی است که از طریق غیر از شغل بدست می آید. برای دیدن نمونه هایی از درآمدهای دیگر به ضمیمه E در صفحه 27 مراجعه کنید. کمک هزینه های نگهداری کودک، بازنشستگی، یا درآمد تأمینیه مکمل (SSI) را حساب نکنید.

آیا این فرد درآمد دیگری دارد؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سوال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به قسمت تغییر درآمد در این صفحه بروید.

این فرد درآمد از کجا حاصل می شود؟	این فرد هرچند مدت آنرا دریافت می کند؟ (یکی را علامت بزنید)	چقدر؟
☐ ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ ☐ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ ☐ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	\$	چقدر؟

آیا ماه به ماه درآمد این فرد تغییر می کند؟ اگر چنین است، به دو سوال ذیل پاسخ دهید.

طبق نظر وی، کل درآمد ایشان در این سال چقدر می شود؟ (اختیاری)	اگر تصور می کنید درآمد این فرد در سال آینده تغییر می کند، کل درآمد جدید چقدر خواهد بود؟ (اختیاری) \$ _____
--	--

آیا این فرد کسورات دارد؟ اگر برای موارد خاصی مبلغی می پردازد که از اظهارنامه مالیات بر درآمد کسر می شود، ما را از آن مطلع کنید زیرا ممکن است باعث شود هزینه بیمه بهداشتی کاهش یابد. هزینه های شغل آزاد را به حساب نیاورید. در ضمیمه E در صفحه 27 سایر کسورات قید شده اند.

آیا این فرد کسورات دارد؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سوال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به صفحه بعد بروید.

نوع کسری	هر چند وقت این کسورات را دریافت یا آن را پرداخت می کند؟ (یکی را علامت بزنید)	چقدر؟
☐ نفقه پرداختی ☐ بهره وام دانشجویی ☐ سایر	☐ ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ ☐ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ ☐ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	\$



شخص 3 درباره نفر بعدی که در منزل با شما زندگی می کند به ما بگویید.

نام خانوادگی	نام میانی	نام	
پسوندهای فامیلی (مثال: سنینیور، جونیر، III، IV)			
نسبت با شما			
☐ اگر آدرس منزل این فرد یا آدرس منزل فرد اصلی یکسان است اینجا را علامت بزنید. اگر آدرس ها یکسان نیستند، می بایست آدرس منزل این فرد را در ذیل قید کنید:			
آدرس منزل			
شماره آپارتمان			
شهر (آدرس منزل)	ایالت	کد پستی	
شهرستان			
☐ اگر این فرد آدرس منزل ندارد اینجا را علامت بزنید. می بایست در ذیل یک آدرس پستی قید کنید.			
☐ اگر آدرس پستی فرد با آدرس پستی فرد اصلی یکسان است اینجا را علامت بزنید. اگر آدرس ها یکسان نیستند، می بایست آدرس پستی این فرد را در ذیل قید نمایید:			
آدرس پستی یا صندوق پستی (اگر با آدرس منزل تفاوت دارد)			
شماره آپارتمان			
شهر (آدرس پستی)	ایالت	کد پستی	
شهرستان			
بهترین شماره تلفن برای تماس با فرد	☐ منزل	☐ تلفن همراه	☐ محل کار
شماره:	() -	شماره تلفن دیگر	☐ منزل
شماره:	() -	شماره تلفن همراه	☐ محل کار
آدرس ایمیل:			
به چه زبانی باید با این فرد مکاتبه نماییم؟			
این فرد مایل است تا به چه زبانی با وی صحبت نماییم؟			
آیا این فرد: ☐ زن است ☐ مرد است			
آیا این فرد: ☐ مجرد است ☐ هرگز ازدواج نکرده است ☐ متأهل است ☐ طلاق گرفته است			
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)			
آیا این فرد باردار است؟ ☐ بلی ☐ خیر اگر پاسخستان بلی است ، چند فرزند را باردار است؟ _____			
تاریخ تقریبی وضع حمل چه موقع است؟ _____			
تقاضای بیمه بهداشتی حتی اگر این فرد در حال حاضر تحت پوشش بیمه است، ممکن است پوشش بهتری کسب کند یا هزینه کمتری را متقبل شود.			
آیا این فرد متقاضی بیمه بهداشتی است؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بلی است ، به سؤال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است ، به سؤال های ذیل پاسخ دهید.			
اگر این فرد SSN ندارد، علت آن چیست؟			
☐ شماره شناسائی مالیات دهنده فرزندخواندگی (ATIN)			
☐ شماره شناسائی مالیات دهنده فردی (ITIN)			
☐ معافیت مذهبی ☐ واجد شرایط SSN نیست			
ارائه اطلاعات SSN اختیاری است.			
_____ - _____ - _____			
اطلاعات مالیات بر درآمد فدرال اگر این فرد اظهارنامه مالیاتی ثبت نکرده است، باز هم می تواند واجد شرایط لازم برای دریافت بیمه رایگان یا ارزان از طریق Medi-Cal باشد. ما این اطلاعات را محفوظ نگاه داشته و از آن صرفاً برای بررسی صلاحیت فرد برای بیمه درمانی استفاده می کنیم.			
آیا این فرد شخص اصلی است که مالیات ها را ثبت می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر			
(نام شما در ابتدای اظهارنامه مالیاتی قرار داشته است؟)			
آیا این فرد مالیات ها را برای مزایای سالانه ثبت می کند؟			
☐ بلی ☐ خیر اگر پاسخستان بلی است ، چطور این کار را انجام می دهد؟			
☐ سرپرست خانواده ☐ مجرد است ☐ تحت تکفل			
☐ متأهل ثبت مشترک ☐ متأهل ثبت جداگانه			
آیا کسی این فرد را به عنوان تحت تکفل در مالیات های خود اظهار کرده است؟ ☐ بلی ☐ خیر			
اگر پاسخستان بلی است ، چه کسی؟			
☐ شخص شماره _____ در این تقاضانامه			
☐ این شخص ولی بدون حضانت است			
☐ این شخص ولی بدون حضانت است که نام وی در این تقاضانامه قید نشده است			



آیا این فرد بیمه بهداشتی دیگر، یا از طریق شغلی بیمه دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر
اگر پاسختان بلی است، ضمیمه B در صفحات 22 و 23 را تکمیل نمایید.

آیا این فرد در مورد مراقبت طولانی مدت یا خدمات مبتنی بر خانه و اجتماع به کمک نیاز دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد معلولیت جسمی، ذهنی، احساسی، یا رشدی دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر
برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد معلولیت به شماره 27 در بخش پرسش های متداول (FAQ) مراجعه نمایید.

آیا این فرد شهروند ایالات متحده یا متولد ایالات متحده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر این فرد شهروند و یا بومی ایالات متحده نیست، به این سؤال ها پاسخ دهید:

آیا این فرد دارای وضعیت مهاجرتی رضایت بخش است؟ ☐ بلی ☐ برای اینکه ببینید آیا این فرد وضعیت مهاجرتی رضایت بخش دارد یا خیر، به ضمیمه E صفحه 27 مراجعه کنید.
سپس اطلاعات سند را در اینجا بنویسید. در اکثر موارد شماره شناسایی سند همان شماره ثبت خارجی ها می باشد.

نوع سند: _____ شماره شناسایی: _____

کشور صادر کننده: _____ تاریخ انقضا: _____

نام طبق سند: _____

آیا این فرد از سال 1996 در ایالات متحده زندگی کرده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد، همسر وی، یا یکی از فرزندان مجرد و تحت تکفل وی از اعضای افتخار آفرین سربازان سابق یا کادر ثابت نیروهای مسلح ایالات متحده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد از مزایای Medicare استفاده می نماید؟ ☐ بلی ☐ خیر
آیا این فرد در 3 ماه گذشته معالجه پزشکی داشته است که در پرداخت هزینه آن نیازمند کمک باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد با فرزند زیر 19 سال زندگی می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر پاسختان بلی است، آیا این فرد از فرزند یا فرزندان مراقبت می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد بین 18 تا 20 سال سن دارد و دانشجوی تمام وقت است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد 18 تا 26 سال سن دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر پاسختان بلی است، آیا این فرد در زمان تولد 18 سالگی اش تحت الکاله دیگری بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد 18 سال یا کمتر دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر چند نفر از والدین با این فرد زندگی می کنند؟ _____

آیا این فرد موقتاً خارج از ایالت زندگی می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر

درباره نژاد این فرد به ما بگویید این اطلاعات محرمانه بوده و صرفاً برای حصول اطمینان از دسترسی یکسان همه به بیمه درمانی از آن استفاده می شود. از این اطلاعات برای تصمیم گیری در مورد صلاحیت فرد برای نوع طرح استفاده نمی شود.

آیا اسپانیولی، لاتین، یا اصالتاً اهل اسپانیا هستید؟ (اختیاری)
☐ بلی ☐ خیر
اگر پاسختان بلی است، موارد مربوطه را علامت بزنید:
☐ مکزیکی، مکزیکی-آمریکایی، چیکانو
☐ سالوادوری ☐ گواتمالایی
☐ کوبایی ☐ پورتوریکن
☐ سایر موارد هیسپانیک ها، لاتین، یا اصالت
اسپانیایی: _____

نژاد این فرد چیست؟ (اختیاری؛ تمام مواردی که صدق می کند را علامت بزنید)
☐ سفیدپوست ☐ هندی ☐ ژاپنی ☐ اهل گوام یا جزایر ماریانا
☐ سیاه پوست یا آفریقایی ☐ کامبوج ☐ کره ای ☐ ساموایی
☐ آمریکایی ☐ چینی ☐ لائوسی ☐ سایر
☐ سرخ پوست یا بومی ☐ فیلیپینی ☐ ویتنامی
☐ آلاسکا ☐ همونگ (جنوب چین) ☐ بومی هاوانی

★ ☐ اگر سرخ پوست یا بومی آلاسکا هستید اینجا را علامت بزنید، و ضمیمه A در صفحه 20 و 21 را پر کنید.

شخص 3 ادامه در صفحه بعد

درباره شغل فعلی این فرد و نحوه کسب درآمد وی به ما بگویید. اگر به فضای بیشتری احتیاج دارید یک صفحه دیگر ضمیمه کنید.

آیا این فرد در حال حاضر کار می کند؟ ☐ بلی اگر پاسختان بله است، به سؤال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسختان خیر است، به بخش درآمد دیگر در این صفحه بروید.

این فرد اکنون در کجا کار می کند؟ اگر این فرد شغل های بیشتری دارد صفحه دیگری را ضمیمه کنید.

شغل 1: ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	نام کارفرما (اختیاری) _____ چقدر به این فرد پرداخت می شود (بدون کسر مالیات) \$ _____
--	---

شغل 2: ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	نام کارفرما (اختیاری) _____ چقدر به این فرد پرداخت می شود (بدون کسر مالیات) \$ _____
--	---

آیا این فرد شغل آزاد دارد؟

شغل 1: آیا این فرد شغل آزاد دارد؟ ☐ بلی اگر پاسختان بله است، به سؤال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسختان خیر است، به بخش درآمد دیگر در این صفحه بروید.

نوع کار _____ درآمد خالص شما از شغل آزاد در این ماه چقدر خواهد بود؟ \$ _____ درآمد خالص یعنی سود باقی مانده پس از کسر هزینه ها. ضمیمه E در صفحه 27 موارد مشمول را ذکر کرده است.

شغل 2: آیا این فرد شغل آزاد دارد؟ ☐ بلی اگر پاسختان بله است، به سؤال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسختان خیر است، به بخش درآمد دیگر در این صفحه بروید.

نوع کار _____ درآمد خالص شما از شغل آزاد در این ماه چقدر خواهد بود؟ \$ _____ درآمد خالص یعنی سود باقی مانده پس از کسر هزینه ها. ضمیمه E در صفحه 27 موارد مشمول را ذکر کرده است.

آیا این فرد درآمد دیگری دارد؟ درآمد دیگر پولی است که از طریق غیر از شغل بدست می آید. برای دیدن نمونه هایی از درآمدهای دیگر به ضمیمه E در صفحه 27 مراجعه کنید. کمک هزینه های نگهداری کودک، بازنشستگی، یا درآمد تأمین می کمل (SSI) را حساب نکنید.

آیا این فرد درآمد دیگری دارد؟ ☐ بلی اگر پاسختان بله است، به سؤال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسختان خیر است، به قسمت تغییر درآمد در این صفحه بروید.

این فرد هر چند مدت آنرا دریافت می کند؟ (یکی را علامت بزنید)	این درآمد از کجا حاصل می شود؟
ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	چقدر؟ \$ _____
ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	چقدر؟ \$ _____

آیا ماه به ماه درآمد این فرد تغییر می کند؟ اگر چنین است، به دو سؤال ذیل پاسخ دهید.

طبق نظر وی، کل درآمد ایشان در این سال چقدر می شود؟ (اختیاری) _____ اگر تصور می کنید درآمد این فرد در سال آینده تغییر می کند، کل درآمد جدید چقدر خواهد بود؟ (اختیاری) \$ _____
--

آیا این فرد کسورات دارد؟ اگر برای موارد خاصی مبلغی می پردازد که از اظهارنامه مالیات بر درآمد کسر می شود، ما را از آن مطلع کنید زیرا ممکن است باعث شود هزینه بیمه بهداشتی کاهش یابد. هزینه های شغل آزاد را به حساب نیاورید. در ضمیمه E در صفحه 27 سایر کسورات قید شده اند.

آیا این فرد کسورات دارد؟ ☐ بلی اگر پاسختان بله است، به سؤال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسختان خیر است، به صفحه بعد بروید.

نوع کسری	هر چند وقت این کسورات را دریافت یا آن را پرداخت می کند؟ (یکی را علامت بزنید)	چقدر؟
☐ نفقه پرداختی ☐ بهره وام دانشجویی ☐ سایر	ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	چقدر؟ \$ _____
☐ نفقه پرداختی ☐ بهره وام دانشجویی ☐ سایر	ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	چقدر؟ \$ _____



گام 2:

شخص 4 درباره نفر بعدی که در منزل با شما زندگی می کند به ما بگویید.

نام	نام میانی	نام خانوادگی	پسوندد فامیلی (مثال: سینیور، جونیر، III, IV)	نسبت با شما
☐ اگر آدرس منزل این فرد با آدرس منزل فرد اصلی یکسان است اینجا را علامت بزنید. اگر آدرس ها یکسان نیستند، می بایست آدرس منزل این فرد را در ذیل قید کنید:				
آدرس منزل				
شماره آپارتمان				
شهر (آدرس منزل)				
ایالت				
کد پستی				
شهرستان				
☐ اگر این فرد آدرس منزل ندارد اینجا را علامت بزنید. می بایست در ذیل یک آدرس پستی قید کنید.				
☐ اگر آدرس پستی فرد با آدرس پستی فرد اصلی یکسان است اینجا را علامت بزنید. اگر آدرس ها یکسان نیستند، می بایست آدرس پستی این فرد را در ذیل قید نمایید:				
آدرس پستی یا صندوق پستی (اگر با آدرس منزل تفاوت دارد)				
شماره آپارتمان				
شهر (آدرس پستی)				
ایالت				
کد پستی				
شهرستان				
بهترین شماره تلفن برای تماس با فرد ☐ منزل ☐ تلفن همراه ☐ محل کار ☐ شماره: () -				
شماره تلفن دیگر ☐ منزل ☐ تلفن همراه ☐ محل کار ☐ شماره: () -				
آدرس ایمیل:				
به چه زبانی باید با این فرد مکاتبه نماییم؟ این فرد مایل است تا به چه زبانی با وی صحبت نماییم؟				
آیا این فرد: ☐ زن است ☐ مرد است ☐ مجرد است ☐ هرگز ازدواج نکرده است ☐ متأهل است ☐ متاهل است ☐ طلاق گرفته است ☐ ☐ شریک خانگی ثبت شده دارد ☐ بیوه است				
آیا این فرد باردار است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ اگر پاسخستان بلی است، چند فرزند را باردار است؟ _____ تاریخ تولد (ماه/روز/سال) _____ تاریخ تقریبی وضع حمل چه موقع است؟ _____				
تقاضای بیمه بهداشتی حتی اگر این فرد در حال حاضر تحت پوشش بیمه است، ممکن است پوشش بهتری کسب کند یا هزینه کمتری را متقبل شود. آیا این فرد متقاضی بیمه بهداشتی است؟ ☐ بلی ☐ اگر پاسخستان بلی است، به سوال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر ☐ اگر پاسخستان خیر است، به سوال های ذیل پاسخ دهید.				
اگر این فرد SSN ندارد، علت آن چیست؟ ☐ شماره شناسائی مالیات دهنده فرزندخواندگی (ATIN) ☐ شماره شناسائی مالیات دهنده فردی (ITIN) ☐ معافیت مذهبی ☐ واجد شرایط SSN نیست				
★ ارائه اطلاعات SSN اختیاری است. _____ - _____ - _____				
اطلاعات مالیات بر درآمد فدرال اگر این فرد اظهارنامه مالیاتی ثبت نکرده است، باز هم می تواند واجد شرایط لازم برای دریافت بیمه رایگان یا ارزان از طریق Medi-Cal باشد. ما این اطلاعات را محفوظ نگاه داشته و از آن صرفاً برای بررسی صلاحیت فرد برای بیمه درمانی استفاده می کنیم.				
آیا این فرد شخص اصلی است که مالیات ها را ثبت می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ (نام شما در ابتدای اظهارنامه مالیاتی قرار داشته است؟)				
آیا این فرد مالیات ها را برای مزایای سالانه ثبت می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ اگر پاسخستان بلی است، چطور این کار را انجام می دهد؟ ☐ سرپرست خانواده ☐ مجرد است ☐ تحت تکفل ☐ متأهل ثبت مشترک ☐ متأهل ثبت جداگانه				
آیا کسی این فرد را به عنوان تحت تکفل در مالیات های خود اظهار کرده است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ اگر پاسخستان بلی است، چه کسی؟ ☐ شخص شماره _____ در این تقاضانامه ☐ این شخص ولی بدون حضانت است ☐ این شخص ولی بدون حضانت است که نام وی در این تقاضانامه قید نشده است				



شخص 4 ادامه در صفحه بعد



آیا این فرد بیمه بهداشتی دیگر، یا از طریق شغلی بیمه دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر
اگر پاسختان بله است، ضمیمه B در صفحات 22 و 23 را تکمیل نمایید.

آیا این فرد در مورد مراقبت طولانی مدت یا خدمات مبتنی بر خانه و اجتماع به کمک نیاز دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد معلولیت جسمی، ذهنی، احساسی، یا رشدی دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر
برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد معلولیت به شماره 27 در بخش پرسش های متداول (FAQ) مراجعه نمایید.

آیا این فرد شهروند ایالات متحده یا متولد ایالات متحده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر این فرد شهروند و یا بومی ایالات متحده نیست، به این سؤال ها پاسخ دهید:

آیا این فرد دارای وضعیت مهاجرتی رضایت بخش است؟ ☐ بلی ☐ برای اینکه ببینید آیا این فرد وضعیت مهاجرتی رضایت بخش دارد یا خیر، به ضمیمه E صفحه 27 مراجعه کنید.
سپس اطلاعات سند را در اینجا بنویسید. در اکثر موارد شماره شناسایی سند همان شماره ثبت خارجی ها می باشد.

نوع سند: _____ شماره شناسایی: _____

کشور صادر کننده: _____ تاریخ انقضا: _____

نام طبق سند: _____

آیا این فرد از سال 1996 در ایالات متحده زندگی کرده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد، همسر وی، یا یکی از فرزندان مجرد و تحت تکفل وی از اعضای افتخارآفرین سربازان سابق یا کادر ثابت نیروهای مسلح ایالات متحده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد از مزایای Medicare استفاده می نماید؟ ☐ بلی ☐ خیر
آیا این فرد در 3 ماه گذشته معالجه پزشکی داشته است که در پرداخت هزینه آن نیازمند کمک باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد با فرزند زیر 19 سال زندگی می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر پاسختان بله است، آیا این فرد از فرزند یا فرزندان مراقبت می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد بین 18 تا 20 سال سن دارد و دانشجوی تمام وقت است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد 18 تا 26 سال سن دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر پاسختان بله است، آیا این فرد در زمان تولد 18 سالگی اش تحت الکفاله دیگری بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد 18 سال یا کمتر دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر چند نفر از والدین با این فرد زندگی می کنند؟ _____

آیا این فرد موقتاً خارج از ایالت زندگی می کند؟ ☐ بلی ☐ خیر

در باره نژاد این فرد به ما بگویید این اطلاعات محرمانه بوده و صرفاً برای حصول اطمینان از دسترسی یکسان همه به بیمه درمانی از آن استفاده می شود. از این اطلاعات برای تصمیم گیری در مورد صلاحیت فرد برای نوع طرح استفاده نمی شود.

آیا اسپانیولی، لاتین، یا اصالتاً اهل اسپانیا هستید؟ (اختیاری)
☐ بلی ☐ خیر

اگر پاسختان بله است، موارد مربوطه را علامت بزنید:

☐ مکزیکی، مکزیکی-آمریکایی، چیکانو

☐ سالوادوری ☐ گواتمالایی

☐ کوبایی ☐ پورتوریکن

☐ سایر موارد هیسپانیک ها، لاتین، یا اصالت

اسپانیایی:

☐ اهل گوام یا جزایر ماریانا

☐ ساموایی

☐ سایر

☐ ژاپنی

☐ کره ای

☐ لائوسی

☐ ویتنامی

☐ بومی هاوانی

☐ هندی

☐ کامبوج

☐ چینی

☐ فیلیپینی

☐ همونگ (جنوب چین)

☐ سفیدپوست

☐ سیاه پوست یا آفریقایی

☐ آمریکایی

☐ سرخ پوست یا بومی

آلاسکا

نژاد این فرد چیست؟ (اختیاری؛ تمام مواردی که صدق می کند را علامت بزنید)

★ ☐ اگر سرخ پوست یا بومی آلاسکا هستید اینجا را علامت بزنید، و ضمیمه A در صفحه 20 و 21 را پر کنید.

شخص 4 ادامه در صفحه بعد



درباره شغل فعلی این فرد و نحوه کسب درآمد وی به ما بگویید. اگر به فضای بیشتری احتیاج دارید یک صفحه دیگر ضمیمه کنید.

آیا این فرد در حال حاضر کار می کند؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سوال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به بخش درآمد دیگر در این صفحه بروید.

این فرد اکنون در کجا کار می کند؟ اگر این فرد شغل های بیشتری دارد صفحه دیگری را ضمیمه کنید.

شغل 1: ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	نام کارفرما (اختیاری) چقدر به این فرد پرداخت می شود (بدون کسر مالیات) \$ _____
--	---

شغل 2: ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	نام کارفرما (اختیاری) چقدر به این فرد پرداخت می شود (بدون کسر مالیات) \$ _____
--	---

آیا این فرد شغل آزاد دارد؟

شغل 1: آیا این فرد شغل آزاد دارد؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سوال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به بخش درآمد دیگر در این صفحه بروید.

نوع کار درآمد خالص شما از شغل آزاد در این ماه چقدر خواهد بود؟ \$ _____ درآمد خالص یعنی سود باقی مانده پس از کسر هزینه ها. ضمیمه E در صفحه 27 موارد مشمول را ذکر کرده است.

شغل 2: آیا این فرد شغل آزاد دارد؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سوال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به بخش درآمد دیگر در این صفحه بروید.

نوع کار درآمد خالص شما از شغل آزاد در این ماه چقدر خواهد بود؟ \$ _____ درآمد خالص یعنی سود باقی مانده پس از کسر هزینه ها. ضمیمه E در صفحه 27 موارد مشمول را ذکر کرده است.

آیا این فرد درآمد دیگری دارد؟ درآمد دیگر پولی است که از طریق غیر از شغل بدست می آید. برای دیدن نمونه هایی از درآمدهای دیگر به ضمیمه E در صفحه 27 مراجعه کنید. کمک هزینه های نگهداری کودک، بازنشستگی، یا درآمد تأمینیه مکمل (SSI) را حساب نکنید.

آیا این فرد درآمد دیگری دارد؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سوال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به قسمت تغییر درآمد در این صفحه بروید.

این فرد درآمد از کجا حاصل می شود؟	این فرد هرچند مدت آنرا دریافت می کند؟ (یکی را علامت بزنید)	چقدر؟
☐ ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ ☐ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ ☐ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	\$ _____
		\$ _____

آیا ماه به ماه درآمد این فرد تغییر می کند؟ اگر چنین است، به دو سوال ذیل پاسخ دهید.

طبق نظر وی، کل درآمد ایشان در این سال چقدر می شود؟ (اختیاری)	اگر تصور می کنید درآمد این فرد در سال آینده تغییر می کند، کل درآمد جدید چقدر خواهد بود؟ (اختیاری) \$ _____
--	--

آیا این فرد کسورات دارد؟ اگر برای موارد خاصی مبلغی می پردازد که از اظهارنامه مالیات بر درآمد کسر می شود، ما را از آن مطلع کنید زیرا ممکن است باعث شود هزینه بیمه بهداشتی کاهش یابد. هزینه های شغل آزاد را به حساب نیاورید. در ضمیمه E در صفحه 27 سایر کسورات قید شده اند.

آیا این فرد کسورات دارد؟ ☐ بلی اگر پاسخستان بله است، به سوال های ذیل پاسخ دهید. ☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به صفحه بعد بروید.

نوع کسری	هر چند وقت این کسورات را دریافت یا آن را پرداخت می کند؟ (یکی را علامت بزنید)	چقدر؟
☐ نفقه پرداختی ☐ بهره وام دانشجویی ☐ سایر	ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	\$ _____
		\$ _____
☐ نفقه پرداختی ☐ بهره وام دانشجویی ☐ سایر	ساعتی: چند ساعت در هفته؟ _____ روزانه: چند ساعت در روز؟ _____ فصلی ☐ ماهانه ☐ دو بار در ماه ☐ هر دو هفته ☐ هر شش ماه یکبار ☐ سالانه ☐ پرداخت یکجا (شماره 33 در بخش پرسش های متداول (FAQ) در صفحه 33 را ببینید)	\$ _____
		\$ _____



شما می توانید یک نماینده قانونی انتخاب کنید

★ شما می توانید یک نفر را به عنوان "نماینده قانونی" خود انتخاب کنید. نماینده قانونی کسی است که به وی اجازه می دهید تا تقاضانامه شما را دیده و اکنون و در آینده در رابطه با آن با ما صحبت نماید.

نام نماینده قانونی

آدرس

شماره آپارتمان

شهر

ایالت

کد پستی

شهرستان

با امضای این برگه شما به این فرد اجازه می دهید تا تقاضانامه شما را امضا کرده، اطلاعات رسمی در مورد این تقاضا را دریافت کرده، و در تمام امور آتی از جانب شما در این اداره اقدام نماید.

امضای شما

تاریخ

اظهارنامه حفظ حریم خصوصی

برای اطلاعات بیشتر یا مشاهده سوابق **Covered California** با دفتر مأمور حفظ حریم خصوصی از طریق ذیل تماس حاصل نمایید:

Covered California

ملاحظه: مأمور حفظ حریم خصوصی

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

تلفن: 1-800-921-8879

TTY: 1-888-889-4500

در مورد سازمان خدمات بهداشتی، با واحد حفاظت اطلاعات از طریق ذیل تماس حاصل نمایید:

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA

95899-7413

تلفن: 1-866-866-0602

TTY: 1-877-735-2929

قوانین دولتی و فدرال به ما این اجازه را می دهند تا اطلاعات تقاضانامه را جمع آوری و حفظ نماییم:

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; قانون دولت کالیفرنیا § 100502(k) و § 100503(a)

CA Welfare and Institutions: DHCS (قانون خدمات رفاهی و نهادهای کالیفرنیا). قانون

§ 14011 و بند 3، فصول 5 و 7، بخش های 2 و 3، قسمت 9

ما می باید طبق قانون مدنی کالیفرنیا § 1798.17 این اظهارنامه حفظ حریم خصوصی را به شما ارائه نماییم.

شما می توانید سیاست نامه حفظ حریم خصوصی Covered California را در آدرس ذیل

مشاهده نمایید:

.CoveredCA.com. See DHCS's Notice of Privacy Practices at dhcs.ca.gov

این تقاضانامه برای دریافت بیمه درمانی از طریق Covered California و یا برای دریافت مزایا از طریق سازمان خدمات درمانی (DHCS) می باشد. اطلاعات شخصی و بهداشتی که شما ارائه می دهید شخصی و محرمانه می باشد. Covered California یا DHCS برای شناسایی شما و سایر افرادی که در این تقاضانامه قید شده اند و برای اجرای طرح ها به آن ها احتیاج دارد.

ما اطلاعات شما را طبق قانون با سایر ادارات دولتی، فدرال و محلی، پیمانکاران، طرح های سلامت، و برنامه ها به اشتراک می گذاریم تا صرفاً شما را در طرح یا برنامه ای نام نویسی نموده یا برنامه ها را اجرا نماییم.

- شما باید به تمام سوال ها در این تقاضانامه پاسخ دهید مگر اینکه با نشانه "اختیاری" علامت گذاری شده باشند. اگر تقاضانامه شما چیزی را که ما به آن احتیاج داریم کم داشته باشد با شما تماس خواهیم گرفت تا آن را ثبت نماییم.
- ← اگر شما آن را ارائه ندهید، ما نمی توانیم در مورد تقاضانامه شما تصمیمی اتخاذ نماییم. ممکن است مجبور شوید یک تقاضانامه جدید ارسال کنید و یا بیمه درمانی را از طریق Covered California دریافت نکرده یا تقاضانامه شما رد شود.

- در اکثر موارد شما حق دارید تا اطلاعات شخص خود که در سوابق فدرال و دولتی موجود است را مشاهده نمایید. اگر نیاز داشته باشید می توانید این اطلاعات را به فورمت دیگری نیز مشاهده کنید (مانند چاپ بزرگ تر).

▶▶ گام 3 ادامه در صفحه بعد



- اینجانب می دانم که هر تغییری در وضعیت من یا سایر افراد خانواده متقاضی می تواند بر صلاحیت سایر اعضای خانواده تأثیر بگذارد.
 - اینجانب تایید می کنم که به غیر از تقاضا برای Medi-Cal هیچ یک از اعضای متقاضی بیمه درمانی در این تقاضانامه پس از اعلام حکم (در دادگاه) مورد مجازاتی از قبیل زندان یا ندامتگاه یا مرکز اصلاح و تربیت مشابه آن قرار نگرفته است.
 - اینجانب می دانم که می بایست تغییرات مالی خود را به Covered California گزارش دهم زیرا می تواند بر میزان همیاری حق بیمه (یا اعتبار مالیاتی) که ممکن است واجد دریافت آن باشم تأثیر بگذارد. همچنین می دانم که اگر بیش از حد همیاری حق بیمه (یا اعتبار مالیاتی) در طول یک مزایای سالانه دریافت کنم، می بایست مازاد همیاری حق بیمه را هنگامی که مالیات بر درآمد فدرال را برای مزایای سالانه ثبت می کنم به IRS بازگردانم.
 - اینجانب به Covered California اجازه می دهم تا سوابق رایانه های سایر ادارات را برای تایید شهروندی، وضعیت رضایت بخش مهاجرتی، اطلاعات مالیاتی، و سایر اطلاعات صرفاً مربوط به صلاحیت مورد بررسی قرار داده تا متوجه شود که من و سایر افراد در این تقاضانامه دارای صلاحیت لازم برای بیمه بهداشتی هستیم.
- اگر شخصی در تقاضانامه واجد شرایط Medi-Cal باشد:**
- اینجانب می دانم که اگر Medi-Cal یک هزینه پزشکی را می پردازد، هر مبلغی که من یا هرکس دیگر در این تقاضانامه از سایر بیمه های بهداشتی یا مصالحه قانونی در رابطه با آن هزینه دریافت می کند تا زمانی که آن هزینه به طور کامل پرداخت نشده به عنوان وجه پرداختی به Medi-Cal تعلق می گیرد.
- برای والدینی که فرزند یا فرزندان آن ها واجد شرایط Medi-Cal هستند:**
- اینجانب می دانم از من خواسته می شود تا به اداره ای که از هر کدام از والدین که با کودک زندگی نمی کنند و به کودک کمکی نمی کنند حمایت درمانی جمع آوری می کند کمک نمایم. اگر تصور کنم که این کمک به من یا فرزندانم صدمه می زند، می توانم به برنامه Medi-Cal اعلام کرده و دیگر مجبور به کمک نخواهم بود.
- اطلاعاتی که اینجانب در این تقاضانامه ذکر کردم تا جاییکه می دانم صحیح هستند. اینجانب می دانم که اگر حقیقت را نگویم ممکن است جریمه شوم.
 - اینجانب می دانم از اطلاعاتی که ارائه می کنم صرفاً برای بررسی صلاحیت افراد خانواده ام که متقاضی دریافت بیمه درمانی هستند استفاده می شود.
 - اینجانب می دانم که برنامه اطلاعات مرا طبق قانون محفوظ نگاه می دارند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا دسترسی به اطلاعات شخصی در سوابق نگهداری شده توسط Covered California و Medi-Cal می توانم یا مأمور حفظ حریم خصوصی با تلفن های ذیل تماس حاصل نمایم
1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500).
 - اینجانب می دانم برای اینکه واجد شرایط Medi-Cal باشم می بایست برای سایر درآمدها یا مزایا که خودم یا هرکدام از اعضای خانواده ام دریافت می کنند تقاضا ارائه دهم، مگر اینکه وی برای عدم انجام این کار دلیل مناسبی داشته باشد. نمونه این درآمدها یا مزایا عبارتند از مستمری، مزایای دولتی، درآمد بازنشستگی، مزایای اتمام خدمت نیروهای مسلح، مقرری سالانه، مزایای معلولیت، مزایای تأمین اجتماعی یا سوشیال سکوریته (که بیمه OASDI یا Old Age (کهولت سن)، Survivors (بازماندگان)، و معلولیت نیز نامیده می شود)، و مزایای بیکاری. اما چنین درآمدها یا مزایا شامل مزایای همیاری عمومی مانند CalWORK یا CalFresh نمی شوند. اگر در مورد منابع احتمالی درآمد سوالی داشته باشم می توانم از طریق شماره های ذیل با Covered California تماس حاصل کنم.
(TTY: 1-888-889-4500) 1-800-921-8879
 - اینجانب می دانم که باید Covered California یا دفاتر خدمات اجتماعی شهرستان را از هرگونه تغییراتی که در وضعیت من پدید آید مطلع کنم. برای گزارش تغییرات می توانم با تلفن های 1-800-921-8879
(TTY: 1-888-889-4500) با Covered California تماس حاصل کنم و یا به وب سایت CoveredCA.com مراجعه کنم. یا می توانم با یکی از دفاتر خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس حاصل کنم.
 - اینجانب می دانم که Covered California نباید علیه من یا سایر افراد در این تقاضانامه به علت نژاد، رنگ پوست، اصالت، مذهب، سن، جنس، گرایش جنسی، وضعیت تأهل، وضعیت بازنشستگی، یا معلولیت تبعیضی قائل شود. اگر تصور کنم Covered California در مورد من تبعیضی قائل شده است، از جمله ناتوانی در ارائه محل اقامت معقول طبق قوانین فدرال و دولتی، می توانم با مراجعه به سایت <http://oag.ca.gov/contact/> یا www.hhs.gov/ocr/office/file general-comment-question-or-complaint-form شکایت خود را مطرح کنم. اگر تصور کنم که Covered California در ارتباط با تصمیم گیری در مورد صلاحیت من یا هر یک از افراد دیگر در این تقاضانامه تبعیض قائل شده است می توانم با تماس با شماره تلفن های 1-916-440-7370
(TTY: 1-916-440-7399) در سازمان خدمات درمانی، دفتر حقوق مدنی شکایت خود را مطرح کنم.



حقوق و مسئولیت های شما ادامه در صفحه بعد



حق فرجام خواهی شما:

- اگر تصور کنم Covered California یا Medi-Cal اشتباهی مرتکب شده اند، می توانم برای تصمیم شان فرجام خواهی نمایم. فرجام خواهی یعنی در برنامه Covered California یا Medi-Cal کسی را نسبت به نادرست بودن تصمیم اتخاذ شده مطلع کنم و درخواست بازبینی منصفانه آن را بدهم.
- اینجانب می دانم که می توانم از طریق تماس با تلفن های ذیل از چگونگی فرجام خواهی مطلع شوم 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500).
- اینجانب می دانم که حداکثر ظرف مدت 90 روز از تاریخ تصمیم اتخاذ شده باید درخواست فرجام خود را ارائه دهم.
- اینجانب می دانم که در فرجام خواهی می توانم به نمایندگی از خود یا شخص دیگری مانند یک نماینده قانونی، دوست، فامیل، یا یک وکیل به نمایندگی از من حاضر شوم.
- اینجانب می دانم که اگر به کمک احتیاج داشته باشم در Covered California، برنامه Medi-Cal، یا دفاتر خدمات اجتماعی شهرستان افرادی هستند که می توانند مورد من را برایم توضیح دهند.

تجدید بیمه

برای تسهیل تهیه بیمه بهداشتی در سال های آتی، اینجانب موافقت می نمایم تا Covered California از منابع کامپیوتری مانند IRS برای بررسی درآمد استفاده نماید. اگر منابع نشان دهند که من هنوز هم واجد شرایط هستم، پوشش بیمه من برای 12 ماه دیگر تمدید می شود و مجبور نخواهم بود تا فرم تجدید را تکمیل کرده یا اسناد دیگری را ارسال نمایم.

اینجانب می دانم که اگر به Covered California اجازه بررسی منابع کامپیوتری را ندهم می بایست برای تمدید بیمه بهداشتی خود هر 12 ماه یک بسته تمدید را تکمیل نمایم.

اینجانب موافقت می نمایم تا Covered California یا برنامه Medi-Cal اطلاعات مرا برای مدت ذیل بررسی نمایند:

☐ 1 سال ☐ 2 سال ☐ 3 سال ☐ 4 سال ☐ 5 سال

یا

☐ مایل نیستم Covered California هنگام تمدید اظهارنامه مالیاتی مرا بررسی نماید.

اذعان و امضا مورد نیاز است.

- اینجانب با علم به مجازات شهادت کذب اذعان می دارم که آنچه که در ذیل می گویم درست و صحیح است.
- اینجانب تمام سوال های این تقاضانامه را فهمیده و بدانها پاسخ درست و صحیح داده ام. در جاییکه خودم جواب صحیح را نمی دانستم هرگونه تلاش ممکن را صورت دادم تا جوابی ارائه دهم که مورد تایید فردی آگاه بوده است.
 - اینجانب می دانم که اگر در این تقاضانامه حقیقت را نگویم، ممکن است مورد مجازات مدنی یا کیفری شهادت کذب قرار گرفته که می تواند شامل حبس تا 4 سال باشد. (قانون جزا کالیفرنیا، بخش 126 را ببینید.)
 - اینجانب می دانم که از اطلاعات این تقاضانامه برای بررسی صلاحیت افرادی که در این تقاضانامه قید شده اند استفاده می شود. Covered California طبق قوانین فدرال و ایالت کالیفرنیا این اطلاعات را محرمانه نگه می دارد.
 - اینجانب موافقت می کنم تا در صورت بروز هرگونه تغییر در وضعیت متقاضیان بیمه بهداشتی را در این تقاضانامه از طریق تماس با شماره تلفن های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) با Covered California یا با مراجعه به وب سایت CoveredCA.com گزارش دهم.
 - اگر با تکمیل و ارسال ضمیمه D یک طرح بهداشتی را انتخاب و اگر برای ثبت نام در طرح انتخابی ام توسط Covered California واجد شرایط تشخیص داده شوم:
 - می دانم که با امضا این قسمت با صادر کننده طرح وارد قرارداد شده ام.
 - حداقل 18 سال سن داشته یا فرزند صغیر آزاد هستم و دارای بلوغ فکری کافی برای امضای قرارداد می باشم.

امضای متقاضی یا نماینده قانونی

تاریخ



گام 3:

گام 3: لطفاً این تقاضانامه را مطالعه و آن را امضا نمایید (ادامه)

اگر شما فرد مورد تایید Covered California هستید که به شخص دیگری در تکمیل این فرم کمک می کنید این قسمت را تکمیل نمایید.

اینجانب گواهی می نمایم که به عنوان مشاور ثبت نام مورد تایید، مأمور بیمه مورد تایید، یا ثبت نام کننده مورد تایید طرح به متقاضی کمک نموده ام تا این تقاضانامه را تکمیل کرده و این خدمات رایگان بوده است. همچنین گواهی می نمایم به تمام سوال ها این تقاضانامه تا جاییکه می دانستم جواب های درست و صحیح داده ام. اینجانب خطر ارائه هرگونه اطلاعات نادرست را با زبان قابل فهم به متقاضی توضیح داده ام و متقاضی متوجه شده است.

نام مشاور ثبت نام مورد تایید:	شماره CEC
نام شخص ثبت نام کننده مورد تایید:	شماره CEC
نام مأمور بیمه مورد تایید:	شماره مجوز
نام ثبت نام کننده مورد تایید طرح: طرح: _____	شماره گواهی
امضای فرد مورد تایید	تاریخ

تا زمانی که مشاور ثبت نام مورد تایید هنگام ارسال تقاضانامه این قسمت را به طور صحیح تکمیل ننماید، دولت هیچ هزینه ای بابت آن به شخص ثبت نام کننده مورد تایید Covered California پرداخت نخواهد کرد.

گام 4:

پست کردن اطلاعات و چک لیست

تقاضانامه امضا شده خود را به آدرس ذیل ارسال نمایید:

Covered California

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

آیا به خاطر داشتید تا:

- تمام افراد خانواده و تحت تکفلتان را حتی اگر بیمه نمی خواهند به ما معرفی کنید؟ برای دیدن فهرست کسانی که باید قید کنید صفحه 3 را ببینید.
- در مورد بیمه های شغلی که واجد شرایط آن هستید از کارفرمای خود سوال کنید؟
- این تقاضانامه را در **صفحه 17 امضا کنید**؟ اگر نماینده قانونی انتخاب کرده اید صفحه 15 را نیز امضا نمایید.

چند سوال دیگر (اختیاری)

1. آیا مایلید در تمام برنامه های **Medi-Cal** مورد بررسی قرار بگیرید؟ ☐ بلی ☐ خیر
برای افراد 65 سال و بالاتر، افراد معلول، یا افراد نیازمند مراقبت های پزشکی خاص برنامه های **Medi-Cal** دیگری نیز وجود دارد.

اگر بلی را انتخاب کنید، ما برای کسب اطلاعات در مورد دارائی ها و مایملک شما با شما تماس خواهیم گرفت.

2. آیا اخیراً تغییری در زندگی شما رخ داده است که موجب شود برای تهیه بیمه بهداشتی اقدام کنید؟
اگر پاسختان بله است، تمام مواردی که صدق می کند را علامت بزنید.

- ☐ آیا به تازگی به کالیفرنیا نقل مکان کردید؟
- ☐ اخذ شهروندی یا اقامت قانونی
- ☐ فقدان بیمه بهداشتی
- ☐ قرار گرفتن تحت تکفل (مثل تولد، ازدواج، یا فرزندانگی)
- ☐ سایر
- ☐ اتمام حبس
- ☐ اخیراً واجد شرایط دریافت همیاری حق بیمه شده
- ☐ تقاضا برای **Medi-Cal**
- ☐ سرخ پوست یا بومی آلاسکا

این اتفاق در زندگی شما چه زمانی رخ داده است؟ (ماه/روز/سال)

شخص 4 ادامه در صفحه بعد

با Covered California به شماره تلفن **1-800-921-8879** (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل کنید. این تماس رایگان است. شما می توانید دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب و شنبه ها از 8 صبح تا 6 بعد از ظهر تماس حاصل نمایید یا به سایت **CoveredCA.com**.

به کمک نیاز دارید؟

چطور با Covered California آشنا شدید؟

تمام مواردی که صدق می کند را علامت بزنید

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ برنامه همیاری و تحصیلی | ☐ تبلیغات تلویزیون | ☐ وب سایت CoveredCA.com | ☐ تبلیغات آنلاین |
| ☐ تبلیغات مجله یا روزنامه | ☐ تبلیغات ایمیلی | ☐ تبلیغات رادیویی | ☐ برنامه یا گزارش خبری |
| ☐ تابلوی تبلیغاتی | ☐ برنامه ریزی موبایل | ☐ جستجوی اینترنتی | ☐ بروشور |
| ☐ کارگزار بیمه مورد تایید | ☐ تبلیغ در فروشگاه | ☐ سازمان اجتماعی یا گردهمایی | ☐ ایمیل |
| ☐ داروخانه | ☐ مشاور ثبت نام مورد تایید | ☐ رسانه های اجتماعی (مثلاً Facebook، توییتر، غیره) | |
| ☐ حرف مردم | ☐ حامی یا بیمارستان | ☐ سایر | |
| ☐ دوستان یا خانواده | ☐ کلیسا | | |
| ☐ کارفرما | ☐ دفتر دولتی | | |

آیا در مورد برنامه های دیگر به اطلاعات بیشتری احتیاج دارید؟

با شروع در اول ژانویه 2014، آیا شما و افراد تحت تکفلتان میلید تا اطلاعاتی را که در رابطه با اداره خدمات درمانی و انسانی (Health and Human Services Agency) ارائه کرده اید برای سایر برنامه ها نیز استفاده کنید؟ خانواده هایی که مهاجر دارند نیز می توانند اقدام کنند. حتی اگر خود شما تحت پوشش درمانی تحت پوشش نیستید لیکن می توانید برای فرزند خود اقدام کنید. اقدام برای کودکان که واجد شرایط می باشند تأثیری در وضعیت مهاجرتی یا شما برای کسب اقامت دائم یا شهروندی نخواهد داشت.

برای ارائه تقاضا برای تغذیه یا کمک نقدی قبل از 1 ژانویه 2014 به سایت benefitscal.org مراجعه کنید. یا برای درخواست حضوری با شماره 1-877-847-3663 تماس حاصل نمایید تا فهرستی از محل های نزدیک محل اقامت یا کار خود را دریافت کنید.

برای مزایای بعد از 1 ژانویه 2014، ببینید به کدام برنامه می خواهید رجوع کنید؟

☐ **CalFresh** برنامه ای است که به مردم کمک می کند هزینه غذای خود را بپردازند. مزایای آن ماهانه بر روی یک کارت اعتباری تمدید می شوند که توسط آن می توان اکثر مواد غذایی را در بسیاری از فروشگاه ها و مغازه ها خریداری کرد. این طرح همچنین با نام برنامه همیاری غذایی تکمیلی (SNAP) نیز شناخته می شود. برای کسب اطلاعات بیشتر به سایت www.calfresh.ca.gov مراجعه نمایید.

☐ **CalWORKs** برنامه ایست که به خانواده های کم درآمد پر جمعیت برای پرداخت هزینه مسکن، غذا، و سایر هزینه های ضروری کمک نقدی می نماید.

شما همچنین می توانید به صورت آنلاین اطلاعات بیشتری را در مورد این برنامه ها کسب کنید:

Family Planning, Access, Care, Treatment (Family PACT)

(برنامه ریزی، دسترسی، مراقبت، درمان خانواده)

برنامه ای است که خدمات برنامه ریزی رایگان را برای مردان و زنان کم درآمد، از جمله نوجوانان، صورت می دهد

familypact.org

Access for Infants and Mothers (AIM)

(دسترسی ویژه نوزادان و مادران)

دسترسی ویژه نوزادان و مادران برنامه ای است که به بانوان باردار در کسب خدمات درمانی کمک می کند

aim.ca.gov

In-Home Supportive Services Program (IHSS)

(برنامه خدمات حمایتی در منزل)

برنامه ای است که در پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما کمک می کند تا شما بتوانید با حفظ سلامتی در منزل بمانید

www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/pg1296.htm

Child Health and Disability Prevention (CHDP)

(سلامت کودک و پیشگیری از معلولیت)

برنامه ای پیشگیرانه است که برای کودکان خانواده های کم درآمد خدمات و بررسی های دوره ای پزشکی صورت می دهد

www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Women, Infants, and Children (WIC)

(زنان، نوزادان، و کودکان)

برنامه ای غذایی برای زنان باردار، مادران تازه وضع حمل کرده، و کودکان زیر 5 سال

www.wicworks.ca.gov

Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment

(EPSDT) (آزمایش، تشخیص و درمان زودهنگام و دوره ای)

این برنامه Medi-Cal مخصوص کودکان و جوانان زیر 21 سال است- که به تشخیص و درمان فوری بیماری اقدام می کند که متعاقب آن در صورت نیاز تشخیص و درمان نیز صورت می گیرد

www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx



★ اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان سرخ پوست و یا بومی آلاسکا است این قسمت را تکمیل نمایید.

سرخ پوستان و بومیان آلاسکا می توانند از Indian Health Services، برنامه های درمانی قبیله ای، یا برنامه های درمانی شهری سرخ پوستان خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند. سرخ پوستان و بومیان آلاسکا که از نظر فدرال به رسمیت شناخته می شوند نیز ممکن است مجبور به پرداخت هزینه ای (مانند پرداخت مشترک) نبوده و دوره های ثبت نامی ویژه ای را دریافت نمایند. این فرم را حتماً تکمیل نموده و آن را با سند اثبات کننده سرخ پوست یا بومی آلاسکا بودن همراه تقاضانامه خود ارسال نمایید. شما می توانید سندی از یک قبیله رسمی فدرال که نشان دهد عضوی از قبیله هستید یا با آن قبیله نسبت دارید را ارسال نمایید. این اسناد می تواند شامل کارت ثبت نام قبیله ای یا گواهی مدرک خون سرخ پوستی (CDIB) از مرکز امور سرخ پوستان باشد. اگر فکر می کنید واجد شرایط Medi-Cal هستید نیازی به ارسال سند اثبات کننده وجود ندارد. برای اینکه ببینید آیا واجد شرایط Medi-Cal هستید ضمیمه F را ببینید.

اگر بیش از 4 نفر سرخ پوست یا بومی آلاسکا هستند که مایلید ما را از آن ها مطلع کنید، از این صفحه کپی تهیه کرده و حتماً آن را با تقاضانامه خود ارسال نمایید.

شخص 1: نام	نام میانی	نام خانوادگی	پسوندد فامیلی (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)
آیا این شخص عضوی از یک قبیله سرخ پوستی رسمی فدرال یا بومی آلاسکا است؟ ☐ بلی ☐ خیر			
اگر پاسخستان بلی است، نام قبیله را بنویسید: _____ ایالتی را که قبیله در آن قرار دارد مشخص نمایید: _____			
آیا این شخص تاکنون از خدمات Indian Health Service، برنامه درمانی قبیله ای، یا برنامه های درمانی شهری سرخ پوستان یا از طریق ارجاع از یکی از این برنامه ها خدمات دریافت کرده است؟ ☐ بلی ☐ خیر			
اگر پاسخستان خیر است، آیا این فرد واجد شرایط دریافت خدمات از Indian Health Service، برنامه درمانی قبیله ای، یا برنامه های درمانی شهری سرخ پوستان یا از طریق ارجاع از یکی از این برنامه ها می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر			
آیا این فرد از یکی از منابع زیر درآمدی کسب می کند؟ ☐ بلی ☐ اگر پاسخستان بلی است، میزان و تکرار آن را در ذیل قید نمایید.			
خیر ☐ اگر پاسخستان خیر است، به تکمیل تقاضانامه ادامه دهید.			
▶ پرداخت هائی که به قبیله صورت گرفته و از منابع طبیعی، حقوق بهره برداری، لیزینگ، یا حق مالکیت حاصل می شود			
مبلغ \$ _____ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ ماهانه ☐ سایر ☐			
▶ پرداخت هائی که برای استفاده از زمین های تحت تملک سرخ پوستان برای استحصال منابع طبیعی، کشاورزی، دامداری، یا ماهیگیری از لیزینگ یا حق مالکیت صورت می گیرد			
مبلغ \$ _____ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ ماهانه ☐ سایر ☐			
▶ پولی که از فروش اشیائی بدست می آید که دارای ارزش فرهنگی هستند			
مبلغ \$ _____ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ ماهانه ☐ سایر ☐			

شخص 2: نام	نام میانی	نام خانوادگی	پسوندد فامیلی (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)
آیا این شخص عضوی از یک قبیله سرخ پوستی رسمی فدرال یا بومی آلاسکا است؟ ☐ بلی ☐ خیر			
اگر پاسخستان بلی است، نام قبیله را بنویسید: _____ ایالتی را که قبیله در آن قرار دارد مشخص نمایید: _____			
آیا این شخص تاکنون از خدمات Indian Health Service، برنامه درمانی قبیله ای، یا برنامه های درمانی شهری سرخ پوستان یا از طریق ارجاع از یکی از این برنامه ها خدمات دریافت کرده است؟ ☐ بلی ☐ خیر			
اگر پاسخستان خیر است، آیا این فرد واجد شرایط دریافت خدمات از Indian Health Service، برنامه درمانی قبیله ای، یا برنامه های درمانی شهری سرخ پوستان یا از طریق ارجاع از یکی از این برنامه ها می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر			
آیا این فرد از یکی از منابع زیر درآمدی کسب می کند؟ ☐ بلی ☐ اگر پاسخستان بلی است، میزان و تکرار آن را در ذیل قید نمایید.			
خیر ☐ اگر پاسخستان خیر است، به تکمیل تقاضانامه ادامه دهید.			
▶ پرداخت هائی که به قبیله صورت گرفته و از منابع طبیعی، حقوق بهره برداری، لیزینگ، یا حق مالکیت حاصل می شود			
مبلغ \$ _____ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ ماهانه ☐ سایر ☐			
▶ پرداخت هائی که برای استفاده از زمین های تحت تملک سرخ پوستان برای استحصال منابع طبیعی، کشاورزی، دامداری، یا ماهیگیری از لیزینگ یا حق مالکیت صورت می گیرد			
مبلغ \$ _____ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ ماهانه ☐ سایر ☐			
▶ پولی که از فروش اشیائی بدست می آید که دارای ارزش فرهنگی هستند			
مبلغ \$ _____ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ ماهانه ☐ سایر ☐			



ضمیمه A:

برای سرخ پوستان یا بومیان آلاسکا (ادامه)

پسوندد فامیلی (مثال: سینیور، جونیر، III, IV)

نام خانوادگی

نام میانی

شخص 3: نام

آیا این شخص عضوی از یک قبیله سرخ پوستی رسمی فدرال یا بومی آلاسکا است؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر پاسختان بلی است، نام قبیله را بنویسید: _____

آیا این شخص تاکنون از خدمات Indian Health Service، برنامه درمانی قبیله ای، یا برنامه های درمانی شهری سرخ پوستان یا از طریق ارجاع از یکی از این برنامه ها خدمات دریافت کرده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر پاسختان خیر است، آیا این فرد واجد شرایط دریافت خدمات از Indian Health Service، برنامه درمانی قبیله ای، یا برنامه های درمانی شهری سرخ پوستان یا از طریق ارجاع از یکی از این برنامه ها می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد از یکی از منابع زیر درآمدی کسب می کند؟ ☐ بلی ☐ اگر پاسختان بلی است، میزان و تکرار آن را در ذیل قید نمایید.

خیر ☐ اگر پاسختان خیر است، به تکمیل تقاضانامه ادامه دهید.

پرداخت هائی که به قبیله صورت گرفته و از منابع طبیعی، حقوق بهره برداری، لیزینگ، یا حق مالکیت حاصل می شود

مبلغ \$ _____ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ ماهانه ☐ سایر ☐

پرداخت هائی که برای استفاده از زمین های تحت تملک سرخ پوستان برای استحصال منابع طبیعی، کشاورزی، دامداری، یا ماهیگیری از لیزینگ یا حق مالکیت صورت می گیرد

مبلغ \$ _____ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ ماهانه ☐ سایر ☐

پولی که از فروش اشیائی بدست می آید که دارای ارزش فرهنگی هستند

مبلغ \$ _____ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ ماهانه ☐ سایر ☐

شخص 4: نام

نام میانی

نام خانوادگی

پسوندد فامیلی (مثال: سینیور، جونیر، III, IV)

آیا این شخص عضوی از یک قبیله سرخ پوستی رسمی فدرال یا بومی آلاسکا است؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر پاسختان بلی است، نام قبیله را بنویسید: _____

آیا این شخص تاکنون از خدمات Indian Health Service، برنامه درمانی قبیله ای، یا برنامه های درمانی شهری سرخ پوستان یا از طریق ارجاع از یکی از این برنامه ها خدمات دریافت کرده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر پاسختان خیر است، آیا این فرد واجد شرایط دریافت خدمات از Indian Health Service، برنامه درمانی قبیله ای، یا برنامه های درمانی شهری سرخ پوستان یا از طریق ارجاع از یکی از این برنامه ها می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا این فرد از یکی از منابع زیر درآمدی کسب می کند؟ ☐ بلی ☐ اگر پاسختان بلی است، میزان و تکرار آن را در ذیل قید نمایید.

خیر ☐ اگر پاسختان خیر است، به تکمیل تقاضانامه ادامه دهید.

پرداخت هائی که به قبیله صورت گرفته و از منابع طبیعی، حقوق بهره برداری، لیزینگ، یا حق مالکیت حاصل می شود

مبلغ \$ _____ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ ماهانه ☐ سایر ☐

پرداخت هائی که برای استفاده از زمین های تحت تملک سرخ پوستان برای استحصال منابع طبیعی، کشاورزی، دامداری، یا ماهیگیری از لیزینگ یا حق مالکیت صورت می گیرد

مبلغ \$ _____ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ ماهانه ☐ سایر ☐

پولی که از فروش اشیائی بدست می آید که دارای ارزش فرهنگی هستند

مبلغ \$ _____ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ ماهانه ☐ سایر ☐



★ اگر لازم است تا بیش از 4 نفر که بیمه بهداشتی دیگری دارند را قید کنید، از این صفحه کپی تهیه کرده و حتماً همراه تقاضانامه آن را ارسال نمایید.

درباره بیمه بهداشتی فعلی تان به ما بگویید

برای هر کسی که برای پرداخت هزینه بیمه بهداشتی نیازمند است این فرم را تکمیل نمایید.

می بایست بدانیم که هر متقاضی بیمه بهداشتی اکنون تحت پوشش قرار دارد یا خیر. در مورد پوششی که حداقل پوشش ضروری قلمداد می شود نیازی به توضیح نیست. برای مثال انواعی از برنامه هایی که نیازی نیست در مورد آن ها به ما توضیح دهید عبارتند از: Indian Health Service، برنامه های بهداشتی قبیله ای، برنامه های بهداشتی شهری سرخ پوستان، برنامه های حساب های پس انداز انعطاف پذیر، حساب های پس انداز بهداشتی، یا بیمه های در دسترس در سایر کشورها.

نیازی نیست تا از هر کدام از بیمه های بهداشتی ذیل مطلع شویم: COBRA، بیمه حمایتی کارفرما، سپاه صلح، برنامه بهداشتی بازنشتگان، TRICARE/CHAMPUS، برنامه بهداشتی سربازان سابق یا سایر بیمه های بهداشتی. آیا کسی این بیمه های بهداشتی را دارد؟

☐ بلی اگر پاسختان بله است، این صفحه را تکمیل نمایید، اگر به فضای بیشتری احتیاج دارید یک برگه دیگر ضمیمه نمایید.

☐ خیر اگر پاسختان خیر است، به صفحه 23 بروید.

تذکر: اگر دارای بیمه بهداشتی خصوصی می باشید که خونتان خریداری کرده اید، گزینه "سایر بیمه های بهداشتی" را در ذیل "چه نوعی" در جدول ذیل علامت بزنید.

نام کوچک میانی، خانوادگی، پسوند (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)	چه نوعی؟ (یکی را انتخاب کنید)
شخص 1: آیا بیمه درمانی مقرون به صرفه با پوشش کامل برای ژانویه 2014 به این فرد پیشنهاد شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر	☐ COBRA ☐ برنامه درمانی سربازان سابق ☐ بیمه حمایتی کارفرما ☐ برنامه بهداشتی بازنشتگی ☐ Peace Corps ☐ TRICARE/CHAMPUS ☐ سایر بیمه های بهداشتی
شخص 2: آیا بیمه درمانی مقرون به صرفه با پوشش کامل برای ژانویه 2014 به این فرد پیشنهاد شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر	☐ COBRA ☐ برنامه درمانی سربازان سابق ☐ بیمه حمایتی کارفرما ☐ برنامه بهداشتی بازنشتگی ☐ Peace Corps ☐ TRICARE/CHAMPUS ☐ سایر بیمه های بهداشتی
شخص 3: آیا بیمه درمانی مقرون به صرفه با پوشش کامل برای ژانویه 2014 به این فرد پیشنهاد شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر	☐ COBRA ☐ برنامه درمانی سربازان سابق ☐ بیمه حمایتی کارفرما ☐ برنامه بهداشتی بازنشتگی ☐ Peace Corps ☐ TRICARE/CHAMPUS ☐ سایر بیمه های بهداشتی
شخص 4: آیا بیمه درمانی مقرون به صرفه با پوشش کامل برای ژانویه 2014 به این فرد پیشنهاد شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر	☐ COBRA ☐ برنامه درمانی سربازان سابق ☐ بیمه حمایتی کارفرما ☐ برنامه بهداشتی بازنشتگی ☐ Peace Corps ☐ TRICARE/CHAMPUS ☐ سایر بیمه های بهداشتی



بیمه بهداشتی کارفرما برای تمام کسانی که برای پرداخت هزینه بیمه بهداشتی نیازمند کمک هستند به سوال ها ذیل پاسخ دهید.

★ ما باید از هرگونه بیمه بهداشتی که شما از طریق شغلی می توانید بگیرید اطلاع داشته باشیم. برای تکمیل این بخش می توانید از ضمیمه C، فرم بیمه کارفرما، در صفحه 24 کمک بگیرید. به این سوال ها پاسخ دهید و یا صرفاً در صورتی که یکی از افراد خانواده تان واجد شرایط دریافت بیمه بهداشتی از طریق شغل فرد دیگری است از ضمیمه C استفاده نمایید.

آیا به افراد قید شده در این تقاضانامه توسط کارفرما بیمه بهداشتی پیشنهاد شده است؟

این مورد می تواند شغل فرد دیگری مانند شغل والدین یا همسر باشد. همچنین می تواند شامل COBRA TRICARE، کارفرمای دولتی یا ایالتی، کارفرمای خصوصی، یا طرح های سپاه صلح باشد. اگر شما بیمه بهداشتی تکمیلی دارید نیازی وجود ندارد تا آن را به ما گزارش دهید. موارد زیر نمونه هایی از پوشش تکمیلی هستند (که حداقل پوشش ضروری محسوب نمی شوند) که لازم نیست به ما گزارش دهید: طرح های پس انداز انعطاف پذیر، حساب های پس انداز بهداشتی، بیمه معلولیت، یا بیمه قابل دسترسی در یک کشور دیگر.

☐ بلی اگر پاسخستان بلیه است، به این سوال ها پاسخ دهید. اگر به فضای بیشتری احتیاج دارید یک صفحه کاغذ دیگر ضمیمه کنید.

☐ خیر اگر پاسخستان خیر است، به ادامه تکمیل تقاضانامه بپردازید.

نام کوچک، میانی، خانوادگی، پسوند فامیلی (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)	نام کارفرما (اختیاری)	این فرد:	این فرد ماهانه چقدر حق بیمه می پردازد؟	آیا این برنامه بهداشتی حداقل ارزش استاندارد را رعایت می کند؟*
شخص 1:		☐ اکنون ثبت نام کرده است ☐ قصد دارد اکنون ثبت نام کند تاریخ شروع: _____ ☐ ثبت نام نکرده است	\$	☐ بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم
شخص 2:		☐ اکنون ثبت نام کرده است ☐ قصد دارد اکنون ثبت نام کند تاریخ شروع: _____ ☐ ثبت نام نکرده است	\$	☐ بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم
شخص 3:		☐ اکنون ثبت نام کرده است ☐ قصد دارد اکنون ثبت نام کند تاریخ شروع: _____ ☐ ثبت نام نکرده است	\$	☐ بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم
شخص 4:		☐ اکنون ثبت نام کرده است ☐ قصد دارد اکنون ثبت نام کند تاریخ شروع: _____ ☐ ثبت نام نکرده است	\$	☐ بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم

کارفرما برای سال برنامه ریزی جدید چه تغییراتی اعمال خواهد کرد (اگر می دانید)؟

☐ کارفرما پوشش بهداشتی را ارائه نخواهد کرد.

☐ کارفرما اقدام به ارائه پوشش بهداشتی برای کارمندان خواهد نمود یا حق بیمه را تنها برای کارمندانی که با حداقل ارزش استاندارد مطابقت داشته باشند به ارزان ترین طرح ممکن تغییر خواهد داد. * (حق بیمه باید میزان تخفیف برنامه های تندرستی را نشان دهد).

کارفرما برای این طرح چقدر حق بیمه می پردازد؟ \$ _____

هر چند وقت؟

☐ هفتگی
☐ ماهانه
☐ هر دو هفته یکبار
☐ سه ماه یکبار
☐ دو بار در ماه
☐ سالانه

تاریخ تغییر _____

* حداقل ارزش استاندارد یعنی حداقل 60% از کل مبلغ مزایای طرح به کارفرما تعلق گیرد. (بخش 36B(c)(2)(C)(ii) در قانون درآمد داخلی مصوب 1986 را ببینید)



این فرم صرفاً برای کسانی ضروری است که واجد شرایط دریافت بیمه از طریق شغلی هستند. برای برنامه های بیمه بهداشتی ارائه شده از طریق Covered California از جمله Medi-Cal ضروری نیستند. اگر درباره استفاده از این فرم اطمینان ندارید با Covered California تماس حاصل نمایید و بپرسید: 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500). اگر فکر می کنید واجد شرایط Medi-Cal هستید نیازی به پر کردن این فرم ندارید. برای اینکه ببینید واجد شرایط Medi-Cal یا دریافت همیاری حق بیمه هستید یا خیر ضمیمه F در صفحه 28 را ببینید.

اگر در بیش از یک شغل پوشش بیمه ای ارائه شده است، برای هر کارفرما یک جداگانه استفاده نمایید.

اطلاعات کارمند شما می بایست این بخش را تکمیل نمایید.

نام و شماره تأمین اجتماعی یا سوشیال سکوریته (SSN) خود را بنویسید. (اختیاری). سپس یک کپی از این صفحه تهیه کرده یا تقاضانامه را به کارفرمای خود نشان دهید. از کارفرمای خود بخواهید تا بقیه صفحه را تکمیل نماید. اگر از این صفحه کپی تهیه کردید حتماً آن را با تقاضانامه خود ارسال نمایید.

نام کارفرما:	نام میانی	نام خانوادگی	پسونند فامیلی	ارائه اطلاعات SSN اختیاری است. (اختیاری)
_____	_____	_____	_____	_____

اطلاعات کارفرما در مورد این اطلاعات از کارفرمای خود سؤال کنید.

تذکر به کارفرما: برای تکمیل تقاضانامه Covered California، ما باید از بیمه بهداشتی که کارکنان شما یا افراد تحت تکفل آن ها می توانند از شما دریافت نمایند اطلاع کسب کنیم. حتی اگر شرکت شما بیمه بهداشتی هم ارائه نمی دهد، لطفاً اطلاعات ذیل را تکمیل نمایید.

نام کارفرما	شماره شناسائی کارفرما (EIN)
_____	_____
آدرس کارفرما	شماره تلفن کارفرما
_____	_____
شهر	ایالت
_____	_____

در مورد پوشش بهداشتی کارکنان در این شغل با چه کسی باید تماس بگیریم؟

شماره تلفن	آدرس ایمیل
_____	_____

☐ ما بیمه بهداشتی ارائه نمی دهیم. ☐ این کارمند طبق برنامه ما واجد شرایط دریافت بیمه نمی باشد.

☐ این کارمند طبق برنامه ما واجد شرایط دریافت بیمه می باشد که از _____ (تاریخ شروع) آغاز می شود.

نام ارزان ترین طرح بیمه فردی که این کارمند در این شغل می تواند در آن ثبت نام کند چیست؟ تنها طرح هائی را مدنظر قرار دهید که حداقل ارزش استاندارد* تعیین شده توسط قانون فدرال Patient Protection and Affordable Care مصوب 2010 را رعایت می کنند. اگر مطمئن نیستید از مرجع صادر کننده بیمه بهداشتی خود سؤال کنید.	ارزان ترین حق بیمه ای که کارمند باید بپردازد چقدر است؟ \$ _____
هر چند وقت؟	_____
☐ هفتگی	☐ دو هفته یکبار
☐ ماهانه	☐ سه ماه یکبار
☐ سالانه	☐ دو بار در ماه
☐ سایر _____	
نام: _____	
☐ خیر هیچ طرحی حداقل ارزش استاندارد را ندارد.*	

چه تغییراتی برای سال جدید صورت خواهد داد (اگر می دانید)؟	کارفرما برای این طرح چقدر حق بیمه می پردازد؟ \$ _____
☐ ما پوشش بهداشتی ارائه نخواهیم داد.	_____
☐ ما به کارمندان پوشش بهداشتی ارائه خواهیم کرد یا صرفاً برای کارمندانی که حداقل ارزش استاندارد را داشته باشند حق بیمه را به ارزان ترین طرح ممکن تغییر خواهیم داد.* (در حق بیمه باید تخفیف برنامه های تندرستی نیز لحاظ شده باشد).	_____
_____	_____

*حداقل ارزش استاندارد یعنی طبق برنامه حداقل 60% کل هزینه مزایای طرح به کارفرما تعلق گیرد. (بخش 36B(c)(2)(C)(ii) در قانون درآمد داخلی مصوب 1986 را ببینید)

★ اگر لازم می‌دانید در مورد بیش از 4 نفر که مایل به انتخاب طرح دندان پزشکی کودک یا طرح بیمه بهداشتی هستند به ما اطلاع رسانی کنید، یک کپی از این صفحه و صفحه بعد تهیه کنید و حتماً آن‌ها را همراه با تقاضانامه تان ارسال نمایید.

اگر فکر می‌کنید واجد شرایط دریافت همیاری حق بیمه هستید، نام یا درجه طرح دندان پزشکی کودکان یا طرح بیمه بهداشتی که می‌خواهید را در ذیل بنویسید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد طرح های خصوصی ارائه شده توسط Covered California به سایت CoveredCA.com مراجعه کرده یا با تلفن های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل نمایید.

اگر فکر می‌کنید واجد شرایط Medi-Cal هستید، نام طرح بیمه بهداشتی که می‌خواهید را در ذیل بنویسید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد طرح های موجود Medi-Cal در کشورتان یا برای تغییر طرح تان پس از ثبت نام، با تلفن های 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077) با Health Care Options تماس گرفته و یا به وب سایت healthcareoptions.dhcs.ca.gov مراجعه نمایید.

برای اینکه ببینید آیا واجد شرایط Medi-Cal یا دریافت همیاری حق بیمه هستید یا خیر ضمیمه F را ببینید

◀ طرح دندان پزشکی کودکان Covered California خود را انتخاب نمایید صرفاً برای فرزندان 18 ساله و کمتر

نام کودک، میانی، خانوادگی، پسوند (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)	نام طرح دندان پزشکی کودکان	سطح پوشش	نوع طرح
فرزند 1:		زیاد ☐ کم ☐	DPPO ☐ DEPO ☐ DHMO ☐
فرزند 2:		زیاد ☐ کم ☐	DPPO ☐ DEPO ☐ DHMO ☐
فرزند 3:		زیاد ☐ کم ☐	DPPO ☐ DEPO ☐ DHMO ☐
فرزند 4:		زیاد ☐ کم ☐	DPPO ☐ DEPO ☐ DHMO ☐

DEPO - سازمان تأمین کننده انحصاری خدمات دندان پزشکی DHMO - سازمان حفظ سلامت دندان DPPO - سازمان تأمین کننده ترجیحی خدمات دندان پزشکی

◀ طرح بیمه بهداشتی خود را انتخاب نمایید

نام کودک، میانی، خانوادگی، پسوند (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)	نام طرح بهداشتی	درجه	شماره درجه	نوع طرح
شخص 1:		Gold ☐ Platinum ☐ Bronze ☐ Silver ☐ طرح حداقل پوشش ☐		HMO ☐ EPO ☐ PPO ☐ HSA ☐
شخص 2:		Gold ☐ Platinum ☐ Bronze ☐ Silver ☐ طرح حداقل پوشش ☐		HMO ☐ EPO ☐ PPO ☐ HSA ☐
شخص 3:		Gold ☐ Platinum ☐ Bronze ☐ Silver ☐ طرح حداقل پوشش ☐		HMO ☐ EPO ☐ PPO ☐ HSA ☐
شخص 4:		Gold ☐ Platinum ☐ Bronze ☐ Silver ☐ طرح حداقل پوشش ☐		HMO ☐ EPO ☐ PPO ☐ HSA ☐

EPO - سازمان تأمین کننده انحصاری؛ HMO - سازمان حفظ سلامت؛ HSA - حساب های پس انداز سلامت (این نوع طرح به اعضای خود امکان می‌دهد تا حساب پس انداز سلامت باز کنند و در آن پول واریز کنند)؛ PPO - سازمان تأمین کننده ترجیحی

برای تکمیل انتخاب طرح، تمام افراد 18 ساله یا بیشتر که یک طرح بیمه بهداشتی را انتخاب می‌نمایند باید با توافقتنامه حکمیت در صفحه بعد موافقت کرده و آن را امضا نمایند.

▶▶ ضمیمه D ادامه در صفحه بعد

با Covered California به شماره تلفن 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل کنید. این تماس رایگان است. شما می‌توانید دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب و شنبه ها از 8 صبح تا 6 بعد از ظهر تماس حاصل نمایید یا به سایت CoveredCA.com.

به کمک نیاز دارید؟



توافقتنامه لازم الاجرا حکمیت

◀ برای هر فردی که یک طرح Covered California را انتخاب می نماید

اینجانب می دانم که هر طرح بهداشتی موجود، برای حل منازعات یا دعاوی، از جمله هرگونه ادعا توسط من، افراد ثبت نامی تحت تکفل، ورثه، یا نمایندگان قانونی در رابطه با عضویت در طرح درمانی، پوشش، یا تحویل خدمات یا اقلام، سوء رفتار حرفه ای پزشکی یا بیمارستانی (ادعانی مبتنی بر اینکه خدمات پزشکی غیرضروری یا غیرمجاز بوده یا به شیوه نادرست، با قصور، یا با بی-کفایتی صورت گرفته است) یا مسئولیت مقدماتی علیه یک طرح بهداشتی، هرکدام از پیمانکاران ارائه دهنده خدمات بهداشتی، مدیران، یا سایر اشخاص مربوطه قوانین مربوط به خود را داراست.

اینجانب می دانم که اگر یک طرح بهداشتی را انتخاب نمایم که برای حل منازعات نیازمند حکمیت لازم الاجرا باشد، آن را قبول و با استفاده از حکمیت لازم الاجرا برای حل منازعات و دعاوی (غیر از دعاوی جزئی، پرونده های دادگاهی، و آن دسته از دعاوی که طبق قوانین جاری ملزم به حکمیت لازم الاجرا نمی باشند) موافقت می نمایم و حق خود را به هیئت منصفه واگذار کرده و نمی توانم منازعه را غیر از زمانی که قوانین مربوطه بازبینی قضائی روند حکمیت را لازم بدانند آن را در دادگاه مطرح نمایم. اینجانب می دانم که پیش بینی حکمیت کامل برای هرکدام از طرح های موجود، در اسناد پوشش طرح بهداشتی، در صورت وجود، صورت گرفته است که برای بازبینی اینجانب به صورت آنلاین در CoveredCA.com قرار گرفته اند و یا برای کسب اطلاعات بیشتر می توانم با 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل نمایم.

◀ برای هر فردی که طرح بهداشتی Kaiser Medi-Cal را انتخاب می نماید:

اطلاعیه حکمیت لازم الاجرا: اینجانب توضیحات طرح را مطالعه نموده ام. اینجانب می دانم که طبق طرح Kaiser استفاده از حکمیت لازم الاجرا بی طرف برای حل منازعات خاصی ضروری است. این مسئله شامل منازعاتی می شود که در مورد ارائه درمان پزشکی صحیح (که سوء رفتار حرفه ای پزشکی نامیده می شود) و سایر منازعات مربوط به مزایا یا ارائه خدمات، از جمله اینکه هرکدام از خدمات پزشکی غیرضروری یا غیرمجاز باشند یا به شیوه نادرست، با قصور یا با بی کفایتی صورت گرفته باشند می شود. اگر Kaiser را به عنوان طرح Medi-Cal خود انتخاب نمایم، تمام حقوق قانونی خود را برای آن دسته از منازعات خاص به هیئت منصفه یا محاکمه دادگاه واگذار می نمایم. همچنین موافقت می نمایم تا برای حل آن دسته از منازعات خاص از حکمیت لازم الاجرا بی طرف استفاده نمایم. اینجانب از حق خود، در هر موردی که باشد، برای دادرسی دولتی که نیازمند فرایند دادرسی دولتی است گذشت نمی نمایم.

◀ امضاء ثبت نام شونده ها برای تمام طرح ها

امضا شخص 1، یا طرف مسئول، یا نماینده قانونی شخص 1، اگر حداقل 18 سال سن دارد	تاریخ
امضا شخص 2، یا طرف مسئول، یا نماینده قانونی شخص 2، اگر حداقل 18 سال سن دارد	تاریخ
امضا شخص 3، یا طرف مسئول، یا نماینده قانونی شخص 3، اگر حداقل 18 سال سن دارد	تاریخ
امضا شخص 4، یا طرف مسئول، یا نماینده قانونی شخص 4، اگر حداقل 18 سال سن دارد	تاریخ



وضعیت مهاجرتی

از این فهرست برای "تقاضا برای بیمه بهداشتی" استفاده نمایید

اگر یکی از شرایط مهاجرتی ذیل را دارید می‌توانید واجد شرایط دریافت بیمه بهداشتی باشید:

- اقامت دائم قانونی (LPR) یا دارای گرین کارت)
- اقامت موقت قانونی (LTR)
- پناهنده سیاسی
- پناهنده
- وارد شونده کوبائی/هائیتی
- آزادی مشروط در ایالات متحده
- وارد شونده مشروط قبل از 1980
- همسر، کودک، یا والدینی که مورد ضرب و شتم قرار گرفته اند
- قربانی قاچاق و همسر، فرزند، خواهر/برادر، یا والدین وی
- فرد تنها با وضعیت غیرمهاجر (شامل ویزای کار، ویزای دانشجویی، و شهروندان میکرونسیا، جزایر مارشال، و پالائو)
- وضعیت تحت حفاظت موقت (TPS) یا متقاضی وضعیت تحت حفاظت موقت (TPS)
- عزیمت اجباری معوق (DED)
- وضعیت اقدام معوق تذکر: اگر شما فردی هستید که طبق قانون اقدام معوق برای ورود کودکان در سازمان امنیت سرزمینی وضعیت اقدام معوق شما در دست اقدام است (DACA)، حضور شما قانونی تلقی نمی‌شود.
- اعطای تعلیق دیپورت یا تعلیق اخراج، طبق قوانین مهاجرتی یا معاهده مقابله با شکنجه (CAT)
- متقاضی تعلیق دیپورت یا تعلیق اخراج، طبق قوانین مهاجرتی یا معاهده مقابله با شکنجه (CAT)
- متقاضی وضعیت جوانان مهاجر خاص
- متقاضی تعدیل وضعیت LPR، با عرض حال تایید شده ویزا
- متقاضی پناهندگی سیاسی
- متقاضیان محضری با اسناد جواز اشتغال (EAD)
- ترتیب نظارت (با EAD)
- متقاضی لغو اخراج یا تعلیق دیپورت (با EAD)

اگر وضعیت مهاجرتی شما در بالا قید نشده است، ممکن است باز هم واجد شرایط دریافت بیمه بهداشتی باشید و باز هم باید تقاضای خود را ارائه دهید.

شغل آزاد

از این فهرست برای "آیا شغل آزاد دارید؟" استفاده نمایید

شما می‌توانید این اقلام را از درآمد ناخالص خود کسر نمایید تا درآمد خالص شغل آزادتان را بدست آورید. برای کسب اطلاعات بیشتر "دستورالعمل های زمان بندی C" در [irs.gov](https://www.irs.gov) را ببینید.

- هزینه های خودرو سواری و کامیون (سفر روز کاری، غیر از رفت و آمد)
- استهلاک
- دستمزد و مزایای کارکنان
- بیمه اموال، مسئولیت، یا انقطاع تجارت
- بهره (برای مثال، بهره رهن که به بانک پرداخت می‌شود)
- خدمات قانونی و حرفه ای
- اجاره یا لیزینگ اموال و تجهیزات تجاری
- حق مشاوره، مالیات، جواز، و هزینه ها
- تبلیغات
- نیروی کار پیمانی
- تعمیرات و نگهداری
- سفرهای تجاری و وعده های غذایی معین

نمونه هائی از درآمد دیگر

از این فهرست برای "آیا درآمد دیگری دارید؟" استفاده نمایید

- مزایای بیکاری
- مزایای تأمین اجتماعی یا سوشیال سکوریته
- درآمد بازنشستگی یا مستمری
- درآمد از اجاره یا حق مالکیت
- نفقه دریافتی
- درآمد سرمایه گذاری
- سود سرمایه
- درآمد کشاورزی یا ماهیگیری
- دیون لغو شده
- پاداش دادگاه
- هزینه حق هیئت منصفه
- متفرقه

کسورات

از این فهرست برای "آیا کسورات دارید؟" استفاده نمایید

- هزینه های شغل آزاد خاص
- کسر بهره وام دانشجویی
- شهریه و هزینه ها
- هزینه های معلم
- اعانه IRA
- هزینه های جابجایی
- جریمه برداشت زودهنگام پس انداز
- کسر حساب پس انداز درمانی
- نفقه پرداختی
- کسر فعالیت های تولید داخلی
- هزینه تجاری خاص نیروهای ذخیره، هنرمندان مشغول، و مقامات دولتی مبتنی بر پرداخت هزینه



◀ نوع بیمه بهداشتی که در سال 2014 واجد آن خواهید بود را حدس بزنید.

تعداد افراد خانواده تان	اگر درآمد سالیانه خانواده تان کمتر از این رقم است:	اگر درآمد سالیانه خانواده تان بین این ارقام است:
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



می توانید واجد شرایط
Medi-Cal باشید.

شما می توانید با کمک مالی از طریق
Covered California واجد شرایط
بیمه باشید.

*این مبالغ درآمد سالیانه خانواده صرفاً تخمینی بوده و بر اساس داده های درآمد سال 2013 استوار می باشد.

اگر در حال حاضر از طریق کارفرمایان یا یک برنامه دولتی مانند Medicare یا Medicaid تحت پوشش بیمه مقرون به صرفه قرار دارید، واجد شرایط طرح های بیمه بهداشتی Covered California نخواهید بود.

★ اگر دارای فرزند بوده یا باردار هستید، علیرغم دارا بودن درآمد بالاتر می توانید واجد شرایط دریافت بیمه رایگان یا ارزان از طریق Medi-Cal یا AIM باشید. اگر باردار هستید، شما و فرزند (یا فرزندان) که به دنیا خواهند آمد برای داشتن صلاحیت دریافت Medi-Cal به عنوان افراد جداگانه لحاظ شده و برای دریافت کمک مالی از طریق Covered California شخصی مجزا در نظر گرفته می شوند.



کمک گرفتن از Covered California

1. Covered California چیست؟

Covered California برنامه جدیدی است که تهیه بیمه بهداشتی رایگان یا ارزان را از طریق Medi-Cal یا دریافت کمک برای پرداخت بیمه بهداشتی خصوصی از طریق Covered California را برای افراد و خانواده ها ممکن می سازد.

هدف ما این است تا تهیه بیمه بهداشتی را برای ساکنان کالیفرنیا ساده و مقرون به صرفه کنیم. Covered California با مشارکت California Health و Benefit Exchange و California Department of Health Care Services پدید آمده است.

2. Medi-Cal چیست؟

Medi-Cal نسخه کالیفرنیایی برنامه فدرال Medicaid است. این نسخه بیمه بهداشتی رایگان یا ارزان برای آن دسته از ساکنین کالیفرنیا است که واجد شرایط باشند.

3. Access for Infants and Mothers (AIM) چیست؟

AIM یک برنامه بیمه بهداشتی ارزان قیمت برای بانوان بارداری است که بیمه بهداشتی کافی نداشته و درآمدها نیز برای Medi-Cal رایگان بیش از حد بالاست. همچنین AIM برای بانوانی که طرح های بیمه بهداشتی خصوصی یا فرانشیز زایمان یا پرداخت مشترک بیش از 500 دلار دارند قابل تهیه است.

4. Covered California چگونه می تواند به من کمک کند؟

Covered California می تواند در انتخاب یک طرح بیمه خصوصی که نیازهای بهداشتی شما را برآورده و با بودجه شما هم خوانی داشته باشد به شما کمک کند. ما برخی از شناخته شده ترین طرح های بهداشتی دولت و همچنین برخی طرح های منطقه ای و بومی را ارائه می دهیم.

ما هزینه ها و مزایای طرح های بیمه بهداشتی را به وضوح برای شما توضیح می دهیم تا شما بتوانید گزینه های موجود را مقایسه کنید. شما قبل از انتخاب طرح دقیقاً خواهید دانست که چه چیزی را دریافت می کنید و چقدر می بایست بپردازید.

5. اگر درآمد زیاد باشد آیا می توانم بیمه بهداشتی دریافت کنم؟

بله. هر کدام از سکنه کالیفرنیا که واجد شرایط باشد می تواند بدون در نظر گرفتن درآمد از طریق Covered California بیمه بهداشتی خصوصی خریداری کند. ما از درآمد شما برای پیدا کردن بیمه بهداشتی استفاده می کنیم که به بهترین شکل برای خانواده شما مقرون به صرفه باشد.

6. چه بیمه های بهداشتی از طریق Covered California ارائه می شود؟

شما طیف وسیعی از طرح های بهداشتی را در اختیار دارید که می توانید از بین آن ها انتخاب نمایید. شرکتهای بیمه بهداشتی نمی توانند از تحت پوشش قرار دادن شما اجتناب کنند زیرا شما قبلاً بیمار بوده اید و نتوانسته اید تحت پوشش قرار بگیرید.

Covered California چهار گروه از طرح های بیمه بهداشتی خصوصی را ارائه می دهد: پلاتین، یوم، طلایی، نقره ای، و برنزی، (platinum, gold, silver و bronze) بعلاوه یک طرح حداقل پوشش.

هر گروه سطح متفاوتی از پوشش از زیاد تا کم را ارائه می دهد. طرح های بیمه بهداشتی اکثر هزینه های بهداشتی شما را تحت پوشش قرار می دهند معمولاً حق بیمه بیشتری دارند اما به شما امکان می دهند تا هنگام دریافت خدمات پزشکی هزینه کمتری پرداخت نمایید.

طرح های پلاتین یوم بیشترین حق بیمه را دارند، اما تقریباً 90% هزینه های بهداشتی شما را می پردازند. طرح های طلایی تقریباً 80% و طرح های نقره ای 70% هزینه های بهداشتی را می پردازند. طرح های برنزی کمترین حق بیمه را داشته اما تقریباً 60% هزینه های بهداشتی را می پردازند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد بسته های منفعت کامل به CoveredCA.com مراجعه کرده و اسناد طرح ها مانند گواهی پوشش طرح یا سیاست بیمه گذاری طرح را مرور کنید. با تلفن های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) با ما تماس حاصل نمایید.

اگر شما واجد شرایط Medi-Cal هستید، پوشش و هزینه ها متفاوت بوده و برای شما می تواند رایگان باشد.

7. آیا از طریق Covered California می توانم بیمه بهداشتی دریافت کنم؟

هر فرد ساکن کالیفرنیا اگر ساکن ایالت باشد و شرایط دیگر را نیز داشته باشد می تواند از طریق Covered California بیمه بهداشتی دریافت کند.

متقاضیان می توانند واجد شرایط طرح بهداشتی رایگان یا ارزان، یا دریافت کمک مالی باشند که بتوانند هزینه حق بیمه و پرداخت مشترک را کاهش دهند. مبلغ کمک مالی به تعداد خانوار و درآمد خانواده بستگی دارد. اگر درآمد متقاضیان با حدود درآمد مطابقت داشته باشد واجد شرایط خواهند بود.

8. چقدر هزینه دارد؟

هزینه ها به برنامه بیمه بهداشتی و همیاری مالی که واجد شرایط آن باشید و همین طور طرحی که انتخاب می کنید بستگی دارند. شما می توانید از ماشین حساب موجود در سایت CoveredCA.com برای محاسبه هزینه استفاده کرده و همچنین ببینید که آیا برای دریافت کمک برای پرداخت هزینه بیمه واجد شرایط هستید یا خیر.



13. آیا اکنون که اصلاحات بهداشتی در حال وقوع است به بیمه بهداشتی نیازی خواهیم داشت؟

از اول ژانویه 2014 اکثر مردم از جمله کودکان باید بیمه بهداشتی داشته یا در غیر این صورت جریمه مالیاتی بپردازند. این پوشش ممکن است شامل بیمه از طریق شغلستان، پوششی که خود خریداری می کنید، Medicare یا Medi-Cal باشد.

اما برخی افراد از داشتن بیمه بهداشتی معاف هستند. این افراد شامل اعضای فرقه های مذهبی که از نظر فدرال به رسمیت شناخته شده باشند یا بخشهایی که عقاید مذهبی شان مغایر با دریافت اعانه از یک طرح بیمه بهداشتی باشد، زندانیان، افرادی که اعضای یک قبیله سرخ پوستی یا بومی آلاسکا باشند که از نظر فدرال به رسمیت شناخته شده اند، و افرادی که با احتساب هرگونه کمک کارفرما یا همیاری حق بیمه مجبورند بیش از 8% درآمدشان را برای بیمه بهداشتی بپردازند.

در سال 2014 این جریمه 1% درآمد سالیانه یا 95 دلار، هر کدام که بیشتر باشد، خواهد بود. این جریمه هر ساله بیشتر خواهد شد. در سال 2016 این جریمه 5/2% درآمد سالیانه یا 695 دلار، هر کدام که بیشتر باشد، خواهد بود. پس از سال 2016 جریمه مالیاتی هر ساله بر اساس تعدیل هزینه زندگی افزایش خواهد یافت.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد جریمه ها به CoveredCA.com مراجعه نمایید یا با دفتر خدمات اجتماعی شهرستان یا Covered California تماس حاصل نمایید.

14. من تمام اطلاعات مورد نیاز برای پاسخ دادن به سوالات تقاضانامه را ندارم. چه باید کرد؟

اگر تمام اطلاعات را ندارید، تقاضانامه را هر طور که هست امضا و ارسال نمایید. ما ظرف 10 تا 15 روز پس از دریافت تقاضانامه با شما تماس گرفته و شما را مطلع خواهیم کرد تا چه کاری انجام دهید. اگر جوابی از ما نیامد لطفاً با شماره ذیل با ما تماس بگیرید **1-800-921-8879** (TTY: 1-888-889-4500).

15. پس از اینکه تقاضای خود را ارسال کردم چه می شود؟

ما ظرف 45 روز نامه ای به شما ارسال می کنیم تا شما را از برنامه ای شما و افراد خانواده تان واجد شرایط آن هستید مطلع کنیم. اگر پاسخی از ما نرسید لطفاً با تلفن ذیل با ما تماس بگیرید **1-800-921-8879** (TTY: 1-888-889-4500).

دریافت کمک از طریق Covered California

(ادامه)

9. آیا می بایست هزینه اولین حق بیمه را با این تقاضانامه ارسال نمایم؟

خیر، اولین حق بیمه خود را با این تقاضانامه ارسال نکنید. طرح شما برای مبلغی که بدهکار می شوید برایتان یک صورتحساب خواهد فرستاد.

10. چگونه تقاضا کنم؟

شما می توانید از طریق Covered California به روش های ذیل تقاضای بیمه بهداشتی کنید:

- آنلاین: به سایت CoveredCA.com مراجعه نمایید. ما اطلاعات هر طرح بیمه بهداشتی را ارائه کرده ایم که با زبان ساده و روشن توضیح داده شده است.
- تلفنی: با شماره های **1-800-921-8879** (TTY: 1-888-889-4500) یا Covered California تماس حاصل نمایید. می توانید دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب و شنبه ها از 8 صبح تا 6 عصر تماس بگیرید. این تماس رایگان است!

- فکس: تقاضای خود را به این شماره **1-888-329-3700** فکس کنید.

- از طریق پست: تقاضانامه Covered California را به آدرس ذیل پست کنید

Covered California

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

- حضور: ما مشاوران ثبت نام مورد تایید یا مأموران بیمه مورد تایید را به کار گرفته ایم که می توانند به شما کمک کنند. یا می توانید به دفتر خدمات اجتماعی شهرستان خود مراجعه کنید. این کمک رایگان است! برای تهیه فهرست دفاتر نزدیک محل زندگی یا کارتان به سایت CoveredCA.com مراجعه یا با تلفن **1-800-921-8879** (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل نمایید.

11. من در حال حاضر در Medi-Cal ثبت نام شده ام. آیا می توانم از طریق Covered California بیمه بهداشتی دریافت کنم؟

اگر درآمد شما در طول سال یا با آغاز سال جدید تغییر کند، ممکن است واجد شرایط سایر بیمه های درمانی و همیاری حق بیمه از طریق Covered California شوید.

12. اگر در حال حاضر بیمه درمانی داشته باشم چه می شود؟

اگر در حال حاضر بیمه درمانی مقرون به صرفه از کارفرمای خود داشته باشید، نیاز به انجام هیچ کاری ندارید. اما باز هم می توانید تقاضای خود را ارائه دهید تا متوجه شوید شما یا اعضای خانواده تان واجد شرایط دریافت بیمه درمانی رایگان یا ارزان هستند یا خیر.

اگر تقاضا ارائه دادید حتماً ضمیمه B را تکمیل کرده و آن را با تقاضانامه خود ارسال نمایید.



دریافت کمک از طریق Covered California

(ادامه دارد)

16. آیا در مورد تقاضانامه یا انتخاب طرح می توانم از کسی کمک بگیرم؟

بله! این کمک رایگان است. مشاوران ثبت نام مورد تایید و مأمورین بیمه مورد تایید در سراسر ایالت قابل دسترسی هستند تا درباره گزینه های جدید بیمه بهداشتی به شما اطلاع رسانی کرده، در ارائه تقاضا به شما کمک کنند. شما همچنین می توانید با مراجعه به دفتر خدمات اجتماعی شهرستان خود از آن ها کمک بگیرید. شما می توانید به زبان های مختلفی کمک بگیرید.

درخواست کمک برای ارائه تقاضانامه یا برای انتخاب طرح:

- **آنلاین:** به سایت **CoveredCA.com** مراجعه نمایید. ما اطلاعات هر طرح بیمه بهداشتی را ارائه کرده ایم که با زبان ساده و روشن توضیح داده شده است.
- **تلفنی:** با Covered California به شماره **1-800-921-8879** (TTY: 1-888-889-4500) با تماس حاصل نمایید. می توانید از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب و شنبه ها از 8 صبح تا 6 عصر تماس بگیرید. این تماس رایگان است!

- **حضوری:** ما مشاوران ثبت نام مورد تایید یا مأموران بیمه مورد تایید را به کار گرفته ایم که می توانند به شما کمک کنند. یا می توانید به دفتر خدمات اجتماعی شهرستان خود مراجعه کنید. این کمک رایگان است! برای تهیه فهرست دفاتر نزدیک محل زندگی یا کارتان به سایت **CoveredCA.com** مراجعه یا با تلفن **1-800-921-8879** (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل نمایید.

17. چگونه می توانم یک طرح بیمه بهداشتی انتخاب نمایم؟

اگر واجد شرایط طرح های بیمه بهداشتی خصوصی از طریق Covered California باشید، می توانید به **CoveredCA.com** مراجعه کرده تا به راحتی طرح های بیمه بهداشتی را خریداری و مقایسه نمایید.

بروشورهای طرح بهداشتی Covered California نیز در دسترس شما قرار دارند. Covered California گزینه های طرح های بیمه بهداشتی و طرح های Medi-Cal را ارائه می کند. شما می توانید سطح پوششی که با نیازهای بهداشتی و بودجه شما بهترین هم خوانی را دارد انتخاب نمایید.

- شما می توانید هزینه ماهیانه بالاتری را بپردازید (که حق بیمه نامیده می شود) تا هنگام نیاز به خدمات بهداشتی هزینه کمتری را از جیب خود بپردازید.
- یا، می توانید هزینه ماهیانه کمتری را بپردازید اما هنگام نیاز به خدمات بهداشتی هزینه بیشتری را از جیب خود بپردازید.

اگر واجد شرایط Medi-Cal باشید پوشش و هزینه ها متفاوت خواهد بود و ممکن است حتی رایگان باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد طرح های موجود Medi-Cal در شهرستان شما با تلفن های **1-800-430-4263** (TTY: 1-800-430-7077) با Health Care Options تماس حاصل نمایید. یا به سایت ذیل مراجعه کنید

www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

همیاری مالی

18. من درآمد زیادی ندارم. چه طرح هایی وجود دارند تا بتوانم بیمه بهداشتی تهیه کنم؟

از اول ژانویه 2014 افرادی که به بیمه بهداشتی نیاز دارند می توانند به یکی از طرق ذیل کمک دریافت کنند:

A. همیاری حق بیمه ماهانه. برای مقرون به صرفه ساختن بیمه بهداشتی همیاری حق بیمه قابل دسترسی است. افرادی که واجد شرایط همیاری حق بیمه هستند می توانند این همیاری را پیش تر (قبل از ارسال مالیات) دریافت کنند تا حق بیمه ماهانه خود را کاهش دهند. یا می توانند همیاری را در پایان سال دریافت و کمتر مالیات بپردازند.

مبلغ همیاری برای حق بیمه ماهانه به تعداد خانوار و درآمد خانواده بستگی دارد.

B. Medi-Cal: Medi-Cal برنامه Medicaid کالیفرنیا است که با مالیات های فدرال و دولتی هزینه آن پرداخت می شود. بیمه بهداشتی است که برای ساکنان کم درآمد کالیفرنیا که شرایط معینی دارند تهیه شده است.

اگر درآمد شما و تعداد خانواده در محدوده Medi-Cal قرار دارد پوشش Medi-Cal را بدون هیچ هزینه ای دریافت خواهید کرد.

19. اگر درآمد من تغییر کند، آیا همیاری حق بیمه ام فوراً تغییر خواهد کرد؟

خیر، همیاری حق بیمه شما فوراً تغییر نخواهد کرد. ما هرگونه اطلاعات جدید که دریافت کنیم را بررسی خواهیم کرد. و در صورت تغییر مبلغ همیاری حق بیمه تان شما را مطلع خواهیم کرد.

20. اگر درآمد من تغییر کند، هنگامی که مالیات های خود را ارائه می کنم چه تأثیری خواهد داشت؟

گزارش تغییرات درآمد به Covered California که بر میزان همیاری حق بیمه (یا اعتبار مالیاتی) دریافتی تأثیر می گذارد کاملاً اهمیت دارد. اگر درآمد شما کاهش پیدا کرد، می توانید واجد شرایط دریافت همیاری حق بیمه بیشتری شده و هزینه هایی که شخصاً می پردازید را بیشتر کاهش دهید. با این حال، اگر درآمد شما افزایش پیدا کند، ممکن است همیاری حق بیمه دریافتی شما بیش از حد زیاد شده و لازم باشد تا هنگام ارسال مالیات ها برای مزایای سالانه مقداری از آن را بازگردانید.



همیاری مالی (ادامه)

26. آیا می توانم فوراً از بیمه بهداشتی Covered California جدیدم استفاده کنم؟

اگر بین اکتبر و دسامبر 2013 تقاضا نمایید، طرح های بهداشتی از اول ژانویه 2014 اقدام به ارائه خدمات خواهند نمود. اگر پس از اول ژانویه 2014 تقاضای خود را ارائه کنید، طرح بهداشتی شما از ماه بعد خدمات خود را ارائه خواهد داد.

27. "معلومات" به چه معناست؟

شما با وجود داشتن معلومات می توانید واجد شرایط Medi-Cal باشید، اگر:

- ناشنوا بوده یا ناشنوائی شدید داشته باشید.
 - نابینا بوده یا کم بینائی شدید داشته باشید، حتی با استفاده از عینک.
 - معلومات ذهنی یا ادراکی داشته و در به یادآوری، تمرکز یا تصمیم گیری مشکل داشته باشید.
 - مشکل حرکتی داشته و در پیاده روی یا بالا رفتن از پله ها مشکل داشته باشید.
 - در استحمام، لباس پوشیدن، یا انجام امور روزانه مشکل داشته باشید.
 - عارضه جسمی، ذهنی، یا احساسی داشته و در انجام کارها (مانند خرید یا مراجعه به مطب دکتر) بدون کمک گرفتن مشکل داشته باشید.
- شما نیازی به دریافت خدمات همیاری ویژه در منزل یا زندگی در هرگونه مراکز پرستاری یا مراکز همیاری زندگی ندارید.

28. من یک عارضه با معلومات از قبل دارم. آیا می توانم از طریق Covered California بیمه بهداشتی دریافت کنم؟

بله، شما می توانید بدون در نظر گرفتن عوارض بهداشتی یا معلومات فعلی یا پیشین بیمه بهداشتی دریافت نمایید.

با آغاز سال 2014، اکثر طرح های بیمه بهداشتی نمی توانند به علت عارضه یا معلومات قبلی از تحت پوشش قرار دادن شما اجتناب کرده یا هزینه بیشتری از شما دریافت کنند.

29. من تازه متوجه شده ام که باردار هستم. آیا می توانم تقاضای بیمه بهداشتی کنم که در دوران بارداری مرا تحت پوشش قرار دهد؟

بله. حتماً به سؤال "آیا باردار هستید؟" در تقاضانامه پاسخ بده یا به شخصی که به شما در تکمیل فرم کمک می کند بگویید. شما می توانید تقاضای بیمه ای را کنید که مراقبت های پیش از تولد، تولد و زایمان، و پس از زایمان را تحت پوشش قرار دهد. طرح های بیمه بهداشتی در صورت باردار بودن شما دیگر نمی توانند شما را رد کنند.

21. اگر سال گذشته مالیات خود را ارسال نکرده باشم چه می شود؟

اگر سال گذشته مالیات های خود را ارسال نکرده باشید باز هم می توانید متقاضی دریافت بیمه درمانی شوید و همیاری حق بیمه دریافت نمایید. ما از درآمد شما برای پرداخت کردن بیمه درمانی استفاده می کنیم که به بهترین شکل برای خانواده شما مقرون به صرفه باشد.

اگر واجد شرایط دریافت همیاری حق بیمه باشید، باید مالیات های خود برای مزایای سالانه را ثبت نمایید.

22. اگر درآمد من پس از ارسال تقاضا تغییر کند چه می شود؟

اگر درآمد شما تغییر کرد، نوع بیمه بهداشتی که واجد آن می شوید هم ممکن است تغییر کند.

اگر از طریق Covered California دارای بیمه بهداشتی خصوصی می باشید، ظرف 30 روز با ما تماس بگیرید تا تغییرات درآمدتان را که ممکن است بر صلاحیت شما تأثیر بگذارد به ما گزارش دهید.

اگر Medi-Cal دارید و درآمد شما تغییر کرد، ظرف 10 روز با دفتر خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید.

سوالات دیگر

23. آیا تمام افراد قید شده در تقاضانامه باید شهروند یا بومی ایالات متحده باشند؟

خیر. اگر شهروند یا بومی ایالات متحده نیز نباشید باز هم می توانید واجد شرایط دریافت بیمه بهداشتی از طریق Medi-Cal باشید.

24. آیا من و خانواده ام واجد یک طرح یکسان می شویم؟

وابسته به تعداد خانوار و درآمد خانوادگی، شما و خانواده تان ممکن است واجد شرایط برنامه های مختلف شوید. برای مثال، ممکن است شما واجد شرایط بیمه بهداشتی خصوصی مقرون به صرفه از طریق Covered California شوید. با این حال، فرزند شما واجد شرایط Medi-Cal رایگان شود. ما شما را از بیمه بهداشتی که شما و سایر اعضا واجد آن می شوید مطلع خواهیم کرد.

25. این تقاضانامه اطلاعات شخصی بسیاری را درخواست می کند. آیا Covered California اطلاعات شخصی و مالی ام را با دیگران به اشتراک می گذارد؟

خیر. اطلاعاتی که شما ارائه می کنید طبق قوانین فدرال و دولتی محفوظ و ایمن می ماند. ما از اطلاعات شما برای بررسی صلاحیت شما برای بیمه بهداشتی استفاده می کنیم.

سایر سؤال ها (ادامه)

30. من تازه یک فرزند به دنیا آورده ام. در مورد بیمه بهداشتی چه کاری باید انجام دهم؟

اگر شما در زمان زایمان Medi-Cal یا Access for Infants and Mothers (AIM) نداشته اید، این تقاضانامه را برای فرزند جدیدتان تکمیل نمایید.

اگر در طول مدت بارداری Medi-Cal یا Access for Infants and Mothers (AIM) داشته اید نیازی به پر کردن این تقاضانامه نیست.

اطلاعات مادر در صفحه 2 این تقاضانامه را قید کنید.

اگر Medi-Cal داشته اید، با دفتر خدمات اجتماعی شهرستان تماس بگیرید تا مطمئن شوید کودکان از زمان تولد تحت پوشش قرار گرفته، یا یک فرم ارجاعی برای تازه متولد تکمیل نمایید. فرم را از آدرس ذیل دریافت و چاپ نمایید: www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/mc330.pdf

اگر AIM داشته اید، برای ثبت نام کودکان با تلفن 1-800-433-2611 تماس گرفته یا به سایت aim.ca.gov مراجعه کنید.

31. اگر شهروند نبوده یا وضعیت مهاجرتی رضایت بخش نداشته باشم، آیا می توانم واجد شرایط دریافت بیمه بهداشتی باشم؟

هر کسی که در کالیفرنیا زندگی می کند می تواند با استفاده از این تقاضانامه برای دریافت بیمه بهداشتی اقدام کند. تنها افرادی که متقاضی هستند باید شماره تأمین اجتماعی یا سوشیال سکوریته یا اطلاعات وضعیت مهاجرتی خود را قید کنند.

اما می توانید بدون در نظر گرفتن وضعیت مهاجرتی و حتی بدون داشتن شماره سوشیال سکوریته واجد شرایط برنامه های خاصی در بیمه بهداشتی باشید.

ما اطلاعات شما را محفوظ نگاه داشته و صرفاً برای بررسی برنامه ای که واجد شرایط آن هستید با ادارات دولتی به اشتراک می گذاریم.

32. آیا در زمان تولد 18 سالگی تحت الکفاله بوده اید؟

اگر در زمانی که 18 سالتان کامل شد در هر کدام از ایالات، تحت الکفاله بوده و Medicaid داشته اید و اکنون بین 18 تا 26 سال سن دارید، می توانید واجد شرایط Medi-Cal باشید. پس از اینکه ما بررسی کنیم که آیا ساکن کالیفرنیا هستید یا خیر، شما را به صورت رایگان در Medi-Cal ثبت نام می کنیم. سپس بررسی می کنیم که آیا تحت الکفاله بوده و Medicaid داشته اید یا خیر.

33. پرداخت یکجا شامل چه مواردی می شود؟

پرداخت یکجا تنها برای برنده شدن در شرط بندی، جوایز، لغو دیون، حقوق یا دستمزد از کارفرمای متوفی که توسط همسر وی دریافت می شود، تأمین اجتماعی یا سوشیال سکوریته معوقه و مزایای بازنشستگی راه آهن، برنده شدن در لاتاری، هدایا، و مزایای معوقه بیمه بیکاری مجاز می باشد.

34. "شغل آزاد" به چه معناست؟

افرادی که شغل آزاد دارند خرج خود را مستقیماً از کار و کسب یا خدمات خود دریافت می کنند. آن ها از شرکتی که به آن ها مبلغی را پرداخت کند پولی نمی گیرند.

35. از کجا می توانم در مورد ثبت نام برای رای دادن اطلاعات کسب کنم؟

اگر در جایی که اکنون زندگی می کنید برای رای دادن ثبت نام نشده اید و مایلید همین امروز برای رای دادن ثبت نام کنید، لطفاً به سایت registertovote.ca.gov مراجعه و یا با تلفن ذیل تماس حاصل نمایید. 1-800-345-VOTE (8683)

36. من سرخ پوست یا بومی آلاسکا هستم. Covered California چگونه می تواند به من کمک کند؟

اگر شما سرخ پوست و یا بومی آلاسکا هستید که از نظر فدرال به رسمیت شناخته می شوید، یا به طرز دیگری واجد شرایط دریافت خدمات Indian Health Services، برنامه های بهداشتی قبیله ای، یا برنامه های بهداشتی شهری سرخ پوستی هستید، می توانید واجد شرایط دریافت Medi-Cal رایگان یا ارزان باشید. یا می توانید واجد شرایط سایر موارد صرفه جویی در هزینه ها، مانند حق بیمه دارای همیاری یا عدم پرداخت مشترک، باشید. همچنین می توانید زمان های ثبت نام ماهانه خاصی داشته باشید.

- ضمیمه A را کامل کرده و آن را با مدارک دال بر سرخ پوست یا بومی آلاسکا بودن ارسال نمایید. شما می توانید از کارت ثبت نام قبیله ای یا گواهی مدرک خون سرخ پوستی (CDIB) از مرکز امور سرخ پوستان استفاده نمایید.
- اگر واجد شرایط دریافت Medi-Cal باشید، نیازی به ارسال مدارک دال بر سرخ پوستی یا بومی آلاسکا بودن ندارید. برای اینکه ببینید آیا واجد شرایط دریافت Medi-Cal هستید یا خیر به ضمیمه F مراجعه کنید.

37. اگر با تصمیم اتخاذ شده از سوی Covered California موافقت نکنم چه می شود؟

می توانید تقاضای فرجام کنید. برای فرجام خواهی در مورد تصمیمی که با آن موافق نیستید به یکی از روش های ذیل با Covered California تماس حاصل نمایید:

- آنلاین: به سایت CoveredCA.com مراجعه نمایید.
- تلفنی: با شماره های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل نمایید. می توانید از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب و شنبه ها از 8 صبح تا 6 عصر تماس بگیرید. این تماس رایگان است!
- فکس: تقاضای خود را به این شماره 1-888-329-3700 فکس کنید.
- از طریق پست: تقاضانامه Covered California - را به آدرس ذیل پست کنید
P.O. box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
- حضوری: ما مشاوران ثبت نام مورد تایید یا مأموران بیمه مورد تایید را به کار گرفته ایم که می توانند به شما کمک کنند. یا می توانید به دفتر خدمات اجتماعی شهرستان خود مراجعه کنید.

این کمک رایگان است! برای تهیه فهرست مشاوران ثبت نام مورد تایید یا مأموران بیمه مورد تایید یا دفاتر خدمات اجتماعی شهرستان در نزدیکی محل زندگی یا کارتان به سایت CoveredCA.com مراجعه یا با تلفن 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل نمایید.



کمک مضاعف نیز وجود دارد

CalFresh



آیا برای خرید غذا برای خود یا خانواده تان به کمک نیاز دارید؟ شاید CalFresh بتواند کمک کند!

در کالیفرنیا برنامه همیاری تکمیلی غذا (SNAP) با نام CalFresh شناخته می شود. CalFresh به شما کمک می کند تا هزینه میوه، سبزیجات و سایر غذاهای سالم را بپردازید.

برای اینکه ببینید واجد شرایط CalFresh هستید یا خیر، با تلفن 1-877-847-3663 تماس گرفته یا به سایت www.calfresh.ca.gov مراجعه نموده یا به صورت آنلاین در benefitscal.org تقاضای خود را ارائه نمایید.

Welltopia (شهر تندرستی) توسط DHCS



از Welltopia که توسط سازمان خدمات مراقبت بهداشتی راه اندازی شده است در Facebook و توئیتر بازدید کنید. برای کاهش استرس، خوردن غذاهای سالم تر، لذت بردن از فعالیت فیزیکی، ترک دخانیات، و بیشتر ... نکات جالبی را خواهید دید.

Welltopia (شهر تندرستی) توسط DHCS دارای:

- نرم افزارهای رایگان و جالب سلامتی
- ویدئوهای جالب
- پیوند با:
 - دستورهای غذایی خوشمزه و آسان
 - محل های بازار کشاورزان
 - CalFresh
- محل های جالب و تفریحاتی برای شما و فرزندانتان
- تحصیلات، تعیین شغل، و سایر خدمات برای بهتر کردن زندگی تان

Welltopia توسط DHCS را در Facebook "پسندید!"
به آدرس ذیل بروید: facebook.com/DHCSWelltopia



ما را دنبال کنید! در @WelltopiaDHCS



اعتبار مالیاتی درآمد کسب شده (EITC)

EITC برای افرادی که درآمد کم تا متوسط دارند یک اعانه می باشد. این اعتبار مالیاتی میزان مالیاتی را که بدهکار هستید کاهش داده و می تواند منجر به استرداد آن شود.

www.eitc.ca.gov

اعتبار مالیاتی کودک

این اعتبار مالیاتی بسته به درآمد شما می تواند تا مبلغ 1000 دلار برای هر کودک واجد شرایط ارزش داشته باشد.

www.childtaxcredit.ca.gov



درخواست کمک به سایر زبان ها

می توانید در مورد این تقاضانامه به زبان های دیگر نیز تقاضای کمک کنید. با تلفن 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

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 ձեր 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

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះ៖
ពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។
សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

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

ARABIC



CoveredCA ما را دنبال کنید! در



Covered California را در Facebook "بیسندید!"
به آدرس ذیل بروید: Facebook.com/CoveredCA

