

Заявление на частное медицинское страхование

**ПОДАЙТЕ
ЗАЯВЛЕНИЕ СЕЙЧАС
ЧЕРЕЗ COVERED
CALIFORNIA™**

Здесь Вы можете получить доступное медицинское страхование

См. внутреннюю сторону

Что необходимо знать	1
Заявление	2-13
Приложения А-С	14-18
Часто задаваемые вопросы	19-22



Covered California—место, где любое лицо и любая семья может получить доступное медицинское страхование.

Covered California™ в штате Калифорния помогает Вам и Вашей семье получить медицинское страхование.

Наличие медицинского страхования позволяет Вам сохранять спокойствие и хорошее здоровье. Имея медицинское страхование, Вы можете быть уверены, что Вы и Ваша семья будет получать необходимые медицинские услуги.

Используйте это заявление на частное медицинское страхование, чтобы узнать, какие варианты медицинского страхования предлагаются Вам через Covered California.

➔ Вы можете использовать это заявление, чтобы найти доступное медицинское страхование для любого члена Вашей семьи, даже если у Вас или у них уже есть медицинское страхование.

Если Вы полагаете, что Вы можете соответствовать требованиям для (1) бесплатного или доступного медицинского страхования, например Medi-Cal, (2) доступного медицинского страхования для беременных женщин через программу «Access for Infants and Mothers» (AIM), или (3) получения помощи в оплате медицинского страхования, Вы должны использовать другое заявление, которое называется «Заявление на медицинское страхование». Вы можете получить печатную версию заявления или подать заявление онлайн на вебсайте CoveredCA.com.

Вы можете получить это заявление на других языках

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

Позвоните по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный.

Позвоните по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00.
Или посетите вебсайт: CoveredCA.com



Что необходимо знать

Что необходимо знать при подаче заявления

- ➔ Номера социального страхования для подателей заявления, являющихся гражданами США, или данные документов иммигрантов с удовлетворительным иммиграционным статусом, нуждающихся в медицинском страховании. Подтверждение гражданства или иммиграционного статуса требуется только для подателей заявления.
- ➔ **В соответствии с требованиями законодательства, вся информация является строго конфиденциальной.** Мы используем Вашу информацию только для определения соответствия требованиям для получения медицинского страхования.
- ➔ Семьи, в составе которых есть иммигранты, могут подавать заявление. Вы можете подать заявление на Вашего ребенка, даже если Вы не соответствуете требованиям для получения медицинского страхования. Подача заявления на Вашего соответствующего требованиям ребенка не окажет влияния на Ваш иммиграционный статус или получение статуса постоянного жителя или гражданина США.
- ➔ Если Вы являетесь представителем признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски и получаете услуги через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах, Вы, тем не менее, можете соответствовать требованиям для получения медицинского страхования через Covered California.

Подайте заявление быстрее онлайн

Подайте заявление онлайн на вебсайте [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com). Это безопасно и быстро— и Вы получите результаты быстрее!

После заполнения заявления

Отправьте заполненное и подписанное заявление по почте по адресу:

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

- ➔ **Если у Вас нет всей необходимой информации, мы рекомендуем Вам, тем не менее, подписать и отправить заявление.** Мы можем позвонить Вам, чтобы помочь Вам завершить процесс заполнения заявления.
- ➔ **Не отправляйте оплату за регистрацию в плане медицинского страхования с этим заявлением.** Вы получите счет от Вашего плана медицинского страхования с указанием суммы, которую Вы должны заплатить.

Получите помощь в заполнении этого заявления

Мы всегда рады и готовы помочь Вам! Вы можете получить помощь бесплатно.

- **Онлайн:** [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com)
- **По телефону:** Позвоните в наш Центр обслуживания клиентов по номеру **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00.
- **Лично:** У нас работают специально обученные Сертифицированные консультанты по регистрации в плане медицинского страхования и Сертифицированные агенты по медицинскому страхованию, которые могут Вам помочь. Чтобы ознакомиться со списком Сертифицированных консультантов по регистрации в плане медицинского страхования и Сертифицированных агентов, работающих по Вашему месту жительства или работы, или чтобы ознакомиться со списком ближайших офисов социальных служб округа, посетите вебсайт [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com) или позвоните по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Эта помощь предоставляется бесплатно!
- Если у Вас ограниченные физические возможности или какие-либо иные особые потребности, мы можем оказать Вам помощь в заполнении этого заявления бесплатно. Вы можете лично обратиться в местный офис социальных служб Вашего округа или позвонить в наш Отдел обслуживания клиентов по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).



Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).

Начните заполнение заявления здесь (используйте только синие или черные чернила)

Этап 1:

Расскажите нам о совершеннолетнем лице, являющимся нашим основным контактным лицом по этому заявлению

Имя Среднее имя Фамилия Суффикс (например: ст., мл., III, IV)

Домашний адрес Квартира №

Город (домашний адрес) Штат Почтовый индекс Округ

Отметьте здесь, если у Вас нет домашнего адреса. Вы должны указать Ваш почтовый адрес ниже.

Отметьте здесь, если Ваш почтовый адрес идентичен Вашему домашнему адресу.
Если адреса не являются идентичными, Вы должны указать Ваш почтовый адрес ниже:

Почтовый адрес или п/я (если отличается от домашнего адреса) Квартира №

Город (почтовый адрес) Штат Почтовый индекс Округ

Наиболее удобный номер телефона для связи
 Домашний Сотовый Рабочий
Номер: () —

Наиболее удобный номер телефона для связи
 Домашний Сотовый Рабочий
Номер: () —

На каком языке нам следует адресовать Вам корреспонденцию? На каком языке нам следует разговаривать при личном общении с Вами?

Каким образом Вы хотели бы получать информацию относительно этого заявления?
 По телефону По почте По электронной почте Электронный адрес: _____

Хотите ли Вы подать заявление на получение помощи в оплате медицинского страхования для себя или членов Вашей семьи?
 Да **Если да**, Вам нужно подать другое заявление. Посетите вебсайт **CoveredCA.com**, где Вы можете подать заявление, чтобы узнать, для каких вариантов медицинского страхования Вы соответствуете требованиям.
 Нет **Если нет**, продолжайте заполнять это заявление.

Этап 2

Расскажите нам о себе и Вашей семье

Заполните данные для Этапа 2 на каждого члена Вашей семьи, которому необходимо медицинское страхование. **Начните с себя!**

- Чтобы подать это заявление на более чем четырех человек, **сделайте копии страниц 4 и 5** для каждого дополнительного лица.
 - В соответствии с требованиями законодательства, вся информация является строго конфиденциальной. Мы используем персональные данные только для определения соответствия требованиям для получения медицинского страхования. Вам не нужно указывать иммиграционный статус или номер социального страхования (SSN) членов Вашей семьи, не подающих заявление на медицинское страхование.
 - Даже если у членов Вашей семьи сейчас есть медицинское страхование, Вы можете найти лучшее медицинское страхование по более низким ценам через Covered California.
- ★ Все другие лица, проживающие с Вами—например, парень, девушка или сосед (-ка) по комнате—должны подать **отдельное** заявление, если они хотят получить медицинское страхование.

Этап 2 продолжение на следующей странице 

Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



Этап 2:

Лицо 1 *Расскажите нам о себе.*

Имя _____ Среднее имя _____ Фамилия _____ Суффикс (например: ст., мл., III, IV) _____ Степень родства с Вами **Я сам (-а)**

Ваш пол: Мужской Женский

Дата рождения (месяц / день / год): _____

Подача заявления на медицинское страхование *Даже если сейчас у Вас есть медицинское страхование, Вы можете найти лучшее медицинское страхование или более низкие цены.*

► Подаете ли Вы заявление на медицинское страхование для себя?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже. Нет **Если нет**, перейдите к следующей странице.

★ Номер социального страхования (SSN)

____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Если у Вас **нет** номера социального страхования (SSN), какова причина его отсутствия?

Идентификационный номер налогоплательщика для усыновляемого ребенка (ATIN)

Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN)

Исключение по религиозным причинам Я не соответствую требованиям для получения номера социального страхования (SSN)

★ Мы используем номера социального страхования (SSN) для проверки статуса гражданства и другой информации. Вы должны указать номер социального страхования (SSN), если Вы (или член Вашей семьи) хотите подать заявление на медицинское страхование.

Если кто-либо из подателей заявления не имеет номера SSN и нуждается в помощи с его получением, позвоните по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500) или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

Является ли это лицо гражданином США? Да Нет

Если это лицо **не** является гражданином США, ответьте на следующие вопросы:

Является ли иммиграционный статус этого лица удовлетворительным? Да **Чтобы проверить, является ли статус этого лица удовлетворительным, перейдите к Приложению В на странице 15. В нем приведен соответствующий список. Затем укажите данные иммиграционного документа ниже. В большинстве случаев ID-номером документа является Ваш Регистрационный номер иностранного лица, проживающего на территории США (Alien Registration Number).**

Тип документа: _____ ID-номер: _____

Страна выдачи: _____ Дата истечения срока действия: _____

Имя, как указано в документе: _____

Проживает ли это лицо в США с 1996 года? Да Нет

Являетесь ли Вы, Ваш (-а) супруг (-а) или неженатый сын/незамужняя дочь на Вашем иждивении уволенным в запас ветераном или военнослужащим, состоящим на военной службе в Вооруженных силах США? Да Нет

► Если Вы хотите выбрать план медицинского страхования сейчас, отметьте здесь и заполните Приложение С на страницах 16-18.

Расскажите нам о Вашей расовой принадлежности *Эта информация является конфиденциальной и используется только для обеспечения всеобщего доступа к медицинскому страхованию. Она не используется для определения типа медицинского страхования, для которого Вы соответствуете требованиям.*

Какова Ваша расовая принадлежность? (не обязательно; отметьте все подходящие ответы)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Белая раса | <input type="checkbox"/> Индусская национальность | <input type="checkbox"/> Японская национальность | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гуама или национальность народности чаморро |
| <input type="checkbox"/> Негроидная раса или афроамериканское происхождение | <input type="checkbox"/> Камбоджийская национальность | <input type="checkbox"/> Корейская национальность | <input type="checkbox"/> Самоанское происхождение |
| <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Китайская национальность | <input type="checkbox"/> Лаосская национальность | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| | <input type="checkbox"/> Филиппинская национальность | <input type="checkbox"/> Лаосская национальность | |
| | <input type="checkbox"/> Национальность народности хмонг | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов | |

Являетесь ли Вы лицом латиноамериканского или испанского происхождения? (не обязательно) Да Нет

Если да, отметьте соответствующий вариант:

- Мексиканское происхождение, американец мексиканского происхождения, чикано
- Сальвадорское происхождение
- Гватемальское происхождение
- Кубинское происхождение
- Пуэрториканское происхождение
- Другое латиноамериканское или испанское происхождение: _____

★ Отметьте здесь, если Вы являетесь представителем племени американских индейцев или коренных жителей Аляски, и заполните Приложение А на странице 14.



Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

Этап 2:

Лицо 2 Расскажите нам о следующем лице, которому необходимо медицинское страхование.

Даже если у этого лица сейчас есть медицинское страхование, Вы можете найти лучшее медицинское страхование по более низким ценам.

Если в этом заявлении указано более четырех человек, сделайте копии страниц 4 и 5 для каждого дополнительного лица.

Имя	Среднее имя	Фамилия	Суффикс (например: ст., мл., III, IV)	Степень родства с Вами
Пол этого лица: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		Дата рождения (месяц / день / год):		
<input type="checkbox"/> Отметьте здесь, если домашний адрес этого лица идентичен домашнему адресу основного контактного лица. <i>Если адреса не являются идентичными</i> , Вы должны указать домашний адрес этого лица ниже:				
Домашний адрес				Квартира №
Город (домашний адрес)		Штат	Почтовый индекс	Округ
<input type="checkbox"/> Отметьте здесь, если у этого лица нет домашнего адреса. Вы должны указать почтовый адрес ниже.				
<input type="checkbox"/> Отметьте здесь, если почтовый адрес этого лица идентичен почтовому адресу основного контактного лица. <i>Если адреса не являются идентичными</i> , Вы должны указать почтовый адрес этого лица ниже:				
Почтовый адрес или п/я (если отличается от домашнего адреса)				Квартира №
Город (почтовый адрес)		Штат	Почтовый индекс	Округ
Наиболее удобный номер телефона для связи <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий		Наиболее удобный номер телефона для связи <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий		
Номер: () —		Номер: () —		
Электронный адрес:				
На каком языке нам следует адресовать корреспонденцию этому лицу?		На каком языке нам следует разговаривать при личном общении с этим лицом?		

Подача заявления на медицинское страхование *Даже если сейчас у этого лица есть медицинское страхование, Вы можете найти лучшее медицинское страхование или более низкие цены.*

- Подает ли это лицо заявление на медицинское страхование?
 Да *Если да*, ответьте на вопросы ниже. Нет *Если нет*, перейдите к странице 6.

★ Номер социального страхования (SSN)

_____ - _____ - _____

Если у этого лица нет номера социального страхования (SSN), какова причина его отсутствия?

- Идентификационный номер налогоплательщика для усыновляемого ребенка (ATIN)

 Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN)

 Исключение по религиозным причинам Это лицо не соответствует требованиям для получения номера социального страхования (SSN)

Лицо 2 продолжение на следующей странице 

**Нужна
помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



Этап 2:

Лицо 2 (продолжение)

Является ли это лицо гражданином США? Да Нет

Если это лицо **не** является гражданином США, ответьте на следующие вопросы:

Является ли иммиграционный статус этого лица удовлетворительным? Да **Чтобы проверить, является ли статус этого лица удовлетворительным, перейдите к Приложению E на странице 27. В нем приведен соответствующий список. Затем укажите данные иммиграционного документа ниже. В большинстве случаев ID-номером документа является Ваш Регистрационный номер иностранного лица, проживающего на территории США (Alien Registration Number).**

Тип документа: _____ ID-номер: _____

Страна выдачи: _____ Дата истечения срока действия: _____

Имя, как указано в документе: _____

Проживает ли это лицо в США с 1996 года? Да Нет

Является ли это лицо, супруг (-а) этого лица или его/ее неженатый сын/незамужняя дочь на его/ее иждивении уволенным в запас ветераном или военнослужащим, состоящим на военной службе в вооруженных силах США? Да Нет

► Если это лицо хочет выбрать план медицинского страхования сейчас, отметьте здесь и заполните Приложение С на страницах 16-18.

Расскажите нам о расовой принадлежности этого лица Эта информация является конфиденциальной и используется только для обеспечения всеобщего доступа к медицинскому страхованию. Она не используется для определения типа медицинского страхования, для которого Вы соответствуете требованиям.

Какова расовая принадлежность этого лица? (не обязательно; отметьте все подходящие ответы)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Белая раса | <input type="checkbox"/> Индусская национальность | <input type="checkbox"/> Японская национальность | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гуама или национальность народности чаморро |
| <input type="checkbox"/> Негроидная раса или афроамериканское происхождение | <input type="checkbox"/> Камбоджийская национальность | <input type="checkbox"/> Корейская национальность | <input type="checkbox"/> Самоанское происхождение |
| <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Китайская национальность | <input type="checkbox"/> Лаосская национальность | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| | <input type="checkbox"/> Филиппинская национальность | <input type="checkbox"/> Вьетнамская национальность | |
| | <input type="checkbox"/> Национальность народности хмонг | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов | |

Являетесь ли Вы лицом латиноамериканского или испанского происхождения? (не обязательно) Да Нет

Если да, отметьте соответствующий вариант:

- Мексиканское происхождение, американец мексиканского происхождения, чикано
- Сальвадорское происхождение
- Гватемальское происхождение
- Кубинское происхождение
- Пуэрториканское происхождение
- Другое латиноамериканское или испанское происхождение: _____

★ Отметьте здесь, если Вы являетесь представителем племени американских индейцев или коренных жителей Аляски, и заполните Приложение А на странице 14.



Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

Этап 2:

Лицо 3 Расскажите нам о **следующем** лице, которому необходимо медицинское страхование.

Имя _____ Среднее имя _____ Фамилия _____ Суффикс (например: ст., мл., III, IV) _____ Степень родства с Вами _____

Пол этого лица: Мужской Женский _____ Дата рождения (месяц / день / год): _____

Отметьте здесь, если домашний адрес этого лица идентичен домашнему адресу основного контактного лица.
Если адреса не являются идентичными, Вы должны указать домашний адрес этого лица ниже:

Домашний адрес _____ Квартира № _____

Город (домашний адрес) _____ Штат _____ Почтовый индекс _____ Округ _____

Отметьте здесь, если у этого лица нет домашнего адреса. Вы должны указать почтовый адрес ниже.

Отметьте здесь, если почтовый адрес этого лица идентичен почтовому адресу основного контактного лица.
Если адреса не являются идентичными, Вы должны указать почтовый адрес этого лица ниже:

Почтовый адрес или п/я (если отличается от домашнего адреса) _____ Квартира № _____

Город (почтовый адрес) _____ Штат _____ Почтовый индекс _____ Округ _____

Наиболее удобный номер телефона для связи _____

Домашний Сотовый Рабочий _____

Номер: () — _____

Наиболее удобный номер телефона для связи _____

Домашний Сотовый Рабочий _____

Номер: () — _____

Электронный адрес: _____

На каком языке нам следует адресовать корреспонденцию этому лицу? _____ На каком языке нам следует разговаривать при личном общении с этим лицом? _____

Подача заявления на медицинское страхование *Даже если сейчас у этого лица есть медицинское страхование, Вы можете найти лучшее медицинское страхование или более низкие цены.*

► Подает ли это лицо заявление на медицинское страхование?
 Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже. Нет **Если нет**, перейдите к странице 8.

★ Номер социального страхования (SSN)

_____ - _____ - _____ - _____ - _____

Если у этого лица нет номера социального страхования (SSN), какова причина его отсутствия?

- Идентификационный номер налогоплательщика для усыновляемого ребенка (ATIN) _____
- Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN) _____
- Исключение по религиозным причинам Это лицо не соответствует требованиям для получения номера социального страхования (SSN)

Лицо 3 продолжение на следующей странице 

**Нужна
помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



Этап 2:

Лицо 3 (продолжение)

Является ли это лицо гражданином США? Да Нет

Если это лицо **не** является гражданином США, ответьте на следующие вопросы:

Является ли иммиграционный статус этого лица удовлетворительным? Да **Чтобы проверить, является ли статус этого лица удовлетворительным, перейдите к Приложению E на странице 27. В нем приведен соответствующий список. Затем укажите данные иммиграционного документа ниже. В большинстве случаев ID-номером документа является Ваш Регистрационный номер иностранного лица, проживающего на территории США (Alien Registration Number).**

Тип документа: _____ ID-номер: _____

Страна выдачи: _____ Дата истечения срока действия: _____

Имя, как указано в документе: _____

Проживает ли это лицо в США с 1996 года? Да Нет

Является ли это лицо, супруг (-а) этого лица или его/ее неженатый сын/незамужняя дочь на его/ее иждивении уволенным в запас ветераном или военнослужащим, состоящим на военной службе в вооруженных силах США? Да Нет

► Если это лицо хочет выбрать план медицинского страхования сейчас, отметьте здесь и заполните Приложение С на страницах 16-18.

Расскажите нам о расовой принадлежности этого лица Эта информация является конфиденциальной и используется только для обеспечения всеобщего доступа к медицинскому страхованию. Она не используется для определения типа медицинского страхования, для которого Вы соответствуете требованиям.

Какова расовая принадлежность этого лица? (не обязательно; отметьте все подходящие ответы)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Белая раса | <input type="checkbox"/> Индусская национальность | <input type="checkbox"/> Японская национальность | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гуама или национальность народности чаморро |
| <input type="checkbox"/> Негроидная раса или афроамериканское происхождение | <input type="checkbox"/> Камбоджийская национальность | <input type="checkbox"/> Корейская национальность | <input type="checkbox"/> Самоанское происхождение |
| <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Китайская национальность | <input type="checkbox"/> Лаосская национальность | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| | <input type="checkbox"/> Филиппинская национальность | <input type="checkbox"/> Вьетнамская национальность | |
| | <input type="checkbox"/> Национальность народности хмонг | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов | |

Являетесь ли Вы лицом латиноамериканского или испанского происхождения? (не обязательно) Да Нет

Если да, отметьте соответствующий вариант:

- Мексиканское происхождение, американец мексиканского происхождения, чикано
- Сальвадорское происхождение
- Гватемальское происхождение
- Кубинское происхождение
- Пуэрториканское происхождение
- Другое латиноамериканское или испанское происхождение: _____

★ Отметьте здесь, если Вы являетесь представителем племени американских индейцев или коренных жителей Аляски, и заполните Приложение А на странице 14.



Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

Этап 2:

Лицо 4 Расскажите нам о **следующем** лице, которому необходимо медицинское страхование.

Имя _____ Среднее имя _____ Фамилия _____ Суффикс (например: ст., мл., III, IV) _____ Степень родства с Вами _____

Пол этого лица: Мужской Женский _____ Дата рождения (месяц / день / год): _____

Отметьте здесь, если домашний адрес этого лица идентичен домашнему адресу основного контактного лица.

Если адреса не являются идентичными, Вы должны указать домашний адрес этого лица ниже:

Домашний адрес _____ Квартира № _____

Город (домашний адрес) _____ Штат _____ Почтовый индекс _____ Округ _____

Отметьте здесь, если у этого лица нет домашнего адреса. Вы должны указать почтовый адрес ниже.

Отметьте здесь, если почтовый адрес этого лица идентичен почтовому адресу основного контактного лица.

Если адреса не являются идентичными, Вы должны указать почтовый адрес этого лица ниже:

Почтовый адрес или п/я (если отличается от домашнего адреса) _____ Квартира № _____

Город (почтовый адрес) _____ Штат _____ Почтовый индекс _____ Округ _____

Наиболее удобный номер телефона для связи

Домашний Сотовый Рабочий

Номер: () —

Наиболее удобный номер телефона для связи

Домашний Сотовый Рабочий

Номер: () —

Электронный адрес: _____

На каком языке нам следует адресовать корреспонденцию этому лицу?

На каком языке нам следует разговаривать при личном общении с этим лицом?

Подача заявления на медицинское страхование *Даже если сейчас у этого лица есть медицинское страхование, Вы можете найти лучшее медицинское страхование или более низкие цены.*

► Подает ли это лицо заявление на медицинское страхование?

Да *Если да*, ответьте на вопросы ниже. Нет *Если нет*, перейдите к странице 10.

★ Номер социального страхования (SSN)

_____ - _____ - _____ - _____

Если у этого лица нет номера социального страхования (SSN), какова причина его отсутствия?

Идентификационный номер налогоплательщика для усыновляемого ребенка (ATIN)

Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN)

Исключение по религиозным причинам Это лицо не соответствует требованиям для получения номера социального страхования (SSN)

Лицо 4 продолжение на следующей странице 

**Нужна
помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



Этап 2:

Лицо 4 (продолжение)

Является ли это лицо гражданином США? Да Нет

Если это лицо **не** является гражданином США, ответьте на следующие вопросы:

Является ли иммиграционный статус этого лица удовлетворительным? Да **Чтобы проверить, является ли статус этого лица удовлетворительным, перейдите к Приложению E на странице 27. В нем приведен соответствующий список. Затем укажите данные иммиграционного документа ниже. В большинстве случаев ID-номером документа является Ваш Регистрационный номер иностранного лица, проживающего на территории США (Alien Registration Number).**

Тип документа: _____ ID-номер: _____

Страна выдачи: _____ Дата истечения срока действия: _____

Имя, как указано в документе: _____

Проживает ли это лицо в США с 1996 года? Да Нет

Является ли это лицо, супруг (-а) этого лица или его/ее неженатый сын/незамужняя дочь на его/ее иждивении уволенным в запас ветераном или военнослужащим, состоящим на военной службе в вооруженных силах США? Да Нет

► Если это лицо хочет выбрать план медицинского страхования сейчас, отметьте здесь и заполните Приложение С на страницах 16-18.

Расскажите нам о расовой принадлежности этого лица Эта информация является конфиденциальной и используется только для обеспечения всеобщего доступа к медицинскому страхованию. Она не используется для определения типа медицинского страхования, для которого Вы соответствуете требованиям.

Какова расовая принадлежность этого лица? (не обязательно; отметьте все подходящие ответы)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Белая раса | <input type="checkbox"/> Индусская национальность | <input type="checkbox"/> Японская национальность | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гуама или национальность народности чаморро |
| <input type="checkbox"/> Негроидная раса или афроамериканское происхождение | <input type="checkbox"/> Камбоджийская национальность | <input type="checkbox"/> Корейская национальность | <input type="checkbox"/> Самоанское происхождение |
| <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Китайская национальность | <input type="checkbox"/> Лаосская национальность | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| | <input type="checkbox"/> Филиппинская национальность | <input type="checkbox"/> Вьетнамская национальность | |
| | <input type="checkbox"/> Национальность народности хмонг | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов | |

Являетесь ли Вы лицом латиноамериканского или испанского происхождения? (не обязательно) Да Нет

Если да, отметьте соответствующий вариант:

- Мексиканское происхождение, американец мексиканского происхождения, чикано
- Сальвадорское происхождение
- Гватемальское происхождение
- Кубинское происхождение
- Пуэрториканское происхождение
- Другое латиноамериканское или испанское происхождение: _____

★ Отметьте здесь, если Вы являетесь представителем племени американских индейцев или коренных жителей Аляски, и заполните Приложение А на странице 14.



**Нужна
помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

Этап 3:

Пожалуйста, проверьте и подпишите это заявление

Вы можете выбрать уполномоченного представителя

- ★ Вы можете выбрать Вашего друга или надежную организацию в качестве Вашего «уполномоченного представителя». Уполномоченный представитель – это лицо, которому Вы разрешаете просматривать данные Вашего заявления и обсуждать вопросы, связанные с Вашим заявлением, в настоящее время и в будущем.

Имя уполномоченного представителя

Адрес Квартира №

Город	Штат	Почтовый индекс	Округ
-------	------	-----------------	-------

Ваша подпись означает разрешение на то, чтобы это лицо подписало Ваше заявление, получало официальные уведомления в отношении Вашего заявления и осуществляло действия от Вашего имени в будущем по всем вопросам, рассматриваемым нашим учреждением.

Ваша подпись

Дата

Заявление о конфиденциальности

Настоящий документ является заявлением на получение медицинского страхования через Covered California. Предоставляемые в заявлении персональные и медицинские данные являются строго конфиденциальными. Эти данные необходимы Covered California для подтверждения Вашей личности и личности других лиц, указанных в заявлении, а также для осуществления деятельности в рамках наших программ.

Мы предоставляем Вашу информацию другим государственным, федеральным и местным агентствам, подрядчикам, планам медицинского страхования и программам только в целях регистрации Вас в плане или программе, а также в целях осуществления деятельности в рамках программ, а также другим федеральным агентствам и агентствам на уровне штата согласно требованиям законодательства.

- Вы должны ответить на все вопросы в этом заявлении, кроме вопросов, являющихся «не обязательными». Если в Вашем заявлении не хватает какой-либо обязательной информации, мы свяжемся с Вами.
➔ **Если Вы не предоставите необходимую информацию**, мы не сможем принять решение по Вашему заявлению. Возможно, Вам придется подать новое заявление, или Вы не получите медицинское страхование через Covered California.
- В большинстве случаев Вы имеете право ознакомиться с Вашими персональными данными, хранящимися в федеральных архивах и архивах на уровне штата. При необходимости Вы можете получить эти данные в альтернативном формате (например, крупным шрифтом).

Для получения подробной информации или ознакомления с архивными данными Covered California свяжитесь с заведующим Отделом конфиденциальности по адресу:

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

Телефон: **1-800-778-7695**
Для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500

Следующие федеральные законы и законы уровня штата дают нам право собирать и хранить данные, указанные в заявлении:

42 U.S.C. § 18031; Кодекс государственного управления штата Калифорния §§ 100502(k) и 100503(a)

Мы обязаны предоставить Вам настоящее Заявление о конфиденциальности в соответствии с положениями Гражданского кодекса штата Калифорния § 1798.17. Вы можете ознакомиться с Политикой конфиденциальности Covered California на вебсайте **CoveredCA.com**.

Этап 3 продолжение на следующей странице 

**Нужна
помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



Ваши права и обязанности


- Данные, предоставленные мною в этом заявлении, являются достоверными и правдивыми, согласно имеющейся у меня информации. Я знаю, что ко мне могут применяться соответствующие санкции в случае предоставления заведомо ложной информации.
- Я понимаю, что предоставленная мною информация будет использоваться исключительно для определения соответствия членов моей семьи, указанных в заявлении, требованиям на получение медицинского страхования.
- Я понимаю, что Covered California обязана обеспечивать конфиденциальность моих данных, в соответствии с требованиями законодательства. Для получения подробной информации или получения доступа к архивным данным Covered California я могу связаться с заведующим Отделом конфиденциальности по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).
- Я знаю, что я обязан (-а) уведомить Covered California о любых изменениях в данных, указанных мною в этом заявлении. Чтобы сообщить об изменениях, я могу позвонить в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500) или посетить вебсайт **CoveredCA.com**.
- Я знаю, что проявление дискриминации со стороны Covered California в отношении лично меня или любого лица, указанного в моем заявлении, по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, этнического происхождения, религиозных убеждений, возраста, пола, сексуальной ориентации, ветеранского статуса или ограниченных физических возможностей является нарушением законодательства. Если я полагаю, что Covered California проявляет в отношении меня дискриминацию, в том числе, путем не предоставления необходимых особых условий, в соответствии с федеральными законами и законами штата, я могу подать жалобу на вебсайте www.hhs.gov/ocr/office/file или <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>.
- Я понимаю, что любые изменения моих данных или данных любого другого члена (членов) семьи подателя заявления могут оказать влияние на соответствие требованиям других членов семьи.
- Я подтверждаю, что ни одно из лиц, подающих заявление на медицинское страхование, не находится в тюремном заключении после предъявления обвинения (вынесения приговора) и не содержится в тюрьме или любом другом подобном исправительном учреждении.
- Я понимаю, что я обязан (-а) уведомить Covered California в течение 30 дней о любых изменениях, поскольку это может оказать влияние на мое соответствие требованиям для получения медицинского страхования через Covered California.
- Я даю разрешение Covered California проверять данные компьютерных систем других государственных учреждений для подтверждения гражданства, иммиграционного статуса и другой информации, чтобы проверять соответствующую ли я или другие лица, указанных в этом заявлении, требованиям для получения медицинского страхования.

Ваше право на апелляцию:

- Если я считаю, что Covered California было принято неправильное решение, я могу подать на апелляцию. *Апелляция* означает обращение к представителю Covered California с заявлением о том, что принятое решение является неправильным, и с просьбой провести объективное рассмотрение принятого решения
- Я знаю, что я могу получить информацию о процессе апелляции, в том числе об ускоренной апелляции и о том, как получить направление для получения юридической консультации или бесплатных юридических услуг, позвонив по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).
- Я знаю, что мне необходимо подать на апелляцию в течение 90 дней после отправления или вручения мне уведомления о решении.
- Я знаю, что в целях апелляции я могу представлять себя сам (-а) лично, или меня может представлять другое лицо, например, мой уполномоченный представитель, друг, родственник или адвокат.
- Я знаю, что слушания будут проводиться по телефону, в формате видеоконференции или в ходе встречи с личным присутствием сторон.
- Я знаю, что если мне необходима помощь, представитель Covered California разъяснит мне данные моего дела.
- Я знаю, что представитель Covered California может разъяснить мне обстоятельства, при которых мое соответствие требованиям можно сохранить или восстановить в процессе ожидания решения по апелляции.
- Я знаю, что решение по апелляции в отношении меня или других членов моей семьи может повлечь за собой изменение в моем соответствии требованиям или соответствии требованиям других членов моей семьи. Это изменение может повлечь за собой пересмотр соответствия требованиям в отношении всех членов семьи.

Возобновление медицинского страхования:

- Для облегчения процесса продления срока действия медицинского страхования в будущем, я даю разрешение Covered California использовать данные компьютерных систем, в частности, Администрации социального обеспечения. Если данные подтверждают мое соответствие требованиям, мое медицинское страхование может быть продлено на следующие 12 месяцев, и мне не нужно заполнять форму на возобновление медицинского страхования или присылать другие документы.

Этап 3 продолжение на следующей странице 



**Нужна
помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

Этап 3:

Пожалуйста, проверьте и подпишите это заявление (продолжение)

Подтверждение и подпись *Это является обязательным требованием.*

Я подтверждаю, с полным пониманием ответственности за предоставление заведомо ложной информации, что предоставленные мною данные ниже являются достоверными и правдивыми.

- Я понимаю все вопросы в этом заявлении и предоставил (-а) правдивые ответы, согласно имеющейся у меня информации. В случае незнания правильного ответа, я сделал (-а) все возможное для получения подтверждения от лица, располагающего необходимой информацией.
- Я знаю, что предоставление ложной информации в этом заявлении может повлечь за собой гражданскую и уголовную ответственность за предоставление ложной информации, в том числе, тюремное заключение сроком до четырех лет. (См. Уголовный кодекс штата Калифорния, Раздел 126.)
- Я знаю, что информация в этом заявлении будет использоваться для определения соответствия лиц, указанных в заявлении, требованиям для получения медицинского страхования. Covered California обязуется обеспечивать конфиденциальность информации, в соответствии с федеральным законодательством и законами штата Калифорния.
- Я соглашаюсь уведомлять Covered California, позвонив по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500) или посетив вебсайт **CoveredCA.com**, при изменении любых данных в этом заявлении в отношении любого лица, указанного в этом заявлении на получение медицинского страхования.
- Если я выбираю план медицинского страхования, заполнив Приложение С, и если Covered California подтверждает мое соответствие требованиям для регистрации в плане, выбранном мною в Приложении С:
 - » Я понимаю, что моя подпись здесь означает заключение контракта с поставщиком этого плана медицинского страхования.
 - » Я – лицо, достигшее совершеннолетия, или лицо, законно признанное совершеннолетним, и состояние моего психического здоровья позволяет мне вступать в соглашения и заключать контракты на законных основаниях.

Подпись подателя заявления или уполномоченного представителя

Дата



Сертифицированные специалисты Covered California

Заполните этот раздел, если Вы являетесь сертифицированным представителем Covered California, оказывающим помощь в заполнении этого заявления.

Я подтверждаю, что я, в качестве Сертифицированного консультанта по регистрации в плане медицинского страхования, Сертифицированного агента по страхованию или Сертифицированного специалиста по регистрации в плане медицинского страхования, оказал (-а) помощь подателю заявления в заполнении этого заявления на безвозмездной основе. Я также подтверждаю, что мною были даны достоверные и правдивые ответы на вопросы в этом заявлении, согласно имеющейся у меня информации. Я разъяснил (-а) подателю заявление в доступной форме риск, связанный с предоставлением заведомо ложной информации, и мое разъяснение было понятно подателю заявления.

Сертифицированного консультанта по регистрации в плане медицинского страхования

Номер СЕС

Имя:

Номер СЕС Название сертифицированного учреждения по регистрации в плане медицинского страхования

Номер СЕЕ

Имя:

Сертифицированного агента по страхованию

Номер лицензии

Имя:

Сертифицированного специалиста по регистрации в плане

Номер сертификата

медицинского страхования

План: _____

Имя:

Подпись сертифицированного специалиста

Дата



Штат предоставляет компенсацию сертифицированному учреждению по регистрации в плане медицинского страхования Covered California, только если Сертифицированный консультант по регистрации в плане медицинского страхования полностью и правильно заполняет данный раздел при подаче заявления.

**Нужна
помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



Этап 4:

Отправка информации по почте и контрольный список

Отправьте подписанное заявление по адресу:

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

Не забыли ли Вы:

- Рассказать нам о каждом члене Вашей семьи, которому необходимо медицинское страхование?
- Подписать** это заявление на **странице 12**? Если Вы выбрали уполномоченного представителя, также подпишите страницу 10.

Несколько дополнительных вопросов *(не обязательно)*

1. Произошли ли в Вашей жизни в последнее время изменения, в связи с которыми Вы хотите подать заявление на получение медицинского страхования?

Если да, отметьте все подходящие ответы.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Переезд в штат Калифорния | <input type="checkbox"/> Освобождение из тюремного заключения |
| <input type="checkbox"/> Получение гражданства или вида на жительство | <input type="checkbox"/> Утрата медицинского страхования |
| <input type="checkbox"/> Появление лица на иждивении (рождение ребенка, брак или усыновление ребенка) | <input type="checkbox"/> Принадлежность к племени американских индейцев или коренных жителей Аляски |
| <input type="checkbox"/> Утрата медицинского страхования через Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Утрата помощи в оплате страховых взносов за медицинское страхование через Covered California |
| <input type="checkbox"/> Другое _____ | |

Когда произошло это событие? *(месяц / день / год)* _____

2. Как Вы узнали о Covered California? *Отметьте все подходящие ответы.*

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Информационно-образовательная программа | <input type="checkbox"/> Электронное сообщение | <input type="checkbox"/> Брошюра | <input type="checkbox"/> Реклама на телевидении |
| <input type="checkbox"/> Сертифицированный агент по страхованию | <input type="checkbox"/> Реклама в журнале или газете | <input type="checkbox"/> Аптека | <input type="checkbox"/> Реклама на радио |
| <input type="checkbox"/> Сертифицированный консультант по регистрации в плане медицинского страхования | <input type="checkbox"/> Новостная программа | <input type="checkbox"/> Церковь | <input type="checkbox"/> Реклама онлайн |
| <input type="checkbox"/> Устная информация в ходе разговора | <input type="checkbox"/> Мобильное приложение | <input type="checkbox"/> Работодатель | <input type="checkbox"/> Поиск в Интернете |
| <input type="checkbox"/> Организация или мероприятие на местном уровне | <input type="checkbox"/> Друзья или члены семьи | <input type="checkbox"/> Рекламный щит | <input type="checkbox"/> Почтовая рассылка |
| <input type="checkbox"/> Вывеска в розничном магазине | <input type="checkbox"/> Вебсайт CoveredCA.com | <input type="checkbox"/> Социальные сети <i>(например, Facebook, Twitter и т.д.)</i> | |
| <input type="checkbox"/> Государственное учреждение | <input type="checkbox"/> Врач или больница | <input type="checkbox"/> Другое _____ | |



**Нужна
помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

★ Заполните эту форму, если Вы или член Вашей семьи является представителем племени американских индейцев или коренных жителей Аляски.

Представители племен американских индейцев или коренных жителей Аляски могут получать услуги через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах. Представители признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски также могут не оплачивать текущие наличные расходы (например, дополнительная оплата), и на них могут распространяться особые периоды регистрации в плане медицинского страхования. Обязательно заполните эту форму и отправьте ее с Вашим заявлением и документами, подтверждающими Ваше происхождение из племени американских индейцев или коренных жителей Аляски. Вы можете отправить документ, выданный признанным на федеральном уровне племенем американских индейцев или коренных жителей Аляски, который подтверждает Вашу принадлежность к племени. В числе документов можно предоставить карту члена племени или сертификат, подтверждающий происхождение от племени коренных индейцев (CDIB), выданный Бюро по делам племен коренных индейцев.

Если Вам необходимо указать более четырех лиц, являющихся представителями племени американских индейцев или коренных жителей Аляски, **сделайте копию этой страницы** и отправьте ее с Вашим заявлением.

Лицо 1

Имя Среднее имя Фамилия Суффикс (примеры: ст., мл., III, IV)

Является ли это лицо членом признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски? Да Нет

Если да, укажите название племени: _____ и штат проживания племени: _____

Лицо 2

Имя Среднее имя Фамилия Суффикс (примеры: ст., мл., III, IV)

Является ли это лицо членом признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски? Да Нет

Если да, укажите название племени: _____ и штат проживания племени: _____

Лицо 3

Имя Среднее имя Фамилия Суффикс (примеры: ст., мл., III, IV)

Является ли это лицо членом признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски? Да Нет

Если да, укажите название племени: _____ и штат проживания племени: _____

Лицо 4

Имя Среднее имя Фамилия Суффикс (примеры: ст., мл., III, IV)

Является ли это лицо членом признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски? Да Нет

Если да, укажите название племени: _____ и штат проживания племени: _____

Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



Иммиграционный статус

Если Ваш иммиграционный статус соответствует одному из пунктов ниже, Вы можете соответствовать требованиям для получения медицинского страхования. Если Ваш иммиграционный статус не соответствует ни одному из пунктов ниже, Вы, тем не менее, можете соответствовать требованиям для получения медицинского страхования, и Вам следует подать заявление.

- Лицо с правом постоянного проживания (LPR/держатель «грин-карты»)
 - Лицо с правом временного проживания (LTR)
 - Лицо, получившее убежище
 - Беженец
 - Иммигрант с Кубы/Гаити
 - Лицо, освобожденное из заключения с пребыванием на территории США
 - Иммигрант с условным статусом, предоставленным до 1980 г.
 - Супруг(-а), ребенок или родитель, являющийся жертвой бытового насилия
 - Жертва торговли людьми и его/ее супруг (-а), ребенок, брат/сестра или родитель
 - Приостановленный процесс депортации или выдворения за пределы страны, в соответствии с иммиграционным законодательством или Конвенцией против пыток (CAT)
 - Лицо с не иммиграционным статусом (рабочая виза, студенческая виза и граждане Микронезии, Маршалловых островов и Палау)
- Статус временной защиты (TPS) или податель заявление на статус временной защиты (TPS)
 - Отложенный вынужденный отъезд (DED)
 - Статус «отложенное исполнение» *Примечание: Если Вы являетесь лицом со статусом «отложенное исполнение», в соответствии с Положением об отложенном исполнении в случае прибытия в детском возрасте (DACA) Министерства внутренней безопасности США, Вы не являетесь лицом, находящимся в стране на законных основаниях.*
 - Податель заявления на особый иммиграционный статус для несовершеннолетних
 - Податель заявления на изменение статуса лица с правом постоянного проживания, при условии одобрения заявления на предоставление визы
 - Податель заявления на предоставление убежища
 - Податель заявления на приостановление процесса депортации или выдворения за пределы страны, в соответствии с иммиграционным законодательством или Конвенцией против пыток (CAT)
 - Податель заявления на получение документа, подтверждающего право на осуществление трудовой деятельности (EAD)
 - Надзорное производство (при наличии EAD)
 - Податель заявления на отмену или приостановление процесса депортации (при наличии EAD)

★ Если Вам нужно рассказать нам более чем о четырех лицах, **сделайте копию этой и следующей страницы** и используйте их для предоставления нам информации. Обязательно отправьте эти страницы с Вашим заявлением.

Чтобы выбрать частный план медицинского страхования, укажите название или уровень плана, который Вы хотите выбрать, ниже. После выбора плана Вам нужно заплатить первый страховой взнос, чтобы Ваше медицинское страхование вступило в силу. **Вы должны отправлять платежи напрямую выбранной Вами страховой компании. Вы можете связаться с компанией напрямую или ожидать получения счета от компании. Не отправляйте платежи в Covered California. См. Часто задаваемый вопрос № 8 на странице 20, чтобы узнать больше о том, как заплатить первый страховой взнос.**

Чтобы узнать больше о предлагаемых планах медицинского страхования или выплате страховых взносов, посетите вебсайт: CoveredCA.com или позвоните по номеру: **1-800-300-1506** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

Имя <i>Имя, среднее имя, фамилия, суффикс (примеры: мл., ст., III, IV)</i>	Название плана медицинского страхования	Уровень медицинского страхования	Номер уровня	Тип плана
Лицо 1:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> План минимального медицинского страхования		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Лицо 2:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> План минимального медицинского страхования		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Лицо 3:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> План минимального медицинского страхования		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Лицо 4:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> План минимального медицинского страхования		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO

Типы планов

EPO – Организация поставщика услуг с особыми полномочиями

HMO – Организация по поддержанию здоровья

HSA – Накопительный счет на цели медицинских услуг (этот тип плана позволяет участникам открывать и вносить средства на Накопительный счет на цели медицинских услуг)

PPO – Предпочтительная организация поставщика медицинских услуг

Чтобы выбрать план, все лица в возрасте 18 лет или старше, выбирающие план медицинского страхования, должны согласиться и подписать арбитражное соглашение на следующей странице.

Приложение С продолжение на следующей странице 

**Нужна
помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



Соглашение об обязывающем арбитраже

► Для всех лиц, выбирающих план медицинского страхования Covered California:

Я понимаю, что все участвующие планы медицинского страхования регулируются собственными правилами для разрешения конфликтов и споров, в том числе, без ограничений, конфликтов и споров со стороны меня, зарегистрированных в плане лиц на моем иждивении, моих наследников или уполномоченных представителей против плана медицинского страхования, любых привлекаемых поставщиков медицинских услуг, администраторов или иных связанных сторон в отношении участия в плане медицинского страхования, предоставляемых услуг, случаев проявления халатности со стороны врача или больницы (претензия относительно медицинских услуг, не являющихся необходимыми, допустимыми или выполненными надлежащим образом) или ответственности компании за несчастные случаи, связанные с помещением.

Я понимаю, что при выборе плана, требующего обязывающего арбитража для урегулирования конфликтов и споров, я соглашаюсь на использование обязывающего арбитража для урегулирования конфликтов и споров (кроме случаев, подлежащих рассмотрению в Суде мелких тяжб или случаев, на которые не распространяется обязывающий арбитраж, в соответствии с законодательством) и отказываюсь от права на рассмотрение конфликтов и споров в суде присяжных, за исключением случаев, когда иное предусмотрено действующим законодательством. Я понимаю, что полный текст положений в отношении арбитража, применимых к участвующему плану медицинского страхования, если таковые имеются, содержится в документе о медицинском страховании соответствующего плана, представленном онлайн на вебсайте **CoveredCA.com**, я также могу позвонить в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500) для получения подробной информации.

► Подписи регистрирующихся лиц для всех планов

Подпись Лица 1 или ответственного лица или уполномоченного представителя Лица 1, при условии достижения возраста не менее 18 лет ▶	Дата
Подпись Лица 2 или ответственного лица или уполномоченного представителя Лица 2, при условии достижения возраста не менее 18 лет ▶	Дата
Подпись Лица 3 или ответственного лица или уполномоченного представителя Лица 3, при условии достижения возраста не менее 18 лет ▶	Дата
Подпись Лица 4 или ответственного лица или уполномоченного представителя Лица 4, при условии достижения возраста не менее 18 лет ▶	Дата

Приложение С продолжение на следующей странице 



**Нужна
помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

Приложение С:

Приложение С: Выберите Ваш детский стоматологический план Covered California

Только для детей в возрасте 18 лет или младше

★ Если Вы хотите подать заявление на получение детских стоматологических услуг более чем для четырех детей, **сделайте копию этой страницы**. Используйте ее для предоставления нам информации и отправьте ее с Вашим заявлением.

Если Вы считаете, что Вы соответствуете требованиям для получения стоматологических услуг для Вашего ребенка, укажите название (-я) плана (-ов) ниже. Для получения подробной информации о предлагаемых Covered California детских стоматологических планах посетите вебсайт CoveredCA.com или позвоните по номеру 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

Имя <i>Имя, среднее имя, фамилия, суффикс (примеры: мл., ст., III, IV)</i>	Название детского стоматологического плана	Уровень медицинского страхования	Тип плана
Ребенок 1:		<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
Ребенок 2:		<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
Ребенок 3:		<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
Ребенок 4:		<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO

Типы планов

DEPO – Организация поставщика стоматологических услуг с особыми полномочиями

DHMO – Организация по поддержанию стоматологического здоровья

DPPO – Предпочтительная организация поставщика стоматологических услуг

**Нужна
помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт CoveredCA.com.



Получение помощи через Covered California

1. Что такое Covered California?

Covered California—это новая рыночная платформа, позволяющая лицам и семьям получать доступное медицинское страхование для получения высококачественных медицинских услуг.

Нашей целью является сделать получение медицинского страхования простым и доступным для жителей Калифорнии. Covered California—это партнерство между Рынком медицинских льгот штата Калифорния и Департаментом здравоохранения штата Калифорния.

2. Как Covered California может помочь мне?

Covered California может помочь Вам выбрать план частного медицинского страхования, который соответствует Вашим медицинским потребностям и бюджету.

Мы можем понятно объяснить стоимость и льготы в рамках планов медицинского страхования, чтобы Вы могли сравнить предлагаемые Вам варианты. Вы будете знать, что именно Вы получаете в рамках плана, и сколько это будет стоить, прежде чем Вы выберете план медицинского страхования.

3. Какое медицинское страхование предлагается через Covered California?

Вы можете выбирать из большого количества планов медицинского страхования через Covered California. Страховые компании **не имеют права отказать Вам в медицинском страховании** по причине ранее возникшего заболевания или отсутствия медицинского страхования ранее.

Covered California предлагает четыре группы планов частного медицинского страхования: platinum, gold, silver и bronze, а также план минимального медицинского страхования. Эти группы предлагают различные уровни медицинского страхования – от низкого до высокого. Планы, покрывающие большую часть Ваших медицинских расходов, обычно отличаются высоким вычитаемым удержанием, но они позволяют Вам платить меньше за получаемые медицинские услуги.

Планы platinum отличаются самым высоким вычитаемым удержанием, но они оплачивают около 90% Ваших медицинских расходов. Планы gold оплачивают около 80%, и планы silver оплачивают около 70% Ваших медицинских расходов. Планы bronze отличаются самым низким вычитаемым удержанием, но они оплачивают около 60% покрываемых медицинских расходов. Чтобы узнать больше о предлагаемых пакетах медицинских льгот, пожалуйста, посетите вебсайт CoveredCA.com и ознакомьтесь с документами плана, в частности, «Границы страховой ответственности» или договор страхования плана. Или Вы можете позвонить нам по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

4. Могу ли я получить медицинское страхование через Covered California?

Любой житель Калифорнии может получить медицинское страхование через Covered California, если он/она проживает на территории штата и соответствует другим требованиям.

Податели заявлений могут соответствовать требованиям для получения бесплатного или доступного медицинского страхования или финансовой помощи, которая может снизить размер страховых взносов и дополнительной платы. Размер финансовой помощи зависит от состава и дохода семьи.

Для подачи заявления на получение финансовой помощи Вам необходимо заполнить другое заявление. Посетите вебсайт CoveredCA.com или позвоните по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

5. Могу ли я получить медицинское страхование, даже если мой доход слишком высок?

Да. Любой житель Калифорнии, соответствующий требованиям, может приобрести медицинское страхование через Covered California, вне зависимости от дохода.

6. Как я могу подать заявление?

Вы можете подать заявление на получение медицинского страхования через Covered California следующим образом:

Онлайн: Посетите вебсайт CoveredCA.com. Мы предоставляем информацию обо всех планах медицинского страхования в простой и доступной форме.

По телефону: Позвоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Звонок бесплатный!

По факсу: Отправьте Ваше заявление по факсу: **1-888-329-3700**.

По почте: Отправьте заявление Covered California по адресу:

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

Лично: У нас работают специально обученные Сертифицированные консультанты по регистрации в плане медицинского страхования и Сертифицированные агенты по медицинскому страхованию, которые могут Вам помочь. Вы также можете посетить офис социальных служб Вашего округа. Эта помощь предоставляется бесплатно! Чтобы ознакомиться со списком офисов по Вашему месту жительства или работы, посетите вебсайт CoveredCA.com или позвоните по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

7. Сколько это стоит?

Стоимость зависит от выбранного Вами плана медицинского страхования. Вы можете использовать калькулятор стоимости на вебсайте CoveredCA.com, чтобы рассчитать стоимость.

Часто задаваемые вопросы продолжение на следующей странице



Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт CoveredCA.com.

Получение помощи через Covered California *(продолжение)*

8. Нужно ли мне отправлять первый страховой взнос с этим заявлением?

Нет. Не отправляйте первый страховой взнос в Covered California. Вы должны заплатить напрямую страховой компании. Вы можете заплатить первый страховой взнос по почте, или Ваша страховая компания может принять платеж по телефону или онлайн. Позвоните в Вашу страховую компанию, чтобы узнать больше о том, как Вы можете заплатить.

Если Вы получите счет от Вашей страховой компании, пожалуйста, точно выполните все содержащиеся в нем указания по оплате. За детские стоматологические планы выставляются отдельные счета, и их нужно оплачивать отдельно.

Если Вы не получили счет, пожалуйста, позвоните в Вашу страховую компанию. Страховой компании может потребоваться до 36 часов для получения Вашей информации после подачи заявления. Для получения подробной информации о выплате первого страхового взноса посетите вебсайт: CoveredCA.com и нажмите на кнопку «How to pay» (Как заплатить) или позвоните по номеру: 1-800-300-1506 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

9. Что если у меня уже есть медицинское страхование?

Если у Вас уже есть доступное медицинское страхование через Вашего работодателя, Вам не нужно предпринимать каких-либо действий. Но Вы, тем не менее, можете подать заявление, чтобы узнать, соответствуете ли Вы или члены Вашей семьи требованиям для получения более доступного медицинского страхования через Covered California.

10. У меня нет всей необходимой информации, чтобы ответить на вопросы в заявлении. Что мне делать?

Если у Вас нет всей необходимой информацией, тем не менее, подпишите и отправьте заявление. Мы позвоним Вам и объясним, что Вам необходимо сделать, в течение 10-15 календарных дней после получения Вашего заявления. Если мы не свяжемся с Вами в течение этого срока, пожалуйста, позвоните нам по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

11. Могу ли я получить помощь в заполнении заявления или выборе плана медицинского страхования?

Да! Помощь предоставляется бесплатно. Сертифицированные консультанты по регистрации в плане медицинского страхования и Сертифицированные агенты по медицинскому страхованию работают в районах по всему штату, предоставляя информацию о новых вариантах медицинского страхования и помощь в заполнении заявления. Вы можете получить помощь на иностранных языках.

Получите помощь в заполнении заявления или выборе плана медицинского страхования.

Онлайн: Посетите вебсайт CoveredCA.com. Мы предоставляем информацию обо всех планах медицинского страхования в простой и доступной форме.

По телефону: Позвоните в Covered California по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Звонок бесплатный!

Лично: У нас работают специально обученные Сертифицированные консультанты по регистрации в плане медицинского страхования и Сертифицированные агенты по медицинскому страхованию, которые могут Вам помочь. Вы также можете посетить офис социальных служб Вашего округа. Эта помощь предоставляется бесплатно! Чтобы ознакомиться со списком офисов по Вашему месту жительства или работы, посетите вебсайт CoveredCA.com или позвоните по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

12. Как я могу выбрать план медицинского страхования?

Вы можете посетить вебсайт CoveredCA.com, чтобы легко приобрести и сравнивать планы медицинского страхования при помощи онлайн-системы для приобретения и сравнения планов медицинского страхования.

Вы можете выбрать уровень медицинского страхования, наиболее соответствующий Вашим медицинским потребностям и бюджету.

- Вы можете выбрать план с более высокими ежемесячными выплатами (они называются страховые взносы), что позволит Вам платить меньше в счет текущих расходов, когда Вам необходимы медицинские услуги.
- Или можете выбрать план с более низкими ежемесячными выплатами, но Вам придется платить больше в счет текущих расходов, когда Вам необходимы медицинские услуги.

13. Необходимо ли мне медицинское страхование в связи с началом реализации реформы системы здравоохранения?

С января 2014 года большинству лиц, включая детей, необходимо будет иметь медицинское страхование или платит налоговый штраф. Родитель или податель налоговой декларации, указывающий ребенка в качестве лица на иждивении в налоговой декларации, будет нести ответственность за отсутствие медицинского страхования для ребенка на иждивении, но налоговый штраф за ребенка в возрасте до 18 лет без медицинского страхования будет равен половине суммы налогового штрафа за взрослого без медицинского страхования. Медицинское страхование может быть через Вашего работодателя, приобретенное самостоятельно, через Medicare или Medi-Cal.

Некоторым лицам, в качестве исключения, не обязательно иметь медицинское страхование. В числе этих лиц, без ограничений, члены признанных на федеральном уровне религиозных сект или групп, которым религиозные убеждения не позволяют

Часто задаваемые вопросы *продолжение на следующей странице*



Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт CoveredCA.com.



Получение помощи через Covered California *(продолжение)*

принимать льготы в рамках плана медицинского страхования, лица в тюремном заключении, члены признанных на федеральном уровне племен американских индейцев или коренных жителей Аляски, а также лица, платящие более 8% от своего дохода в счет оплаты медицинского страхования, сверх вклада со стороны работодателя или помощи в оплате медицинского страхования.

В 2014 году сумма штрафа составит 1% Вашего годового дохода или 95 долларов, в зависимости от того, какая сумма больше. Размер штрафа будет ежегодно повышаться. К 2016 году сумма штрафа составит 2,5% Вашего годового дохода или 695 долларов, в зависимости от того, какая сумма больше. После 2016 года налоговый штраф будет увеличиваться ежегодно, с учетом поправки на рост прожиточного минимума.

Чтобы узнать больше о налоговых штрафах посетите вебсайт CoveredCA.com.

14. Что если мой доход изменится после подачи заявления?

Если Ваш доход изменится, это может повлиять на тип медицинского страхования, для которого Вы соответствуете требованиям.

Если у Вас есть частное медицинское страхование через Covered California, позвоните, чтобы узнать, соответствуете ли Вы требованиям для получения финансовой помощи через Covered California. Это может снизить сумму страховых взносов и дополнительных плат.

15. Смогу ли я сразу использовать мой план медицинского страхования Covered California?

Если Вы подаете заявление с октября по декабрь 2013 года, планы медицинского страхования начинают действие с 1 января 2014 года. Если Вы подаете заявление после 1 января 2014 года, Ваш план медицинского страхования может начать действие уже через месяц после подачи заявления.

16. Что происходит после подачи заявления?

Если Вы подаете заявление онлайн или по телефону, Вы получите информацию о том, соответствуете ли Вы и члены Вашей семьи требованиям Covered California. Если Вы высылаете Ваше заявление в печатной форме по почте или по факсу, мы отправим Вам письмо в течение 10 календарных дней после получения Вашего заявления. Если Вы не получите письмо в течение этого срока, пожалуйста, позвоните нам по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

Другие вопросы

17. Должны ли все лица, указанные в заявлении, являться гражданами США?

Нет, если Вы подаете заявление от лица в составе Вашей семьи, Вам не нужно присылать документы, подтверждающие гражданство или иммиграционный статус. Однако, все лица, для которых приобретается медицинское страхование через Covered California, должны являться лицами, законно проживающими на территории США, и иметь документы, подтверждающие гражданство или иммиграционный статус.

18. В заявлении требуется предоставить различные персональные данные. Будет ли Covered California предоставлять мои персональные данные и финансовую информацию другим сторонам?

Нет. Предоставляемая Вами информация является строго конфиденциальной, в соответствии с требованиями федерального законодательства и законами штата. Мы используем Вашу информацию исключительно для определения соответствия требованиям для получения медицинского страхования.

19. Я страдаю ранее возникшим заболеванием, или у меня ограниченные физические возможности. Могу ли я получить медицинское страхование через Covered California?

Да, Вы можете получить медицинское страхование, вне зависимости от текущих или прошлых заболеваний или ограниченных физических возможностей.

С начала 2014 года большинство планов медицинского страхования не смогут отказать Вам в медицинском страховании или брать с Вас более высокую плату в связи с наличием ранее возникшего заболевания или ограниченных физических возможностей.

20. Что если у меня есть медицинское страхование через Medicare?

Согласно законодательству, участники программы Medicare не могут приобретать медицинское страхование через рыночную платформу. Поэтому если у Вас есть медицинское страхование через Medicare, страхование через Covered California не предназначено для Вас. Если Вам необходимо дополнительное медицинское страхование, помимо Medicare, и у Вас нет медицинского страхования для пенсионеров, пожалуйста, посетите вебсайт www.medicare.gov, чтобы узнать о регистрации в плане Medicare Advantage или приобретении страхового полиса Medi-gap.



Другие вопросы (продолжение)

21. Я только что узнала, что я беременна. Могу ли я подать заявление на получение медицинского страхования во время беременности?

Да. Вы можете подать заявление на получение медицинского страхования, покрывающего медицинские услуги в течение беременности, роды и медицинские услуги после родов. Планы медицинского страхования более не могут отказать Вам в медицинском страховании, если Вы беременны.

22. Буду ли я соответствовать требованиям, если я не являюсь гражданином США, и у меня нет удовлетворительного иммиграционного статуса?

Любое лицо, проживающее на территории штата Калифорния, может подавать это заявление на получение медицинского страхования. Только лица, подающие заявление на получение медицинского страхования, должны предоставить номер социального страхования или данные об иммиграционном статусе.

Но Вы можете соответствовать требованиям для участия в программах медицинского страхования вне зависимости от Вашего иммиграционного статуса, и даже если у Вас нет номера социального страхования.

Мы соблюдаем конфиденциальность Вашей информации и предоставляем ее другим государственным учреждением только для определения программ медицинского страхования, требованиям которых Вы соответствуете.

23. Где я могу получить информацию о регистрации для участия в выборах?

Если Вы не зарегистрированы для участия в выборах по месту жительства и хотите зарегистрироваться сегодня, пожалуйста, посетите вебсайт: registertovote.ca.gov. Или позвоните по номеру: 1-800-345-VOTE (8683).

24. Я – представитель племени американских индейцев или коренных жителей Аляски. Как Covered California может помочь мне?

Представители племен американских индейцев или коренных жителей Аляски могут получать услуги через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах. Если Вы являетесь представителем признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски, Вы также можете соответствовать требованиям для получения следующих льгот:

- Освобождение от дополнительных наличных расходов, например, вычитаемое удержание, дополнительные платы и долевое страхование (не включая страховые взносы)
- Особые периоды регистрации в плане медицинского страхования

Обязательно заполните Приложение А и отправьте его с документами, подтверждающими Ваше происхождение от племени американских индейцев или коренных жителей Аляски. Вы можете использовать следующие документы, без ограничений, для подтверждения Вашего происхождения от племени американских индейцев или коренных жителей Аляски:

1. Карта члена племени
2. Сертификат, подтверждающий происхождение от племени коренных индейцев (CDIB), выданный Бюро по делам племен коренных индейцев.

Если Вы хотите получить какие-либо из следующих льгот, посетите вебсайт CoveredCA.com и используйте «Заявление на медицинское страхование», чтобы подать заявление и узнать, соответствуете ли Вы требованиям для получения следующих типов льгот:

- Бесплатное или доступное медицинское страхование, например, Medi-Cal
- Доступное медицинское страхование для беременных женщин через программу «Access for Infants and Mothers» (AIM)
- Помощь в оплате частного медицинского страхования через Covered California

25. Что если я не согласен (-на) с решением, принятым Covered California?

Вы можете подать на апелляцию. Чтобы подать на апелляцию в отношении решения, с которым Вы не согласны, свяжитесь с Covered California одним из следующих способов:

- **Онлайн:** Посетите вебсайт CoveredCA.com.
- **По телефону:** Позвоните в Covered California по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Звонок бесплатный!
- **По факсу:** Отправьте Ваше апелляционное заявление по факсу: 1-888-329-3700.
- **По почте:** Отправьте заявление Covered California по адресу:
Covered California – Appeals
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
- **Лично:** У нас работают специально обученные Сертифицированные консультанты по регистрации в плане медицинского страхования и Сертифицированные агенты по медицинскому страхованию, которые могут Вам помочь. Эта помощь предоставляется бесплатно!
- Чтобы ознакомиться со списком Сертифицированных консультантов по регистрации в плане медицинского страхования и Сертифицированных агентов по медицинскому страхованию по Вашему месту жительства или работы, посетите вебсайт CoveredCA.com или позвоните по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00 и по субботам с 08:00 до 17:00. Или посетите вебсайт CoveredCA.com.



Получение помощи на других языках

Вы можете получить помощь в заполнении этого заявления на других языках. Позвоните по номеру. Звоните по номеру 1-800-778-7695.

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

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

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

ARABIC



Отметьте Covered California статусом «Нравится» на Facebook! Зайдите на вебсайт: [Facebook.com/CoveredCA](https://www.facebook.com/CoveredCA)



Следуйте за нами! @CoveredCA

