

تقدم بطلب الآن من  
COVERED خلال  
CALIFORNIA™

# طلب تأمين صحي خاص

## وجهتك لتأمين صحي ميسور التكلفة

### انظر بالداخل

|       |                       |
|-------|-----------------------|
| 1     | أمور تود معرفتها      |
| 13-2  | تقديم الطلب           |
| 18-14 | المرفقات A-C          |
| 22-19 | الأسئلة الشائعة (FAQ) |



### يمكنك الحصول على هذا الطلب بلغات أخرى

|                |            |
|----------------|------------|
| 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 | Русский    |
| 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    |

اتصل على الرقم: 1-800-826-6317  
للحصول على هذا الطلب بتنسيقات  
أخرى، مثل الحروف الكبيرة.

Covered California (تغطية كاليفورنيا) هو المكان الذي يستطيع أن يحصل منه الأفراد والعائلات على تأمين صحي ميسور التكلفة.

### أنشأت ولاية كاليفورنيا برنامج **Covered California™** (تغطية كاليفورنيا) من أجل أن تساعدك أنت وأسرتك على الحصول تأمين صحي.

إن التأمين الصحي هو ما يمكنه أن يمنحك راحة البال ويمكنك من المحافظة على صحتك. وعندما يكون لديك تأمين فأنت تعلم أنك تستطيع وكذلك أسرته الحصول على الرعاية متى كنت بحاجة إليها.

### استخدم "طلب تأمين صحي خاص" هذا لمعرفة الاختيارات التأمينية التي أنت مؤهل للحصول عليها من خلال **Covered California**.

يمكنك استخدام هذا الطلب للحصول على تأمين صحي ميسورة التكلفة لأي فرد من أفراد أسرتك، حتى إذا كان لديك أو لديه تأمين بالفعل.

إذا كنت تعتقد أنك يمكن أن تكون مؤهلاً للحصول على (1) تأمين مجاني أو منخفض التكلفة مثل Medi-Cal أو (2) تأمين منخفض التكلفة مخصص للنساء الحوامل من خلال برنامج Access for Infants and Mothers (AIM)، أو (3) مساعدة في دفع تكاليف التأمين يجب أن تتقدم بطلب مختلف يسمى "طلب تأمين صحي". ويمكنك الحصول على طلب ورقي أو التقدم بطلب على الإنترنت من خلال موقع ويب: **CoveredCA.com**.



اتصل على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).  
وهذه المكالمات مجانية. ويمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 6 مساءً،  
والسبت من 8 صباحاً حتى 5 مساءً. أو زيارة موقع ويب: **CoveredCA.com**

## أمور تود معرفتها

### ماذا تحتاج معرفته عندما تتقدم بالطلب

- ← أرقام الضمان الاجتماعي لمقدمي الطلبات من المواطنين الأمريكيين، أو معلومات وثائق المهاجرين الحاصلين على وضع مُرضٍ المحتاجين للتأمين. وإثبات المواطنة أو وضع الهجرة مطلوب فقط من مقدمي الطلب.
- ← نحن نحافظ على معلوماتك سرية ومؤمنة، حسبما يقتضيه القانون. سوف نستخدم معلوماتك فقط لمعرفة إذا كنت مؤهلاً للحصول على تأمين صحي.
- ← يمكن للعائلات التي تشتمل على مهاجرين التقدم بطلبات. ويمكنك التقدم بطلب لطفلك حتى لو كنت غير مؤهل للحصول على تغطية. وتقديم طلب لطفلك المؤهل لن يؤثر على وضعك الهجرة الخاصة بك أو فرص أن تصبح مقيماً أو مواطناً دائماً.
- ← إذا كنت أمريكياً هندیاً أو من سكان الأسكا الأصليين ومعترف بك على المستوى الفيدرالي وكنت تحصل على خدمات من Indian Health Service (الخدمات الصحية الهندية) أو البرامج الصحية القبلية أو البرامج الصحية الهندية الحضرية فلا يزال يمكنك التأهل للحصول على تأمين صحي من خلال Covered California.

### تقدم بطلبك أسرع على الإنترنت

تقدم بطلبك على الإنترنت مباشرة بموقع ويب: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com). سلامة وأمان وسرعة - وتحصل على النتائج أسرع!

### عندما تنتهي

أرسل طلبك المستكمل والموقع إلى:

Covered California

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

- ← إذا لم يكن لديك جميع المعلومات التي نطلبها منك فوقع على طلبك وأرسله على أية حال. فيمكننا الاتصال بك لمساعدتك على استكمال طلبك.
- ← لا ترسل مبلغ الاشتراك في خطة التأمين الصحي الخاص بك مع هذا الطلب. سوف يرسل المسؤولون عن خطتك فاتورة بالمبلغ الذي عليك دفعه.

### احصل على المساعدة بشأن هذا الطلب

نحن هنا لمساعدتك! يمكنك الحصول على المساعدة بدون مقابل.

- على الإنترنت: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com)
- بالهاتف: اتصل على مركز خدمة العملاء على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). المكالمات مجانية. ويمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 6 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 5 مساءً.
- شخصياً: لدينا اختصاصيو شؤون اشتراك معتمدون مدربون وكذلك وكلاء تأمين معتمدون يمكنهم تقديم العون لك. وللحصول على قائمة باختصاصيي الاشتراك المعتمدين ووكلاء التأمين المعتمدين القريبين من مكان إقامتك أو عملك، أو للحصول على قائمة بمكاتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعات القريبة منك، يمكنك زيارة موقعنا [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) أو الاتصال على الرقم 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). هذه المساعدة مجانية!
- إذا كان لديك إعاقة أو احتياجات خاصة أخرى يمكننا مساعدتك على استكمال هذا الطلب بدون تكلفة عليك. وتستطيع الذهاب إلى مكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة المحلي بمنطقتك شخصياً أو الاتصال على مركز خدمة العملاء الخاص بنا على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). المكالمات مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 6 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 5 مساءً. أو زيارة موقعنا على الإنترنت: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).

هل تحتاج المساعدة؟



## ابدأ الطلب هنا (استخدم قلمًا بحبر أزرق أو أسود فقط)

أخبرنا عن الشخص البالغ الذي سوف يكون مسؤول الاتصال الرئيسي لنا بشأن هذا الطلب

### الخطوة 1:

الاسم الأول الاسم الأوسط الاسم الأخير (العائلة) اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)

شقة رقم

عنوان المنزل

المدينة (عنوان المنزل)

المقاطعة

الرمز البريدي

الولاية

ضع علامة هنا إذا لم يكن لديك عنوان منزل. ويجب أن تعطينا عنوانًا بريديًا أدناه.

ضع علامة هنا إذا كان عنوانك البريدي هو نفس عنوان منزلك. إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا عنوانك البريدي فيما يلي:

شقة رقم

العنوان البريدي أو صندوق البريد (إذا كان مختلفًا عن عنوان المنزل)

المدينة (عنوان البريد)

المقاطعة

الرمز البريدي

الولاية

أفضل رقم هاتف للوصول إليك  المنزل  المحمول  العمل  
الرقم: - ( )  
رقم هاتف آخر  المنزل  المحمول  العمل  
الرقم: - ( )

ما اللغة التي ينبغي أن نكتب بها إليك؟ ما اللغة التي ترغب في أن نتحدث بها إليك؟

كيف ترغب في الحصول على المعلومات بشأن هذا الطلب؟

الهاتف  البريد  البريد الإلكتروني عنوان البريد الإلكتروني:

هل ترغب في طلب مساعدة في دفع الأقساط للمساعدة في دفع تكاليف التأمين الصحي لك أو لأفراد أسرتك المعيشية؟

نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، تحتاج إلى التقدم بطلب مختلف. الرجاء زيارة موقع ويب: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) من أجل الطلب ومعرفة التأمين الصحي الذي أنت مؤهل للحصول عليه. إذا كانت الإجابة لا، إذا كانت الإجابة لا، املا هذا الطلب.

## الخطوة 2: أخبرنا عن نفسك وعن أسرتك

أكمل الخطوة 2 لكل فرد من أفراد أسرتك يحتاج إلى تأمين صحي.

ابدأ بنفسك!

- للتقدم بطلب لأكثر من أربعة أشخاص بهذا الطلب، انسخ الصفحتين 4 و 5 لكل شخص إضافي.
- نحن نحافظ على سرية جميع معلوماتك، حسبما يقتضيه القانون. وسوف نستخدم معلوماتك الشخصية فقط لمعرفة إذا كنت مؤهلاً للحصول على تأمين صحي. ولست بحاجة إلى تزويدنا برقم الضمان الاجتماعي أو إثبات المواطنة أو وضع الهجرة لأفراد أسرتك الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على تأمين صحي.
- حتى إن كان لدى أفراد أسرتك تأمين صحي الآن يمكنك أن تحصل على تغطية أفضل بتكلفة أقل من خلال Covered California.

★ أي شخص آخر يقيم معك - على سبيل المثال، الصديق (أو الصديقة) الشخصي أو زملاء الغرفة - عليه أن يتقدم بطلبه الخاص إذا كان يرغب في الحصول على تأمين صحي

الخطوة 2 يُتبع بالصفحة التالية

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). المكالمات مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 6 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 5 مساءً. أو زيارة موقعنا على الإنترنت: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).

هل تحتاج المساعدة؟

## الخطوة 2:

### الشخص رقم 1 أخبرنا عن نفسك

الاسم الأول الاسم الأوسط الاسم الأخير (العائلة) اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع) علاقته بك الشخص نفسه

هل أنت:  أعزب  لم يتزوج قط  متزوج  شريك حياة مسجل  مطلق  أرمل

هل أنت:  ذكر  أنثى تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):

تقدم بطلب للحصول على تأمين صحي حتى إن كان لديك تأمين الآن يمكنك أن تحصل على تغطية أفضل أو تكلفة أقل.

هل تتقدم بطلب تأمين صحي لنفسك؟  نعم  إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية.  لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى الصفحة التالية.

★ رقم الضمان الاجتماعي

إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، فما السبب؟

رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الخاص بالتبني

رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الفردي

الإعفاء الديني  أنا غير مؤهل للحصول على رقم ضمان اجتماعي

★ نحن نستخدم رقم الضمان الاجتماعي للتحقق من المعلومات المتعلقة بالمواطنة والمعلومات الأخرى.

يجب أن تزودنا برقم ضمان اجتماعي إذا كنت ترغب (أو أحد أفراد أسرتك) في التقدم بطلب تأمين صحي.

إذا لم يكن لدى شخص يتقدم بطلب لنا رقم ضمان اجتماعي ويرغب في مساعدة للحصول على هذا الرقم اتصل على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بُعد: 1-888-889-4500) أو زيارة موقع ويب: CoveredCA.com.

هل أنت مواطن أمريكي أو تحمل الجنسية الأمريكية؟  نعم  لا

إذا لم تكن مواطناً أمريكياً أو كنت لا تحمل الجنسية الأمريكية أجب على الأسئلة التالية:

هل لديك وضع هجرة مريض؟  نعم  لمعرفة إذا كان لديك وضع هجرة مريض، انتقل إلى "المرفق B" بالصفحة 15 للاطلاع على القائمة.

ثم اكتب معلومات الوثيقة هنا. وفي معظم الحالات يكون رقم الهوية بالوثيقة الخاصة بك هو رقم تسجيل الأجنبي.

نوع الوثيقة: رقم الهوية:

بلد الإصدار: تاريخ الانتهاء:

الاسم كما هو مدون بالوثيقة:

هل أقمت بالولايات المتحدة منذ عام 1996؟  نعم  لا

هل أنت أو زوجتك أو طفلك المعال غير المتزوج محارب مُسَرَّح بتقدير قدوة حسنة من القوات المسلحة الأمريكية أو أحد الأفراد الذين لا يزالون بالخدمة بها؟  نعم  لا

إذا كنت ترغب في اختيار خطة تأمين صحي الآن ضع علامة هنا  واملأ "المرفق C" بالصفحات 16-18.

أخبرنا عن أصولك العرقية برجاء أخبرنا عن نفسك. هذه المعلومات سرية ولن تُستخدم إلا لضمان حصول الجميع على نفس الرعاية الصحية. كما لن تُستخدم لتقرير نوع التأمين الصحي الذي أنت مؤهل للحصول عليه.

ما أصولك العرقية؟ (اختياري؛ حدد كل ما ينطبق)

هل أنت من أصول إسبانية لاتينية، أو لاتينية، أو إسبانية؟

(اختياري)  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، حدد إجابة:

مكسيكي، أمريكي مكسيكي، أمريكي المولد من

أصول مكسيكية

سلفادوري  غواتيمالي

كوبي  بورتوريكي

أصول إسبانية لاتينية، أو لاتينية، أو إسبانية أخرى:

غوامي أو تشامورو

ساموي

أخرى

ياباني

كوري

لاوسي

فيتنامي

هوايي أصلي

هندي آسيوي

كمبودي

صيني

فلبيني

همونغ (مياو)

أبيض

أسود أو أمريكي أفريقي

أمريكي هندي أو من سكان

اللاسكا الأصليين

★  ضع علامة هنا إذا كنت أمريكياً هندياً أو من سكان اللاسكا الأصليين، واملأ "المرفق A" بالصفحة 14.

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).  
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 6 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 5 مساءً.  
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



## الخطوة 2:

### الشخص رقم 2 أخبرنا عن الشخص التالي الذي يحتاج إلى تأمين صحي.

حتى إن كان لدى هذا الشخص تأمين الآن يمكنك أن تحصل على تغطية أفضل بتكلفة أقل.  
إذا كان هناك أكثر من أربعة من أفراد الأسرة بهذا الطلب، انسخ الصفحتين 4 و5 لكل شخص إضافي.

|             |              |                        |   |           |
|-------------|--------------|------------------------|---|-----------|
| الاسم الأول | الاسم الأوسط | الاسم الأخير (العائلة) | اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع) | علاقته بك |
|-------------|--------------|------------------------|---|-----------|

ضع علامة هنا إذا كان العنوان المنزلي لهذا الشخص هو نفس عنوان منزل مسؤول الاتصال الرئيسي.  
إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا العنوان المنزلي لهذا الشخص فيما يلي:

|              |         |               |          |
|--------------|---------|---------------|----------|
| عنوان المنزل | شقة رقم |               |          |
| المدينة      | الولاية | الرمز البريدي | المقاطعة |

ضع علامة هنا إذا لم يكن لهذا الشخص عنوان منزل. ويجب أن تعطينا عنواناً بريدياً أدناه.

ضع علامة هنا إذا كان العنوان البريدي لهذا الشخص هو نفس العنوان البريدي لمسؤول الاتصال الرئيسي.  
إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا العنوان البريدي لهذا الشخص فيما يلي:

|   |         |               |          |
|---|---------|---------------|----------|
| العنوان البريدي أو صندوق البريد (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل) | شقة رقم |               |          |
| المدينة   | الولاية | الرمز البريدي | المقاطعة |

أفضل رقم هاتف للوصول إلى هذا الشخص  المنزل  المحمول  العمل  
الرقم: ( ) - ( )  
رقم هاتف آخر  المنزل  المحمول  العمل  
الرقم: ( ) - ( )

عنوان البريد الإلكتروني:

ما اللغة التي ينبغي أن نكتب بها إلى هذا الشخص؟ ما اللغة التي يرغب هذا الشخص في أن نتحدث بها إليه (أو إليها)؟

هل هذا الشخص:  أعزب  لم تتزوج قط  متزوج  شريك حياة مسجل  مطلق  أرمل

هل هذا الشخص:  ذكر  أنثى  
تاريخ الميلاد (شهر/ يوم / سنة):

**طلب تأمين صحي** حتى إن كان لدى هذا الشخص تأمين الآن يمكنك أن تحصل على تغطية أفضل أو تكلفة أقل.

هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تأمين صحي؟  نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية.  لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى الصفحة 6.

|   |                        |
|---|------------------------|
| إذا لم يكن لدى هذا الشخص رقم ضمان اجتماعي، فما السبب؟                   | رقم الضمان الاجتماعي ★ |
| <input type="checkbox"/> رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الخاص بالتبني  | _____                  |
| <input type="checkbox"/> رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الفردي         | _____                  |
| <input type="checkbox"/> الإعفاء الديني                                 | _____                  |
| <input type="checkbox"/> هذا الشخص غير مؤهل للحصول على رقم ضمان اجتماعي | _____                  |

الشخص رقم 2 يُتبع بالصفحة التالية



## الخطوة 2:

### الشخص رقم 2 (تابع)

هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو يحمل الجنسية الأمريكية؟  نعم  لا

إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو كان لا يحمل الجنسية الأمريكية أجب على الأسئلة التالية:

هل لدى هذا الشخص وضع هجرة مُرضٍ؟  نعم  لمعرفة إذا كان لدى هذا الشخص وضع هجرة مُرضٍ، انتقل إلى "المرفق B" بالصفحة 15 للاطلاع على قائمة. ثم اكتب معلومات الوثيقة هنا. وفي معظم الحالات يكون رقم الهوية بالوثيقة هو رقم تسجيل الأجنبي.

نوع الوثيقة: \_\_\_\_\_ رقم الهوية: \_\_\_\_\_

بلد الإصدار: \_\_\_\_\_ تاريخ الانتهاء: \_\_\_\_\_

الاسم كما هو مدون بالوثيقة: \_\_\_\_\_

هل أقام هذا الشخص بالولايات المتحدة منذ 1996؟  نعم  لا

هل هذا الشخص أو زوجته أو طفله المُعال غير المتزوج محارب مُسرح بتقدير فتوة حسنة من القوات المسلحة الأمريكية أو أحد الأفراد الذين لا يزالون بالخدمة بها؟  نعم  لا

◀ إذا كان هذا الشخص يرغب في اختيار خطة تأمين صحي الآن ضع علامة هنا  واملأ "المرفق C" بالصفحات 16-18.

أخبرنا عن أصول هذا الشخص العرقية هذه المعلومات سرية ولن تُستخدم إلا لضمان حصول الجميع على نفس الرعاية الصحية. كما لن تُستخدم لتقرير نوع برنامج التأمين الصحي المؤهل هذا الشخص للاشتراك به.

ما أصول هذا الشخص العرقية؟ (اختياري؛ حدد كل ما ينطبق)

هل هذا الشخص من أصول أسبانية لاتينية أو لاتينية أو أسبانية؟ (اختياري)  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة نعم، حدد إجابة:  
 مكسيكي، أمريكي مكسيكي، أمريكي المولد من أصول مكسيكية  
 سلفادوري  غواتيمالي  
 كوبي  بورتوريكي  
 أصول أسبانية لاتينية، أو لاتينية، أو أسبانية أخرى:

أبيض  هندي آسيوي  ياباني  غوامي أو تشامورو  
 أسود أو أمريكي أفريقي  كمبودي  كوري  ساموي  
 أمريكي هندي أو من سكان  صيني  لاوسي  أخرى  
الأسكا الأصليين  فلبيني  فيتنامي  
 هونغ كونغ (مياو)  هاواي أصلي

★  ضع علامة هنا إذا كان هذا الشخص أمريكياً هندياً أو من سكان ألاسكا الأصليين، واملأ "المرفق A" بالصفحة 14.



## الخطوة 2:

### الشخص رقم 3 أخبرنا عن الشخص التالي الذي يحتاج إلى تأمين صحي.

حتى إن كان لدى هذا الشخص تأمين الآن يمكنك أن تحصل على تغطية أفضل بتكلفة أقل.  
إذا كان هناك أكثر من أربعة من أفراد الأسرة بهذا الطلب، انسخ الصفحتين 4 و5 لكل شخص إضافي.

|             |              |                        |   |           |
|-------------|--------------|------------------------|---|-----------|
| الاسم الأول | الاسم الأوسط | الاسم الأخير (العائلة) | اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع) | علاقته بك |
|-------------|--------------|------------------------|---|-----------|

ضع علامة هنا إذا كان العنوان المنزلي لهذا الشخص هو نفس عنوان منزل مسؤول الاتصال الرئيسي.

إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا العنوان المنزلي لهذا الشخص فيما يلي:

|              |         |               |          |
|--------------|---------|---------------|----------|
| عنوان المنزل | شقة رقم |               |          |
| المدينة      | الولاية | الرمز البريدي | المقاطعة |

ضع علامة هنا إذا لم يكن لهذا الشخص عنوان منزل. ويجب أن تعطينا عنواناً بريدياً أدناه.

ضع علامة هنا إذا كان العنوان البريدي لهذا الشخص هو نفس العنوان البريدي لمسؤول الاتصال الرئيسي.

إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا العنوان البريدي لهذا الشخص فيما يلي:

|   |         |               |          |
|---|---------|---------------|----------|
| العنوان البريدي أو صندوق البريد (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل) | شقة رقم |               |          |
| المدينة   | الولاية | الرمز البريدي | المقاطعة |

أفضل رقم هاتف للوصول إلى هذا الشخص  المنزل  المحمول  العمل  
الرقم: ( ) - ( )  
رقم هاتف آخر  المنزل  المحمول  العمل  
الرقم: ( ) - ( )

عنوان البريد الإلكتروني:

|  |   |
|--|---|
| ما اللغة التي ينبغي أن نكتب بها إلى هذا الشخص؟ | ما اللغة التي يرغب هذا الشخص في أن نتحدث بها إليه (أو إليها)؟ |
|--|---|

هل هذا الشخص:  أعزب  لم تتزوج قط  متزوج  شريك حياة مسجل  مطلق  أرمل

هل هذا الشخص:  ذكر  أنثى  
تاريخ الميلاد (شهر/ يوم / سنة):

**طلب تأمين صحي** حتى إن كان لدى هذا الشخص تأمين الآن يمكنك أن تحصل على تغطية أفضل أو تكلفة أقل.

هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تأمين صحي؟  نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية.  لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى الصفحة 8.

|   |                        |
|---|------------------------|
| إذا لم يكن لدى هذا الشخص رقم ضمان اجتماعي، فما السبب؟ | رقم الضمان الاجتماعي ★ |
| رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الخاص بالتبني         | _____                  |
| رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الفردي                | _____                  |
| الإعفاء الديني  | _____                  |
| هذا الشخص غير مؤهل للحصول على رقم ضمان اجتماعي        | _____                  |

الشخص رقم 3 يُتبع بالصفحة التالية

## الخطوة 2:

### الشخص رقم 3 (تابع)

هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو يحمل الجنسية الأمريكية؟  نعم  لا

إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو كان لا يحمل الجنسية الأمريكية أجب على الأسئلة التالية:

هل لدى هذا الشخص وضع هجرة مُرضٍ؟  نعم  لمعرفة إذا كان لدى هذا الشخص وضع هجرة مُرضٍ، انتقل إلى "المرفق B" بالصفحة 15 للاطلاع على قائمة. ثم اكتب معلومات الوثيقة هنا. وفي معظم الحالات يكون رقم الهوية بالوثيقة هو رقم تسجيل الأجنبي.

نوع الوثيقة: \_\_\_\_\_ رقم الهوية: \_\_\_\_\_

بلد الإصدار: \_\_\_\_\_ تاريخ الانتهاء: \_\_\_\_\_

الاسم كما هو مدون بالوثيقة: \_\_\_\_\_

هل أقام هذا الشخص بالولايات المتحدة منذ 1996؟  نعم  لا

هل هذا الشخص أو زوجته أو طفله المُعال غير المتزوج محارب مُسرح بتقدير فذوة حسنة من القوات المسلحة الأمريكية أو أحد الأفراد الذين لا يزالون بالخدمة بها؟  نعم  لا

◀ إذا كان هذا الشخص يرغب في اختيار خطة تأمين صحي الآن ضع علامة هنا  واملأ "المرفق C" بالصفحات 16-18.

أخبرنا عن أصول هذا الشخص العرقية هذه المعلومات سرية ولن تُستخدم إلا لضمان حصول الجميع على نفس الرعاية الصحية. كما لن تُستخدم لتقرير نوع برنامج التأمين الصحي المؤهل هذا الشخص للاشتراك به.

ما أصول هذا الشخص العرقية؟ (اختياري؛ حدد كل ما ينطبق)

هل هذا الشخص من أصول أسبانية لاتينية أو لاتينية أو أسبانية؟ (اختياري)  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة نعم، حدد إجابة:  
 مكسيكي، أمريكي مكسيكي، أمريكي المولد من أصول مكسيكية  
 سلفادوري  غواتيمالي  
 كوبي  بورتوريكي  
 أصول أسبانية لاتينية، أو لاتينية، أو أسبانية أخرى:

أبيض  هندي آسيوي  ياباني  غوامي أو تشامورو  
 أسود أو أمريكي أفريقي  كمبودي  كوري  ساموي  
 أمريكي هندي أو من سكان  صيني  لاوسي  أخرى  
الأسكا الأصليين  فلبيني  فيتنامي  
 هونغ كونغ (مياو)  هاواي أصلي

★  ضع علامة هنا إذا كان هذا الشخص أمريكياً هندياً أو من سكان ألاسكا الأصليين، واملأ "المرفق A" بالصفحة 14.





## الخطوة 2:

### الشخص رقم 4 أخبرنا عن الشخص التالي الذي يحتاج إلى تأمين صحي.

حتى إن كان لدى هذا الشخص تأمين الآن يمكنك أن تحصل على تغطية أفضل بتكلفة أقل.  
إذا كان هناك أكثر من أربعة من أفراد الأسرة بهذا الطلب، انسخ الصفحتين 4 و5 لكل شخص إضافي.

|             |              |                        |   |           |
|-------------|--------------|------------------------|---|-----------|
| الاسم الأول | الاسم الأوسط | الاسم الأخير (العائلة) | اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع) | علاقته بك |
|-------------|--------------|------------------------|---|-----------|

ضع علامة هنا إذا كان العنوان المنزلي لهذا الشخص هو نفس عنوان منزل مسؤول الاتصال الرئيسي.

إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا العنوان المنزلي لهذا الشخص فيما يلي:

|              |         |               |          |
|--------------|---------|---------------|----------|
| عنوان المنزل | شقة رقم |               |          |
| المدينة      | الولاية | الرمز البريدي | المقاطعة |

ضع علامة هنا إذا لم يكن لهذا الشخص عنوان منزل. ويجب أن تعطينا عنواناً بريدياً أدناه.

ضع علامة هنا إذا كان العنوان البريدي لهذا الشخص هو نفس العنوان البريدي لمسؤول الاتصال الرئيسي.

إذا لم يكن نفس العنوان، يجب أن تعطينا العنوان البريدي لهذا الشخص فيما يلي:

|   |         |               |          |
|---|---------|---------------|----------|
| العنوان البريدي أو صندوق البريد (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل) | شقة رقم |               |          |
| المدينة   | الولاية | الرمز البريدي | المقاطعة |

أفضل رقم هاتف للوصول إلى هذا الشخص  المنزل  المحمول  العمل  
الرقم: ( ) - ( )  
رقم هاتف آخر  المنزل  المحمول  العمل  
الرقم: ( ) - ( )

عنوان البريد الإلكتروني:

|  |   |
|--|---|
| ما اللغة التي ينبغي أن نكتب بها إلى هذا الشخص؟ | ما اللغة التي يرغب هذا الشخص في أن نتحدث بها إليه (أو إليها)؟ |
|--|---|

هل هذا الشخص:  أعزب  لم تتزوج قط  متزوج  شريك حياة مسجل  مطلق  أرمل

هل هذا الشخص:  ذكر  أنثى

تاريخ الميلاد (شهر/ يوم / سنة):

**طلب تأمين صحي** حتى إن كان لدى هذا الشخص تأمين الآن يمكنك أن تحصل على تغطية أفضل أو تكلفة أقل.

هل يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على تأمين صحي؟  نعم إذا كانت الإجابة نعم، أجب على الأسئلة التالية.  لا إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى الصفحة 10.

|   |                        |
|---|------------------------|
| إذا لم يكن لدى هذا الشخص رقم ضمان اجتماعي، فما السبب؟ | رقم الضمان الاجتماعي ★ |
| رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الخاص بالتبني         | _____                  |
| رقم تعريف الممول (دافع الضرائب) الفردي                | _____                  |
| الإعفاء الديني  | _____                  |
| هذا الشخص غير مؤهل للحصول على رقم ضمان اجتماعي        | _____                  |

الشخص رقم 4 يُتبع بالصفحة التالية

## الخطوة 2:

### الشخص رقم 4 (تابع)

هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو يحمل الجنسية الأمريكية؟  نعم  لا

إذا لم يكن هذا الشخص مواطناً أمريكياً أو كان لا يحمل الجنسية الأمريكية أجب على الأسئلة التالية:

هل لدى هذا الشخص وضع هجرة مُرضٍ؟  نعم  لمعرفة إذا كان لدى هذا الشخص وضع هجرة مُرضٍ، انتقل إلى "المرفق B" بالصفحة 15 للاطلاع على قائمة. ثم اكتب معلومات الوثيقة هنا. وفي معظم الحالات يكون رقم الهوية بالوثيقة هو رقم تسجيل الأجنبي.

نوع الوثيقة: \_\_\_\_\_ رقم الهوية: \_\_\_\_\_

بلد الإصدار: \_\_\_\_\_ تاريخ الانتهاء: \_\_\_\_\_

الاسم كما هو مدون بالوثيقة: \_\_\_\_\_

هل أقام هذا الشخص بالولايات المتحدة منذ 1996؟  نعم  لا

هل هذا الشخص أو زوجته أو طفله المُعال غير المتزوج محارب مُسرح بتقدير فذوة حسنة من القوات المسلحة الأمريكية أو أحد الأفراد الذين لا يزالون بالخدمة بها؟  نعم  لا

◀ إذا كان هذا الشخص يرغب في اختيار خطة تأمين صحي الآن ضع علامة هنا  واملأ "المرفق C" بالصفحات 16-18.

أخبرنا عن أصول هذا الشخص العرقية هذه المعلومات سرية ولن تُستخدم إلا لضمان حصول الجميع على نفس الرعاية الصحية. كما لن تُستخدم لتقرير نوع برنامج التأمين الصحي المؤهل هذا الشخص للاشتراك به.

ما أصول هذا الشخص العرقية؟ (اختياري؛ حدد كل ما ينطبق)

هل هذا الشخص من أصول إسبانية لاتينية أو لاتينية أو إسبانية؟ (اختياري)  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة نعم، حدد إجابة:  
 مكسيكي، أمريكي مكسيكي، أمريكي المولد من أصول مكسيكية  
 سلفادوري  غواتيمالي  
 كوبي  بورتوريكي  
 أصول إسبانية لاتينية، أو لاتينية، أو إسبانية أخرى:

أبيض  هندي آسيوي  ياباني  غوامي أو تشامورو  
 أسود أو أمريكي أفريقي  كمبودي  كوري  ساموي  
 أمريكي هندي أو من سكان  صيني  لاوسي  أخرى  
الأسكا الأصليين  فلبيني  فيتنامي  
 هونغ كونغ (مياو)  هاويي أصلي

★  ضع علامة هنا إذا كان هذا الشخص أمريكياً هندياً أو من سكان ألاسكا الأصليين، واملأ "المرفق A" بالصفحة 14.



★ يمكنك اختيار صديق تثق به أو منظمة لتكون "ممثلًا معتمدًا" ينوب عنك. والممثل المعتمد هو الشخص الذي تسمح له بأن يرى طلبك ويتحدث معنا بشأنه الآن وفي المستقبل.

اسم الممثل المعتمد

العنوان

شقة رقم

المدينة

الولاية الرمز البريدي المقاطعة

إن توقيعك على هذا القسم يسمح لهذا الشخص بالتوقيع على طلبك والحصول على معلومات رسمية بشأن هذا الطلب والتصرف نيابة عنك لدى هذه الوكالة في جميع الأمور في المستقبل.

توقيعك

التاريخ

## بيان الخصوصية

للحصول على المزيد من المعلومات أو للاطلاع على سجلات Covered California الرجاء التواصل مع مسؤول شؤون الخصوصية على العنوان:

Covered California  
Attn: Privacy Officer

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

بالهاتف: 1-800-826-6317

رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500

قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية التالية تمنحنا الحق في جمع المعلومات المطلوبة بالطلب والاحتفاظ بها:

42 U.S.C. § 18031; مدونة قوانين حكومة كاليفورنيا § 100502(k) و 100503(a)

يجب أن نعطيك "بيان الخصوصية" هذا بموجب قانون California Civil Code § 1798.17. كما يمكنك الاطلاع على سياسة الخصوصية الخاصة ببرنامج Covered California على موقع ويب: CoveredCA.com.

يتم تقديم هذا الطلب للحصول على تأمين صحي من خلال Covered California. والمعلومات الشخصية والطبية التي تدونها فيه هي معلومات خاصة وسرية. ويحتاج برنامج Covered California هذه المعلومات للتعرف عليك وعلى الأشخاص الآخرين المُدرجين بهذا الطلب ومن أجل إدارة برامجنا.

وسوف نشارك معلوماتك وكالات الولايات والوكالات الفيدرالية والمحلية الأخرى والمقاولين وخطط الرعاية الصحية والبرامج، وذلك فقط لإلحاق بخطة أو برنامج أو إدارة البرامج، كما سوف نشاركها وكالات الولايات والوكالات الفيدرالية الأخرى حسبما يكون مطلوبًا بمقتضى القوانين.

■ يجب أن تجيب على جميع الأسئلة الواردة بهذا الطلب إلا إذا كان مشار إليها بكلمة "اختياري". وإذا لم يتضمن طلبك أمرًا مطلوبًا لدينا سوف نتواصل معك لاستكمالها. **إذا لم تزودنا بالمعلومات المطلوبة، لن يكون بوسعنا اتخاذ قرار بشأن طلبك.** وقد يتعين عليك تقديم طلب جديد أو قد لا نستطيع الحصول على تأمين صحي من خلال Covered California.

■ يحق لك في معظم الحالات الاطلاع على المعلومات الشخصية المتعلقة بك التي تتضمنها السجلات الفيدرالية وسجلات الولاية. ويمكنك الاطلاع عليها بتتبعات أخرى (مثل الحروف الكبيرة) إذا كنت بحاجة إلى ذلك.

الشخص رقم 3 يُتبع بالصفحة التالية

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). المكالمات مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 6 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 5 مساءً. أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



## حَقِّقْ فِي تَقْدِيمِ طَعْنِ:

- إنني أفهم أنه إذا ارتكبت برنامج Covered California خطأ فإني أستطيع الطعن على القرار. ويُقصد بالطعن أن تبلغ موظفًا ببرنامج Covered California أنك تعتقد أنهم مخطئون في قرارهم وتطلب عقد جلسة استماع عادلة بشأن الإجراء المتخذ.
- أعلم أنه يمكنني معرفة كيف أقدم طعنًا، بما في ذلك الطعن المستعجل وكيفية الحصول على تحويل للمساعدة القانونية أو الحصول على مساعدة قانونية مجانية، بالاتصال على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
- أعلم أنه يجب أن أقدم الطعن خلال 90 يومًا من تاريخ إبلاغي بالإخطار عن طريق البريد أو شخصيًا.
- أعلم أنه يمكنني تمثيل نفسي أو أنيب عني شخصًا آخر يمثلني في الطعن الخاص بي، مثل ممثل معتمد أو صديق أو قريب أو محامٍ.
- أعلم أن جلسات الاستماع هذه ستجرى بالهاتف أو من خلال مؤتمر فيديو أو مقابلة شخصية.
- أعلم أنه إذا كنت بحاجة للمساعدة فيمكن لأحد موظفي برنامج Covered California شرح حالتي لي.
- إنني أعلم أنه بإمكان أحد موظفي برنامج Covered California أن يوضح الظروف التي يمكن فيها حفظ أهليتي أو إعادتها إلى أن يتم اتخاذ قرار بشأن الطعن.
- أعلم أن قرار الطعن الخاص بي أو بأفراد أسرتي الآخرين قد ينتج عنه تغيير في أهليتي أو أهلية أفراد أسرتي الآخرين. وقد يتسبب التغيير الذي طرأ على الأهلية في إعادة تحديد أهلية جميع أفراد الأسرة.

## تجديد التأمين:

- أوافق على السماح لبرنامج Covered California باستخدام المصادر الحاسوبية، مثل إدارة الضمان الاجتماعي وذلك ليكون من الأيسر الاستمرار في الحصول على تأمين صحي. وإذا أظهرت تلك المصادر أنني لا أزال مؤهلاً يمكن تجديد التغطية التأمينية الخاصة بي لفترة 12 شهرًا أخرى ولن أضطر إلى ملأ نموذج تجديد أو إرسال أوراق أخرى.

- المعلومات التي ضمنتها هذا الطلب هي معلومات حقيقية على حد علمي بها. وأدرك أنني قد أتعرض لعقوبة شهادة الزور إذا لم أذكر معلومات حقيقية.
- إنني أدرك أن المعلومات التي أقدمها سوف تُستخدم فقط لمعرفة إذا كان أفراد أسرتي الذين يتقدمون بطلب هم مؤهلون للحصول على تأمين صحي.
- إنني أفهم أن برنامج Covered California سوف يحافظ على سرية معلوماتي، حسبما يكون مطلوبًا بموجب القانون. وللحصول على المزيد من المعلومات أو للوصول إلى المعلومات الشخصية الموجودة بالسجلات التي يحتفظ بها Covered California يمكنني التواصل مع مسؤول شؤون الخصوصية على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).
- أدرك أنني يجب أن أبلغ Covered California بشأن التغييرات التي تطرأ على أي بند أدونه بهذا الطلب. وللإبلاغ عن التغييرات يمكنني الاتصال على Covered California على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500) أو زيارة موقع ويب: CoveredCA.com.
- إنني أدرك أنه لا يجب أن يمارس برنامج Covered California تمييزًا ضدي أو ضد أي شخص يرد بهذا الطلب بسبب الأصل العرقي، أو اللون، أو الجنسية الأصلية، أو الدين، أو العمر، أو نوع الجنس، أو الميول الجنسية، أو الحالة الاجتماعية، أو حالة المحاربين القدماء، أو الإعاقة. وإذا كنت أعتقد أن Covered California قد مارس تمييزًا ضدي، بما في ذلك الإخفاق في إتاحة ترتيبات ومواعيد معقولة كما توجبه قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية، يمكنني تقديم شكوى عن طريق زيارة موقع ويب: [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file) أو <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>.
- إنني أفهم أن أي تغييرات تطرأ على معلوماتي أو معلومات أي فرد من أفراد أسرتي يمكن أن تؤثر على أهلية أفراد الأسرة الآخرين.
- إنني أؤكد أنه لا يوجد أي شخص يتقدم للحصول على تأمين صحي بهذا الطلب محتجزًا أو محبوسًا بعد صدور حكم نهائي في حجز أو سجن أو مؤسسة عقابية مماثلة أو منشأة تاهيل وإصلاح.
- أفهم أنه يجب إبلاغ Covered California عن التغييرات التي تطرأ على دخلي خلال 30 يومًا من حدوثها لأن ذلك يمكن أن يؤثر على أهليتي للحصول على تأمين صحي من خلال خطة رعاية صحية من خطط Covered California.
- إنني أمنح موافقتي إلى Covered California لمراجعة السجلات الحاسوبية بالوكالات الأخرى للتحقق من المواطنة ووضع الهجرة المرضي والمعلومات الأخرى المتعلقة بالأهلية لترى إن كنت والأشخاص الآخرين المرشحين بهذا الطلب مؤهلين للحصول على تأمين صحي.



أقر مُدرِّكًا لعقوبة شهادة الزور بأن المعلومات التي أدلي بها أدناه هي معلومات حقيقية وصحيحة.

- إنني فهمت جميع الأسئلة الواردة بهذا الطلب وأجبت عنها إجابات حقيقية وصحيحة بقدر ما لدي من علم ومعرفة. وحيثما لم أعرف الإجابة بذلت كل محاولة معقولة لتأكيد الإجابة مع شخص آخر يعرف.
- أدرك أنني إذا لم أذكر معلومات حقيقية بهذا الطلب قد أتعرض لعقوبة شهادة زور مدنية أو جنائية قد تصل إلى السجن لمدة أربع سنوات. (الرجاء مراجعة California Penal Code Section 126.)
- إنني أدرك أن المعلومات التي أدونها بهذا الطلب سوف تُستخدم لتقرير ما إذا كان الأشخاص الذين يتقدمون بالطلب مؤهلين للحصول على تأمين صحي. وسوف يحافظ برنامج Covered California على سرية المعلومات، كما تقتضيه القوانين الفيدرالية وقوانين ولاية كاليفورنيا.
- أوافق على إبلاغ Covered California بالاتصال على الرقم: **1-800-826-6317** (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500) أو زيارة موقع ويب **CoveredCA.com** إذا طرأت أية تغييرات على هذا الطلب فيما يتصل بأي شخص يتقدم للحصول على تأمين صحي.
- إذا كنت أختار خطة رعاية صحية عن طريق ملاء "المرفق C" وإرساله، وإذا قرر برنامج Covered California أنني مؤهل للاشتراك بالخطة التي اخترتها في "المرفق C":  
« أدرك أنه بتوقيعي هنا فإنني أبرم عقدًا مع الجهة المُصدرة للخطة.  
« عمري 18 عامًا على الأقل أو أنا قاصر متحرر (قانونًا) وأتمتع بالقدرة العقلية التي تؤهني لتوقيع عقد.

|                                    |         |
|------------------------------------|---------|
| توقيع مقدم الطلب أو الممثل المعتمد | التاريخ |
|------------------------------------|---------|

### أشخاص معتمدون لدى Covered California

أكمل هذا القسم إذا كنت شخصًا معتمدًا لدى Covered California وتساعد أحد الأشخاص في ملاء هذا الطلب.

أقر باعتباري اختصاصي شؤون اشتراك معتمد، أو وكيل تأمين معتمد، أو اختصاصي اشتراك في الخطط معتمد أنني ساعدت مقدم الطلب على استكمال هذا الطلب وأن هذه الخدمة كانت مجانية. كما أقر بأنني قدمت إجابات حقيقية وصحيحة على جميع الأسئلة الواردة بهذا الطلب بقدر ما لدي من علم ومعرفة. وشرحت لمقدم الطلب بلغة سهلة الفهم خطر تقديمه لمعلومات غير دقيقة، وقد فهم ما شرحت له.

|                                   |                          |   |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| رقم اختصاصي شؤون الاشتراك المعتمد | <input type="checkbox"/> | اختصاصي شؤون الاشتراك المعتمد<br>الاسم:                   |
| رقم جهة الاشتراك المعتمدة         |                          | جهة الاشتراك المعتمدة<br>الاسم:                           |
| رقم الترخيص                       | <input type="checkbox"/> | وكيل تأمين معتمد<br>الاسم:                                |
| رقم الاعتماد                      | <input type="checkbox"/> | اختصاصي اشتراك في الخطط المعتمد<br>الاسم:<br>الخطة: _____ |
| التاريخ                           |                          | توقيع الشخص المعتمد                                       |

لن تعوض الولاية جهة الاشتراك المعتمدة من برنامج Covered California ما لم يملأ اختصاصي شؤون الاشتراك المعتمد هذا القسم بالكامل وبطريقة صحيحة عند تقديم الطلب.

اتصل على "Covered California" على الرقم: **1-800-826-6317** (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).  
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 6 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 5 مساءً.  
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: **CoveredCA.com**.

هل تحتاج المساعدة؟



أرسل طلبك الموقع إلى:

Covered California

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

هل تذكرت أن:

- تخبرنا عن كل فرد يحتاج إلى تأمين صحي في أسرتك؟
- توقع هذا الطلب في الصفحة 12؟ إذا قمت باختيار ممثل معتمد،  
فوقع أيضاً بالصفحة 10.

## بعض الأسئلة الإضافية (اختياري)

1. هل طرأت على حياتك تغيرات حديثة جعلتك ترغب في تقديم طلب للحصول على تأمين صحي؟  
إذا كانت الإجابة نعم، حدد كل ما ينطبق.

- انتقلت إلى كاليفورنيا
- حصلت على مواطنة أو وجود قانوني
- أصبحت تعول شخصاً آخر (بالميلاد، أو الزواج، أو التبني)
- فقدت تغطية برنامج Medi-Cal
- أخرى \_\_\_\_\_
- لم تعد مسجولاً
- فقدان التأمين الصحي
- أمريكي هندي أو من سكان الأسكا الأصليين معترف به على المستوى الفيدرالي
- فقدت المساعدة في دفع أقساط من أجل الحصول على تأمين صحي من خلال برنامج Covered California

متى طرأ هذا التغيير في حياتك؟ (شهر/ يوم / سنة) \_\_\_\_\_

2. كيف علمت ببرنامج Covered California؟ حدد كل ما ينطبق.

- برنامج توعية وتنقيف
- إعلان بمجلة أو جريدة
- مواقع التواصل الاجتماعي (مثل: فيسبوك، وتويتر، وغيرها)
- لوحة إعلانات
- وكيل تأمين معتمد
- موقع ويب CoveredCA.com
- إعلان بالتلفزيون
- رسالة بريدية
- البريد الإلكتروني
- لافتة في متجر بيع بالتجزئة
- اختصاصي شؤون اشترك
- صيدلية
- حديث من شخص ما
- إعلان بالإذاعة
- البحث في الإنترنت
- تطبيق موبايل
- صديق أو أحد أفراد العائلة
- معتمد
- مقدم خدمات أو مستشفى
- أخرى \_\_\_\_\_
- إعلان بالإنترنت
- برنامج أخبار أو خبر
- منظمة مجتمعية أو فعالية اجتماعية
- نشرة
- صاحب عمل
- مكتب حكومي



★ أكمل هذا القسم إذا كنت أو أحد أفراد الأسرة أمريكيًا هنديًا أو من سكان ألاسكا الأصليين.

يمكن للأمريكيين الهنود وسكان ألاسكا الأصليين الحصول على خدمات من Indian Health Services أو برامج الصحة القبلية أو برامج الصحة الهندية الحضرية. وكذلك فإن الأمريكيين الهنود وسكان ألاسكا الأصليين المعترف بهم على المستوى الفيدرالي قد لا يضطرون إلى دفع التكاليف من مالهم الشخصي (كالمشاركة في المدفوعات) وقد يحصلون على فترات اشتراك خاصة. تأكد من أنك أكملت هذا النموذج وأرفقه مع طلبك ومع ما يثبت أنك أصول تنتمي إلى الأمريكيين الهنود أو سكان ألاسكا الأصليين. ويمكنك إرسال وثيقة من قبيلة هندية معترف بها على المستوى الفيدرالي توضح أنك عضو في هذه القبيلة أو تنتسب إليها. ويمكنك استخدام بطاقة اشتراك قبلية أو Certificate of Degree of Indian Blood (شهادة درجة الدم الهندي) من Bureau of Indian Affairs (مكتب الشؤون الهندية).

إذا كنت تحتاج أن نخبرنا عن أكثر من أربعة أشخاص أمريكيين هنود أو من سكان ألاسكا الأصليين، انسخ هذه الصفحة، وتأكد من إرسالها مع طلبك.

## الشخص رقم 1

الاسم الأول الاسم الأوسط الاسم الأخير (العائلة) اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)

هل هذا الشخص عضو في قبيلة أمريكية هندية أو قبيلة أصلية بألاسكا معترف بها على المستوى الفيدرالي؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر اسم القبيلة: \_\_\_\_\_ وكذلك الولاية التي تتبعها القبيلة: \_\_\_\_\_

## الشخص رقم 2

الاسم الأول الاسم الأوسط الاسم الأخير (العائلة) اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)

هل هذا الشخص عضو في قبيلة أمريكية هندية أو قبيلة أصلية بألاسكا معترف بها على المستوى الفيدرالي؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر اسم القبيلة: \_\_\_\_\_ وكذلك الولاية التي تتبعها القبيلة: \_\_\_\_\_

## الشخص رقم 3

الاسم الأول الاسم الأوسط الاسم الأخير (العائلة) اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)

هل هذا الشخص عضو في قبيلة أمريكية هندية أو قبيلة أصلية بألاسكا معترف بها على المستوى الفيدرالي؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر اسم القبيلة: \_\_\_\_\_ وكذلك الولاية التي تتبعها القبيلة: \_\_\_\_\_

## الشخص رقم 4

الاسم الأول الاسم الأوسط الاسم الأخير (العائلة) اللقب الملحق (مثل: الأب، الابن، الثالث، الرابع)

هل هذا الشخص عضو في قبيلة أمريكية هندية أو قبيلة أصلية بألاسكا معترف بها على المستوى الفيدرالي؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر اسم القبيلة: \_\_\_\_\_ وكذلك الولاية التي تتبعها القبيلة: \_\_\_\_\_



## وضع الهجرة

- إذا كنت ممن ينطبق عليه أي من المجموعات التالية يمكن أن تكون مؤهلاً للحصول على تأمين صحي.
- إذا لم يكن وضع الهجرة الخاص بك مُدرجاً بالقائمة أدناه فإنك قد لا تزال مؤهلاً للحصول على تأمين صحي، وينبغي لذلك أن تتقدم بطلب.
- مقيم دائم قانوني (LPR أو حامل بطاقة خضراء)
- مقيم مؤقت قانوني (LTR)
- حاصل على حق اللجوء
- لاجيء
- متسلل كوبي / هايتي
- مسموح بدخوله الولايات المتحدة الأمريكية
- متسلل مشروط ممنوح قبل 1980
- زوج(ة) أو طفل(ة) أو والد(ة) معنف(ة)
- ضحية إجبار بالبشر مع زوجته (أو مع زوجها) أو طفله أو شقيقه أو والده [نكورا أو إناتا]
- ممنوح وقف الترحيل أو وقف الإبعاد، بموجب قوانين الهجرة أو اتفاقية مناهضة التعذيب (CAT)
- شخص لديه وضع غير مهاجر (يشمل تأشيرات العمل، وتأشيرات الدراسة، ومواطني مكرونيزيا، وجزر مارشال، وبالاو)
- وضع حماية مؤقتة (TPS) أو مقدم طلب للحصول على وضع حماية مؤقتة (TPS)
- ترحيل جبري مؤجل (DED)
- وضع إجراء مؤجل ملاحظة: إذا كنت ممن لديهم وضع إجراء مؤجل حالياً بموجب "الإجراء المؤجل للقدوم في الطفولة" (DACA) لوزارة الأمن الداخلي، فلا تُعتبر ممن لهم وجود قانوني بالبلاد.
- متقدم بطلب للحصول على وضع حدث مهاجر خاص
- متقدم بطلب تعديل وضع مقيم دائم قانوني، مع التماس معتمد للحصول على تأشيرة
- متقدم بطلب للحصول على اللجوء
- متقدم بطلب لوقف الترحيل أو وقف الإبعاد، بموجب قوانين الهجرة أو اتفاقية مناهضة التعذيب (CAT)
- متقدم بطلب للتسجيل وتحمل Employment Authorization Document (EAD) (وثيقة تصريح بالعمل (تصريح العمل)
- أمر بالإشراف (مع تصريح عمل) (مع EAD)
- متقدم بطلب لإلغاء الإبعاد أو لتعليق الترحيل (مع تصريح عمل) (مع EAD)





★ إذا أردت أن نخبرنا عن أكثر من أربعة أشخاص، اعمل نسخة عن هذه الصفحة وعن الصفحة التي تليها واستخدمهما لكي تعطينا المعلومات. تأكد من إرسال الصفحات الإضافية مع الطلب.

من أجل اختيار خطة التأمين الصحي الخاصة بك، اكتب اسم البرنامج أو الفئة المعدنية التي تريدها أدناه. حالما تختار لنفسك خطة التأمين ينبغي عليك أن تدفع القسط الأول للتغطية الصحية الخاصة بك لكي يصبح مفعولها سارياً. ينبغي أن تسدد الدفعات مباشرة إلى شركة التأمين التي تختارها. يمكنك أن تتصل بهم مباشرة أو تنتظرهم لكي يرسلوا لك فاتورة. لا ترسل دفعاتك إلى Covered California. راجع السؤال رقم 8 من الأسئلة الشائعة على الصفحة 20 للمزيد من المعلومات حول كيفية دفع أول قسط لك.

لمعرفة المزيد عن الخطط الصحية المتوفرة أو معلومات عن دفعات الأقساط، الرجاء زيارة [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) أو اتصل على الرقم 1-800-826-6317 (رقم الهاتف النصي: 1-888-889-4500).

| نوع الخطة  | الرقم المعدني | المستوى المعدني   | اسم خطة الرعاية الصحية | الاسم الأول، الأوسط، الأخير (العائلة)، اللقب الملحق (مثل: الابن، الأب، الثالث، الرابع) |
|--|---------------|---|------------------------|--|
| EPO <input type="checkbox"/><br>HMO <input type="checkbox"/><br>HSA <input type="checkbox"/><br>PPO <input type="checkbox"/> |               | Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/><br>Bronze <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/><br>خطة التغطية الدنيا <input type="checkbox"/> |                        | الشخص رقم 1:   |
| EPO <input type="checkbox"/><br>HMO <input type="checkbox"/><br>HSA <input type="checkbox"/><br>PPO <input type="checkbox"/> |               | Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/><br>Bronze <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/><br>خطة التغطية الدنيا <input type="checkbox"/> |                        | الشخص رقم 2:   |
| EPO <input type="checkbox"/><br>HMO <input type="checkbox"/><br>HSA <input type="checkbox"/><br>PPO <input type="checkbox"/> |               | Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/><br>Bronze <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/><br>خطة التغطية الدنيا <input type="checkbox"/> |                        | الشخص رقم 3:   |
| EPO <input type="checkbox"/><br>HMO <input type="checkbox"/><br>HSA <input type="checkbox"/><br>PPO <input type="checkbox"/> |               | Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/><br>Bronze <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/><br>خطة التغطية الدنيا <input type="checkbox"/> |                        | الشخص رقم 4:   |

## أنواع الخطط

EPO - منظمة تقديم خدمات حصرية

HMO - منظمة معنية بالمحافظة على الصحة

HSA - حساب ادخار للرعاية الصحية (هذا النوع من الخطط يسمح للأعضاء بفتح حساب ادخار للرعاية الصحية والمساهمة فيه)

PPO - منظمة تقديم خدمات مفضلة

من أجل استكمال قسم الخطط، يجب على جميع الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 18 عاماً فأكثر الذين يختارون خطة تأمين صحي الموافقة والتوقيع على اتفاقية التحكيم الواردة بالصفحة التالية.

المرفق C يُتبع بالصفحة التالية

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). المكالمات مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 6 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 5 مساءً. أو زيارة موقعنا على الإنترنت: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).

هل تحتاج المساعدة؟



## اتفاقية تحكيم ملزم

## ◀ لكل شخص يختار خطة صحية ببرنامج Covered California:

أدرك أن لكل خطة رعاية صحية مشاركة قواعدها الخاصة بشأن حل المنازعات أو المطالبات، بما في ذلك ولكن لا يقتصر على أية مطالبة أرفعها أو يرفعها الأشخاص المُعالون المشمولون بالخطة التابعون لي أو ورثتي أو ممثلي المعتمدون ضد خطة الرعاية الصحية أو أي مقدمي خدمات صحية متعاقدين أو الإداريين أو الأطراف المرتبطة الأخرى بشأن العضوية في خطة الرعاية الصحية، أو تغطية الخدمات أو البنود أو تسليمها، أو سوء الممارسة الطبية أو ممارسة المستشفيات (المطالبة التي يُدعى فيها بأن الخدمات الطبية كانت غير ضرورية أو غير معتمدة أو تم تقديمها بطرق غير سليمة أو بإهمال أو بمستوى متدنٍ في الكفاءة)، أو مسؤولية مالك العقار.

أدرك أنه إذا اخترت خطة رعاية صحية تتطلب تحكيمًا ملزمًا لحل المنازعات فإنتي أقبل وأوافق على استخدام التحكيم الملزم لحل المنازعات أو المطالبات (عدا قضايا محكمة المطالبات الصغيرة والمطالبات التي لا يمكن أن تخضع للتحكيم الملزم بموجب القانون الحاكم) وأتنازل عن حقي في اللجوء إلى محاكمة بهينة محلين ولا يمكن أن أطلب التقرير بشأن المنازعة في المحكمة، عدا ما ينص عليه القانون المطبق من مراجعة قضائية لإجراءات التحكيم. وإنتي أفهم أن نص التحكيم الكامل لكل خطة رعاية صحية مشاركة إذا كان لديها ذلك هو وثيقة تغطية خطة الرعاية الصحية، والتي هي متاحة على الإنترنت بموقع ويب: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) لكي أراجعها إليها أو أستطيع الاتصال ببرنامج Covered California على الرقم 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500) للحصول على المزيد من المعلومات.

## ◀ توقيعات المشاركين في جميع الخطط

|         |  |
|---------|--|
| التاريخ | توقيع الشخص رقم 1، أو الطرف المسؤول أو الممثل المعتمد للشخص رقم 1، إذا كان يبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل. |
| التاريخ | توقيع الشخص رقم 2، أو الطرف المسؤول أو الممثل المعتمد للشخص رقم 2، إذا كان يبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل. |
| التاريخ | توقيع الشخص رقم 3، أو الطرف المسؤول أو الممثل المعتمد للشخص رقم 3، إذا كان يبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل. |
| التاريخ | توقيع الشخص رقم 4، أو الطرف المسؤول أو الممثل المعتمد للشخص رقم 4، إذا كان يبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل. |

المرفق C يُتبع بالصفحة التالية



# اختر خطتك لصحة أسنان الأطفال من خلال Covered California لمن يبلغ من العمر 18 سنة أو أقل فقط

## المرفق C:

★ **اعمل نسخة عن هذه الصفحة** إذا كنت ترغب في تقديم طلب لخدمات أسنان الأطفال لأكثر من أربعة أطفال. استخدم الصفحات الإضافية لتعطينا المعلومات وأرسلها مع طلبك.

إذا كنت تعتقد أنك مؤهل للحصول على خدمات صحة أسنان الأطفال من أجل طفلك وترغب في الحصول على خطة صحة أسنان الأطفال اكتب اسم (أسماء) الخطة (الخطط) أدناه. ولمعرفة المزيد عن خطط صحة أسنان الأطفال التي يقدمها برنامج Covered California يرجى زيارة موقع ويب: CoveredCA.com أو الاتصال على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

| نوع الخطة   | مستوى التغطية   | اسم خطة صحة أسنان الأطفال | الاسم<br>الأول، الأوسط، الأخير (العائلة)، اللقب الملحق (مثل: الابن، الأب، الثالث، الرابع) |
|---|---|---------------------------|---|
| DEPO <input type="checkbox"/><br>DHMO <input type="checkbox"/><br>DPPO <input type="checkbox"/> | عالي <input type="checkbox"/><br>منخفض <input type="checkbox"/> |                           | الطفل 1:  |
| DEPO <input type="checkbox"/><br>DHMO <input type="checkbox"/><br>DPPO <input type="checkbox"/> | عالي <input type="checkbox"/><br>منخفض <input type="checkbox"/> |                           | الطفل 2:  |
| DEPO <input type="checkbox"/><br>DHMO <input type="checkbox"/><br>DPPO <input type="checkbox"/> | عالي <input type="checkbox"/><br>منخفض <input type="checkbox"/> |                           | الطفل 3:  |
| DEPO <input type="checkbox"/><br>DHMO <input type="checkbox"/><br>DPPO <input type="checkbox"/> | عالي <input type="checkbox"/><br>منخفض <input type="checkbox"/> |                           | الطفل 4:  |

### أنواع الخطط

- DEPO - منظمة تقديم خدمات صحة أسنان حصرية
- DHMO - منظمة معنية بالمحافظة على صحة الأسنان
- DPPO - منظمة تقديم خدمات صحة أسنان مفضلة

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).  
المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 6 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 5 مساءً.  
أو زيارة موقعنا على الإنترنت: CoveredCA.com.

هل تحتاج المساعدة؟



## الحصول على مساعدة من خلال Covered California

### 1. Covered California ما هذا؟

Covered California (تغطية كاليفورنيا) هو السوق الجديدة التي يستطيع أن يحصل منها الأفراد والعائلات على تأمين صحي ميسور التكلفة وهو وجهتك لتغطية صحية ذات جودة عالية.

غايتنا هي تبسيط حصول سكان كاليفورنيا على تأمين صحي ميسور التكلفة. و Covered California هو نتاج للشراكة بين California Health و Benefit Exchange و California Department of Health و Care Services.

### 2. كيف يمكن أن يساعدني برنامج Covered California؟

يمكن لبرنامج Covered California أن يساعدك في اختيار برنامج تأمين خاص يلبي احتياجاتك الصحية ويتوافق مع ميزانيتك.

ويمكننا شرح كلاً من التكاليف والمنافع الخاصة ببرامج التأمين الصحي بوضوح، حتى تستطيع أن تقارن بين الخيارات المختلفة المتاحة لك. وسنعرف ما الذي ستحصل عليه بالضبط وكما ستدفع مقابلته قبل أن تختار خطتك.

### 3. ما هو التأمين الصحي المقدم من خلال Covered California؟

سيكون لديك مجموعة كبيرة ومتنوعة من خطط التأمين الصحية من خلال Covered California لتختار من بينها. ولا يمكن لشركات التأمين الصحي أن ترفض تغطيتك بسبب أنك مرضت من قبل أو أنك لم تستطع الحصول على تغطية.

يقدم برنامج Covered California أربع مجموعات من خطط التأمين الصحي: خطط Platinum (بلاتينية) و Gold (ذهبية) و Silver (فضية) و Bronze (برونزية) بالإضافة إلى خطة تغطية دنيا. وتقدم كل مجموعة مستوى مختلفاً من التغطية، بداية من المستوى العالي حتى المنخفض. وعادة ما سيكون لخطط التأمين الصحي التي تغطي المزيد من نفقاتك الطبية قسط أعلى ولكنها ستسمح لك بدفع مبلغ أقل عند تلقيك رعاية طبية.

وتطالب الخطط البلاطينية (Platinum) بالقسط الأعلى، لكنها تدفع حوالي 90 بالمائة من النفقات الخاصة برعايتك الصحية. وتدفع الخطط الذهبية (Gold) حوالي 80 بالمائة من تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك بينما تدفع الخطة

الفضية 70 (Silver) بالمائة تقريباً. ويُدفع بالخطط البرونزية (Bronze) القسط الأكثر انخفاضاً لكنها تدفع حوالي 60 بالمائة من النفقات الصحية المغطاة. ولمعرفة المزيد حول جزم المنافع الكاملة المتاحة، برجاء زيارة موقع ويب: CoveredCA.com ومراجعة وثائق الخطة مثل Evidence of Coverage (دليل التغطية) الخاص بالخطة أو وثيقة التأمين بالخطة. أو الاتصال بنا على الرقم 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

### 4. هل أستطيع الحصول على تأمين صحي من خلال برنامج Covered California؟

بإمكان أي شخص من أهل كاليفورنيا الحصول على تأمين صحي من خلال Covered California إذا كان مقيماً بالولاية واستوفى المتطلبات الأخرى.

وقد يتأهل المتقدمون بالطلبات للحصول على خطة تأمين صحي مجانية أو منخفضة التكلفة أو الحصول على مساعدة مالية يمكن أن تخفض من تكاليف الأقساط والمدفوعات المشتركة. ويستند المبلغ الخاص بالمساعدة المالية إلى عدد أفراد الأسرة المعيشية ودخل العائلة.

وللتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية عليك استكمال طلب مختلف. يرجى زيارة موقع ويب: CoveredCA.com أو الاتصال بنا على الرقم 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

### 5. هل يمكنني الحصول على تأمين صحي حتى إذا كان دخلي مرتفعاً؟

نعم. وبإمكان أي شخص مؤهل من سكان كاليفورنيا أن يحصل على تأمين صحي مهما يكن دخله.

### 6. كيف أتقدم بطلب؟

يمكنك التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي من Covered California بالطرق التالية:

**بالإنترنت:** يرجى زيارة موقع ويب: CoveredCA.com. ونحن نوفر لك معلومات حول كل خطة من خطط التأمين الصحي بأسلوب واضح وبسيط.

**بالهاتف:** اتصل على Covered California على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). ويمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 6 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 5 مساءً. والمكالمة مجاناً!

**بالفاكس:** أرسل طلبك بالفاكس على الرقم: 1-888-329-3700.

**بالبريد:** أرسل طلب California application إلى العنوان:

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

**شخصياً:** لدينا اختصاصيو شؤون اشترك معتمدون ومدربون أو وكلاء تأمين معتمدون يمكنهم تقديم العون لك. أو يمكنك زيارة مكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة الموجود بمنطقتك. هذه المساعدة مجانية! وللاطلاع على قائمة بالأماكن القريبة من محل سكنك أو مكان عملك يرجى زيارة موقع ويب: CoveredCA.com أو الاتصال على: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

### 7. كم تبلغ التكلفة؟

تعتمد التكلفة على خطة تأمين صحي التي تختارها. ويمكنك استخدام حاسبة التكلفة على موقع ويب: CoveredCA.com لتعرف التكلفة.



## 11. هل يمكنني الحصول على مساعدة بشأن الطلب الخاص بي أو في اختيار خطة؟

نعم! وهذه المساعدة مجانية! يوجد اختصاصيو شؤون اشتراك معتمدون وكلاء تأمين معتمدون بالمجتمعات المحلية في جميع أرجاء الولاية ليمدوك بمعلومات حول خيارات التأمين الصحي الجديدة ويساعدوك في التقدم بالطلب. ويمكنك الحصول على المساعدة بالعديد من اللغات.

احصل على مساعدة بشأن الطلب الخاص بك أو في اختيار خطة:

**على الإنترنت:** يرجى زيارة موقع ويب: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com). ونحن نوفر لك معلومات حول كل خطة من خطط التأمين الصحي بأسلوب واضح وبسيط.

**بالهاتف:** اتصل على Covered California على الرقم:

**1-800-826-6317** (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). ويمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا حتى 6 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 5 مساءً. والمكالمة مجانًا!

**شخصيًا:** لدينا اختصاصيو شؤون اشتراك معتمدون مدربين وكذلك وكلاء تأمين معتمدون يمكنهم تقديم العون لك. أو يمكنك زيارة مكتب الخدمات الاجتماعية للمقاطعة الموجود بمنطقتك. هذه المساعدة مجانية! وللاطلاع على قائمة بالأماكن القريبة من محل سكنك أو مكان عملك يرجى زيارة موقع ويب أو الاتصال على: **1-800-826-6317** (رقم الاتصال [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com)) (بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

## 12. كيف يمكنني اختيار خطة تأمين صحي؟

ويمكنك زيارة موقع ويب: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) لتتسوق وتقارن بسهولة خطط التأمين الصحي باستخدام أداة التسوق والمقارنة على الإنترنت.

ويمكنك اختيار مستوى التغطية الأكثر تلبية لاحتياجاتك الصحية وتوًفقًا مع ميزانيتك.

- بإمكانك أن تختار دفع تكلفة أعلى شهريًا (تسمى قسطًا) كي تدفع أقل من مالك الخاص عندما تحتاج إلى رعاية طبية.
- أو أن تختار دفع تكلفة أقل شهريًا في مقابل دفع مبلغ أكبر من مالك الخاص عندما تحتاج إلى رعاية.

## الحصول على مساعدة من خلال

### Covered California (تابع)

## 8. هل ينبغي عليّ أن أرسل دفعة قسطن الأول مع هذا الطلب؟

لا، لا ترسل دفعة القسط الأول إلى **Covered California**. ينبغي أن تدفع لشركة التأمين مباشرة. يمكنك أن تدفع القسط الأول بالبريد، أو يمكن لشركة التأمين الخاصة بك أن تقبل دفعتك على الهاتف أو على الإنترنت. اتصل بها للمزيد من المعلومات عن كيفية الدفع.

إذا وصلت فاتورة من شركة التأمين الخاصة بك فالرجاء اتباع التعليمات الموجودة على الفاتورة لدفعها. **خطط تأمين أسنان الأطفال ترسل فواتيرها بشكل منفصل وتتطلب دفعات منفصلة.**

اتصل بشركة التأمين الخاصة بك إذا لم تصلك فاتورة. قد تحتاج الشركة إلى 36 ساعة على أبعد تقدير لكي تحصل على معلوماتك من بعد تقديمك للطلب. للمزيد من المعلومات حول دفعك للقسط الأول، تفضل بزيارة [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) وانقر على زر (كيفية الدفع) "How to pay" أو اتصل بالرقم **1-800-826-6317** (رقم الهاتف النصي: 1-888-889-4500).

## 9. ماذا لو كان لدي تأمين صحي بالفعل؟

إذا كان لديك تأمين صحي ميسور التكلفة مقدم من صاحب عملك فإنك لست بحاجة إلى أن تفعل أي شيء. ولكن على أية حال مازال بإمكانك التقدم بطلب لمعرفة ما إذا كنت أو أحد أفراد أسرتك مؤهلًا للحصول على تأمين صحي أكثر يسرًا من حيث التكلفة من خلال [CoveredCalifornia.com](http://CoveredCalifornia.com).

## 10. ليس لدي جميع المعلومات التي أحتاج إليها للإجابة على الأسئلة الواردة في الطلب. ماذا علي أن أفعل؟

إذا لم يكن لديك جميع المعلومات التي نطلبها منك فوقع على طلبك وأرسله على أية حال. وسنقوم بالاتصال عليك لإخبارك بما عليك فعله بعد تلقينا لطلبك بحوالي 10 إلى 15 يومًا تقويميًا. وإذا لم نتواصل معك برجاء الاتصال بنا على الرقم **1-800-826-6317** (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).



## الحصول على مساعدة من خلال

### Covered California (تابع)

#### 13. هل أنا بحاجة إلى الحصول على تأمين صحي أما وقد بدأت الإصلاحات في قطاع الصحة؟

مع بداية شهر يناير من عام 2014 سيصبح أغلب الناس - بما في ذلك الأطفال- مطالبين إما أن يكون لهم تأمين صحي أو دفع غرامة ضريبية. الوالد أو مقدم الإقرار الضريبي الذي يذكر به طفلاً ضمن المُعالين بإقراره الضريبي الفيدرالي سوف يكون مسؤولاً عن عدم التغطية الصحية لهذا الطفل المُعال، ولكن الغرامة الضريبية على طفل غير مؤمن عليه يبلغ من العمر أقل من 18 عامًا هي نصف الغرامة الضريبية الموقعة على شخص بالغ غير مؤمن عليه. وقد تشمل التغطية على تأمين من خلال وظيفتك أو قد تكون تغطية تشتريها من مالك الخاص أو برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal كامل.

بعض الأشخاص معفون من الحصول على تأمين صحي؛ ويشمل هؤلاء الأشخاص ولكن بما لا يقتصر على الذين تتعارض معتقداتهم الدينية مع قبول منافع من خطة تأمين صحي، والمسجونين بعد حكم نهائي، والأشخاص الذين ينتمون إلى قبيلة أمريكية هندية أو قبيلة أصلية من الأسكا معترف بهما على المستوى الفيدرالي، وكذلك الأشخاص المضطرون لدفع أكثر من 8 بالمائة من دخلهم من أجل التأمين الصحي، وذلك بعد وضع الاشتراكات التي يدفعها صاحب العمل في الحساب.

وفي عام 2014 ستصبح الغرامة 1 بالمائة من دخلك السنوي أو 95 دولارًا، أيهما أعلى. وستزيد الغرامة كل عام. وبحلول عام 2016 ستصل الغرامة إلى 2.5 بالمائة من دخلك السنوي أو 695 دولارًا، أيهما أعلى. وبعد عام 2016 ستزيد الغرامة الضريبية كل عام استنادًا إلى تعديل تكاليف المعيشة.

أو زيارة موقع ويب: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).

#### 14. ماذا لو طرأت تغييرات على دخلي بعد أن تقدمت بالطلب؟

إذا تغير دخلك فإن هذا قد يغير نوع التأمين الصحي المؤهل له.

إذا كان لديك تأمين صحي خاص من خلال Covered California فاتصل بنا لتعرف إن كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من خلال Covered California. فهذا يمكن أن يخفف تكلفة أقساطك ومدفوعاتك المشتركة.

#### 15. هل سيكون بإمكانني استخدام خطة التأمين الصحي الجديدة من Covered California في الحال؟

إذا تقدمت بالطلب ما بين شهري أكتوبر وديسمبر 2013 يبدأ تقديم الخدمات مبكرًا من يناير 2014. وإذا تقدمت بالطلب في يناير 2014 أو بعد ذلك يمكن أن يبدأ تقديم الخدمات في بداية الشهر التالي.

#### 16. ماذا سيحدث بعد أن أقدم بالطلب؟

إذا تقدمت بالطلب على الإنترنت أو بالهاتف سوف تتلقى معلومات تفيد ما إذا كنت وأفراد أسرتك مؤهلين للحصول على تأمين صحي من Covered California. وأما إذا تقدمت بطلب ورقي أو بالفاكس سوف نرسل لك خطابًا خلال 10 أيام بالتقويم عند تسلمه. وإذا لم نتواصل معك برجاء الاتصال بنا على الرقم 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

## أسئلة أخرى

#### 17. هل يجب أن يكون كل شخص في الطلب مواطنًا أمريكيًا أو يحمل الجنسية الأمريكية؟

لا، إذا كنت فقط تتقدم بطلب نيابة عن شخص بأسرتك لا تحتاج إلى أن ترسل ما يثبت مواطنتك أو وضع الهجرة. ولكن، يجب أن يكون أي شخص يحصل على تأمين صحي من خلال Covered California مقيمًا بشكل قانوني، كما يجب أن يثبت مواطنته أو وضع الهجرة الخاص به.

#### 18. يُطلب الكثير من المعلومات الشخصية بهذا الطلب. هل سيقوم برنامج Covered California بمشاركة معلوماتي الشخصية والمالية؟

لا. فالمعلومات التي تزودنا بها سرية ومؤمنة بمقتضى القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. وسوف نستخدم معلوماتك فقط لمعرفة إذا كنت مؤهلاً للحصول على تأمين صحي.

#### 19. لدي حالة صحية سابقة أو إعاقة. هل أستطيع الحصول على تأمين صحي من خلال Covered California؟

نعم يمكن الحصول على تأمين صحي بغض النظر عن أية حالات صحية حالية أو سابقة أو إعاقة.

بدءًا من 2014، لا يمكن لمعظم خطط التأمين الصحي رفض إشمالك بالتأمين الصحي أو تغريمك أكثر بسبب أن لديك حالة صحية سابقة أو إعاقة.



## أسئلة أخرى (تابع)

### 20. ماذا لو كنت مشتركاً في Medicare؟

طبقاً للقانون، لا يمكن للمشاركين في Medicare شراء تغطية مزدوجة من خلال Exchange. ولذلك إن كنت مشتركاً في Medicare فالتأمين الصحي من خلال Covered California غير ملائم لك. وإذا كنت تبحث عن تغطية تكميلية لخطة Medicare الخاصة بك وليس لديك تغطية تقاعد فالرجاء زيارة موقع ويب: [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) للاطلاع على المعلومات الخاصة بالاشتراك في خطة Medicare Advantage أو شراء وثيقة Medi-gap.

### 21. اكتشفت للتو أنني حامل. هل أستطيع تقديم طلب للحصول على تأمين صحي ليضمنني بالتغطية خلال فترة الحمل؟

نعم. وتستطيعين طلب الحصول على تأمين صحي يمكنه أن يشملك بالتغطية لتحصلي على الرعاية خلال فترة الحمل وأثناء المخاض والولادة وبعد الولادة. ولم تعد خطط التأمين الصحي يمكنها بعد منعك من الحصول على تأمين صحي إذا كنت حاملاً.

### 22. هل سأكون مؤهلاً للحصول على تأمين صحي إذا لم أكن مواطناً أو ليس لدي وضع هجرة مرضٍ؟

يمكن لأي شخص يعيش في كاليفورنيا التقدم للحصول على تأمين صحي بهذا الطلب؛ والأشخاص الذين يتقدمون بهذا الطلب هم فقط من يجب أن يزودونا برقم الضمان الاجتماعي أو المعلومات بشأن وضع الهجرة.

ولكن يمكن أن تكون مؤهلاً لبرامج تأمين صحي معينة بغض النظر عن وضع الهجرة وحتى إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي.

نحن نحافظ على سرية معلوماتك ولا نتقاسم المعلومات مع الوكالات الحكومية الأخرى إلا لمعرفة البرامج التي أنت مؤهل للاشتراك بها.

### 23. أين أستطيع الحصول على معلومات كيف أصبح مسجلاً للإدلاء بصوتي؟

إذا لم تكن مسجلاً للإدلاء بصوتك الانتخابي حيث تعيش الآن وترغب في تقديم طلب بذلك الآن الرجاء زيارة موقع ويب: [registertovote.ca.gov](http://registertovote.ca.gov) أو اتصل على الرقم: (8683) 1-800-345-VOTE.

### 24. أنا أمريكي هندي أو من سكان الأسكا الأصليين. كيف يمكن أن يساعدني Covered California؟

يمكن للأمريكيين الهنود وسكان الأسكا الأصليين الحصول على خدمات من Indian Health Services أو برامج الصحة القبلية أو برامج الصحة الهندية الحضرية. فإذا كنت أمريكياً هندياً أو من سكان الأسكا الأصليين يمكن أن تكون مؤهلاً أيضاً لما يلي:

- عدم دفع التكلفة من مالك الخاص مثل الخصومات، والمدفوعات المشتركة، والتأمين المشترك (عدا الأقساط)
- فترات اشتراك شهرية خاصة

تأكد من استكمال "المرفق A" وأرسله مع وثيقة إثبات أن لك أصول تنتمي إلى الأمريكيين الهنود أو سكان الأسكا الأصليين. والوثائق التي يمكنك استخدامها لإثبات أن لك أصول تنتمي إلى الأمريكيين الهنود أو سكان الأسكا الأصليين تشمل ولكن لا تقتصر على:

1. بطاقة الاشتراك القبلية

2. Certificate of Degree of Indian Blood (شهادة درجة الدم الهندي) من Bureau of Indian Affairs (مكتب الشؤون الهندية).

وإذا كنت ترغب في الحصول على أي من المزايا التالية الرجاء زيارة موقع ويب: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) واستخدم Application for Health Insurance (طلب تأمين صحي) للتقدم ومعرفة إذا كنت مؤهلاً للحصول على ما يلي:

- تأمين مجاني أو منخفض التكلفة، مثل Medi-Cal
- تأمين منخفض التكلفة للحوامل من خلال برنامج Access for Infants and Mothers (AIM)
- مساعدة للدفع مقابل تأمين صحي خاص من خلال Covered California.

### 25. ماذا لو أنني لا أوافق على قرار يتخذه برنامج Covered California؟

يمكنك تقديم طعن. ولطعن على قرار لا توافق عليه اتصل ببرنامج Covered California بإحدى الطرق التالية:

- على الإنترنت: يُرجى زيارة موقع ويب: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).
- بالهاتف: اتصل على Covered California على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). ويمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 6 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 5 مساءً. والمكالمة مجاناً!
- بالفاكس: أرسل الطعن بالفاكس إلى الرقم: 1-888-329-3700.
- بالبريد: أرسل الطعن إلى العنوان: Covered California - Appeals, P.O. Box 989725, West Sacramento, CA 95798-9725
- شخصياً: لدينا اختصاصيو شؤون اشتراك معتمدون مدربون وكذلك وكلاء تأمين معتمدون يمكنهم تقديم العون لك. وهذه المساعدة مجانية!
- وللإطلاع على قائمة باختصاصيي شؤون الاشتراك المعتمدين ووكلاء التأمين المعتمدين القريبين من محل سكنك أو مكان عملك يُرجى زيارة موقع ويب: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) أو الاتصال على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500).

اتصل على "Covered California" على الرقم: 1-800-826-6317 (رقم الاتصال بالكتابة عن بعد: 1-888-889-4500). المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً حتى 6 مساءً، والسبت من 8 صباحاً حتى 5 مساءً. أو زيارة موقعنا على الإنترنت: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).

هل تحتاج المساعدة؟



# الحصول على المساعدة بلغات أخرى

يمكنك الحصول على المساعدة بشأن هذا الطلب بلغات أخرى. اتصل على الرقم: 1-800-826-6317.

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

ARABIC

Podemos ayudarte 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



تابعنا! @CoveredCA



انقر فوق "Like" (أعجبني) لـ Covered California على الفيسبوك! قم بزيارة: Facebook.com/CoveredCA

