

## مقصد شما برای بیمه بهداشتی ارزان قیمت



### مراجعه کنید به صفحات داخلی

1	مواردی که باید از آن اطلاع داشته باشید
2-13	تقاضانامه
14-18	ضمیمه های A-C
19-22	سوالات متداول

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

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

برای دریافت این فرم تقاضا به فرمت‌های دیگر، مانند حروف درشت با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

Covered California مکانی است که در آن افراد و خانواده‌ها می‌توانند بیمه بهداشتی ارزان قیمت پیدا کنند.

ایالت کالیفرنیا به منظور کمک به شما و خانواده تان برای دریافت بیمه بهداشتی **Covered California™** را ایجاد کرده است.

داشتن بیمه بهداشتی می‌تواند به شما آرامش خاطر دهد و به شما کمک کند تا بتوانید تندرست بمانید. با داشتن بیمه، شما و خانواده تان می‌توانید به هنگام نیاز مراقبت بهداشتی دریافت نمایید.

از این تقاضانامه برای بیمه بهداشتی خصوصی استفاده نمایید تا ببینید از طریق **Covered California** از چه گزینه‌هایی برخوردار هستید.

شما می‌توانید از این تقاضانامه جهت یافتن بیمه بهداشتی ارزان قیمت برای هر یک از اعضای خانواده تان، حتی اگر شما و آنها هم اکنون بیمه بهداشتی داشته باشند استفاده نمایید.

اگر فکر می‌کنید که ممکن است واجد شرایط دریافت (1) بیمه رایگان یا (2) بیمه ارزان قیمت برای خانم‌های باردار از طریق برنامه Access برای نوزادان و مادران (AIM)، باشید یا (3) دریافت کمک جهت پرداخت برای بیمه، باید از یک تقاضانامه دیگری به نام "Application for Health Insurance" استفاده نمایید. می‌توانید یک برگ تقاضانامه دریافت نمایید یا از طریق آنلاین به نشانی [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) تقاضای خود را ارسال کنید.

با شماره 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس بگیرید. این شماره رایگان است. می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 6 شب، و شنبه‌ها از 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. یا به وبسایت [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) مراجعه کنید.



## آگاهی از موارد

### هنگام ارسال تقاضا از چه مواردی باید آگاه باشید

- شماره های سوشیال سکوریته برای متقاضیانی که تابعیت آمریکایی دارند، یا مدارک برای مهاجرانی با شرایط رضایت‌مند که نیاز به بیمه دارند. اثبات تابعیت یا وضعیت مهاجرت برای تمامی متقاضیان مورد نیاز است.
- مطابق قانون، ما اطلاعات شما را به صورت سری و امن نگهداری می‌کنیم. ما از اطلاعات شما صرفاً جهت کمک به شما برای دریافت بیمه بهداشتی استفاده خواهیم کرد.
- خانواده‌هایی که شامل مهاجرین هستند می‌توانند تقاضا ارسال نمایند. حتی اگر خودتان برای پوشش واجد شرایط نیستید، می‌توانید برای فرزندان تقاضا ارسال نمایید. ارسال تقاضا برای فرزند واجد شرایط تان در وضعیت مهاجرت، یا امکان برخورداری از کارت سکونت دائمی یا تابعیت شما تأثیری نخواهد داشت.
- اگر شما رسماً یک سرخ پوست یا بومی آلاسکا هستید که از خدمات Indian Health Services، طرح های سلامت قبیله‌ای، یا طرح های سلامت سرخ پوستی شهری استفاده می‌کنید، باز هم ممکن است بتوانید برای دریافت بیمه درمانی از طریق Covered California واجد شرایط باشید.

### به صورت سریعتر می‌توانید از طریق آنلاین تقاضا کنید

از طریق آنلاین به نشانی [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) تقاضا ارسال نمایید. سریع، امن و محفوظ است – و زودتر نتیجه دریافت خواهید کرد!

### پس از تکمیل

تقاضانامه پر شده و امضاء شده خود را به نشانی ذیل ارسال نمایید:

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

- اگر تمامی اطلاعات درخواست شده را ندارید، به هر حال فرم را امضاء کرده و ارسال نمایید. برای تکمیل تقاضانامه می‌توانیم با شما تماس بگیریم.
- مبلغ مورد نیاز برای ثبت نام در طرح بیمه بهداشتی خود را با این تقاضانامه ارسال نکنید. طرح شما برای مبلغ مربوطه صورتحسابی به شما ارسال خواهد کرد.

### برای تکمیل این تقاضانامه کمک دریافت کنید

- برای کمک به شما در دسترس هستیم! می‌توانید به صورت رایگان کمک دریافت کنید.
- به صورت آنلاین از طریق: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com)
- از طریق تلفن: با مرکز خدمات مشتری ما از طریق شماره 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500). تماس بگیرید. این تماس رایگان است. می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 6 شب، و شنبه‌ها از 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید.
- مراجعه حضوری: ما مشاوران ثبت نام تأیید شده و کارآموده و عاملین تأیید شده بیمه به خدمت گرفته ایم که می‌توانند به شما کمک کنند. برای مشاهده فهرست مشاوران ثبت نام تأیید شده و عاملین تأیید شده بیمه در نزدیکی محل زندگی یا کارتان یا فهرست دفاتر خدمات اجتماعی شهرستان به سایت [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) مراجعه نموده و یا با تلفن 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل نمایید.
- اگر معلولیت یا نیازمندی دیگری دارید، ما می‌توانیم برای تکمیل این تقاضانامه بدون اینکه هزینه‌ای برای شما در بر داشته باشد، کمک ارائه دهیم. می‌توانید به صورت شخصی به دفتر خدمات اجتماعی محلی شهرستان مراجعه نمایید یا با مرکز خدمات مشتری از طریق شماره 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس بگیرید.

با Covered California از طریق شماره 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 6 شب، و شنبه‌ها از 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. یا به وبسایت [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) مراجعه کنید.

نیاز به کمک دارید؟



# تقاضانامه را از اینجا شروع کنید (فقط از جوهر آبی یا مشکی استفاده کنید)

در مورد فرد بالغی که برای این تقاضانامه به عنوان فرد اصلی برای تماس تلقی خواهد شد اطلاعات ارائه دهید

## گام 1:

نام خانوادگی	نام میانی	نام
پسوندد فامیلی (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)		
آدرس منزل		
شماره آپارتمان		
شهر (نشانی منزل)	ایالت	کد پستی
شهرستان		
<input type="checkbox"/> اگر نشانی منزل ندارید اینجا را علامت بگذارید. باید در ذیل یک آدرس پستی به ما ارائه دهید.		
<input type="checkbox"/> اگر آدرس پستی شما با آدرس منزل یکی است اینجا را علامت بگذارید. اگر یکی نیست، باید در ذیل آدرس پستی خود را به ما بدهید:		
آدرس پستی یا صندوق پستی (اگر از آدرس منزل متفاوت است) شماره آپارتمان		
شماره آپارتمان		
شهر (آدرس پستی)	ایالت	کد پستی
شهرستان		
بهترین شماره تلفن برای تماس با شما <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> شماره تلفن همراه <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>	شماره تلفن دیگر <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> شماره تلفن همراه <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>	شماره: ( ) -
به چه زبانی باید با شما مکاتبه کنیم؟		
به چه زبانی می خواهید با شما صحبت کنیم؟		
به چه صورت مایلید در مورد این تقاضانامه اطلاعات دریافت کنید؟ <input type="checkbox"/> تلفنی <input type="checkbox"/> از طریق نامه <input type="checkbox"/>		
از طریق ایمیل <input type="checkbox"/> آدرس ایمیل: _____		

آیا می خواهید برای کمک جهت پرداخت حق بیمه بهداشتی برای شما یا اعضاء خانواده تان تقاضانامه ارسال کنید؟  
 بله اگر بله، در اینصورت نیاز به تقاضانامه دیگری دارید. برای دریافت تقاضانامه مربوطه به وب سایت [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) مراجعه نمایید تا ببینید برای کدام بیمه بهداشتی واجد شرایط هستید.  
 خیر اگر خیر، به تکمیل این تقاضانامه ادامه دهید.

## درباره خود و خانواده تان به ما بگویید

## گام 2:

در مورد هر یک از اعضاء خانواده تان که نیاز به بیمه بهداشتی دارد گام 2 را تکمیل نمایید.  
**از خودتان شروع کنید!**

- برای ارائه تقاضا برای بیش از 4 نفر در این تقاضانامه از صفحات 4 و 5 برای هر فرد اضافی کپی تهیه کنید.
  - طبق قانون، ما تمامی اطلاعات مربوط به شما را به صورت سری نگهداری خواهیم کرد. ما از اطلاعات شخصی شما صرفاً برای تعیین اینکه آیا برای بیمه بهداشتی صلاحیت دارید استفاده خواهیم کرد. لزومی ندارد که شماره سوشیال سکوریتی، مدارک اثبات کننده تابعیت، یا وضعیت مهاجرت را برای اعضاء خانواده تان که برای بیمه بهداشتی تقاضا ارسال نمی کنند ارائه دهید.
  - حتی اگر اعضاء خانواده تان هم اکنون بیمه بهداشتی داشته باشند، شاید بتوانید بیمه بهتری با هزینه کمتر از طریق Covered California پیدا کنید.
- ★ هر شخص دیگری که با شما زندگی می کند، به عنوان مثال، دوست پسر، دوست دختر، هم اتاقی - اگر می خواهد بیمه بهداشتی داشته باشد، باید تقاضانامه خودشان را ارسال نماید.

گام 2 ادامه در صفحه بعد

با Covered California از طریق شماره 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. می توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 6 شب، و شنبه ها از 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. یا به وبسایت [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) مراجعه کنید.

نیاز به کمک دارید؟



## گام 2:

### شخص 1 در مورد خودتان به ما اطلاعات ارائه دهید

نام خانوادگی	نام میانی	پسوندد فامیلی (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)	نسبت با شما خودتان
--------------	-----------	---	--------------------

آیا شما:  مجرد هستید  هیچوقت ازدواج نکردید  متأهل هستید  شریک خانگی ثبت شده  طلاق گرفته  بیوه هستید

آیا شما:  مرد هستید  زن هستید تاریخ تولد (ماه/روز/سال):

ارسال تقاضا برای بیمه بهداشتی، حتی اگر هم اکنون بیمه بهداشتی داشته باشید، ممکن است بتوانید پوششی بهتر یا به هزینه کمتری پیدا کنید.

آیا برای خودتان بیمه بهداشتی تقاضا می کنید؟  اگر پاسختان بله است، به سوال های زیر پاسخ دهید  اگر خیر به صفحه بعدی مراجعه نمایید.

<p>★ شماره تأمین اجتماعی یا سوشیال سکوریتی (SSN)</p> <p>اگر SSN ندارید، علت آن را ذکر کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> شماره شناسائی مالیات دهنده فرزندخواندگی (ATIN)</p> <p><input type="checkbox"/> شماره شناسائی مالیات دهنده فردی (ITIN)</p> <p><input type="checkbox"/> معافیت مذهبی <input type="checkbox"/> من واجد شرایط SSN نیستم</p>	<p>_____ - _____ - _____ - _____ - _____</p>
---	--

★ ما از شماره سوشیال سکوریتی (SSN) شما برای بررسی تابعیت و سایر اطلاعات استفاده می کنیم. اگر شما (یا عضوی از خانواده تان) می خواهید تقاضای بیمه بهداشتی کنید، باید یک شماره SSN ارائه دهید.

اگر شخص تقاضا کننده شماره SSN ندارد و برای داشتن آن نیاز به کمک دارد، با شماره 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس گرفته و یا به وب سایت CoveredCA.com مراجعه کند.

اگر شهروند و یا متولد ایالات متحده هستید؟  بله  خیر  
اگر شهروند و یا متولد ایالات متحده نیستید، به این سوال ها پاسخ دهید:

آیا دارای وضعیت مهاجرتی رضایت بخش هستید؟  بله  برای اینکه ببینید آیا وضعیت مهاجرتی رضایت بخش دارید یا خیر، به ضمیمه B صفحه 15 مراجعه کنید. سپس اطلاعات مندرج در سند را در اینجا بنویسید. در اکثر موارد شماره شناسائی سند شما همان شماره ثبت خارجی ها می باشد.

نوع سند: \_\_\_\_\_ شماره شناسائی: \_\_\_\_\_

کشور صادر کننده: \_\_\_\_\_ تاریخ انقضا: \_\_\_\_\_

نام طبق سند: \_\_\_\_\_

آیا از سال 1996 در ایالات متحده زندگی می کرده اید؟  بله  خیر

آیا شما، همسران، یا یکی از فرزندان مجرد و تحت تکفلتان از اعضای افتخارآفرین منفصل خدمت یا کادر ثابت نیروهای مسلح ایالات متحده است؟  بله  خیر

اگر مایلید اکنون یکی از طرح های بیمه بهداشتی را انتخاب کنید، اینجا  را علامت بزنید و ضمیمه C در صفحات 16-18 را تکمیل کنید.

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

<p>شما از چه نژادی هستید؟ (اختیاری؛ همه مواردی که صدق می کند را علامت بزنید)</p> <p><input type="checkbox"/> سفیدپوست <input type="checkbox"/> هندی <input type="checkbox"/> ژاپنی <input type="checkbox"/> اهل گوام یا جزایر ماریانا</p> <p><input type="checkbox"/> سیاه پوست یا آفریقائی- <input type="checkbox"/> کامبوجی <input type="checkbox"/> کره ای <input type="checkbox"/> ساموایی</p> <p><input type="checkbox"/> آمریکائی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> لائوسی <input type="checkbox"/> سایر</p> <p><input type="checkbox"/> سرخ پوست یا بومی <input type="checkbox"/> فیلیپینی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> بومی هاوانی</p> <p><input type="checkbox"/> آلاسکا <input type="checkbox"/> همونگ (جنوب چین)</p>	<p>آیا اسپانیولی، لاتین، یا اصالتاً اهل اسپانیا هستید؟ (اختیاری) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>اگر پاسخ بله است، موارد مربوطه را علامت بزنید:</p> <p><input type="checkbox"/> مکزیکی، مکزیکی-آمریکائی، چیکانو</p> <p><input type="checkbox"/> سالوادوری <input type="checkbox"/> گواتمالائی</p> <p><input type="checkbox"/> کوبائی <input type="checkbox"/> پورتوریکن</p> <p><input type="checkbox"/> سایر موارد هیسپانیک ها، لاتین، یا اصالت اسپانیائی: _____</p>
---	---

★ اگر سرخ پوست یا بومی آلاسکا هستید اینجا را علامت بزنید، و ضمیمه A در صفحه 14 را پر کنید.



## گام 2:

### شخص 2 درباره شخص بعدی که نیاز به بیمه بهداشتی دارد به ما بگویید.

حتی اگر این فرد در حال حاضر تحت پوشش بیمه است، ممکن است پوشش بهتری کسب کند یا هزینه کمتری را متقبل شود.  
**اگر قصد دارید بیش از چهار نفر را در این تقاضانامه قید کنید، از صفحه 4 و 5 برای هر شخص اضافی فتو کپی تهیه کنید.**

نام خانوادگی	نام میانی	پسوندها (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)	نسبت با شما
--------------	-----------	---	-------------

اگر این فرد آدرس منزل ندارد، می بایست در ذیل یک آدرس منزل قید کنید.  
**اگر آدرس ها یکسان نیستند، می بایست آدرس منزل این فرد را در ذیل قید کنید:**

آدرس منزل	شماره آپارتمان
شهر	ایالت
	کد پستی
	شهرستان

اگر این فرد آدرس منزل ندارد، می بایست در ذیل یک آدرس منزل قید کنید.

اگر آدرس منزل این فرد یا آدرس منزل فرد اصلی یکسان است اینجا را علامت بزنید.  
**اگر آدرس ها یکسان نیستند، می بایست آدرس منزل این فرد را در ذیل قید کنید:**

آدرس پستی یا صندوق پستی (اگر با آدرس منزل تفاوت دارد) شماره آپارتمان	شماره آپارتمان
شهر	ایالت
	کد پستی
	شهرستان

بهترین شماره تلفن برای تماس با فرد	شماره تلفن همراه	محل کار	شماره: - ( )
شماره تلفن دیگر	شماره تلفن همراه	محل کار	شماره: - ( )
منزل	شماره تلفن همراه	محل کار	شماره: - ( )
شماره: - ( )	شماره تلفن همراه	محل کار	شماره: - ( )

آدرس ایمیل:

به چه زبانی باید با این فرد مکاتبه نماییم؟ شماره: این فرد مایل است تا به چه زبانی با وی صحبت نماییم؟

آیا این فرد:  مجرد است  هرگز ازدواج نکرده است  متأهل است  شریک خانگی ثبت شده دارد  طلاق گرفته است  بیوه است

آیا این فرد:  مرد است  زن است تاریخ تولد (ماه/روز/سال):

**تقاضای بیمه بهداشتی حتی اگر این فرد در حال حاضر تحت پوشش بیمه است، ممکن است پوشش بهتری کسب کند یا هزینه کمتری را متقبل شود.**

◀ آیا این فرد متقاضی بیمه بهداشتی است؟  **بله اگر پاسخ بله است، به سؤال های ذیل پاسخ دهید.**  **خیر اگر پاسخ خیر است، به صفحه 6 بروید.**

<p>اگر این فرد SSN ندارد، علت آن چیست؟</p> <p><input type="checkbox"/> شماره شناسایی مالیات دهنده فرزندخواندگی (ATIN)</p> <p><input type="checkbox"/> شماره شناسایی مالیات دهنده فردی (ITIN)</p> <p><input type="checkbox"/> معافیت مذهبی</p> <p><input type="checkbox"/> واجد شرایط SSN نیست</p>	<p>★ شماره تأمین اجتماعی یا سوشیال سکوریته (SSN)</p> <p>_____ - _____ - _____</p>
---	---

شخص 2 ادامه در صفحه بعد

آیا این فرد شهروند ایالات متحده یا متولد ایالات متحده است؟  بله  خیر

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

آیا این فرد دارای وضعیت مهاجرتی رضایت بخش است؟  بله برای اینکه ببینید آیا این فرد وضعیت مهاجرتی رضایت بخش دارد یا خیر، به ضمیمه B صفحه 15 مراجعه کنید. سپس اطلاعات سند را در اینجا بنویسید. در اکثر موارد شماره شناسائی سند همان شماره ثبت خارجی ها می باشد.

نوع سند: \_\_\_\_\_ شماره شناسائی: \_\_\_\_\_

کشور صادر کننده: \_\_\_\_\_ تاریخ انقضا: \_\_\_\_\_

نام طبق سند: \_\_\_\_\_

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

آیا این فرد، همسر وی، یا یکی از فرزندان مجرد و تحت تکفل وی از اعضای افتخار آفرین منفصل خدمت یا کادر ثابت نیروهای مسلح ایالات متحده است؟  بله  خیر

◀ اگر مایلید اکنون یکی از طرح های بیمه بهداشتی را انتخاب کنید، اینجا  را علامت بزنید و ضمیمه C در صفحات 16-18 را تکمیل کنید.

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

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

سفیدپوست

هندی

ژاپنی

اهل گوام یا جزایر ماریانا

سیاه پوست یا آفریقائی-

کامبوجی

کره ای

ساموایی

آمریکائی

چینی

لائوسی

سایر

سرخ پوست یا بومی

فیلیپینی

ویتنامی

آلاسکا

همونگ (جنوب چین)

بومی هاوانی

آیا اسپانیولی، لاتین، یا اصالت اهل اسپانیا

هستید؟ (اختیاری)  بله  خیر

اگر پاسخ بله است، موارد مربوطه را علامت بزنید:

مکزیکی، مکزیکی-آمریکائی، چیکانو

سالوادوری  گواتمالائی

کویائی  پورتوریکن

سایر موارد هیسپانیک ها، لاتین، یا اصالت

اسپانیائی: \_\_\_\_\_

★  اگر سرخ پوست یا بومی آلاسکا هستید اینجا را علامت بزنید، و ضمیمه A در صفحه 14 را پر کنید.



## گام 2:

### شخص 3 درباره شخص بعدی که نیاز به بیمه بهداشتی دارد به ما بگویید.

نام خانوادگی	نام میانی	پسونند فامیلی (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)	نسبت با شما
--------------	-----------	---	-------------

اگر آدرس منزل این فرد یا آدرس منزل فرد اصلی یکسان است اینجا را علامت بزنید.  
اگر آدرس ها یکسان نیستند، می بایست آدرس منزل این فرد را در ذیل قید کنید:

شماره آپارتمان	آدرس منزل
شهر	ایالت
کد پستی	شهرستان

اگر این فرد آدرس منزل ندارد، می بایست در ذیل یک آدرس منزل قید کنید.

اگر آدرس منزل این فرد یا آدرس منزل فرد اصلی یکسان است اینجا را علامت بزنید.  
اگر آدرس ها یکسان نیستند، می بایست آدرس منزل این فرد را در ذیل قید کنید:

شماره آپارتمان	آدرس پستی یا صندوق پستی (اگر با آدرس منزل تفاوت دارد) شماره آپارتمان
شهر	ایالت
کد پستی	شهرستان

بهترین شماره تلفن برای تماس با فرد  منزل  شماره تلفن همراه  محل کار  شماره: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( )

شماره تلفن دیگر  منزل  شماره تلفن همراه  محل کار  شماره: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( )

آدرس ایمیل: \_\_\_\_\_

به چه زبانی باید با این فرد مکاتبه نماییم؟ شماره:

این فرد مایل است تا به چه زبانی با وی صحبت نماییم؟

آیا این فرد: <input type="checkbox"/> مجرد است <input type="checkbox"/> هرگز ازدواج نکرده است <input type="checkbox"/> متأهل است <input type="checkbox"/> شریک خانگی ثبت شده دارد <input type="checkbox"/> طلاق گرفته است <input type="checkbox"/> بیوه است <input type="checkbox"/>	آیا این فرد: <input type="checkbox"/> مرد است <input type="checkbox"/> زن است <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____
--	--	---------------------------------

**تقاضای بیمه بهداشتی حتی اگر این فرد در حال حاضر تحت پوشش بیمه است، ممکن است پوشش بهتری کسب کند یا هزینه کمتری را متقبل شود.**

آیا این فرد متقاضی بیمه بهداشتی است؟  بله اگر پاسخ بله است، به سوال های ذیل پاسخ دهید.  خیر اگر پاسخ خیر است، به صفحه 8 بروید.

<p>اگر این فرد SSN ندارد، علت آن چیست؟</p> <p><input type="checkbox"/> شماره شناسایی مالیات دهنده فرزندخواندگی (ATIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> شماره شناسایی مالیات دهنده فردی (ITIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> معافیت مذهبی _____</p> <p><input type="checkbox"/> واجد شرایط SSN نیست _____</p>	<p>★ شماره تأمین اجتماعی یا سوشیال سکوریتی (SSN) _____ - _____ - _____</p>
---	--

◀ شخص 3 ادامه در صفحه بعد



آیا این فرد شهروند ایالات متحده یا متولد ایالات متحده است؟  بله  خیر

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

آیا این فرد دارای وضعیت مهاجرتی رضایت بخش است؟  بله برای اینکه ببینید آیا این فرد وضعیت مهاجرتی رضایت بخش دارد یا خیر، به ضمیمه B صفحه 15 مراجعه کنید. سپس اطلاعات سند را در اینجا بنویسید. در اکثر موارد شماره شناسائی سند همان شماره ثبت خارجی ها می باشد.

نوع سند: \_\_\_\_\_ شماره شناسائی: \_\_\_\_\_

کشور صادر کننده: \_\_\_\_\_ تاریخ انقضا: \_\_\_\_\_

نام طبق سند: \_\_\_\_\_

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

آیا این فرد، همسر وی، یا یکی از فرزندان مجرد و تحت تکفل وی از اعضای افتخار آفرین منفصل خدمت یا کادر ثابت نیروهای مسلح ایالات متحده است؟  بله  خیر

◀ اگر مایلید اکنون یکی از طرح های بیمه بهداشتی را انتخاب کنید، اینجا  را علامت بزنید و ضمیمه C در صفحات 16-18 را تکمیل کنید.

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

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

<input type="checkbox"/> سفیدپوست	<input type="checkbox"/> هندی	<input type="checkbox"/> ژاپنی	<input type="checkbox"/> اهل گوام یا جزایر ماریانا
<input type="checkbox"/> سیاه پوست یا آفریقائی-	<input type="checkbox"/> کامبوجی	<input type="checkbox"/> کره ای	<input type="checkbox"/> ساموایی
<input type="checkbox"/> آمریکائی	<input type="checkbox"/> چینی	<input type="checkbox"/> لائوسی	<input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> سرخ پوست یا بومی	<input type="checkbox"/> فیلیپینی	<input type="checkbox"/> ویتنامی	
<input type="checkbox"/> آلاسکا	<input type="checkbox"/> همونگ (جنوب چین)	<input type="checkbox"/> بومی هاوایی	

آیا اسپانیولی، لاتین، یا اصالت اهل اسپانیا هستید؟ (اختیاری)  بله  خیر

اگر پاسخ بله است، موارد مربوطه را علامت بزنید:

مکزیکی، مکزیکی-آمریکائی، چیکانو

سالوادوری  گواتمالائی

کویائی  پورتوریکن

سایر موارد هیسپانیک ها، لاتین، یا اصالت اسپانیائی: \_\_\_\_\_

★  اگر سرخ پوست یا بومی آلاسکا هستید اینجا را علامت بزنید، و ضمیمه A در صفحه 14 را پر کنید.





## گام 2:

### شخص 4 درباره شخص بعدی که نیاز به بیمه بهداشتی دارد به ما بگویید.

نام خانوادگی	نام میانی	پسونند فامیلی (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)	نسبت با شما
--------------	-----------	---	-------------

اگر آدرس منزل این فرد یا آدرس منزل فرد اصلی یکسان است اینجا را علامت بزنید.  
اگر آدرس ها یکسان نیستند، می بایست آدرس منزل این فرد را در ذیل قید کنید:

شماره آپارتمان	آدرس منزل
----------------	-----------

شهر	ایالت	کد پستی	شهرستان
-----	-------	---------	---------

اگر این فرد آدرس منزل ندارد، می بایست در ذیل یک آدرس منزل قید کنید.

اگر آدرس منزل این فرد یا آدرس منزل فرد اصلی یکسان است اینجا را علامت بزنید.  
اگر آدرس ها یکسان نیستند، می بایست آدرس منزل این فرد را در ذیل قید کنید:

شماره آپارتمان	آدرس پستی یا صندوق پستی (اگر با آدرس منزل تفاوت دارد) شماره آپارتمان
----------------	--

شهر	ایالت	کد پستی	شهرستان
-----	-------	---------	---------

بهترین شماره تلفن برای تماس با فرد  منزل  شماره تلفن همراه  محل کار   
شماره: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( )

آدرس ایمیل:

این فرد مایل است تا به چه زبانی با وی صحبت نمایم؟	به چه زبانی باید با این فرد مکاتبه نمایم؟ شماره:
---	--

آیا این فرد: <input type="checkbox"/> مجرد است <input type="checkbox"/> هرگز ازدواج نکرده است <input type="checkbox"/> متأهل است <input type="checkbox"/> شریک خانگی ثبت شده دارد <input type="checkbox"/> طلاق گرفته است <input type="checkbox"/> بیوه است <input type="checkbox"/>	آیا این فرد: <input type="checkbox"/> مرد است <input type="checkbox"/> زن است <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد (ماه/روز/سال):
--	--	---------------------------

**تقاضای بیمه بهداشتی حتی اگر این فرد در حال حاضر تحت پوشش بیمه است، ممکن است پوشش بهتری کسب کند یا هزینه کمتری را متقبل شود.**

آیا این فرد متقاضی بیمه بهداشتی است؟  بله اگر پاسخ بله است، به سوال های ذیل پاسخ دهید.  خیر اگر پاسخ خیر است، به صفحه 10 بروید.

<p>اگر این فرد SSN ندارد، علت آن چیست؟</p> <p><input type="checkbox"/> شماره شناسایی مالیات دهنده فرزندخواندگی (ATIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> شماره شناسایی مالیات دهنده فردی (ITIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> معافیت مذهبی _____</p> <p><input type="checkbox"/> واجد شرایط SSN نیست _____</p>	<p>★ شماره تأمین اجتماعی یا سوشیال سکوریتی (SSN) _____ - _____ - _____</p>
---	--

### شخص 3 ادامه در صفحه بعد



آیا این فرد شهروند ایالات متحده یا متولد ایالات متحده است؟  بله  خیر

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

آیا این فرد دارای وضعیت مهاجرتی رضایت بخش است؟  بله برای اینکه ببینید آیا این فرد وضعیت مهاجرتی رضایت بخش دارد یا خیر، به ضمیمه B صفحه 15 مراجعه کنید. سپس اطلاعات سند را در اینجا بنویسید. در اکثر موارد شماره شناسائی سند همان شماره ثبت خارجی ها می باشد.

نوع سند: \_\_\_\_\_ شماره شناسائی: \_\_\_\_\_

کشور صادر کننده: \_\_\_\_\_ تاریخ انقضا: \_\_\_\_\_

نام طبق سند: \_\_\_\_\_

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

آیا این فرد، همسر وی، یا یکی از فرزندان مجرد و تحت تکفل وی از اعضای افتخار آفرین منفصل خدمت یا کادر ثابت نیروهای مسلح ایالات متحده است؟  بله  خیر

◀ اگر مایلید اکنون یکی از طرح های بیمه بهداشتی را انتخاب کنید، اینجا  را علامت بزنید و ضمیمه C در صفحات 16-18 را تکمیل کنید.

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

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

سفیدپوست

هندی

ژاپنی

اهل گوام یا جزایر ماریانا

سیاه پوست یا آفریقائی-

کامبوجی

کره ای

ساموایی

آمریکائی

چینی

لائوسی

سایر

سرخ پوست یا بومی

فیلیپینی

ویتنامی

آلاسکا

همونگ (جنوب چین)

بومی هاوایی

آیا اسپانیولی، لاتین، یا اصالت اهل اسپانیا

هستید؟ (اختیاری)  بله  خیر

اگر پاسخ بله است، موارد مربوطه را علامت بزنید:

مکزیکی، مکزیکی-آمریکائی، چیکانو

سالوادوری  گواتمالائی

کویائی  پورتوریکن

سایر موارد هیسپانیک ها، لاتین، یا اصالت

اسپانیائی: \_\_\_\_\_

★  اگر سرخ پوست یا بومی آلاسکا هستید اینجا را علامت بزنید، و ضمیمه A در صفحه 14 را پر کنید.



شما می توانید یک نماینده قانونی انتخاب کنید

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

نام نماینده قانونی

آدرس

شماره آپارتمان

شهر

ایالت

کد پستی

شهرستان

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

امضای شما

تاریخ

## اظهارنامه حفظ حریم خصوصی

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

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

تلفن: 1-800-921-8879  
TTY: 1-888-889-4500

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

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

ما میباید طبق قانون مدنی کالیفرنیا § 1798.17 این اظهارنامه حفظ حریم خصوصی را به شما ارائه نماییم. شما می توانید سیاستنامه حفظ حریم خصوصی CoveredCA.com را در آدرس ذیل مشاهده نمایید.

این تقاضانامه برای دریافت بیمه درمانی از طریق Covered California می باشد. اطلاعات شخصی و بهداشتی که شما ارائه می دهید شخصی و محرمانه می باشد. Covered California برای شناسایی شما و سایر افرادی که در این تقاضانامه قید شده اند و برای اجرای طرحها به آنها احتیاج دارد.

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

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

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

گام 3 ادامه در صفحه بعد

نیاز به کمک دارید؟

با Covered California از طریق شماره 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. می توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 6 شب، و شنبه ها از 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. یا به وبسایت CoveredCA.com مراجعه کنید.



## حق فرجام خواهی شما:

- اگر تصور کنم Covered California اشتباهی مرتکب شده است، می توانم برای تصمیم شان فرجام خواهی نمایم. فرجام خواهی یعنی در برنامه Covered California کسی را نسبت به نادرست بودن تصمیم اتخاذ شده مطلع کنم و درخواست بازبینی منصفانه آن را بدهم.
- اینجانب می دانم که می توانم از طریق تماس با تلفن های ذیل از چگونگی فرجام خواهی، و نحوه دریافت ارجاع به کمکهای حقوقی یا کمک حقوقی رایگان مطلع شوم 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500).
- اینجانب می دانم که حداکثر ظرف مدت 90 روز از تاریخ تصمیم اتخاذ شده باید درخواست فرجام خود را ارائه دهم.
- اینجانب می دانم که در فرجام خواهی می توانم به نمایندگی از خودم یا شخص دیگری مانند یک نماینده قانونی، دوست، فامیل، یا یک وکیل به نمایندگی از من حاضر شوم.
- اینجانب می دانم که دادرسی از طریق تلفن، کنفرانس ویدئویی، یا حضوری انجام خواهد شد.
- اینجانب می دانم که اگر به کمک نیاز داشته باشم، کسی در Covered California می تواند پرونده مرا به من توضیح دهد.
- اینجانب می دانم که در Covered California هنگامی که منتظر تصمیم گیری در مورد فرجام خواهی هستم، کسی می تواند در مورد شرایطی که طی آن ممکن است صلاحیت من محفوظ بماند یا مجدداً برقرار شود توضیحات بدهد.
- اینجانب می دانم که حکم فرجام خواهی در مورد من یا سایر اعضای خانواده من ممکن است منجر به ایجاد تغییر در صلاحیت من یا صلاحیت سایر اعضای خانواده من شود. تغییر در صلاحیت ممکن است منجر به تعیین مجدد صلاحیت برای تمامی اعضای خانوار شود.

## تجدید بیمه:

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

- اطلاعاتی که اینجانب در این تقاضانامه ذکر کردم تا جاییکه می دانم صحیح هستند. اینجانب می دانم که اگر حقیقت را نگویم ممکن است جریمه شوم.
- اینجانب می دانم از اطلاعاتی که ارائه میکنم صرفاً برای بررسی صلاحیت افراد خانوادهم که متقاضی دریافت بیمه درمانی هستند استفاده می شود.
- اینجانب می دانم که برنامه اطلاعات مرا طبق قانون محفوظ نگاه می دارند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا دسترسی به اطلاعات شخصی در سوابق نگهداری شده توسط Covered California می توانم یا مأمور حفظ حریم خصوصی با تلفن های ذیل تماس حاصل نمایم 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500)
- اینجانب می دانم که باید Covered California را از هرگونه تغییراتی نسبت به آنچه در این تقاضانامه نوشته ام مطلع کنم. برای گزارش تغییرات می توانم با تلفن های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) با Covered California تماس حاصل کنم و یا به وب سایت CoveredCA.com مراجعه کنم.
- اینجانب می دانم که Covered California نباید علیه من یا هرکس دیگری در این تقاضانامه به علت نژاد، رنگ پوست، اصالت، مذهب، سن، جنس، گرایش جنسی، وضعیت تاهل، وضعیت بازنشستگی، یا معلولیت تبعیضی قائل شود. اگر تصور کنم Covered California در مورد من تبعیضی قائل شده است، از جمله ناتوانی در ارائه محل اقامت معقول طبق قوانین فدرال و دولتی، می توانم با مراجعه به سایت [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file) یا <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form> شکایت خود را مطرح کنم.
- اینجانب می دانم که بروز تغییرات در اطلاعات من یا اطلاعات افراد خانواده متقاضی می تواند بر صلاحیت سایر اعضای خانواده تأثیر بگذارد.
- اینجانب تأیید میکنم که هیچ یک از اعضای متقاضی بیمه بهداشتی در این تقاضانامه پس از اعلام حکم (در دادگاه) مورد مجازاتی از قبیل زندان یا ندامتگاه یا مرکز اصلاح و تربیت مشابه آن قرار ننگرفته است.
- اینجانب می دانم که ظرف 30 روز از زمان بروز تغییر باید تغییرات را به Covered California گزارش دهم، زیرا این امر می تواند در صلاحیت من برای دریافت بیمه بهداشتی از طریق طرح بهداشتی Covered California تأثیر بگذارد.
- اینجانب به Covered California اجازه می دهم تا سوابق رایانه های سایر ادارات را برای تایید شهروندی، وضعیت رضایت بخش مهاجرتی، و سایر اطلاعات صرفاً مربوط به صلاحیت مورد بررسی قرار داده تا متوجه شود که من و سایر افراد در این تقاضانامه دارای صلاحیت لازم برای بیمه بهداشتی هستیم.



اینجانب با علم به مجازات شهادت کذب اذعان می دارم که آنچه که در ذیل می گویم درست و صحیح است.

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

امضای متقاضی یا نماینده قانونی	تاریخ
--------------------------------	-------

### افراد مورد تأیید Covered California

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

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

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

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



تقاضانامه امضا شده خود را به آدرس ذیل ارسال نمایید:

Covered California

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

آیا فراموش نکردید که:

 در مورد تمامی اعضاء خانواده تان که نیاز به بیمه بهداشتی دارند اطلاع دهید؟ صفحه 12 این تقاضانامه را امضاء کنید؟ اگر یک نماینده مجاز را انتخاب کردید، همچنین باید صفحه 10 را امضاء کنید.

## چند سؤال دیگر (اختیاری)

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

 نقل مکان به کالیفرنیا اخذ شهروندی یا اقامت قانونی قرار گرفتن تحت تکفل (مثل تولد، ازدواج، یا فرزندخواندگی) از دست دادن پوشش Medi-Cal سایر اتمام حبس از دست دادن بیمه بهداشتی قبيله سرخ پوستی یا بومی آلاسکا که از سوی دولت فدرال به رسمیت شناخته شده از دست دادن همیاری برای بیمه بهداشتی از طریق

Covered California

این مورد در چه زمانی به وقوع پیوست؟ (ماه/روز/سال)

2. چطور با Covered California آشنا شدید؟ تمام مواردی را که طریق می کند علامت بزنید

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

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

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

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

شخص 1

نام خانوادگی نام میانی نام پسوند فامیلی (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)

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

اگر پاسخ بله است، نام قبیله را بنویسید: \_\_\_\_\_ ایالتی را که قبیله در آن قرار دارد مشخص نمایید: \_\_\_\_\_

شخص 2

نام خانوادگی نام میانی نام پسوند فامیلی (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)

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

اگر پاسخ بله است، نام قبیله را بنویسید: \_\_\_\_\_ ایالتی را که قبیله در آن قرار دارد مشخص نمایید: \_\_\_\_\_

شخص 3

نام خانوادگی نام میانی نام پسوند فامیلی (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)

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

اگر پاسخ بله است، نام قبیله را بنویسید: \_\_\_\_\_ ایالتی را که قبیله در آن قرار دارد مشخص نمایید: \_\_\_\_\_

شخص 4

نام خانوادگی نام میانی نام پسوند فامیلی (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)

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

اگر پاسخ بله است، نام قبیله را بنویسید: \_\_\_\_\_ ایالتی را که قبیله در آن قرار دارد مشخص نمایید: \_\_\_\_\_



## وضعیت مهاجرت

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





★ اگر باید برای بیش از چهار نفر اطلاعات به ما ارائه دهید، از این صفحه و صفحه بعدی فتوکپی تهیه کنید و برای ارائه اطلاعات مربوطه از آنها استفاده نمایید. حتماً این صفحات را به همراه فرم تقاضای خود ارسال کنید.

برای انتخاب طرح بیمه بهداشتی خصوصی خود، نام طرح یا نام گزینه فلز (metal tier) مربوط به طرح مورد نظر خود را در ذیل بنویسید. به مجرد انتخاب طرح، باید اولین حق بیمه خود را پرداخت نمایید تا پوشش بهداشتی شما به اجرا گذاشته شود. این پرداختها باید مستقیماً به شرکت بیمه منتخب شما انجام شود. می توانید مستقیماً با آنها تماس برقرار نمایید یا منتظر شوید که آنها به شما صورتحساب ارسال نمایند. پرداختهای خود را به Covered California ارسال نکنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چگونه می توانید اولین حق بیمه خود را پرداخت نمایید. به سؤال شماره 8 در صفحه 20 مربوط به سؤالات رایج مراجعه نمایید. برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص طرحهای بهداشتی موجود یا اطلاعات مربوط به پرداخت حق بیمه، به وبسایت CoveredCA.com مراجعه نمایید یا با شماره 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) تماس بگیرید.

نام نام، نام میانی، نام خانوادگی، پسوند فامیلی(مثال: سینیور، جونیر، III, IV)	نام طرح بهداشتی	درجه	شماره درجه	نوع طرح
شخص 1:		Platinum <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> طرح حداقل پوشش <input type="checkbox"/>	Gold <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/>	EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/>
شخص 2:		Platinum <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> طرح حداقل پوشش <input type="checkbox"/>	Gold <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/>	EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/>
شخص 3:		Platinum <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> طرح حداقل پوشش <input type="checkbox"/>	Gold <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/>	EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/>
شخص 4:		Platinum <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> طرح حداقل پوشش <input type="checkbox"/>	Gold <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/>	EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/>

نوع طرح ها

EPO - سازمان تأمین کننده انحصاری

HMO - سازمان حفظ سلامت

HSA - حسابهای پس انداز سلامت (این نوع طرح به اعضای خود امکان می دهد تا حساب پس انداز سلامت باز کنند و در آن پول واریز کنند)

PPO - سازمان تأمین کننده ترجیحی

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

◀ ضمیمه C ادامه در صفحه بعد



## توافقنامه لازم الاجرا حکمیت

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

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

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

◀ امضاء ثبت نام شونده ها برای تمام طرح ها

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

◀◀ ضمیمه C ادامه در صفحه بعد



★ اگر می خواهید برای بیش از چهار کودک به خدمات دندانپزشکی کودکان تقاضا ارسال نمایید، از این صفحه فتوکپی تهیه نمایید. از آن برای ارائه اطلاعات به ما استفاده نمایید، و آنرا به همراه فرم تقاضای خود ارسال کنید.

اگر فکر می کنید واجد شرایط دریافت خدمات دندان پزشکی کودکان برای فرزند خود هستید، و می خواهید طرح دندان پزشکی کودکان را انتخاب کنید نام(های) طرح(ها) را در ذیل بنویسید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد طرح های خصوصی ارائه شده توسط Covered California به سایت CoveredCA.com مراجعه کرده یا با تلفن های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل نمایید.

نام کودک، میانی، خانوادگی، پسوند (مثال: سینیور، جونیور، III, IV)	نام طرح دندان پزشکی کودکان	سطح پوشش	نوع طرح
فرزند 1:		زیاد <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/>	DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/>
فرزند 2:		زیاد <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/>	DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/>
فرزند 3:		زیاد <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/>	DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/>
فرزند 4:		زیاد <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/>	DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/>

## نوع طرح

DEPO - سازمان تأمین کننده انحصاری خدمات دندان پزشکی

DHMO - سازمان حفظ سلامت دندان

DPPO - سازمان تأمین کننده ترجیحی خدمات دندان پزشکی



## کمک گرفتن از Covered California

### 1. Covered California چیست؟

Covered California مکان جدیدی است که تهیه بیمه بهداشتی ارزانقیمت را برای افراد و خانواده ها ممکن می سازد، و همچنین مقصد شما برای برخورداری از پوشش بهداشتی با کیفیتی بالا است.

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

### 2. Covered California چگونه می تواند به من کمک کند؟

Covered California می تواند در انتخاب یک طرح بیمه خصوصی که نیازهای بهداشتی شما را برآورده و با بودجه شما همخوانی داشته باشد به شما کمک کند.

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

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

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

Covered California چهار گروه از طرح های بیمه بهداشتی خصوصی را ارائه می دهد: پلاتین، پلاتین، نقره ای، و برنزی، (Gold، Platinum، Silver، Bronze) بعلاوه یک طرح حداقل پوشش. هر گروه سطح متفاوتی از پوشش از زیاد تا کم را ارائه می دهد. طرح های بیمه بهداشتی اکثر هزینه های بهداشتی شما را تحت پوشش قرار می دهند معمولاً حق بیمه بیشتری دارند اما به شما امکان می دهند تا هنگام دریافت خدمات پزشکی هزینه کمتری پرداخت نمایید.

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

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

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

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

جهت تقاضای کمک مالی، باید تقاضانامه دیگری را پر کنید. به وب سایت [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) مراجعه نمایید با شماره 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس بگیرید.

### 5. آیا می توانم بیمه بهداشتی دریافت کنم حتی اگر درآمد من بسیار بالا باشد؟

بله. هر کالیفرنایی که صلاحیت داشته باشد، می تواند بدون در نظر گرفتن درآمد خود بیمه بهداشتی خریداری نماید.

### 6. چگونه تقاضا کنم؟

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

**آنلاین:** به سایت [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) مراجعه نمایید. ما اطلاعات هر طرح بیمه بهداشتی را ارائه کرده ایم که با زبان ساده و روشن توضیح داده شده است.

**تلفنی:** با شماره های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) با Covered California تماس حاصل نمایید. می توانید از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 6 شب و شنبه ها از 8 صبح تا 5 عصر تماس بگیرید. این تماس رایگان است!

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

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

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

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



## دریافت کمک از طریق Covered California

(ادامه دارد)

### 7. چقدر هزینه دارد؟

هزینه ها به طرح بیمه بهداشتی که انتخاب می کنید بستگی دارند. شما می توانید از محاسبه گر موجود در سایت CoveredCA.com برای محاسبه هزینه استفاده نمایید.

### 8. آیا باید اولین پرداخت حق بیمه خود را به همراه این فرم تقاضا ارسال کنم؟

خیر. اولین پرداخت خود را به Covered California ارسال نکنید. شما باید مستقیماً به شرکت بیمه پرداخت نمایید. می توانید اولین حق بیمه خود را از طریق پست ارسال کنید، یا شرکت بیمه شما ممکن است پرداخت از طریق تلفن یا آنلاین را قبول کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه پرداخت با آنها تماس بگیرید.

اگر از طرف شرکت بیمه خود صورتحسابی دریافت کردید، جهت پرداخت لطفاً از دستورالعمل های مندرج در صورتحساب پیروی نمایید. صورتحساب جداگانه ای جهت پرداخت برای طرحهای دندانپزشکی کودکان ارسال خواهد شد که باید به صورت جداگانه پرداخت شود.

اگر صورتحسابی دریافت نکردید، با شرکت بیمه تماس بگیرید. پس از ارسال تقاضا، ممکن است تا ۳۶ ساعت طول بکشد که آنها اطلاعات شما را دریافت نمایند. برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص اولین پرداخت حق بیمه خود، به وبسایت CoveredCA.com مراجعه نمایید و روی کلید "How to pay" (نحوه پرداخت) کلیک کنید یا با شماره 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس بگیرید.

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

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

### 10. من تمام اطلاعات مورد نیاز برای پاسخ دادن به سؤالات تقاضانامه را ندارم. چه باید کرد؟

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

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

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

شما می توانید به زبانهای مختلفی کمک بگیرید.

آنلاین: به سایت CoveredCA.com مراجعه نمایید. ما اطلاعات هر طرح بیمه بهداشتی را ارائه کرده ایم که با زبان ساده و روشن توضیح داده شده است.

تلفنی: با شماره های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) یا Covered California تماس حاصل نمایید. می توانید از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 6 شب و شنبه ها از 8 صبح تا 5 عصر تماس بگیرید. این تماس رایگان است!

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

## 12. چگونه می توانم یک طرح بیمه بهداشتی انتخاب نمایم؟

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

شما می توانید سطح پوششی که با نیازهای بهداشتی و بودجه شما بهترین همخوانی را دارد انتخاب نمایید.

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

- یا، می توانید هزینه ماهیانه کمتری را بپردازید اما هنگام نیاز به خدمات بهداشتی هزینه بیشتری را از جیب خود بپردازید.



## دریافت کمک از طریق Covered California

(ادامه دارد)

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

از اول ژانویه 2014 اکثر مردم از جمله کودکان باید بیمه بهداشتی داشته یا در غیر این صورت جریمه مالیاتی بپردازند. یک ولی یا فرد اصلی در اظهارنامه مالیاتی که در اوراق مالیاتی فدرال خود فرزند را به عنوان وابسته مالیاتی معرفی می کند، مسئولیت فقدان پوشش بهداشتی کودک وابسته را به عهده دارد، اما جریمه مالیاتی برای کودک بیمه نشده زیر 18 سال به میزان نصف جریمه مالیاتی برای فرد بالغ بیمه نشده خواهد بود. پوشش ممکن است شامل بیمه از طریق کار، پوششی که خود خریداری می کنید، Medicare، یا Medi-Cal کامل باشد.

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

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

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد جریمه ها به [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) مراجعه نمایید.

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

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

اگر از طریق Covered California دارای بیمه بهداشتی خصوصی میباشید، با ما تماس بگیرید تا ببینید آیا برای کمک مالی واجد شرایط هستید. این امر ممکن است هزینه حق بیمه و مشارکت در پرداخت شما را کاهش دهد.

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

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

### 16. بعد از اینکه تقاضا کردم چه می شود؟

اگر به صورت آنلاین یا تلفنی تقاضا کنید، اطلاعاتی را در مورد اینکه آیا شما و خانواده تان برای Covered California صلاحیت دارید یا خیر دریافت خواهید کرد. اگر تقاضانامه کاغذی یا از طریق فکس ارسال کنید، ظرف 10 روز تقویمی پس از دریافت آن به شما نامه ای ارسال خواهیم کرد. اگر نامه ای دریافت نکردید با شماره تلفن 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) با ما تماس بگیرید.

## سایر سوالات

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

خیر، اگر فقط از سوی عضو از خانواده تان تقاضا ارسال می کنید، نیازی به ارسال مدارک اثبات کننده وضعیت تابعیت یا مهاجرت ندارید. اما، هر فردی که برای او بیمه ای از طریق Covered California خریداری می شود باید اقامت رسمی داشته باشد و باید مدارکی دال بر تابعیت یا وضعیت مهاجرت نشان دهد.

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

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

### 19. من یک عارضه یا معلولیت از قبل دارم. آیا می توانم از طریق Covered California بیمه بهداشتی دریافت کنم؟

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

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

### 20. اگر Medicare داشته باشم چه می شود؟

طبق قانون، اعضای Medicare نمی توانند از طریق Exchange پوشش مشابه خریداری نمایند. بنابراین اگر Medicare دارید، بیمه بهداشتی از طریق Covered California برای شما مناسب نیست. اگر می خواهید برای Medicare خود پوشش مکمل داشته باشید و دارای پوشش بازنشستگی نیستید، برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد طرح Medicare Advantage یا خرید بیمه نامه Medi-gap لطفاً از وب سایت [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) دیدن کنید.





## سایر سوالات (ادامه دارد)

### 21. من تازه متوجه شده‌ام که باردار هستم. آیا می‌توانم تقاضای بیمه بهداشتی کنم که در دوران بارداری مرا تحت پوشش قرار دهد؟

بله. شما می‌توانید تقاضای بیمه ای را کنید که مراقبت‌های پیش از تولد، تولد و زایمان، و پس از زایمان را تحت پوشش قرار دهد. طرح های بیمه بهداشتی در صورت باردار بودن شما دیگر نمی‌توانند شما را رد کنند.

### 22. اگر شهروند نبوده یا وضعیت مهاجرتی رضایت بخش نداشته باشم، آیا می‌توانم واجد شرایط دریافت بیمه بهداشتی باشم؟

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

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

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

### 23. از کجا می‌توانم در مورد ثبت نام برای رای دادن اطلاعات کسب کنم؟

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

### 24. من سرخ پوست یا بومی آلاسکا هستم. Covered California چطور می‌تواند به من کمک کند؟

اگر شما سرخ پوست و یا بومی آلاسکا هستید که از نظر فدرال به رسمیت شناخته می‌شوید، یا به طرز دیگری واجد شرایط دریافت خدمات Indian Health Services، برنامه های بهداشتی قبیله ای، یا برنامه های بهداشتی شهری سرخ پوستی هستید، می‌توانید واجد شرایط باشید برای:

- پرداخت هیچ نوع هزینه از جیب مانند کسورات، اشتراک در پرداخت، و بیمه مشترک (به استثنای حق بیمه)
- دوره های ثبت نام ماهانه ویژه

حتماً ضمیمه A را کامل کرده و آن را با مدارکی دال بر سرخ پوست یا بومی آلاسکا بودنتان ارسال نمایید. مدارکی که می‌توانید به عنوان اثبات میراث سرخ پوست یا بومی آلاسکا بودنتان ارسال نمایید، شامل، اما نه فقط محدود به موارد ذیل است:

1. کارت ثبت نام قبیله ای،

2. گواهی مدرک خون سرخ پوستی (CDIB) از مرکز امور سرخ پوستان.

اگر علاقمند به دریافت هر یک از مزایای ذیل هستید، به وب سایت [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) مراجعه نمایید و از فرم "Application for Health Insurance" برای تقاضا و دانستن اینکه آیا واجد شرایط موارد ذیل هستید استفاده نمایید:

- بیمه بهداشتی رایگان یا کم هزینه مانند Medi-Cal
- بیمه کم هزینه برای خانمهای باردار از طریق Access برای نوزادان و مادران (AIM)
- کمک جهت پرداخت بیمه بهداشتی خصوصی از طریق Covered California

### 25. اگر با تصمیم اتخاذ شده از سوی Covered California موافقت نکنم چه می‌شود؟

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

- **آنلاین:** به سایت [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) مراجعه نمایید.
- **تلفنی:** با شماره های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) با Covered California تماس حاصل نمایید. می‌توانید از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 6 شب و شنبه ها از 8 صبح تا 5 عصر تماس بگیرید. این تماس رایگان است!
- **فکس:** تقاضای خود را به این شماره 1-888-329-3700 فکس کنید. **از طریق پست:** تقاضانامه Covered California را به آدرس ذیل پست کنید:  
Covered California – Appeals  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725
- **حضور:** ما مشاوران ثبت نام مورد تایید یا مأموران بیمه مورد تایید را به کار گرفته ایم که می‌توانند به شما کمک کنند. یا می‌توانید به دفتر خدمات اجتماعی شهرستان خود مراجعه کنید. این کمک رایگان است!
- برای تهیه فهرست مشاوران ثبت نام مورد تایید یا مأموران بیمه مورد تایید یا دفاتر خدمات اجتماعی شهرستان در نزدیکی محل زندگی یا کارتان به سایت [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) مراجعه یا با تلفن 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل نمایید.



# درخواست کمک به سایر زبان‌ها

می‌توانید در مورد این تقاضانامه به زبان‌های دیگر نیز تقاضای کمک کنید. با تلفن 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

Вы можете получить помощь в оформлении этой заявки на русском языке. Звоните по телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով օգնություն ստանալ այս դիմումի ձևը լրացնելու հարցում: Զանգահարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می‌توانید در ارتباط با این فرم تقاضا به زبان‌های 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



ما را دنبال کنید! در CoveredCA



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

