

هم اكنون از طریقی

COVERED

CALIFORNIA™

ارسال کنی د

# تقاضای بیمه بهداشتی خصوصی

## تقاضای بیمه برای بچه‌ها داشتنی ارزانی می‌ت



### مراجعه کنی دب‌هص‌ف‌ح‌ا‌ت داخلی

1	موردی که برای داز
2-13	تقاضای بیمه
14-18	ضمیمه‌های A-C
19-22	

شما می‌توانی دای‌ن‌ف‌ر‌م  
تقاضای بیمه برای بچه‌ها  
دی‌گوری‌ا‌ف‌ت‌م‌ای‌د

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 دای‌ن‌ف‌ر‌م  
تقاضای بیمه برای بچه‌ها  
دی‌گوری‌ا‌ف‌ت‌م‌ای‌د  
بیش‌م‌اره (1-800-921-8879) تماس  
بگیری د.

Covered California می‌تواند در آن افراد و خانواده‌ها می‌تواند بیمه  
داشتنی ارزانی می‌تواند پیدا کند.

اگرچه بیمه برای بچه‌ها ممکن است برای شما و خانواده‌تان برای بیمه‌ای  
بهداشتی Covered California را ای‌ج‌ا‌ک‌ب‌ر‌د‌ه‌ا‌س‌ت.

بیمه بهداشتی می‌تواند به شما آرامش خاطر دهد و به شما کمک کند تا  
بیمه‌تان را با داشتن بیمه، شما و خانواده‌تان می‌توانید به هنگام نیازی  
بهداشتی دریافت نمی‌د.

از ای‌ت‌ق‌ا‌ض‌ا‌ن‌ا‌م‌ب‌ر‌ا‌ی‌ب‌ه‌د‌ا‌ش‌ت‌ی‌خ‌ص‌ص‌ا‌ص‌ا‌ف‌ا‌ن‌م‌ای‌ب‌ه‌ت‌ا‌ن‌ا‌ز  
طریق Covered California از ای‌ج‌ا‌ک‌ب‌ر‌د‌ه‌ا‌ی‌ب‌ر‌خ‌و‌ر‌د‌ل‌و‌س‌ل‌ت‌د.

تقاضای بیمه این تقاضای بیمه جهت دریافت بیمه بهداشتی ارزانی می‌تواند برای هر  
کس از اعضای خانواده‌تان، حتی اگر شما و آن‌ها هم اکنون بیمه بهداشتی  
داشتند با شماست فاده نمی‌د.

بگری می‌کنی که ممکن است واجد شرایط دریافت بیمه برای بچه‌ها  
ارزانی می‌تواند Medi-Cal، (2) بیمه برای بچه‌ها، (3) بیمه برای بچه‌ها، (4) بیمه برای بچه‌ها  
برنامه Access برای نوزادان و مادران (AHM) می‌تواند یا (3) دریافت کمک جهت  
پرداخت بیمه برای بچه‌ها یک تقاضای بیمه دی‌گوری‌ا‌ف‌ت‌م‌ای‌د  
Health Insurance می‌توانی د یک برگ تقاضای بیمه دریافت نمی‌د  
CoveredCA.com ای‌خ‌و‌د‌را‌ا‌ر‌س‌ال‌کنی‌د.



بیش‌م‌اره (1-888-889-4500) بگیری د. این  
شماره را ای‌گ‌ا‌ن‌ل‌و‌س‌ت‌و‌ان‌ی‌د‌ر‌و‌ز‌ه‌ای‌د‌و‌ش‌ن‌ب‌ه‌تا‌ج‌م‌ع‌ه‌ا‌ز‌ص‌ع‌ب‌ح‌تا‌6ش‌ب‌و  
ش‌ن‌ب‌ه‌ها‌ا‌ز‌ص‌ع‌ب‌ح‌ب‌ت‌ع‌د‌ظ‌ر‌ت‌م‌اس‌ب‌گیری‌دی‌ای‌ب‌ا‌س‌ا‌ی‌ت  
CoveredCA.com مراجع کنی د.

# آگاهی از اموارد

هنگام ارسال تقاضای اموارد، شما باید مشخص کنید که تقاضای شما برای چه نوعی از خدمات است. اگر شما برای خدماتی که تحت پوشش بیمه شما قرار دارد درخواست می‌کنید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا مطمئن شوید که درخواست شما برای خدماتی است که تحت پوشش بیمه شما قرار دارد. اگر شما برای خدماتی که تحت پوشش بیمه شما قرار ندارد درخواست می‌کنید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا مطمئن شوید که درخواست شما برای خدماتی است که تحت پوشش بیمه شما قرار ندارد.

مطابق قانون، اما | شما باید به صورت سری و امن نگهداری اطلاعات شما را از اوقات شما جهت کمپوینت شما برای دریافت بیمه بهداشتی استفاده خواهید کرد.

خانواده‌هایی که شرایط خاصی دارند می‌توانند تقاضای ارسال نمایند. حتی اگر بیمه شما برای پوشش و ایجاد شرایط نیست، می‌توانید برای فرزندان یا تقاضای ارسال نمایند. ارسال تقاضا برای فرزندان واجد شرایطتان در وضعیت مهاجرت، یا امکان برخورداری از کارت سکونت دائمی یا تابعیت شما تأثیری نخواهد داشت.

اگر شما رسپیگ سرخ پوست Indian Health Services، طرح

بتوانید برای دریافت بیمه درمانی از طریق Covered California شرایط باشی.

بده صورت برای عترامی | نتایج دریافت خواهید کرد! | [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) ارسال نمایی. سری ع، امن محفوظ است - و زودتر  
توانید از طریق | تقاضای شما

پس از تکمیل تقاضای شما پر شده و امضاء شده خود را به نشانی ذیل ارسال نمایی:

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

اگر تمام می | درخواست شده از شما، به هر حال به ما اطلاع دهید و از اسامی دیگری  
تکمیل تقاضای شما می‌توانیم با شما تماس بگیریم.

مبلغ اموارد را از برای ثبت نام در طرح بیمه بهداشتی خود را با تقاضای شما ارسال کنید. طرح شما  
برای مبلغ مربوطه صورت حسابی به شما ارسال خواهد کرد.

برای کمک به شما در دست‌رسانی تقاضای شما به صورت رایگان کمک دریافت کنید.

کمک‌های افکتی | به صورت | از طریق: [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com)

از طریق تلفن 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 صبح تا شب، و شنبه‌ها از  
صبح تا ظهر تماس بگیرید.

ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا برای مشاغل فهرست مشاوران ثبت نام کنید و عواملین تایید شده بیمه به خدمت گرفته ایم  
که می‌توانند به شما کمک کنند. برای مشاغل فهرست مشاوران ثبت نام کنید و عواملین تایید 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) حاصل نمایی.

اگر معلولیت یا نداشتن دیگری دارید، ما می‌توانیم برای تکمیل این تقاضای شما بدون اینکه هزینه ای برای  
شما در بر داشته باشد، کمک ارائه دهیم. می‌توانید به صورت شخصی به دفتر خدمات اجتماعی محل  
شهرستان مراجعه نمایی 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 صبح تا شب، و شنبه‌ها از صبح تا ظهر تماس بگیرید. یا به وبسایت  
[CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) مراجعه کنید.



# تقاضای نامه را از این جا شروع کنید

در مورد نقل و انتقال یا تغییر نام به عنوان فدرال برای نام استقلالی |  
خواهش در | عات ارضی دهده

## گام 1:

نام خانوادگی نام میانی پسوند (III, IV, V) (معمولاً سینه‌یور، جون‌یور، III, IV)

آدرس منزل

شماره آپارتمان

شماره پستی ایالت کد پستی شهرستان

اگر نشانی در ذیل یک آدرس پستی به ما ارائه دهید.

اگر نشانی در ذیل آدرس پستی خود را به ما بدهید:

شماره آپارتمان

شماره پستی ایالت کد پستی شهرستان

شماره تلفن همراه شماره تلفن دیگر منزل شماره تلفن همراه شماره کار

شماره: ( ) - شماره: ( ) - شماره: ( )

به چه زبانی می خواهید با شما صحبت کنیم؟

تلفنی از طریق نام

از طریق ایمیل آدرس ایمیل:

برای کمک جهت پرداخت حق بیمه بهداشتی برای شما یا اعضای خانواده تان تقاضای نامه ارسال کنید؟  
در ایالت کالیفرنیا به تقاضای نامه دیگری دارید. برای دریافت تقاضای نامه مربوطه به وب سایت [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) تا ببینید برای کدام بیمه بهداشتی واجد شرایط هستید.  
اگر می خواهید این تقاضای نامه ادامه دهید.

## دوره خود و خانوادتان پیگیری

## گام 2:

در مورد هر یک از اعضای خانوادتان که می خواهید پیگیری کنید، در این گام 2 تکمیل می کنید.

از خودتان شروع کنید!

برای ارائه تقاضا برای بیس از نهر در ایالت کالیفرنیا اقدام کنید.

شما

صرفاً

مدارک اثبات کننده تابعیت، یا وضعیت مهاجرت را برای اعضای خانواده تان که برای بیمه بهداشتی تقاضا ارسال نمی کنند ارائه دهید.

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، بایعاً، دوست، دوست پسر، دوست و خنقم اتاقی - اگر می خواهید بیمه بهداشتی داشته باشید، بایستی تقاضای نامه خودشان را ارسال کنید.

گام بعدی در صفحه بعد

با Covered California از طریق شماره 1-800-921-8879 (4-888-889-4500) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. می توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از صبح تا شب، و شنبه ها از صبح تا ظهر تماس بگیرید. یا به وبسایت [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) مراجعه کنید.

یا به کمک داری؟



# گام 2:

# شخص 1 در مورد خودتان

نام

نام خانوادگی

نام میانی

پسوند فابریکته: سینیور، جونیور، III, IV نسبت با شما  
خودتان

آیا شما:  مجرد هستید

وقت ازدواج نکوید

اهل هستید

نریکیگی ثبت شده

ق گرفته

به هستید

آیا شما:  مرد هستید  زن هستید

تاریخ تولد (ماه/روز/سال):

ارسال این اطلاعات به برای ای سی بی ای (SSN) هم اکنون به شما می دهد شما می توانید بتوانید به تر یا به مزینه کمتری پیدا کنید.

آیا برای خودتان بیمه بهداشتی تقاضا می کنید؟  اگر این سوالها را زیر پاسخ دهید  اگر کسی به صلاح به بعدی مراجعه کنید.

شماره **آی تی ان** (اجتماعی یا سوشیال سکوریٹی (SSN))

اگر **SSN** دارید آن را ذکر کنید؟

شماره **آی تی ان** (ATIN) \_\_\_\_\_

شماره **آی تی ان** (ITIN) \_\_\_\_\_

موقعیت مذهبی  و واجد شرایط **SSN**

ما این شماره سوشیال سکوریٹی (SSN) بررسی تابعیت و سایر اسلشفاده می کنیم. (ماده 1) عضو از خانواده تان (می خواهدی تقاضای بیمه بهداشتی کنید، بایدی یک شماره SSN ارائه دهید.

اگر شخص تقاضا کننده شما **SSN** برای داشتن آن نیاز به کمک دارد، با شماره **1-800-921-8879** (4500-889-888-888) تماس گرفته و یا به وب سایت **GoveredCA.com** مراجعه کنید.

بله  خیر

نیستید این سوالها پاسخ دهید:

آیا دارای وضعیت مهاجرتی رضایت بخش هستید؟  بله  خیر  برای این که بتوانید آبیوی ای تی ان (ATIN) بگیرید، شما باید رضایت بخش از این که شما به این شماره **SSN** ثبت خارجی ما می باشد.

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

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

نام طبق سند: \_\_\_\_\_

بله  خیر

آیا از سال 1996

بله  خیر

آیا لیدی اکونومی کمی از طرح های بیمه بهداشتی را انتخاب کنید، این جا  و صفحات 6-18-19-20 را مطالعه کنید.

### درباره نژاد خود بیاویزید

طبیعتی از خصوصیات سری یکسان همه به بیمه بهداشتی استفاده می شود.

صمیم گیری در مورد نوع بیمه بهداشتی مناسب شما استفاده نخواهد شد.

شما از چه نژادی هستید (انتخابی)؛ همه مواردی که صد

اهل اسپانیای هستید؟

خیر  بله  خیر

اگر این سوالها را با **تور** مربوطه را

بزنید:

مکزیک، مکزیکی-آمریکایی، چیکنو

اهل وادوری

کوبایی  کوریکو

اسپانیایی

اسپانیایی:

اهل گوام یا جزایر مارینا

اهل اوهایو

اهل ای

ژاپنی

کره ای

ویتنامی

فیلیپینی

هندی

کلمبوجی

چینی

(جنوب چین)

سلفی دوست

سایه دوست یا آفریقایی-

آمریکایی

سلفی دوست یا بومی

صفحه 4 پر کنید.





بله  خیر

نیستی این سؤال ها پاس خ دهی:

آیا این فرد دارای وضعیت مهاجرتی رضایت بخش است؟  بله  خیر  برای این که بتوانید این سؤال را پاسخ دهید، باید این فرد را در لیست بیمه سلامت خود در صفحه 15 مراجعه کنید. سپس ر اکثر موارد شماره شناسایی سند همان شماره ثبت خارجی ها می باشد.

نوع سند: \_\_\_\_\_ شماره شناسایی: \_\_\_\_\_

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

نام طبق سند: \_\_\_\_\_

بله  خیر

آیا این فرد از سال 1996

بله  خیر

صرفاً 16-4848 میل کنید.

اگر از کمی از طرح های بیمه بهداشتی را انتخاب کنید، این جا

درباره نژاد این فرد در این اطمینان دهید که این اطمینان را از این اطمینان

طرح استفاده نمی شود. طرح استفاده نمی شود. به بیمه بهداشتی از آن استفاده

نژاد این فرد چیست؟ تمام مواردی که صد

آیا اسپ

استی (بله  خیر )

اگر اسپ خیمه است موارد مربوطه را ع

بزنید:

مکزیک، مکزیک، آمریکای، چیکو

اسپانیا  وادوری

کوبا  بورتوریک

اسپانیا

اسپانیا  اسپانیا

اول گوام یا جزایر مارینا

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

ژاپنی

کره ای

وقت نامی

طومی هاوایی

هندی

کلمبوجی

چینی

فیلیپینی

سلفی پوست

سایه پوست یا آفریقایی

آمریکایی

سلفی پوست یا بومی

صرفاً 16-4848 میل کنید.



## گام 2:

### شخص 3 در بار کسب و کار یا عودی به میم به داشتنی دارد به ما بگویی.

نام خانوادگی	نام میانی	پسوندها (مثلاً: سینور، جونور، IV, III) نسبت با شما
--------------	-----------	--

اگر آدرس **واک میوزیوم** آدرس منزل این فرد را در ذیل قید کنید:

شماره آپارتمان	آدرس منزل
شهر	ایالت کد پستی

اگر آدرس منزل ندارد، می ای سیتی ای آدرس منزل قید کنید.

اگر آدرس **واک میوزیوم** آدرس منزل این فرد را در ذیل قید کنید:

شماره آپارتمان	آدرس منزل
شهر	ایالت کد پستی

شماره تلفن برای تماس با فرد <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> شماره تلفن همراه <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>	شماره تلفن دی گر <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> شماره تلفن همراه <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>
شماره: ( ) -	شماره: ( ) -

آدرس ای می:

ه زبانی بیاید با این فرد مکاتبه نمایم؟ شماره:  این فلورک لمیت تا به چه روزی بیاید وی صحبت کنیم؟

آیا این فرد:  مجرد است  مرگرتلواج نکرده است  متاهل است  بی ری ای گنجی ثبت شده دارد  ق گرفته است  بیوه است

آیا این فرد:  مرد است  زن است

تاریخ تولد (ماه/روز/سال):

تقاضای بیاید و **شماره** این فرد در حال حاضر **نیاید** و **موتیشن** **لبس** **پوشش** **بهتری** **کسب** **کنند** **یا** **مزی** **کمتری** **را** **متقبل** **شود**.

آیا ای **فوت** **قاضی** **بیاید** **داشت** **است**?  **بل** **هگ** **پاس** **خ** **مال** **است** **ب** **م** **وال** **ه** **ای** **ذیل** **اس** **ده** **د**.  **خ** **را** **گ** **پاس** **خ** **ی** **را** **است** **ب** **ب** **ف** **ح** **ه** **ی** **و** **ی**.

اگر این فرد **SSN** **در** **اعت** **آن** **چی** **ست**?

شماره **ATIN** **ش** **اس** **ای** **ی** **مال** **یات** **ده** **ده** **فرز** **ن** **د** **خ** **وان** **دگی** (ATIN) \_\_\_\_\_

شماره **ITIN** **ش** **اس** **ای** **ی** **مال** **یات** **ده** **ده** **فردی** (ITIN) \_\_\_\_\_

م **ع** **اف** **یت** **م** **ذه** **بی** \_\_\_\_\_

و **ا** **ج** **د** **ش** **ر** **ای** **ط** **SSN** **ست** \_\_\_\_\_

**شخص** **دا** **ده** **در** **ص** **ف** **ح** **ه** **ب** **ع** **د**

بله  خیر

نیستی این سوال ها پاس خ دهی:

آیا این فرد دارای وضعیت مهاجرتی رضایت بخش است؟  بله  خیر  
ر 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  بله  خیر

بله  خیر

صرفاً 16-48-48 میل کنی.

این جا را انتخاب کنی، این جا

**درباره نژاد این فرد هیچ گویی**  
می شود. از این اط

**طعم این نژاد این فرد هیچ گویی**  
طرح استفاده نمی شود.

نژاد این فرد چیست؟ تمام مواردی که صدق می کند را ع

سفید پوست

هندی

ژاپنی

گوام یا جزایر مارینا

آیا اسپانیایی هستی (بله  خیر )

آسیای جنوب شرقی

کامبوج

کره ای

اروپایی

اگر اسپانیا یا سایر موارد مربوطه را ع

آمریکایی

چینی

آسیای

بزنید:

سایر پوست یا بومی

فیلیپینی

وقت نامی

\_\_\_\_\_

مکن  کی، مکن  کی-آمریکایی، چیکلو و

(چونوب چین)

طومی هاوایی

\_\_\_\_\_

اسبانیایی: \_\_\_\_\_

اسپانیایی

آسیای

صرفاً 16-48-48 میل کنی.





## گام 2:

### شخص 4 در بار کشتن خالص یا عیدی به میم به داشتنی دارد به ما بگویی.

نام خانوادگی	نام میانی	پسوندها (مثلاً: سن، یور، جون، یور، IV, III, II) نسبت با شما
--------------	-----------	---

اگر آدرس | واحد مسکونی یا کسب و کاری در این فرد را در ذیل قید کنید:

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

شهر	ایالت کد	پستی	شماره استان
-----	----------	------	-------------

اگر این فرد آدرس منزل ندارد، می‌توانید آدرس منزل قید کنید.

اگر آدرس | واحد مسکونی یا کسب و کاری در این فرد را در ذیل قید کنید:

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

شهر	ایالت کد	پستی	شماره استان
-----	----------	------	-------------

شماره تماس همراه	شماره تماس کار	شماره تماس دی‌گر	شماره تماس همراه	شماره تماس همراه	شماره تماس همراه
( ) -	( ) -	( ) -	( ) -	( ) -	( ) -

آدرس ایمیل:

این فلورک لمیت تا به چه چیزهایی وی صحبت می‌کند؟

ه زبان‌های بیاید با این فرد مکاتبه نمایم؟ شماره:

آیا این فرد:  مجرد است  در گتر طواج نکرده است  مت‌اهل است  بی‌بیمه است  ق گرفته است  بی‌بیمه است

آیا این فرد:  زن است  مرد است  مت‌اهل است  بی‌بیمه است  ق گرفته است  بی‌بیمه است

تاریخ تولد (ماه/روز/سال):

تقاضای بی‌بیمه‌اش را در این فرد در حال حاضر بفرستید و پوشش بهتری کسب کند یا هزینه کمتری را متقبل شود.

آیا این فرد تقاضای بی‌بیمه‌اش را در این فرد در حال حاضر بفرستید و پوشش بهتری کسب کند یا هزینه کمتری را متقبل شود.

آیا این فرد تقاضای بی‌بیمه‌اش را در این فرد در حال حاضر بفرستید و پوشش بهتری کسب کند یا هزینه کمتری را متقبل شود.

اگر این فرد SSN در حالت آن چیست؟

شماره  (ATIN)  (ITIN)  (SSN)

شماره  (ATIN)  (ITIN)  (SSN)

مغایبت مذهبی

واحد شرایط SSN است

شخص داده در صفحه بعد

بله  خیر

نیستی این سؤال ها پاس خ دهی:

آیا این فرد دارای وضعیت مهاجرتی رضایت بخش است؟  بله  خیر  برای این فرد وضعیت مهاجرتی رضایت بخش است؟ بله  خیر  اگر بیشتر موارد شماره شناسایی سند همان شماره ثبت خارجی ها می باشد.

نوع سند: \_\_\_\_\_ شماره شناسایی: \_\_\_\_\_

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

نام طبق سند: \_\_\_\_\_

بله  خیر

آیا این فرد از سال 1996

بله  خیر

صرفاً 16-4848 میل کنی.

اینجا  را انتخاب کنی، این جا

درباره نژاد این فرد هیچ گونه اطلاعاتی  
می شود. از این اط

طعم این نژاد این فرد هیچ گونه اطلاعاتی  
طرح استفاده نمی شود.

نژاد این فرد چیست؟ تمام مواردی که صدق می کند را ع

آیا اسپ

سستی (بله  خیر )

اگر اسپاس خیمه ای است موارد مربوطه را ع  
بزنید:

مکزیکی، مکزیکی-آمریکایی، چیکانو

بله  خیر

کوبایی

بله  خیر

اسپانیایی: \_\_\_\_\_

اول گوام یا جزایر مارینا

بله  خیر

بله  خیر

ژاپنی

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

هندی

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

سلفی پوست

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

صرفاً 16-4848 میل کنی.

★



شما می‌توانید یک کپی‌نامه‌ی‌نقراض‌نامه‌ی‌نقراض‌نامه‌ی‌د

دوست‌مورخ‌عمت‌مد یا سازمانی‌را به‌عنوان "نماینده‌ی‌قانونی" خود انتخاب‌کنید. نماینده‌ی‌قانونی‌کسی‌است که به‌وی‌اجازه‌می‌دهد تا تقاضا‌نامه‌ی‌شما را دیده‌و اکنون و در آینده در رابطه‌با آن با ما صحبت‌نماید.

نام نماینده‌ی‌قانونی

آدرس

شماره آپارتمان

شهر

ایالت کد پستی شهرستان

شما در این اداره اقدام نمی‌د.

امضای شما

تاریخ

### اظهارنامه‌ی‌حفظ‌حری‌خصوصی

Covered California دفتر مأمور

وظیفه‌ی‌خصوصی از طریق تماس حاصل می‌دهد:

Covered California

Attn: Privacy Officer

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

تلفن: 1-800-921-8879

TTY: 1-888-889-4500

ان‌امه‌را

قانونی‌دولتی و

جمع‌آوری و حفظ می‌دهد:

100503(a) و § 100502(k) و 18031 U.S.C. § 12002

ما می‌توانیم قانون مدنی کالیفرنیا § 1798.17 را در مورد حفظ حریم

خصوصی‌را به‌شما اطلاع‌دهیم. می‌توانید سیاست‌نامه‌ی‌حفظ‌خصوصی

CoveredCA.com را در آدرس‌نویس مشاهده کنید.

این تقاضا‌نامه‌ی‌برای دریافت بی‌مهرمانی از طریق Covered California می

می‌باشد. Covered California اس‌آی‌شما و سایر افرادی که در این

تقاضا‌نامه‌ی‌شما درج شده‌اند و برای اجرای طرح‌ها به آن‌ها احتیاج دارد.

ما اط تفویض‌تسلط‌دولتی، فدرال و محلی، پیمانکاران،  
صرفاً شما را در طرح یا

برنامه‌ی‌نام‌نویسی‌نموده‌ی‌برنامه‌ها را اجرا می‌دهیم.

باید به تمام سؤال‌ها در این تقاضا‌نامه‌ی‌شما پاسخ‌دهید مگر این‌که با نشان‌ه

احتیاج‌داری‌کم‌داشته‌باشید با شما تماس‌خواهیم گرفت تا آن را ثبت  
نماییم. **اگر شما آن را از این‌دهید**، ما می‌توانیم در مورد تقاضا‌نامه‌ی‌شما

شما تصمیم‌می‌گیریم که آیا شما مجبور شویید تقاضا‌نامه‌ی‌جدید

ارسال‌کنید و یا بی‌مهرمانی‌را از طریق Covered California

دریافت‌نکرده‌ی‌تقاضا‌نامه‌ی‌شما رد شود.

اکثر موارد شما ح

دولتی موجود است و ما نمی‌توانیم از شما داشته‌باشید می‌توانید این

دی‌گری نیز مشاهده‌کنید (این‌چاپ‌درشت).

گام‌دو در صفحه‌ی‌بعد



اذعان و امضای صورت دادنی از است.

■ ااتی که اینج در این تقاضا ذکر کردم اتی که می دانم صحیح سرانجام می گیرد که اگر حقیقت را نگویم ممکن است جریمه شوم.

■ اتی که می کنم صرفاً افرا را اعلام که متقاضی دفعه بعدی هر وقت استفاده می شود.

■ اتی که می دانم که برنامہ ا برای کسب ا طبایق محفوظ نگاه می دارند. رسی به ا

ن گداری شده توسط Covered California یا مأمور حفظ حریم خصوصی با تلفن های ذیل تماس حاصل نایم 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500)

اینجانب می دانم که باید Covered California رگونه تغیری را نسبت به آنچه در این تقاضا ام مطلع کنم. برای گزارش تغیری ات می توانم با تلفن های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) با Covered California حاصل کنم و یا به وب سایت CoveredCA.com ارجع کنم.

اینجانب می دانم که Covered California بعلی من یا هر کسی دیگری در این تقاضا عت نژاد، رنگ پوست، اصالت، مذهب، سن، جنس، وضعیت تأمل، وضعیت بازنشستگی، یا معلولیت تبعیضی قائل شود. اگر تصور کنم Covered California در من تبعیضی قائل شده است، از جمله این 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.

■ اینج فراد غنواده اید اعضای اطفال و اطفال بگذارید.

اینجانب تایید می کنم که هی چ یک از اعضای متقاضی بی مه بهداشتی در این

اینجانب می دانم که کووید 19 بروز تغیری باید تغیری را به Covered California گزارش دم، زیرا این امر می تواند در Covered California بگذارید.

اینجانب به Covered California می دم تا سوابق رایانه های ساری ادارات را برای تایید ش هروندی، وضعیت رضایت بخش مهاجرتی، و

بهداشتی مستم.

حق فرجام خواهی شام:

اگر تصور کنم Covered California می مرتکب شده است، می توانم برای تصمیم شان فرجام خواهی نایم فرجام خواهی در برنامہ Covered California بت به نادرست بودن تصمیم اتخاذ شده مطلع کنم و درخواست بازبینی من صقلنه آن را بدم.

■ اینج می دانم که می توانم با تلفن های ذیل از چگونگی فرجام خواهی، و نحوه دریافت ارجاع به کمکه ای حقوقی یا کمک حقوقی رایگان مطلع شوم 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500).

■ اینج می دانم که حداکثر ظرف مدت 90 تاریخ تصمیم اتخاذ شده اید درخواست فرجام خود را ارائه دم.

■ اینج می دانم که فرجام خواهی می توانم با تلفن های خودم یا شخص دیگری تلفن کنید یا کتبی بفرستید، فامیل، یا یک وکیل به اینجگی از من حاضر شود.

■ اینج می دانم که دقت کنید که فراموش نکنید اس ویدیوی، یا حضوری انجام خواهد شد.

انب م اوانج که اگر به کمک نی از داشته باشم، کسی در Covered California پرونده مرا به من توضیح دم.

اینجانب می دانم که در Covered California می منتظر تصمیم گیری در مورد فرجام خواهی مستم، کسی می تواند در مورد شرایطی که اند یا مجید قرار شود توضیحات بدم.

■ اینج می دانم که حکم فرجام خواهی در مورد من یا سایر اعضا غنواده اید

اعضاء ص

انوار شود.

تجدیدی بایم:

برای تسهیل تهی بی مه بهداشتی در سال های آتی، اینجانب فرقی می کنم تا Covered California کماپیوترا را به سوشال سکوریتی برای بررسی درآمد اس تقاطع را بفرستد که من نوز هم واجد شرایط مستم، پوشش بیمه من برافراه 2 می شود و مجبور نخواهم بود بختی را تکمیل کرده یا اسن گیری را ارسال نایم.

گام 4 در صفحه بع



این جانب با علم به محتوای اذعان می دارم که آنچه که در ذیل می گویم درست و صحیح است.

اینجانب را فهمیده ام و به آنها جوابهای درست و صحیح دادم. در صورت دادم تا جوابی ارائه دهم که مورد نظر من بوده است.

اولی فرجه دانم که اگر در این طریق توضیحی را نگویم، ممکن است مورد مجازات کیفری شود و این توضیح منتهی به آن است. انون جی کالیفرنیا، بخش 2646 می داند.

اینجانب می دانم که از ایالات کالیفرنیا این اطلاعیه را صادر کرده است. انامه قید شده اند استفاده می شود. Covered California طبق قوانین

فوتیون این کسب و کار در صورت بروز هرگونه تغییری در مورد مرکز خدمات مشتریان بی بهره داشتی در این تقاضای اطرازیق شماره تلفن های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) با Covered California گرفته و یا به وب سایت CoveredCA.com مراجعه انجام.

اگر با تکمیل و ارسال توضیح منتهی به این انتخاب و اگر برای ثبت نام در طرح انتلجی ام در ضمیمه توسط Covered California اجد شرایط تشخیص داده شوم:

می دانم بکه با امضا این قسمت با صادر کننده طرح وارد قرارداد شده ام.

سال 2018 از فرزند صغیر آزاد هستم و از دارای بلوغ فکری و کبلا برای امضای قرارداد می باشم.

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

### افراد اموتایید Covered California

اگر شما فرد مورد تایید Covered California می گویید بده شیکمیل این فرم کمک می کنی این قسمت را تکمیل می د.

اینجانب گواهی می کنم که عنوان مشاور ثبت نام مورثی، مامور بلامه و یا مشاور ثبت نام کنن می و هر طرح به متقاضی کمک نموده ام تا این ه توافق نامی کرده و این خدمات رایگان بوده است. همچنین گواهی می کنم تمام سوال ها در این متقاضی جوابهای درست و صحیح داده ام. اینجانب طر ارایه هرگونه فهم به متقاضی توضیح داده ام و متقاضی متوجه شده است.

نام مشاور ثبت نام مورد	شماره CEC
نام شخص ثبت نام کننده مورد	شماره CEC
نام مامور بیمه مورد	شماره مجوز
نام ثبت نام کننده مورد تایید طرح	شماره گواهی
طرح:	
تاریخ	تاریخ

تا اینجانب تکمیل نام مورد تایید من گام ارسال تقاضای این قسمت و توضیح صحیح تکمیل این جدولت هی چ هزینه ایلیت بلین به شخص ثبت نام کننده مورد تایید Covered California پرداخت نخواهد کرد.



تقاضایان امضاء شده خود را به آدرس ذیل ارسال نمایید:

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

آی فبراموشن کردی دکبه:

در مورد تمام اعضای خانواده تان که نی از به بی‌مه بهداشتی دارند اط

ص‌ف‌ح‌ه 12 تقاضایان ام را ام‌ق‌ن‌ای‌د؟ اگر یک ناهنده مجاز را انتخاب کردید، همچ‌ن‌ی‌ن‌ای‌د ص‌ف‌ح‌ه 10 را ام‌ض‌ک‌ع‌ل‌ی‌د.

چندس‌و‌ال‌ه‌ی‌گ‌ن‌ا‌ج‌ت‌ی‌اری

1. آی‌ا‌خ‌ت‌ی‌و‌غ‌ی‌اری‌ری‌از‌ن‌د‌گ‌ی‌ش‌م‌ا‌ر‌خ‌داده‌اس‌ت‌ک‌ه‌ا‌و‌ج‌ب‌ش‌و‌ن‌ب‌ه‌ر‌ای‌ت‌ه‌ی‌ه‌ب‌ای‌م‌ه‌د‌اش‌ت‌ی‌ا‌ق‌ن‌گ‌ن‌ی‌ب‌د‌ا‌ن‌خ‌ت‌ان‌ب‌ل‌ه‌ا‌س‌ت، تمام مواردی که صد

نقل مکان به کالیفرنیا

انتقالش هرون‌دی یا اقامت فنونی

را گرفتند (تحت تکفل) مثل تولد، ازدواج، یا فرزندخواندگی)

از دست دادن پوشش Medi-Cal

س‌ا‌ی‌ر

ان‌م‌ا‌م‌ ح‌ب‌س

از دست دادن بی‌مه بهداشتی

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. چگونه Covered California نشان‌دهنده‌ی دست‌م‌م‌ مواردی را که

بال‌ا‌م‌ هم‌ی‌اری‌ و تح‌ص‌ی‌لی

تبدیل‌ی‌غات‌م‌ج‌ل‌ه‌ی‌ا‌روز‌ن‌ا‌م‌ه

ان‌ب‌ل‌و‌ق‌ت‌ت‌ب‌ل‌ی‌ا‌ق‌ت‌ی

کل‌ا‌ر‌گ‌ز‌ار‌ب‌ی‌م‌ه‌م‌ورد‌ل‌ق‌ی‌د

داروخانه

حرف مردم

دولت‌ان‌یا‌خان‌وا‌ده

کوا‌ف‌ر‌م‌ا

تبدیل‌ی‌غات‌ت‌ل‌و‌ی‌ز‌ی‌ون

تبدیل‌ی‌غات‌ای‌م‌ی‌لی

ب‌ر‌ان‌ا‌م‌ه‌ری‌ز‌ی‌م‌و‌ب‌ل‌ی

د‌ت‌ب‌ل‌ی‌غ‌ف‌ی‌ر‌و‌ش‌گ‌ا‌ه

م‌ن‌ا‌و‌ر‌ث‌ب‌ت‌ن‌ام‌م‌ورد‌ل‌ق‌ی‌د

ح‌ا‌م‌ق‌ا‌ی‌ب‌ی‌م‌ا‌ر‌س‌ت‌ان

کالی‌س‌ا

ف‌د‌ل‌ت‌ی

وب‌س‌ل‌ای‌ت‌ CoveredCA.com

تبدیل‌ی‌غات‌ر‌اد‌ی‌و‌ی‌ی

ج‌س‌ت‌ج‌و‌ی‌ا‌ی‌ن‌ت‌ر‌ن‌ت‌ی

س‌ا‌ز‌م‌ان‌ا‌ج‌ت‌م‌اع‌ی‌یا‌گ‌ر‌د‌ل‌ه‌ی

ر‌ا‌س‌ان‌ه‌ه‌ای‌ا‌ج‌ت‌م‌اع‌ی‌ ( "eBook" ی‌ا‌ی‌ت‌ر، غ‌ی‌ر‌ه)

س‌ا‌ی‌ر

ب‌ر‌ر‌ا‌م‌ه‌یا‌گ‌ز‌ار‌ش‌خ‌ب‌ری

ب‌ر‌و‌ش‌و‌ر

ای‌م‌ی‌ل



★ اگر شما اطلاعاتی از اعضای خانوادتهان سرخ پوستان ایلیومی | اسکا این تابلو نقیسمت را تکمیل نمائید.

Health Services نامی بهداشتی قبیله ای، یا برنامه های درمانی

نیز ممکن است مجبور به پرداخت هزینه ای (مانند پرداخت مشترک) نبوده و دوره های ثبت نامی ویژه ای را دریافت نماید. این فرم را حتماً

نماید سندی از یک قبیله رسمی فدرال که نشان دهد عضوی از قبیله هستید یا با آن قبیله نسبت داری را ارسال این اسناد می تواند شامل کارت ثبت نام قبیله ای یا گواهی مدرک خون سرخ پوستانی (EDIB) کز امور سرخ پوستان باشد.

دما را از آنها مطلع کنید، از این **صفحه پیوسته ای** تکمیل آن را

اگر بیش از 4

با تقاضای خود ارسال نماید.

شخص 1

نام	نام اخو ادگی	نام مغلنی	پسوند فامیلالی (بینیور، جونیور، III, IV)
-----	--------------	-----------	--

بله  خیر

اگر پاسخی از قبیلتهای شما بنویسید: \_\_\_\_\_ ایالت تقریباً کجاست در آن قرار دارد مشخص نماید: \_\_\_\_\_

شخص 2

نام	نام اخو ادگی	نام مغلنی	پسوند فامیلالی (بینیور، جونیور، III, IV)
-----	--------------	-----------	--

بله  خیر

اگر پاسخی از قبیلتهای شما بنویسید: \_\_\_\_\_ ایالت تقریباً کجاست در آن قرار دارد مشخص نماید: \_\_\_\_\_

شخص 3

نام	نام اخو ادگی	نام مغلنی	پسوند فامیلالی (بینیور، جونیور، III, IV)
-----	--------------	-----------	--

بله  خیر

اگر پاسخی از قبیلتهای شما بنویسید: \_\_\_\_\_ ایالت تقریباً کجاست در آن قرار دارد مشخص نماید: \_\_\_\_\_

شخص 4

نام	نام اخو ادگی	نام مغلنی	پسوند فامیلالی (بینیور، جونیور، III, IV)
-----	--------------	-----------	--

بله  خیر

اگر پاسخی از قبیلتهای شما بنویسید: \_\_\_\_\_ ایالت تقریباً کجاست در آن قرار دارد مشخص نماید: \_\_\_\_\_



وضعیت مهاجرت

اگر یکی از شرایط فواید برتری می‌توانید واجد شرایط دریافت بی‌مه به‌داشتی باشید.

وضعیت تحت حفاظت موقتی (TPS) وضعیتی است که حفاظت موقت (TPS) عزمی اجباری موقوف (DED)

ط در این وضعیت بی‌مه به‌داشتی باشید و بازایم به‌تقاضای خود را ارائه دهید: اگر شما فردی هستید که طبق قانون اقدام موقوف برای ورود کودکان در سازمان امنیت سرزمینی وضعیتی اقدام موقوف شما در دست اقدام است (DACA) حضور این طبق تعلق نمی‌شود.

اقامت دائم قانونی (LPR) ارای گری کارت)

■ اقامت موقت قانونی (LTR)

■ پلن‌ده سیاسی

■ پناهنده

وارد شونده کوبلی‌ای

■ آزادی مشرو

■ وارد شونده مشروط قبل از 1980

■ همسر، کودکان یا اهل‌بورد ضرب و شتم قرار گرفته اند

■ اقربان اق و همسر، فرزندان، خواهر/برادر، یا والدین وی

■ طایع تابعیت یا تعلق اخراج، طبق قوانین مهاجرتی یا معاهده

مقابله با شکنجه (CAT)

فرد تنه با وضعیتی غیرمهاجر (شامل ویزای کار، ویزای دانشجویی، و شهروندان می‌گرونی، جزایر مارش

مبتقاضی وضعیتی جوانان مهاجر خاص

مبتقاضی تعدیلی وضعیتی LPR با عرض حالیت شده ویزا

مبتقاضی پناهنده‌گی سیاسی

اعطای تابعیت یا تعلق اخراج، طبق قوانین مهاجرتی یا معاهده مقبله

با شکنجه (CAT)

مبتقاضیان محضری با اسناد جواز اشتغال (EAD)

تعدیلی (EAD) با

مبتقاضی لغو اخراج یا تعلق پورت (EAD)





صفحه اول فح‌های فیدی و اکپ‌یت‌های دیگر

مربوطه از آن‌ها استفاده نمی‌کنید. در صورت تمایل، این طرح را به همراه فرم تقاضای خود ارسال کنید.

برای انتخاب طرح بیمه‌داشتی خصوصی خود، نام طرح یا نام گزینه فلز (Metal Tier) طرح مورد نظر خود را در ذیل بنویسید. به مجرد انتخاب طرح، اولین حق بیمه خود را پرداخت نمی‌اید تا پوشش بیمه‌داشتی شما به اجرا گذاشته شود. ای‌بیل‌داخت‌ها و سایر متق‌ی‌ها قبل از کسب‌ای‌دهن‌ت‌خ‌ب‌ش‌م‌ان‌ج‌ام‌ش‌ود. **میتوانید** | مس‌تق‌ی‌م‌آ‌ب‌ا‌ آن‌ها به‌اس‌س‌ب‌ر‌ق‌ر‌ل‌م‌ای‌ی‌د‌و‌ای‌م‌ن‌ت‌ظ‌ن‌وی‌د‌که‌ آن‌ها به‌ش‌ر‌ص‌ل‌و‌ر‌ت‌ح‌س‌ا‌ب‌ا‌ر‌س‌ا‌م‌ای‌ن‌د‌پ‌ر‌داخت‌ه‌ای‌خ‌ود‌ را به **Covered California** ارسال کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چگونه می‌توانید اولین حق بیمه خود را پرداخت نمایید. به سؤال شماره 8 در صفحه 20 مربوط به سؤالات رایج مراجعه نمایید.

با [coveredCA.com](http://coveredCA.com) تماس بگیرید یا با

شماره 1-800-300-1506 (1-888-889-4500) تماس بگیرید.

نوع طرح	شماره درجه	درجه	نام طرح‌داشتی	نام، نام میانی، نام خانوادگی، پسوند (نام خانوادگی سینه‌یور، جون‌یور، III, IV)
EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/>		Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> [طرح حداقل پوشش]		شخص 1:
EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/>		Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> [طرح حداقل پوشش]		شخص 2:
EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/>		Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> [طرح حداقل پوشش]		شخص 3:
EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/>		Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> [طرح حداقل پوشش]		شخص 4:

نوع طرح‌ها

EPO - این نام‌کننده انحصاری

- HMO

HSA - حس

PPO - این نام‌کننده ترجیحی

طرح به اعضای خود امکا

برای تکمیل انتخاب طرح، تمام افراد 18 سال به‌ویژه‌ی‌ش‌تر که بی‌ک طرح‌های بیمه‌داشتی را انتخاب می‌کنند یا بی‌ک طرح‌های دیگر را انتخاب می‌کنند، باید در صفحه‌ی‌ع‌و‌ا‌ف‌ق‌ت‌ک‌ر‌ده‌ و آن را امضا کنند.

◀ ضمیمه‌ها در صفحه بعد



توافق‌نامه | حکمیت

برای ارفی‌ردی‌ک‌به‌ن‌ک‌ب‌ط‌ر‌ح‌ Covered California ران‌ت‌خ‌اب‌ن‌ی‌د‌م‌ی‌ن‌ام‌ای‌د:

این‌ج‌ان‌ب‌م‌ی‌د‌ان‌م‌ک‌به‌ا‌م‌ر‌ط‌ر‌ی‌ح‌ه‌د‌اش‌ت‌ی‌ا‌م‌و‌ج‌و‌د‌ب‌ی‌ر‌ای‌ح‌ل‌ن‌ا‌ز‌ع‌ا‌ت‌ای‌ا‌د‌ع‌ا‌وی‌،‌ا‌ز‌ج‌م‌ل‌ه‌ر‌گ‌ن‌ه‌ا‌د‌ع‌ن‌و‌س‌ط‌ا‌م‌ن‌ا‌ق‌ب‌ر‌ل‌ت‌ب‌ت‌ن‌ا‌م‌ی‌ت‌ت‌ن‌ک‌ب‌ف‌ل‌م‌،‌و‌ا‌ر‌ث‌ه‌،‌ای‌ا‌ن‌م‌ای‌ن‌د‌گ‌ا‌ق‌ا‌ن‌و‌ن‌ی‌ع‌ل‌ی‌ه‌ط‌ر‌ی‌ح‌ه‌د‌اش‌ت‌ی‌،‌ا‌ه‌ت‌ا‌م‌ی‌ک‌ن‌م‌و‌ا‌ق‌ب‌ت‌ه‌ل‌ی‌ه‌د‌اش‌ت‌ی‌ت‌ن‌ح‌ت‌ق‌ر‌ا‌د‌ا‌د‌م‌ج‌ر‌ی‌ا‌ن‌،‌ا‌ی‌ل‌ل‌ا‌ی‌ر‌ا‌ق‌ب‌ر‌ا‌ه‌ر‌ا‌ت‌ب‌ط‌ر‌ا‌ت‌ب‌ا‌ط‌ی‌ع‌ض‌و‌ی‌ت‌د‌ر‌ط‌ر‌ح‌|‌ب‌ه‌د‌اش‌ت‌ی‌ب‌پ‌و‌ش‌ش‌،‌ا‌ی‌ت‌ا‌ج‌و‌ی‌ل‌ا‌خ‌د‌م‌ا‌ت‌ای‌|‌س‌و‌ر‌ع‌ق‌ب‌ت‌ا‌ر‌ح‌ر‌ف‌ه‌ا‌ی‌ج‌ا‌ز‌ش‌ک‌ب‌ی‌ط‌ا‌م‌ا‌ر‌س‌ت‌ا‌ن‌ی‌(ا‌د‌ع‌ا‌ی‌ج‌ب‌ا‌ت‌ن‌ی‌ب‌ل‌ی‌ا‌ن‌ک‌ه‌ا‌خ‌د‌م‌ا‌پ‌ت‌ز‌ا‌ش‌ک‌ی‌خ‌و‌ی‌ر‌ض‌ر‌و‌ری‌|‌ا‌ی‌ا‌غ‌ی‌ر‌م‌ج‌ا‌ز‌ب‌ی‌و‌د‌ه‌ی‌ا‌ب‌ش‌ل‌ی‌و‌ف‌ا‌د‌ر‌س‌ت‌ب‌ی‌ق‌ص‌و‌ر‌،‌ای‌ا‌ی‌ک‌ب‌ف‌ا‌ی‌ت‌ی‌ض‌و‌ر‌گ‌ن‌ل‌ف‌ت‌ه‌ا‌س‌ت‌(م‌ج‌ل‌ل‌ی‌و‌ل‌ی‌ت‌م‌ق‌د‌م‌ا‌ت‌ی‌ح‌ل‌ی‌ه‌ن‌ک‌ب‌ط‌ر‌ی‌ح‌ه‌د‌اش‌ت‌ی‌،‌د‌ر‌ک‌د‌ا‌م‌ب‌ل‌ی‌ا‌م‌ا‌ن‌ک‌ا‌ر‌ا‌ن‌|‌ا‌ر‌ئ‌ه‌د‌ن‌د‌ه‌ا‌خ‌د‌م‌ل‌ی‌ه‌د‌اش‌ت‌ی‌،‌م‌د‌ی‌ر‌ا‌ن‌،‌ا‌ی‌ل‌ل‌ا‌ی‌ر‌ا‌ش‌خ‌ا‌ص‌م‌ز‌ب‌و‌ط‌ع‌و‌ا‌ن‌ی‌ن‌م‌ز‌ب‌و‌ط‌ب‌ه‌خ‌و‌د‌ر‌ا‌د‌ا‌ر‌ا‌س‌ت‌.

این‌ج‌ان‌ب‌م‌ی‌د‌ان‌م‌ک‌ه‌ا‌گ‌ر‌ن‌ک‌ب‌ط‌ر‌ی‌ح‌ه‌د‌اش‌ت‌ی‌ر‌ان‌ت‌خ‌ا‌ب‌ن‌ام‌ای‌م‌ک‌ب‌ی‌ر‌ای‌ح‌ل‌ن‌ا‌ز‌ع‌ا‌ت‌ای‌ا‌ز‌م‌ن‌ح‌ک‌م‌ی‌ت‌|‌ب‌ا‌ا‌ش‌د‌،‌ا‌ن‌ر‌ق‌ب‌و‌ل‌و‌ب‌ی‌ل‌ل‌ت‌ف‌ا‌د‌ه‌ا‌ن‌ح‌ک‌م‌ی‌ت‌|‌ب‌ی‌ر‌ای‌ح‌ل‌ن‌ا‌ز‌ع‌ا‌ت‌و‌ا‌د‌ع‌ا‌وی‌(ا‌غ‌ی‌ر‌ا‌ق‌ب‌ر‌و‌ن‌د‌ه‌ا‌ی‌د‌ا‌د‌گ‌ا‌ه‌ا‌ی‌د‌ع‌ا‌وی‌ک‌ب‌و‌ج‌ک‌م‌پ‌ر‌و‌ن‌د‌ه‌ا‌ی‌د‌ا‌د‌گ‌ا‌ه‌ی‌،‌و‌ا‌ن‌س‌ت‌ه‌ا‌ز‌د‌ع‌ا‌وی‌ک‌ب‌ط‌ب‌ق‌ی‌و‌ا‌ن‌ی‌ن‌ا‌ج‌ا‌ری‌|‌م‌ل‌ز‌م‌ب‌ح‌ک‌م‌ی‌ت‌|‌ن‌م‌ی‌ا‌ش‌ن‌د‌و‌ا‌ف‌ا‌ق‌ت‌م‌ی‌ن‌ام‌ای‌م‌و‌ا‌ح‌ق‌خ‌و‌د‌ر‌ا‌ب‌ه‌ی‌ن‌م‌ن‌ص‌ف‌و‌ا‌گ‌ذ‌ا‌ر‌ک‌ب‌ر‌د‌ه‌و‌ن‌م‌ب‌ت‌و‌ا‌ن‌م‌ن‌ا‌ز‌ع‌ه‌ا‌غ‌ی‌ر‌ا‌ز‌ز‌ا‌م‌ا‌ن‌ی‌ک‌ب‌ع‌و‌ا‌ن‌ی‌ن‌|‌م‌ر‌ب‌و‌ط‌ب‌ق‌ی‌ب‌ی‌ن‌ن‌ق‌ض‌ا‌ی‌ر‌ا‌و‌ن‌ح‌ک‌م‌ی‌ت‌|‌ا‌ب‌د‌ا‌ن‌د‌ا‌ن‌را‌د‌ر‌د‌ا‌د‌گ‌ا‌ه‌ا‌م‌ط‌ر‌ح‌ن‌ام‌ای‌ل‌ی‌ن‌ج‌ان‌ب‌م‌ی‌د‌ان‌م‌ک‌ب‌ی‌ن‌ش‌ی‌ن‌ی‌ح‌ک‌م‌ی‌ت‌ک‌ب‌ا‌م‌ل‌ب‌ر‌ای‌د‌ر‌ک‌د‌ا‌م‌ا‌ز‌ط‌ر‌ح‌ا‌ی‌|‌م‌و‌ج‌و‌د‌،‌د‌ر‌ا‌س‌ن‌ا‌پ‌و‌ش‌ش‌ط‌ر‌ی‌ح‌ه‌د‌اش‌ت‌ی‌،‌د‌ر‌ض‌و‌ر‌ت‌و‌ج‌و‌د‌،‌ض‌و‌ر‌گ‌ن‌ل‌ف‌ت‌ه‌ا‌س‌ت‌ک‌ب‌ی‌ط‌ا‌م‌ا‌ر‌س‌ت‌ب‌ی‌ن‌ل‌ی‌ا‌ن‌ج‌ان‌ب‌ب‌ه‌ض‌و‌ر‌ت‌|‌د‌ر‌ CoveredCA.com ر‌ا‌ر‌ا‌گ‌ر‌ف‌ت‌ه‌ا‌ن‌د‌و‌ی‌ا‌ب‌ر‌ا‌ی‌ک‌ب‌س‌ب‌|‌ب‌ی‌ش‌ت‌ر‌م‌ب‌ت‌و‌ا‌ن‌ب‌ه‌ا‌ 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) ت‌م‌ا‌س‌ح‌ا‌ص‌ل‌ن‌ام‌ای‌م‌.

امض‌ا‌ش‌ی‌خ‌ط‌ب‌ت‌ن‌ا‌ش‌ل‌و‌ن‌د‌ه‌ا‌ه‌ا‌ب‌ر‌ای‌ب‌م‌ام‌ط‌ر‌ح‌ا‌ه‌

تاریخ	امض‌ا‌ش‌ی‌خ‌ط‌ب‌ت‌ن‌ا‌ش‌ل‌و‌ن‌د‌ه‌ا‌ه‌ا‌ب‌ر‌ای‌ب‌م‌ام‌ط‌ر‌ح‌ا‌ه‌،‌ا‌گ‌ر‌ح‌د‌ا‌ق‌ل‌8‌ا‌ل‌س‌ن‌د‌ار‌د‌
تاریخ	امض‌ا‌ش‌ی‌خ‌ط‌ب‌ت‌ن‌ا‌ش‌ل‌و‌ن‌د‌ه‌ا‌ه‌ا‌ب‌ر‌ای‌ب‌م‌ام‌ط‌ر‌ح‌ا‌ه‌،‌ا‌گ‌ر‌ح‌د‌ا‌ق‌ل‌8‌ا‌ل‌س‌ن‌د‌ار‌د‌
تاریخ	امض‌ا‌ش‌ی‌خ‌ط‌ب‌ت‌ن‌ا‌ش‌ل‌و‌ن‌د‌ه‌ا‌ه‌ا‌ب‌ر‌ای‌ب‌م‌ام‌ط‌ر‌ح‌ا‌ه‌،‌ا‌گ‌ر‌ح‌د‌ا‌ق‌ل‌8‌ا‌ل‌س‌ن‌د‌ار‌د‌
تاریخ	امض‌ا‌ش‌ی‌خ‌ط‌ب‌ت‌ن‌ا‌ش‌ل‌و‌ن‌د‌ه‌ا‌ه‌ا‌ب‌ر‌ای‌ب‌م‌ام‌ط‌ر‌ح‌ا‌ه‌،‌ا‌گ‌ر‌ح‌د‌ا‌ق‌ل‌8‌ا‌ل‌س‌ن‌د‌ار‌د‌

ضمیمه‌ده‌ده‌م‌در‌ص‌ف‌ح‌ه‌ب‌ع‌د



می خواهید برای بیهوشی از چهار کودک به خدمات دندان پزشکی کودکان تقاضا ارسال می کنید، از این طریق می توانید هزینه ای دریافت کنید.

فراگیر می کنید و همچنین خط اعتباری دندان پزشکی کودکان برای فرزندان خود مستعد، و می توانید هزینه دندان پزشکی کودکان را انتخاب کنید (نام های) طرح ها (دولت بنویسی) مراجع کرده یا با تلفن های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل کنید.

CoveredCA.com سرایت Covered California

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

نوع طرح

DEPO: این تأمین کننده انحصاری خدمات دندان پزشکی  
 DHMO: سازمان حرف دندان  
 DPPO: این تأمین کننده ترجیحی خدمات دندان پزشکی



## کگوفتن از Covered California

### 1. Covered California چیست؟

Covered California یک برنامه است که تهمه بیهه بهداهشتی ارزانقیمت را برای افراد و خانولدمکن می سازد، و همچنین مقصد برای برخورداری از پوشش بهداهشتی با کیفیتی ما این اهفت تا تهمه بیهه بهداهشتی را برای سیکالالیونی ساده و مقرون به صرفه کنیم. Covered California مشارکت California Health Benefit Exchange و California Department of Health Care Services می آید آمده است.

### 2. Covered California چه طور میتوان دنبه امن کمک کند؟

Covered California در انتخاب یک طرح بیهه خصوصی کفولانی بهداهشتی شما را برآورده میا بودجه شما انوخوداهشت باشد به شما کمک کند.

ما مزایای طریح های بیهه بهداهشتی را به وضوح برای شما توضیح می دهیم تا شما بتوانید گزینه موجود را مقایسه کنید. مثل قبل از انتخاب طرح خودتان است که چه چیزی را دریافت می کنید و چه خواصیست بپردازید.

### 3. چه جایه اهلیه بهداهشتی ازطریق Covered California ارائه امیشود؟

شما طقی وسیعی از طریحی بهداهشتی را اختیار دارید که می توانید از ازطریق Covered California تمطیلی شریکتهای بیهه بهداهشتی منمیتوانند ازبجانب پوشش شما را دادن شما چیتن اکسندوی را شما میار بوده اید و نتوانسته اید تحت پوشش قرار بگیری.

Covered California چهار گروه از طریح بیهه بهداهشتی خصوصاً (Platinum، Gold، Silver و Bronze) طرح حداقل پوشش. هر گروهیست نیاز پوشش از زیاد تا کم را ارائه می دهد. طرح های بیهه بهداهشتی اکثر اهلیه بهداهشتی شما را تحت پوشش ق بیهه بهداهشتی بیشتری دارند اما به نل امکان می دهند تا هنگام دریافت خدمات پزشکی هزینه کمتری پرداخت میی.

ما نتویباً 90% هزینه های بهداهشتی شما را می پردازند. ریبا 80% و طرح های نقره ای 70% هزینه بهداهشتی را می پردازند. طرح های برنز کمترین بیهه بهداهشتی را داشته اما نتویباً 60% هزینه بهداهشتی را می پردازند. برای کسب ا CoveredCA.com اچعه کرده و اسنادرطعه ما نند گوئی پوشش طرح اهلیه بهداهشتی را مرور کنید. نتیلفن های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) ما تماس حاصل میی.

### 4. آیا ازطریق Covered California میتوان بیهه بهداهشتی را دریافت کرد؟

هر فرد ساکن کالیفرنیا اگر ساکنیت باشد و شردیگر را نیز داشته باشد میتواند ازطریق Covered California بیهه بهداهشتی را دریافت کند.

ضمیمه می توانند واجنطریح بیهه بهداهشتی رایگان یا ارزان، یا دریافت کمک مالی باشند که بتوانند مزینه حق بیهه و پرداخت مشترک را کاهش دهند. مبلغ کمکی به تخذیدار و درآمد خانواده بستگی دارد. اگر ضمیمه انوخوداهشت محدود درآمد مطابقت داشته باشد واج شرایط خواهند بود.

جهت تقضای کمک مالییاید تقضیکان اچعه را پر کنید. به وب سایت CoveredCA.com مراجعه کنید با شماره 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) بگیری.

### 5. آیا میتوان بیهه بهداهشتی را برای افراد با درآمد من بسیار یا باشد؟

بله. هر کالیف گرفتار درآمد خود بیهه بهداهشتی خریداری میی.

### 6. چه طویق اضکنم؟

شما می توانید ازطریق Covered California پوشه های ذیل تقضای بیهه بهداهشتی کنید:

به ساریت CoveredCA.com مراجعه میی. ما ا

طرح بیهه بهداهشتی ارائه کرده اصلم کنبان ساده و روشن توضیح داده شده است.

لشنی با شماره های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) با Covered California تماس حاصل میی. می توانید درشن به تا جمع صبح تا شب و شنبه ها اوعب تا خصواسب بگیری. این تماس رایگان است!

فکس ایل ای خود را به این شماره 1-888-329-3700 کنید.

ازطریق پابسن نتویباً اضکنم Covered California به آدرس

ذیل پست کنید:

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

حضوری: ما مژوران شبتن امبتویید یا اموران بیهه موییدی کار گرفتاره راویکه می توانند به شما کمک کنند. یا می توانید به دفتر خلیج سانفرانسیسکو خود مراجعه کنید. این کمک رایگان اسبقولانیست که میی تا نزدیکی محل زندگی یا کارتتان به ساریت CoveredCA.com مزلیعها تلفن 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) تماس حاصل میی.



## دریافت کمک از طریق Covered California (ادامه دارد)

### 7. چقدر هزینه دارد؟

مزی نه‌طریق‌هایی‌به‌داشته‌باشید که‌بسیار کم‌تر است. شما می‌توانید از محاسبه‌گر موجود در سایت CoveredCA.com رای‌محاسبه‌هزینه‌استفاده‌کنید.

### 8. آیا می‌توانم از پرداخت حق بیمه خود رها کنم؟ آیا می‌توانم از پرداخت حق بیمه خود رها کنم؟

خیر، هرگز نمی‌توانید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.

اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.

اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.

اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.

### 9. اگر در حال حاضر بی‌بیمه‌ایم چه باید کرد؟

اگر در حال حاضر بی‌بیمه‌ایم، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنیم. اگر می‌خواهیم از پرداخت حق بیمه خود رها کنیم، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنیم.

### 10. من تمام اطلاعات خود را به اشتراک گذاشتم اما هنوز هم نمی‌توانم دریافت کنم. چه باید کرد؟

اگر تمام اطلاعات خود را به اشتراک گذاشتم اما هنوز هم نمی‌توانم دریافت کنم، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنم. اگر می‌خواهم از پرداخت حق بیمه خود رها کنم، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنم.

### 11. آیا می‌توانم از پرداخت حق بیمه خود رها کنم؟

این کمی پیچیده است. شما می‌توانید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، اما باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.

شما می‌توانید به‌وسیله‌ی تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.

به‌وسیله‌ی CoveredCA.com درخواست دهید. ما طرح‌های مختلفی داریم که می‌تواند به‌سختی‌های شما کمک کند. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.

شماره‌ی ما 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) با Covered California تماس بگیرید. ما می‌توانیم به‌سختی‌های شما کمک کنیم. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.

اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.

اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.

### 12. چگونه می‌توانم از پرداخت حق بیمه خود رها کنم؟

اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.

شما می‌توانید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، اما باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.

شما می‌توانید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، اما باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.

شما می‌توانید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، اما باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید. اگر می‌خواهید از پرداخت حق بیمه خود رها کنید، باید از طریق ارسال درخواست و تکمیل فرم‌های لازم اقدام کنید.



## دریافت کمک از طریق Covered California | ادامه دارد

(ادامه دارد)

### 13 آیا اهل بنون کبشه | بهداشتی در حال وقوع است یا نه؟

از اول ژانویه 2014 مردم از جمله کسانی که به بهداشتی داشته یا در غیر این صورت جانشینان و اولاد آنها. یک ولی یا فرد اصلی در اظهار نامه ای که در ایالتی می‌باشد، اما جاری نمی‌باشد، پوشش بهداشتی کودک و نوجوانان را به عهده دارد، اما اگر کودک بی پوشش در 18 سال به میزان نصاب پوشش می‌باشد، فرد بالغ بی‌پوشش خواهد بود. پوشش ممکن است شامل بیمه اطفال، پوششی که خود خریداری می‌کنید، یا Medicare یا Medi-Cal باشد.

برخی افراد از داشتن بیمه بهداشتی معاف هستند. این افراد شامل اعضای خانواده‌های بی‌بیمه‌ها، اعضای خانواده‌ها که پوشش دیگری دارند یا پوششی که از طریق کارفرما یا دولت دریافت می‌کنند، پوشش بهداشتی را به عهده دارند، اما اگر پوشش دیگری نداشته باشند، پوشش بهداشتی را به عهده دارند. پوشش بهداشتی را به عهده دارند، اما اگر پوشش دیگری نداشته باشند، پوشش بهداشتی را به عهده دارند.

در سال 2014، 95٪ درآمد کل خانواده‌ها یا 95٪ درآمد بیشتر با شیب خواهد بود. این جری می‌ماند. در سال 2016، 5/2٪ درآمد جری می‌ماند. پس از سال 2016، جری می‌ماند. در سال 2016، جری می‌ماند. پس از سال 2016، جری می‌ماند.

دا به CoveredCA.com

برای کسب اطلاعات بیشتر، با ما تماس بگیرید.

### 14 اگر درآمد من پس از ارایه اظهارنامه من کمتر از حد تعیین شده باشد چه می‌شود؟

درآمد شما ممکن است کمتر از حد تعیین شده باشد. نوع بیمه بهداشتی که واجد آن می‌شوید هم ممکن است کمتر از حد تعیین شده باشد. نوع بیمه بهداشتی که واجد آن می‌شوید هم ممکن است کمتر از حد تعیین شده باشد.

اگر از طریق Covered California بیمه بهداشتی خصوصی یا باشرطی بطلب بگیرید تا ببینید آیا برای کمک مالی واجد شرایط هستید. این امر ممکن است هزینه‌های شما را کاهش دهد و پوشش شما را کاهش دهد.

### 15 آیا می‌توانم فوراً از بیمه بهداشتی Covered California جدا شوم تا بفهمم؟

اگر بین اکتبر و دسامبر 2013 اعضاء را می‌خواهید، می‌توانید از اول ژانویه 2014 به ارائه خدمات نخواهید نمود. اگر پس از اول ژانویه 2014، می‌توانید از ارائه خدمات نخواهید نمود. اگر پس از اول ژانویه 2014، می‌توانید از ارائه خدمات نخواهید نمود.

### 16 بعد از این که متقاعد شوم چه می‌شود؟

ضمناً کنید، اطلاعات در مورد این که

آیا شما و خانوانتان برای Covered California خرید دریافت خواهید کرد. اگر تقاضای شما برای پوشش بهداشتی ارسال می‌شود، ظرف 10 روز کاری پس از دریافت درخواست شما، شما را مطلع خواهند کرد. اگر نامه ای دریافت نکردید، با شماره تلفن 1-800-921-8879 (1-888-889-4500) تماس بگیرید.

### سایر سئو

### 17 آیا امکان دارد که من متقاعد شوم تا پوشش بهداشتی من را تغییر دهم؟

خیر، اگر فقط از سوی اعضای خانواده یا از خانواده‌تان تقاضای ارسال می‌کنید، می‌توانید از پوشش بهداشتی خود خارج شوید یا ماهیانه پرداخت کنید. اما اگر می‌خواهید پوشش بهداشتی خود را تغییر دهید، باید از طریق Covered California اقدام کنید. پوشش بهداشتی شما ممکن است به دلیل تغییر در وضعیت زندگی شما، مانند ازدواج، متاهل شدن یا تغییر محل سکونت، تغییر کند.

### 18 آیا می‌توانم از پوشش بهداشتی خود خارج شوم؟

اگر می‌خواهید از پوشش بهداشتی خود خارج شوید، باید از طریق Covered California اقدام کنید. پوشش بهداشتی شما ممکن است به دلیل تغییر در وضعیت زندگی شما، مانند ازدواج، متاهل شدن یا تغییر محل سکونت، تغییر کند.

### 19 من یک عارضه پزشکی دارم. آیا می‌توانم از پوشش بهداشتی خود خارج شوم؟

بله، می‌توانید از پوشش بهداشتی خود خارج شوید.

اگر می‌خواهید از پوشش بهداشتی خود خارج شوید، باید از طریق Covered California اقدام کنید.

با آغاز سال 2014، می‌توانید از پوشش بهداشتی خود خارج شوید. اگر می‌خواهید از پوشش بهداشتی خود خارج شوید، باید از طریق Covered California اقدام کنید.

### 20 اگر Medicare را بخواهم چه می‌شود؟

طبق قانون، اعضای Medicare می‌توانند از طریق Exchange پوشش پزشکی داشته باشند. اگر Medicare را نمی‌خواهید، می‌توانید از طریق Covered California برای پوشش بهداشتی خود اقدام کنید. برای Medicare، پوشش کامل داشته باشید و دارای پوشش طرح Medicare Advantage خریداری کنید. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) مراجعه کنید.



سایرس و ا / ادامه دارد

**24. من بخرن پوس تو لب و می | کا امیت م. Covered California چطور امیت توان دب به امن کم ککن د؟**

اگر ش  
ناخفته می شوی، یا به طریگیری و اچ شراطی دریافت خدمات  
Indian Health Services این برینامش تی قبیله ای، یا برن امه های  
به داش تی ش هری سرخ پوستی هستی، می توانی و اچ شراطی ی برای:  
پرداخت ی چ نوع مزینه از جیب مانند کسورات، اشتراک در پرداخت،  
و بیمه مشترک (به استثنای حق بیمه)  
هوره های ثبت نام ماهانه ویژه  
حتی امیت توان ککن کرده و آن را با مدارکی دال بر سرخ پوستی یا

فقط محدود به موارد ذیل است:

کارت ثبت نام قبیله ای،

گروهی مدرک خون سرخ پوستی (CDIB) مرکز امور سرخ  
پوستان.

CoveredCA.com اچ می ی و از فرم  
"Application for Health Insurance" تقاضا و دانستن  
این که آیا و اچ شراطی موارد ذیل هستی استفاده می ی:

بیمه به ااش تی رایگان یا کم مزینه مانند Medi-Cal  
بیمه کم مزینه برای خانمهای باردار از طریق Access برای زوزادان  
و مادران (AIM)

کمک چ هت پرداخت بیمه به داش تی خصوصی از طریق  
Covered California

**25. اگر بیاض می دت خا دش ده از سوی Covered California موافقیت کنم چه می شود؟**

می ی و تقاضای فرجام کنی. برای فرجام خواهی در مورد تصمیمی که  
با آن موافق نیستی به یکی از روشهای ذیل با Covered California  
تماس حاصل می ی:

با س ای ت CoveredCA.com اچ می ی.

ش ن ی با شماره های 1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500)  
با Covered California می توانی و اچ شراطی از دوشن به تا  
جم خ صبح تا شب و شنبه ها از صبح 8 تا 5 تماس بگیری.  
این تماس رایگان است!

فک تقاضای خود را به این شماره 1-888-329-3700 کنی.

از بوی قیس تقاضای ام Covered California رله آدرس  
فکس کنی:

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

مضوری: ما مؤوران ثبت نام تموی ی یا مأموران بیمه موتوی ی را  
ر گرفتار می کنیم می توانند به شما کمک کنند. یا می توانی و اچ شراطی به دفتر  
خدمات اجتماعی ش هرس تان خود مراجعه کنی. این کمک رایگان است!  
برای تهی هف هرس ت مش اوران ثبت نام مورد تاییدی یا مأموران بیمه مورد  
تاییدی یا دفاتر خدمات اجتماعی ش هرس تان در نزدیکی محل زندگی یا  
کارتان به س ای ت CoveredCA.com یا با تلفن  
1-800-921-8879 (TTY: 1-888-889-4500) حاصل می ی.

**21. من باز هم توجه شده ام که بیمار دارم. آیا می توانم | تقاضای بیمه داشته باشم که در دوران بارداری ام | تحت پوشش قرار دهد؟**

بله. شما می توانی تقاضای بیمه ای را کنی که مراقبت پیش از تولد،  
تولد و زایمان، و پس از زایمان را تحت پوشش قرار دهد. طرحی بیمه  
به داش تی در صورت باردار بودن شما دیگر نمی توانند مژرا رد کنند.

**22. اگر ش هرون قب بوده یاض عی تمه اجرتی ضای تبخ ش | ن داش تبخ ام، آیا می توانم و اچ شراطی برای افتبای مه | به داش تبخ ام؟**

در کالیفرنیا زندگی می کنی می توانی با استفاده از این  
تقاضای بیمه به داش تی اقدام کنی. تقاضای که متقاضی  
با این ش هرون سوشیال سکویتی یا اط  
قی کنی.

ما می توانیم نظریه فینن وضعی مه اجرتی و حتی بدون داشتن  
ماره ش ش یال سکوری تی و اچ شراطی برن امه های ضای در بیمه  
به داش تی باشی.

ما  
برای بررسی برن امه ای  
که و اچ شراطی هستی بلوا لیا تی به اشتراک می گذاری.

**23. از کجا می توانم در امور ثبت نام برای رای دادن اط | کس بکنم؟**

در جایی که اکنون زندگی می کنی برای رای دادن ثبت نام نشده ای  
می ی و امین امروز برای رای دادن ثبت نام کنی، لطفاً به س ای ت

register to vote.ca.gov  
1-800-345-VOTE (8683)

# درخواست کم‌کم‌ها ای زبان‌ها

بخوانید در مورد اینکه چگونه می‌توانید درخواست کم‌کم‌ها را ثبت‌ال‌فان |  
1-800-921-8879 شماره‌گیری کنید.

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

RUSSIAN

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

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا  
به زبان های دیگر کمک دریافت  
کنید. با شماره 1-800-921-8879  
تماس بگیرید.

FARSI

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 ayudarle en español a llenar  
esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言  
獲得此申請的幫助。

請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về  
đơn đăng ký này bằng tiếng Việt.  
Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어  
지원을 받으실 수 있습니다.  
전화: 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong  
para sa aplikasyong ito sa Tagalog.  
Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe  
no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG



CoveredCA | ما زبان بگفتنید! در CoveredCA



Covered California را در Facebook پایش کنید!  
به آدرس‌های زیر: Facebook.com/CoveredCA

