ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ԵՎ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ ԱՐՏԱՀԵՐԹ ԿԵՐՊՈՎ ԱՆԴԱՄԱԳՐՎՈՂ ԴԻՄՈՐԴՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

(COUNTY STAMP)

Ծանուցման ամսաթիվը _____

Գործի համարը _____

Աշխատակցի անունը _____

Աշխատակցի համարը _____

Աշխատակցի հեռախոսահամարը _____

Աշխատանքային ժամերը _____

Ստացող _____

Ձեր Քաունթիի «Medi-Cal»-ի գրասենյակը ստացել է «Դպրոցում սնունդ ստանալու ազգային ծրագրի» Ձեր դիմումի պատճենը _____ _____ -ի համար: Այդ դիմումի մեջ Դուք մեզ խնդրում եք պարզել, թե արդյոք Ձեր երեխան իրավասու է «Medi-Cal»-ի նպաստներ ստանալու: Հիմնվելով Ձեր տրամադրած տեղեկությունների վրա՝

❒ **Որոշվել է, որ Ձեր երեխան ժամանակավորապես իրավասու է «Medi-Cal»-ի նպաստներ ստանալու:** Եթե Ձեր երեխան դեռ չունի Կալիֆոռնիա նահանգի Նպաստների ստացման անձնական քարտ (Benefits Identification Card - BIC) դուք շուտով այն փոստով կստանաք: Քարտը ստանալուց հետո Ձեր երեխան կարող է անմիջապես օգտվել նրանից՝ բժշկական ծառայություններ ստանալու համար: Սույն ժամանակավոր իրավասությունը կշարունակվի մինչև «Medi-Cal»-ի կողմից որոշման վերջնական կայացումը: Որպեսզի մենք կարողանանք որոշել, թե արդյոք Ձեր երեխան կարող է շարունակել օգտվել «Medi-Cal»-ից, Դուք պետք է լրացնեք, ստորագրեք և մեզ վերադարձնեք այս հարցաթերթիկը:

❒ **Որոշվել է, որ Ձեր երեխան իրավասու չէ ժամանակավորապես «Medi-Cal»-ի նպաստներ ստանալու: Պահանջվող բոլոր տեղեկությունները քննելուց հետո հնարավոր է, որ նա իրավասու ճանաչվի «Medi-Cal» ստանալու:** Որպեսզի մենք կարողանանք որոշել, թե արդյոք Ձեր երեխան կարող է օգտվել «Medi-Cal»-ից, Դուք պետք է լրացնեք, ստորագրեք և մեզ վերադարձնեք այս հարցաթերթիկը:

ԿԱՐԵՎՈՐ Է. ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՊԱՏԱՍԽԱՆԵԼ ՍՏՈՐՆ ԲԵՐՎԱԾ ՀԱՐՑԵՐԻՆ ԵՎ ՍՈՒՅՆ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿԻՆ ԿՑԵԼ ԲՈԼՈՐ ՊԱՀԱՆՋՎՈՂ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐԸ: ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՎԵՐԱԴԱՐՁՆԵԼ ԱՅՍ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿԸ ԿԻՑ ՈՒՂԱՐԿՎՈՂ ՎՃԱՐՎԱԾ ԾՐԱՐՈՒՄ՝ ՈՉ ՈՒՇ ՔԱՆ _____: ՀԱԿԱՌԱԿ ԴԵՊՔՈՒՄ «Medi-Cal» ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՁԵՐ ԵՐԵԽԱՅԻ ԻՐԱՎԱՍՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԱՐՈՂ Է ԴԱԴԱՐԵՑՎԵԼ ԿԱՄ ՄԵՐԺՎԵԼ:

1. Եթե Ձեր երեխան սոցիալական ապահովագրության համար ունի, նշեք այստեղ _____–_____–_____
(ԿԱՐԵՎՈՐ Է. Եթե Ձեր երեխան սոցիալական ապահովագրության համար չունի, Դուք կարող եք Ձեր երեխայի համար սոցիալական ապահովագրության համար ստանալու դիմում ներկայացնել և այդ համարը հայտնել մեզ 60 օրվա ընթացքում: Հնարավոր է, որ Ձեր երեխան իրավասու լինի շտապ օգնության ծառայությունների հետ առնչվող «Medi-Cal» ստանալու, եթե նա չի կարող սոցիալական ապահովագրության համար ստանալ:)
2. Հանդիսանու՞մ է արդյոք երեխան Միացյալ Նահանգների քաղաքացի կամ հպատակ: . . . . . ❒ Այո ❒ Ոչ
Եթե **ՈՉ**, խնդրում ենք նշան դնել այստեղ՝ այն դեպքում, եթե երեխան երկրի օրենքները բավարարող քաղաքացիական կարգավիճակ ունի _____, և նշել Միացյալ Նահանգներ երեխայի մուտք գործելու ամսաթիվը _____.
(Կցեք երեխայի քաղաքացիական կարգավիճակը հաստատող փաստաթուղթը կամ Ներգաղթի և հպատակագրման ծառայության (INS) ստացականն այն մասին, որ Դուք դիմել եք կորցրած փաստաթուղթը վերականգնելու համար: Եթե այժմ Ձեզ մոտ նման փաստաթուղթ չկա, կարող եք 30 օրվա ընթացքում ուղարկել այն վերը նշված հասցեով:)
3. Դուք ցանկանու՞մ եք, որպեսզի «Medi-Cal»-ը փոխհատուցի վերջին երեք ամսվա ընթացքում Ձեր երեխայի ստացած բժշկական օգնության համար կատարված ծախսերը:. . . . . ❒ Այո ❒ Ոչ
4. Երեխան ունի՞ առողջապահական, ատամնաբուժական կամ ակնաբուժական որևէ այլ ապահովագրություն: . . . . . ❒ Այո ❒ Ոչ
ԵԹԵ **ԱՅՈ**, խնդրում ենք լրացնել կից ուղարկված «Առողջության ապահովագրության հարցաթերթիկը» («DHS 6155» ձև):
(ԿԱՐԵՎՈՐ Է. Ձեր երեխան կարող է դեռ իրավասու լինել «Medi-Cal» ստանալու, անգամ եթե նա այլ կարգի առողջության ապահովագրություն ունի)
5. Ձեր ընտանիքի որևէ այլ անդամ ցանկանու՞մ է դիմել «Medi-Cal» ստանալու համար: . . . . . ❒ Այո ❒ Ոչ

❒ Եթե Դուք վճարում եք մանկական խնամքի ծառայություններ ստանալու, երեխային պահելու կամ առողջության ապահովագրության համար կամ ինքնաշխատ ծախսեր ունեք, մեզ ուղարկեք Ձեր կատարած ամենավերջին վճարման/ծախսի պատճենը: Հաստատվելու դեպքում՝ այդ ծախսերը կարող են նվազեցնել Ձեր եկամտի չափը, որի հիման վրա մենք որոշում ենք կայացնում «Medi-Cal» ստանալու մասին: Աշխատանքային եկամուտների, «Աշխատողների փոխհատուցման» (Workers Compensation) կամ «Նահանգային անաշխատունակության» (State Disability) նպաստների պատճենները կարող են հնարավորություն տալ Ձեզ ավելի նվազեցնել եկամտի չափը:

❒ Այլ _____

Եթե հարցեր կան կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք, խնդրում ենք դիմել «Medi-Cal»-ի Ձեզ սպասարկող աշխատակցին, որի տվյալները նշված են սույն ծանուցման վերին աջ անկյունում:

Հայտարարություն և ստորագրություն. Գիտակցելով, որ միտումնավոր կերպով սխալ տեղեկություններ և կեղծ փաստաթղթեր տրամադրելու համար՝ Կալիֆոռնիայի օրենքի համաձայն ես դատական պատասխանատվություն եմ կրում, ես հայտարարում եմ, որ սույն հարցաթերթիկի հարցերին իմ տված պատասխանները, կատարած հայտարարությունները և ուղարկված փաստաթղթերը ստույգ և ճշմարտացի են՝ այնքանով, որքանով որ ես իրազեկ եմ: Ես հայտարարում եմ, որ ստացել, կարդացել և հասկացել եմ «Կարևոր տեղեկություն «Medi-Cal»-ի դիմորդների համար» վերնագրով հավելվածը:

Ծնողի/խնամակալի ստորագրությունը **X**_____ Ամսաթիվ _____

«Կալիֆոռնիայի օրենքների ժողովածուի» (California Code of Regulations) 22-րդ վերնագրի 50175-րդ **բաժնի պահանջների համաձայն՝ եթե Դուք չուղարկեք պահանջվող տեղեկությունները և/կամ փաստաթուղթը/փաստաթղթերը, կամ եթե Ձեր ուղարկած տեղեկությունները և/կամ փաստաթուղթը/փաստաթղթերը չհաստատեն «Medi-Cal» ստանալու Ձեր իրավասությունը, Ձեր դիմումը կմերժվի կամ իրավասությունը կդադարեցվի:**