



## راهنمای ارائه درخواست

### راهنمای شما جهت ارائه درخواست برای مزایای طرح بهداشتی اورگان

اطلاعات بیشتر درباره بیمه سلامت اورگان یا درخواست آنلاین در [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov)

آیا می‌خواهید محتوای این بسته به فرمت یا زبان دیگری در اختیارتان قرار بگیرد؟ ما کمکتان می‌کنیم. لطفاً با ما به شماره **1-800-699-9075** (TTY 711) تماس بگیرید یا می‌توانید درخواست خود را به این آدرس ایمیل کنید **altformat.app@state.or.us**. فرمت‌های دیگر شامل متن با حروف درشت، خط بریل، فایل صوتی، ارتباط بر بستر اینترنت و موارد دیگر می‌باشد. فرمت‌های الکترونیک.

¿Necesita los materiales de este paquete en otro formato o idioma? Podemos ayudarle. Llámenos al **1-800-699-9075** (TTY [personas con problemas auditivos] 711) o envíenos un mensaje a **altformat.app@state.or.us** con su pedido. Entre los formatos alternativos se hallan: letra grande, Braille, grabaciones de audio, comunicaciones basadas en Internet y otros formatos electrónicos.

Если материалы данного пакета нужны вам в другом формате или на другом языке, мы можем помочь. Пожалуйста, звоните нам по телефону **1-800-699-9075** (телетайп для слабослышащих - 711). Вы также можете выслать ваш запрос на эл. ящик: **altformat.app@state.or.us**. Альтернативный формат – это документы, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля, в аудио записи, общение по интернету или других электронных форматах.

Quý vị có cần tài liệu trong tập hồ sơ này bằng một hình thức hoặc ngôn ngữ khác? Chúng tôi có thể giúp đỡ. Xin gọi điện thoại cho chúng tôi tại số **1-800-699-9075** (TTY- điện thoại dành cho người điếc hoặc khuyết tật về phát âm-711) hoặc quý vị có thể email yêu cầu của quý vị về **altformat.app@state.or.us**. Hình thức thay thế bao gồm in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille, băng thâu âm, truyền tin trên trang mạng và các hình thức điện tử khác.

## فهرست مطالب

- 3..... این راهنما چه اطلاعاتی به شما می‌دهد؟
- 3..... برای تکمیل درخواست کمک می‌خواهید؟
- 3..... بیمه سلامت اورگان (OHP) چیست؟
- 3..... چقدر طول می‌کشد تا مطلع شوم که واجد شرایط هستم؟
- 3..... پرسش‌های الزامی.....
- گام 1 – درباره خودتان به ما بگویید.....**
- 4..... نام قانونی و ترجیحی.....
- 4..... هویت جنسیتی.....
- 4..... اگر متقاضی دریافت مزایای OHP برای خود هستید، آیا شماره امنیت اجتماعی (SSN) دارید؟
- 4..... نشانی ایمیل:.....
- 4..... آدرس منزل.....
- 4..... نشانی پستی.....
- 5..... مایلید یک نماینده مجاز یا یک یا چند دریافت‌کننده وجه جانشین انتخاب کنید؟
- 5..... پرسش‌های تکمیل فرم مالیات.....
- 5..... خدمات پزشکی در گذشته.....
- 5..... برنامه‌های مبتنی بر سن یا نابینایی یا معلولیت.....
- 5..... آیا خودتان متقاضی دریافت مزایای OHP هستید؟ اگر در حال حاضر OHP دارید، آیا می‌خواهید این مزایا ادامه داشته باشد؟
- 5..... اطلاعات نژادی.....
- 6..... آیا یکی از وضعیت‌های مهاجرتی فهرست شده در زیر را دارید؟
- گام 2 – سایر اعضای خانوار.....**
- 7..... رابطه فرد شماره 2 با شما (مخاطب اصلی).....
- 7..... اگر پدر یا مادر یا پدرخوانده یا مادرخوانده فرد شماره 2 نیستید، آیا سرپرست اصلی او به حساب می‌آید؟
- گام 3 – درآمد و کسورات.....**
- 8..... درآمد حاصل از شغل(ها).....
- 8..... درآمد حاصل از منابع دیگر.....
- 8..... کسورات.....
- 8..... درآمد سالانه.....
- گام 4 – سایر پرسش‌های مربوط به خانواده.....**
- 9..... آیا از افراد نامبرده در این تقاضانامه، کسی در نشانی متفاوتی نسبت به مخاطب اصلی (خودتان) زندگی می‌کند؟
- 9..... آیا فردی در این تقاضانامه باردار است؟
- 9..... آیا در سه ماه گذشته، بارداری فردی در این تقاضانامه با به دنیا آوردن فرزند یا سقط جنین پایان یافته است؟
- 10..... بگویید کدام «سازمان مراقبتی هماهنگ شده» (CCO) را برای هر فرد ترجیح می‌دهید:
- گام 5 – بیمه سلامت کنونی.....**
- گام 8 – بخوانید و امضا کنید.....**
- 11..... حقوق و مسئولیت‌های شما.....
- 13..... گزارش تغییرات.....
- 13..... اگر بیمه دیگری دارید.....
- 13..... واگذاری پرداخت‌ها و حق حبس مال.....
- 14..... سایر اطلاعات.....
- 14..... تأیید صحت درآمد و دارایی.....
- 15..... جریمه انتقال دارایی.....
- 16..... اعلامیه و امضا.....
- پیوست A – سالمندان و افراد معلول (Medicare).....**
- 16.....

---

## این راهنما چه اطلاعاتی به شما می‌دهد؟

این راهنما شامل اطلاعات و دستورالعمل‌هایی برای اکثر بخش‌های موجود در ارائه درخواست برای مزایای بیمه سلامت اورگان می‌باشد. اگر پرسشی در مورد بخشی دارید که در این راهنما وجود ندارد، لطفاً با شماره **1-800-699-9075** (TTY 711) تماس بگیرید.

---

## برای تکمیل درخواست کمک می‌خواهید؟

شرکای اجتماعی محلی می‌توانند به شما در تکمیل کردن درخواست کمک کنند. این کار رایگان انجام می‌شود. برای پیدا کردن شرکای اجتماعی محلی در منطقه خود به وبسایت **www.OregonHealthCare.gov** بروید. همچنین می‌توانید با شماره **1-800-699-9075** (TTY 711) با ما تماس بگیرید تا کمک یا فهرستی از شرکای اجتماعی را دریافت کنید. شما می‌توانید به زبان متفاوت دیگری نیز درخواست کمک کنید.

---

## بیمه سلامت اورگان (OHP) چیست؟

بیمه سلامت اورگان (OHP) خدمات پزشکی، خدمات دندانپزشکی، خدمات سلامت روان، و درمان سوء مصرف مواد را برای بزرگسالان و کودکان در اورگان پوشش می‌دهد. OHP همچنین به نام Medicaid هم شناخته می‌شود.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره OHP به وبسایت **www.OHP.Oregon.gov** بروید یا با شماره **1-800-699-9075** (TTY 711) تماس بگیرید.

---

## چقدر طول می‌کشد تا مطلع شوم که واجد شرایط هستم؟

پس از بررسی درخواست شما، ما با شما تماس می‌گیریم تا به اطلاعاتتان برسانیم که واجد شرایط هستید. اگر برای تصمیم‌گیری نیاز به اطلاعات بیشتری داشته باشیم، نامه‌ای برای شما می‌فرستیم. در این نامه اطلاعات ناقص و نحوه ارسال آنها برای ما به شما توضیح داده می‌شود.

اگر نیاز فوری به خدمات پزشکی دارید یا باردار هستید، بلافاصله پس از ارسال درخواست خود با شماره **1-800-699-9075** (TTY 711) با ما تماس بگیرید.

---

## ★ پرسش‌های الزامی

پرسش‌های الزامی با علامت ستاره آبی (★) مشخص شده‌اند. شما حتماً باید به این پرسش‌ها پاسخ دهید. اگر به یک پرسش الزامی پاسخ ندهید، ممکن است بررسی درخواست شما بیشتر طول بکشد.

اگر ما برای تصمیم‌گیری در مورد مشمول بودن شما برای پوشش بیمه‌ای نیاز به اطلاعات بیشتری داشته باشیم، یک ابلاغیه برای شما می‌فرستیم تا آنچه را نیاز داریم به اطلاعاتتان برسانیم.

---

## گام 1 — درباره خودتان به ما بگویید

در گام 1، ما اطلاعات اصلی درباره شما را می‌پرسیم. شما طرف تماس اصلی ما خواهید بود. حتی اگر برای یکی از اعضای خانوار خود درخواست می‌دهید لطفاً گام 1 را تکمیل کنید.

### 1. نام قانونی و ترجیحی

نام قانونی شما همان نامی است که توسط سازمان تأمین اجتماعی استفاده می‌شود یا طی یک درخواست به سازمان تأمین اجتماعی ارائه شده است. نام قانونی همچنین ممکن است بر روی مدارک مهاجرت، کارت شناسایی دولتی یا گواهی ولادت درج شده باشد. ما از پایگاه‌های داده الکترونیک برای بررسی اطلاعاتی که شما از طریق این درخواست به ما می‌دهید استفاده می‌کنیم. ما هنگام بررسی این پایگاه‌های داده الکترونیک از نام قانونی شما استفاده می‌کنیم. شما می‌توانید اطلاعات بیشتری را درباره پایگاه‌های مورد استفاده ما در بخش «بخوانید و امضا کنید» در ابتدای صفحه 11 مطالعه کنید. نام قانونی شما نامی است که ما هنگام ارسال ابلاغیه برای شما از آن استفاده می‌کنیم. نام ترجیحی شما زمانی استفاده می‌شود که شما با ما تماس می‌گیرید. ما از این نام در ابلاغیه‌ها استفاده نمی‌کنیم.

### 3. هویت جنسیتی

OHP سؤالاتی در مورد هویت جنسیتی می‌پرسد زیرا این کار به ما کمک می‌کند مراقبتی را ارائه دهیم که نیازهای شما را به بهترین وجه برآورده سازد. مجبور نیستید هویت جنسیتی خود را به OHP بگویید. ارائه این اطلاعات اختیاری بوده و بر واجد شرایط بودن شما برای خدمات تأثیری نمی‌گذارد.

### 4. اگر متقاضی دریافت مزایای OHP برای خود هستید، آیا شماره امنیت اجتماعی (SSN) دارید؟

هر فردی که متقاضی دریافت مزایای درمانی و سلامتی است و هر فردی که از این مزایا برخوردار است، باید SSN داشته باشد. اگر متقاضی دریافت مزایا هستید و SSN ندارید، به ما بگویید چرا SSN ندارید. اگر می‌خواهید برای ارائه درخواست SSN کمک دریافت کنید با شماره 1-800-699-9075 با ما تماس بگیرید. اعضای خانوار که متقاضی دریافت مزایا نیستند نیازی به ارائه SSN یا گفتن دلیل نداشتن SSN به ما ندارند. اما ارائه SSN می‌تواند روند رسیدگی به درخواست شما را سرعت ببخشد. ما از SSN شما برای کمک به تأیید اطلاعاتی که داده‌اید، مانند میزان درآمد شما، استفاده می‌کنیم.

### 5. نشانی ایمیل:

شما می‌توانید از ما بخواهید که ابلاغیه الکترونیک برایتان بفرستیم. اگر ابلاغیه الکترونیک می‌خواهید، باید یک حساب آنلاین در وبسایت [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov) ایجاد کنید. پس از ایجاد حساب، می‌توانید به ما بگویید که ابلاغیه‌ها را به صورت الکترونیک می‌خواهید یا کاغذی. پس از ثبت نام برای دریافت ابلاغیه‌های الکترونیک، ما نامه‌ای برای شما می‌فرستیم که حاوی اطلاعات بیشتری درباره چگونگی دریافت ابلاغیه‌های الکترونیک و ابلاغیه‌هایی که کماکان به صورت پستی ارسال خواهد شد می‌باشد.

### 8. آدرس منزل

لطفاً اگر منزلی دارید، آدرس آن را ذکر کنید. حتماً کد ZIP خود را ذکر کنید. ما به کد ZIP آدرس منزل شما نیاز داریم تا اطمینان حاصل کنیم که شما در بیمه سلامت مخصوص منطقه خود ثبت نام می‌شوید. اگر آدرس منزل ندارید، لطفاً شهرستان، ایالت و کد ZIP مکانی را ارائه دهید که اکثر زمان خود را آنجا می‌گذرانید.

### 9. نشانی پستی

لطفاً در موارد زیر یک نشانی پستی ذکر کنید:

- نامه‌هایتان را به آدرس منزل خود دریافت نمی‌کنید؛ یا
- آدرس منزل ندارید؛ یا
- نگرانی‌های امنیتی، شامل خشونت خانگی، دارید.

## 12. مایلید یک نماینده مجاز یا یک یا چند دریافت‌کننده وجه جانشین انتخاب کنید؟

نماینده مجاز می‌تواند برای شما کارهایی را از قبیل تکمیل درخواست و گزارش دادن تغییرات انجام دهد. دریافت‌کننده جانشین یک فرد یا سازمان است که می‌تواند از طرف شما مزایا را دریافت کرده و از آن استفاده کند. دریافت‌کننده جانشین از مزایا برای شما استفاده می‌کند چون شما نمی‌توانید یا خودتان این‌طور می‌خواهید. دریافت‌کننده‌های جانشین نمی‌توانند از مزایای پزشکی شما یا مزایایی که از طرف شما دریافت می‌کنند برای خودشان استفاده کنند. مزایایی که آنها می‌توانند از طرف شما استفاده کنند شامل مواردی مثل پرداختی برای نصب یک شیب برای ویلچر است.

## 14-15. پرسش‌های تکمیل فرم مالیات

این پرسش‌ها کمک می‌کنند تا تصمیم گرفته شود که اطلاعات چه کسی، شامل درآمد، باید برای تعیین میزان شمولیت شما استفاده شود. ما نمی‌توانیم به پرسش‌های مربوط به نحوه پر کردن فرمهای مالیاتی شما پاسخ دهیم. برای مباحث مربوط به پر کردن فرمهای مالیات، لطفاً به وبسایت [www.irs.gov](http://www.irs.gov) بروید یا با یک مشاور مالیاتی حرفه‌ای مشورت کنید.

## 17. خدمات پزشکی در گذشته

اگر برای پرداخت صورتحساب‌های پزشکی خود از سه ماه پیش تاکنون نیاز به کمک دارید، می‌توانید با ما در میان بگذارید. ما تصمیم می‌گیریم که آیا شما مشمول پوشش بیمه سلامت برای صورتحساب‌های ماه‌های گذشته هستید یا خیر. اگر شما مشمول دریافت پوشش برای این ماه‌ها شوید، ابلاغیه‌ای برای شما خواهیم فرستاد. اگر مشمول شوید، می‌توانید از ارائه دهنده خدمات پزشکی خود بخواهید که صورتحساب خدمات دریافتی شما را برای OHP بفرستد.

## 18. برنامه‌های مبتنی بر سن یا نابینایی یا معلولیت

وقتی درخواست پوشش بیمه سلامت می‌دهید، ما تمام برنامه‌های پزشکی را که ممکن است مشمول آن باشید بررسی می‌کنیم. برخی برنامه‌های پزشکی مورد بررسی ما مبتنی بر سن یا نابینایی یا معلولیت است. اگر ما این برنامه‌های پزشکی را بررسی کنیم، نامه‌ای برای شما می‌فرستیم تا برایتان وقت مصاحبه تعیین کنیم. اطلاعاتی که ما در این مصاحبه نیاز خواهیم داشت در پیوست **A** موجود است.

## 19. آیا خودتان متقاضی دریافت مزایای OHP هستید؟ اگر درحال حاضر OHP دارید، آیا می‌خواهید این مزایا ادامه داشته باشد؟

اگر کسی از اعضای خانوار شما دارای پوشش بیمه است، ممکن است نیاز به ارائه درخواست کامل نداشته باشید. شما می‌توانید برای انجام هر یک از کارهای زیر به حساب آنلاین خود وارد شوید یا با شماره **1-800-699-9075** (TTY 711) تماس بگیرید:

- افزودن یک نفر به پرونده خود
- تجدید پوشش بیمه‌ای خود
- گزارش یک تغییر.

## 20-22. اطلاعات نژادی

ارائه این اطلاعات به ما کمک خواهد کرد تا تعیین کنیم که آیا شما مشمول حقوق ثبت نامی خاصی هستید یا خیر (رک. صفحه 10).

ما اطلاعات حاصل از این پرسش را برای تعیین سطح پوششی که مشمول آن می‌شوید به کار می‌گیریم.

برای پرسش‌های g-b، ممکن است ما از این پاسخ‌ها برای بررسی اطلاعاتی که شما درباره وضعیت مهاجرتی خود داده‌اید استفاده کنیم. شما مجبور به پاسخ دادن به این پرسش‌ها در هنگام تکمیل درخواست خود نیستید، اما این کار ممکن است به سرعت فرایند درخواست بیفزاید.

### نوع مدرک مهاجرت و شماره کارت یا مدرک

فهرست زیر حاوی برخی از انواع رایج مدارک و شماره آنها است. اگر مدرک شما در این فهرست نیست، می‌توانید به این پرسش پاسخ ندهید. اگر تمام اطلاعات را در اختیار ندارید، می‌توانید پرسش‌ها را بدون پاسخ بگذارید. در صورت نیاز، ما نامه‌ای برای شما می‌فرستیم تا اطلاعات بیشتری کسب کنیم.

این موارد را برای شماره کارت یا مدرک فهرست کنید:	اگر شما این نوع مدرک را دارید:
شماره ثبت تبعه بیگانه شماره کارت	کارت اقامت دائم، «کارت سبز» (I-551)
شماره ثبت تبعه بیگانه	مجوز ورود مجدد (I-327)
شماره ثبت تبعه بیگانه	مدرک سفر پناهنده (I-571)
شماره ثبت تبعه بیگانه شماره کارت تاریخ انقضا کد دسته‌بندی	کارت مجوز استخدام (I-766)
شماره ثبت تبعه بیگانه شماره گذرنامه	ویزای مهاجرتی قابل خواندن توسط کامپیوتر (همراه با زبان I-551 موقت)
شماره ثبت تبعه بیگانه	تمبر I-551 موقت (بر روی گذرنامه یا 1-94/1-94A)
شماره I-94	تاریخچه ورود/خروج (I-94/I-94A)
شماره I-94 شماره گذرنامه تاریخ انقضا کشور محل صدور	تاریخچه ورود/خروج در گذرنامه خارجی (I-94)
شماره گذرنامه تاریخ انقضا کشور محل صدور	گذرنامه خارجی
SEVIS ID	گواهی مشمولیت برای وضعیت دانش آموز غیرمهاجر (I-20)
SEVIS ID	گواهی مشمولیت برای وضعیت مسافر مبادله‌ای (DS2019)
شماره ثبت تبعه بیگانه یا یک شماره I-94	ابلاغیه اقدام (I-797)
شماره ثبت تبعه بیگانه یا یک شماره I-94 شرح نوع یا نام مدرک	سایر

برای مشاهده موارد بیشتری از مدارک مهاجرتی قابل قبول، به صفحه بعد بروید.

شما همچنین می‌توانید این مدارک را ارائه دهید:

- مدرکی دال بر عضو بودن در یک قبیله سرخپوستی مورد تأیید دولت فدرال یا سرخپوست امریکایی متولد کانادا
- نامه تأیید اداره اسکان مجدد پناهندگان (ORR)
- مدرکی دال بر توقف اخراج از کشور
- دستور اداری مبنی بر توقف اخراج صادر شده توسط وزارت امنیت ملی (DHS)
- گواهی صادره از اداره اسکان مجدد پناهندگان (ORR) وزارت خدمات بهداشتی و انسانی ایالات متحده (HHS)
- ورودی از کوبا یا هائیتی
- ساکن ساموای امریکایی

## گام 2 — سایر اعضای خانوار

در گام 2، ما پرسش‌هایی درباره اطلاعات اساسی سایر اعضای خانوار شما می‌پرسیم. برای کسب اطلاعات درباره پرسش‌هایی که از مخاطب اصلی هم پرسیده‌ایم، لطفاً بخش پیشین این راهنمای ارائه درخواست را ملاحظه کنید.

### 4. رابطه فرد شماره 2 با شما (مخاطب اصلی)

ما باید بدانیم که رابطه خویشاوندی شما با مخاطب اصلی چیست. برخی نمونه‌های رابطه خویشاوندی: والدین، والدین ناتنی، فرزند ناتنی، خواهر، برادر، مادربزرگ، پدربزرگ، خاله/عمه، دایی/عمو و فرزندان‌شان. اگر ارتباط خویشاوندی ندارید، می‌توانید بنویسید «بی‌رابطه».

### 5.

اگر پدر یا مادر یا پدرخوانده یا مادرخوانده فرد شماره 2 نیستید، آیا سرپرست اصلی او به حساب می‌آید؟ سرپرست اصلی کسی است که خویشاوند یک کودک است و مسئولیت‌های اصلی در زمینه مراقبت از آن کودک را انجام می‌دهد. اگر مخاطب اصلی یکی از والدین اصلی یا ناتنی کودک است، نیازی نیست که به این پرسش پاسخ بدهید. اگر شخص شماره 2 سن 19 سال یا بیشتر دارد، نیازی نیست که به این پرسش پاسخ بدهید.

## گام 3 — درآمد و کسورات

در گام 3، ما پرسش‌هایی درباره اطلاعات مربوط به درآمد و کسورات شما می‌پرسیم.

### 1. درآمد حاصل از شغل(ها)

- لطفاً به ما بگویید که شما و اعضای خانوارتان چقدر از محل کار درآمد دارید. این درآمد می‌تواند از یک کارفرما باشد یا شغل آزاد.
- اگر کارفرما دارید، درآمد «کل» خود را به ما بگویید. درآمد کل مبلغی است که قبل از کسر مالیات یا هر نوع کسورات دیگر به دست می‌آید.
- اگر شغل آزاد دارید، لطفاً سود کل خود را وارد کنید. این مبلغ عددی است که قبل از کسر تمامی هزینه‌های تجاری به دست می‌آید. اطلاعات بیشتر درباره شغل آزاد، درآمد کل و هزینه‌های قابل کسر در وبسایت [www.irs.gov/individuals/](http://www.irs.gov/individuals/) موجود است.
- **Self-Employed** موجود است. اطلاعات مربوط به هزینه‌های تجاری خود را در پرسش 3 همین بخش به ما بگویید.
- اگر درآمد شما در ماه جاری شروع یا قطع شده است حتماً به ما بگویید. این مسئله ممکن است در مشمولیت شما تأثیرگذار باشد.

### 2. درآمد حاصل از منابع دیگر

- به ما درباره درآمدی بگویید که ممکن است از منبعی غیر از یک شغل کسب کنید. نمونه‌هایی از این دست در این درخواست ذکر شده است. نمونه‌های دیگر عبارتند از: مقرری بازنشستگی، درآمد حاصل از ملک تحت سرپرستی کفیل (تراست)، درآمد تحصیلی، و پرداختی نظامی. انواع متعددی از درآمدهای دیگر وجود دارد. لطفاً هرچه بیشتر می‌توانید درباره بخش «نوع درآمد» اطلاعات ارائه کنید تا ما بدانیم که برای OHP به حساب می‌آید یا خیر.
- اگر درآمدی از نفقه دارید، ممکن است برای OHP به حساب نیاید. پاسخ به پرسش‌های اضافی درباره نفقه به ما کمک می‌کند تا تصمیم بگیریم که آیا برای OHP به حساب می‌آید یا خیر.

### 3. کسورات

- اطلاعاتی درباره کسورات و هزینه‌های شغل آزاد خود ارائه دهید که می‌توان در اظهارنامه مالیاتی فدرال درآمد ذکر کرد. به طور کلی، اگر شما یک اعتبار مالیاتی را در اظهارنامه مالیاتی فدرال خود ادعا کنید، نمی‌توانید آن را در همان سال مالیاتی کسر هم بکنید. ما نمی‌توانیم توصیه‌های مالیاتی بکنیم، اما شما می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر درباره وضعیت خاص خود به وبسایت [www.irs.gov](http://www.irs.gov) مراجعه کنید یا با یک مشاور حرفه‌ای مالیاتی صحبت کنید.

### 4. درآمد سالانه

- برای برخی برنامه‌های پزشکی، ما می‌توانیم میزان درآمد قطعی یا احتمالی شما را برای کل سال در نظر بگیریم. حتماً تمام درآمد قطعی یا احتمالی اعضای خانوار را برای یک سال کامل به ما بگویید. حتماً درآمدی را که قبلاً در همین سال داشته‌اید نیز ذکر کنید، حتی اگر آن درآمد الان قطع شده باشد.
- برای مثال، شما در ماه ژانویه بیمه بیکاری دریافت کرده‌اید، اما در ماه فوریه مشغول به کار شده‌اید. وقتی شما مشغول به کار شده‌اید، پرداخت بیمه بیکاری متوقف شده است. شما مبلغ بیمه بیکاری دریافت شده را ذیل «سایر درآمدهای غیرشغلی» ذکر می‌کنید.



## گام 4 — سایر پرسش‌های مربوط به خانواده

در گام 4، لطفاً برای همه اشخاصی که نامشان در فرم درخواست‌تان ذکر شده صرف نظر از این که برای دریافت پوشش بیمه سلامت درخواست می‌دهند یا نه، حتی اگر پاسخ خیر است، به سوالات 1-6 پاسخ دهید.

### 2. آیا از افراد نامبرده در این تقاضانامه، کسی در نشانی متفاوتی نسبت به مخاطب اصلی (خودتان) زندگی می‌کند؟

اگر کسی در آدرسی غیر از مخاطب اصلی زندگی می‌کند، ما باید محل زندگی آنها را بدانیم. پرسش‌های دیگر برای ما مشخص می‌کند که شما چرا آنها را در این درخواست گنجانده‌اید. همچنین می‌توانیم متوجه شویم که برای تعیین مشمولیت شما برای پوشش بیمه باید از اطلاعات آنها استفاده کنیم یا خیر.

در ادامه اطلاعات بیشتری درباره برخی مکان‌هایی آمده است که فرد ممکن است هنگام دوری موقت در آنجا ساکن باشد:

• یک مرکز مراقبت اجتماعی از وزارت خدمات انسانی مجوز دارد تا مراقبت طولانی مدت ارائه دهد. مثال‌هایی از مراکز مراقبت اجتماعی:

« مرکز مراقبت بزرگسالان

« مراکز مراقبت مسکونی

« مراکز مراقبت از معلولان، و

« خانه‌های مراقبت گروهی.

• آسایشگاه محلی است که افراد در آن زندگی می‌کنند و مراقبت‌های درمانی دریافت می‌کنند.

• اگر عضوی از خانوار در بیمارستان دولتی اورگان است، شما باید گزینه «بستری» را علامت بزنید.

### 3. آیا فردی در این تقاضانامه باردار است؟

اگر تاریخ زایمان خود را نمی‌دانید، باید نزدیکترین تاریخ احتمالی یا تقریبی را اعلام کنید. اگر می‌دانید چند نوزاد باردار هستید، عدد را ذکر کنید. اگر نمی‌دانید، پاسخی ندهید و ما مشمولیت شما را براساس «1» تعیین می‌کنیم. اگر تاریخ زایمان یا تعداد نوزاد تغییر کرد، می‌توانید با ما تماس بگیرید و اطلاع دهید.

### 4. آیا در سه ماه گذشته، بارداری فردی در این تقاضانامه با به دنیا آوردن فرزند یا سقط جنین پایان یافته است؟

برنامه‌های OHP پوشش تکمیلی دندانپزشکی و چشم پزشکی برای افراد باردار ارائه می‌دهد. پوشش تکمیلی تا دو ماه پس از پایان بارداری هم ادامه دارد. ما این پرسش را می‌پرسیم تا مطمئن باشیم که مزایای درستی را به شما ارائه می‌دهیم.

لطفاً به سوالات 7-15 فقط برای اشخاصی که نامشان در فرم درخواست‌تان ذکر شده و برای دریافت پوشش بیمه سلامت درخواست می‌دهند پاسخ دهید.

11-12. آیا فردی نابینا است یا معلولیت دائم دارد؟ آیا شخصی برای کارهایی مانند راه رفتن، استفاده از دستشویی، استحمام یا لباس پوشیدن به کمک نیاز دارد؟

برخی افراد نابینا، معلول دائم، یا نیازمند کمک دیگران برای کارهای فوق‌الذکر مشمول پوشش تکمیلی سلامت می‌شوند. پاسخ به این پرسش‌ها به ما کمک می‌کند تا تعیین کنیم آیا شما مشمول پوشش تکمیلی سلامت هستید یا خیر.

## یک طرح CCO محلی را انتخاب کنید

## CCO چیست؟

OHP طرح‌های سلامت محلی دارد که به شما کمک می‌کنند تا از مزایای خود استفاده کنید. به این طرح‌ها، سازمان مراقبتی هماهنگ شده یا CCO می‌گویند. یک طرح CCO دارای گروهی از ارائه دهندگان خدمات مانند پزشک، مشاور، پرستار و دندانپزشک دارد که با هم برای حفظ سلامت شما کار می‌کنند.

تمام طرح‌های CCO مزایای اصلی بیمه سلامت اورگان را به صورت یکسان ارائه می‌دهند. OHP خدمات پزشکی، دندانپزشکی و سلامت روان را ارائه می‌دهد. همچنین در زمینه ترک اعتیاد نیز کمک می‌کند.

## طرح‌های CCO در منطقه من کدام است؟

اکثر منطقه‌های ایالت دارای یک CCO است. برخی منطقه‌ها بیش از یک CCO دارد. تمام CCO موجود در منطقه خود را در وبسایت [www.bit.ly/CCOplans](http://www.bit.ly/CCOplans) مشاهده کنید.

بیش از یک طرح CCO در منطقه شما وجود دارد؟ روش انتخاب به این صورت است:

1. به وبسایت [www.bit.ly/CCOplans](http://www.bit.ly/CCOplans) بروید تا فهرستی از CCO را مشاهده کنید.
2. طرح‌های CCO را مقایسه کنید و موارد ارائه شده توسط هر طرح را بررسی کنید.
3. ارائه دهندگان خدمات سلامت، داروخانه‌ها، بیمارستان‌ها و خدمات موجود در هر طرح را مشاهده کنید.
4. همه ارائه دهندگان الزاماً با CCO منطقه شما همکاری نمی‌کنند. اگر در حال حاضر ارائه دهنده خدمات دارید، از آنها بپرسید که با کدام طرح CCO همکاری دارند. شما می‌توانید فهرست ارائه دهندگان خدمات هر CCO را که «کتاب راهنمای ارائه دهندگان» نام دارد ملاحظه کنید.
5. CCO مناسب خود و خانواده‌تان را انتخاب کنید.

## آماده انتخاب CCO هستید؟

به گام 4 پرسش 14 در درخواست OHP بروید. اگر شما انتخاب نکنید، ما برای شما انتخاب خواهیم کرد.

## برخی اعضای OHP در یک CCO نخواهند بود

شما ممکن است به دلیل داشتن بیمه‌ای دیگر یا داشتن دلیل پزشکی برای استفاده نکردن از یک CCO در یک طرح CCO نباشید. به این وضعیت معمولاً کارت باز یا خدمت آزاد می‌گویند.

CCO ندارید؟ مشکلی نیست. می‌توانید با شماره **800-562-4620** تماس بگیرید تا برای یافتن ارائه دهنده خدمات کمک دریافت کنید یا پرسش‌هایتان را درباره دریافت خدمات بپرسید.

## اعضای دارای Medicare گزینه‌های دیگری دارند

شما مجبور نیستید که مراقبت سلامت جسمانی خود را از یک طرح CCO دریافت کنید. اگر شما یک CCO را برای مراقبت جسمانی نمی‌خواهید، با دفتر محلی DHS خود مطرح کنید تا این تغییر انجام شود. فهرستی از دفاتر در وبسایت [www.oregon.gov/dhs/offices](http://www.oregon.gov/dhs/offices) موجود است. بر روی «سالمندان و افراد دارای معلولیت جسمانی» کلیک کنید. شما همچنین می‌توانید درباره طرح‌های Medicare که با CCO همکاری دارند بپرسید.

## سرخپوستان امریکایی و بومیان آلاسکا باید درخواست CCO بدهند

اگر شما سرخپوست امریکایی یا بومی آلاسکا هستید، باید درخواست یک طرح CCO بدهید. شما به طور خودکار CCO دریافت نخواهید کرد.

سرخپوستان امریکایی و بومیان آلاسکا که از OHP استفاده می‌کنند الزامی به شرکت در یک طرح CCO ندارند. شما می‌توانید مراقبت را از یک ارائه دهنده خدمات سلامت سرخپوستی، مثل یک کلینیک قبیله‌ای یا یک مرکز خدمات سلامت سرخپوستی (IHS) دریافت کنید. شما می‌توانید در هر زمانی طرح CCO خود را تغییر داده یا آن را ترک کنید.

اکثر ارائه دهندگان خدمات سلامت سرخپوستی با CCO همکاری می‌کنند. طرح‌های CCO می‌توانند مفید باشند چون مراقبت جسمانی، دندانپزشکی و سلامت روان شما را به هم متصل می‌کنند.

ما سرخپوستان امریکایی یا بومیان آلاسکا را به شرح زیر تعریف می‌کنیم:

- عضو یک قبیله، دسته یا گروه سرخپوستی مورد تأیید دولت فدرال.
- یک اسکیمو یا الیوت یا سایر بومیان آلاسکا ثبت نام شده توسط وزارت کشور بر اساس قانون مصالحه دعاوی بومیان آلاسکا، U.S.C. 1601 43.
- شخصی که توسط وزارت کشور به هر دلیلی به عنوان سرخپوست شناخته می‌شود.

## گام 5 — بیمه سلامت کنونی

این گام درباره پوشش بیمه‌ای است که از طرف یک برنامه OHP نباشد. اگر کسی از اعضای خانوار بیمه سلامت دارد به ما بگویید. همچنین اگر کسی پیشنهاد بیمه سلامت دارد یا مشمول آن است به ما بگویید. برای مثال، شخصی یک کارفرما دارد که پوشش بیمه سلامت به او ارائه می‌دهد، اما او ثبت نام نکرده است چون خیلی گران است. گاهی ما می‌توانیم برای پرداخت حق بیمه کمک کنیم. حتماً این موارد را به ما بگویید:

- بیمه سلامت خصوصی که شما یا شخص دیگری هزینه آن را پرداخت می‌کند، شامل بیمه بر اساس دستور دادگاه؛
- بیمه‌ای که از طریق کارفرما گرفته‌اید یا می‌توانید بگیرید؛
- بیمه‌ای که از طریق کارفرما پس از خاتمه کار خود گرفته‌اید؛
- بیمه‌ای که توسط یکی از والدین فراهم می‌شود که با شما زندگی نمی‌کند؛
- بیمه‌ای که به عنوان یکی از مزایای بازنشستگی (از قبیل ارتش) دریافت می‌شود؛
- بیمه‌ای که از طریق مدرسه دریافت می‌کنید؛
- هرگونه بیمه‌ای که تحت پوشش آن قرار دارید حتی اگر در منطقه‌ای که ساکن هستید به آن دسترسی ندارید؛
- پوشش بیمه‌ای مانند OHP که از ایالت دیگری دریافت می‌کنید. به این مورد Medicaid/CHIP می‌گویند.

## گام 8 — بخوانید و امضا کنید

وقتی شما این درخواست را امضا کنید، با تمام موارد اظهار شده در گام 8 موافقت کرده‌اید.

### حقوق و مسئولیت‌های شما

اطلاعات این بخش کارهایی را فهرست می‌کند که «اداره خدمات انسانی اورگان» (DHS) و «اداره بهداشت اورگان» (OHA) موافقت می‌کند برای شما انجام دهد. این‌ها «حقوق» شماست. همچنین فهرستی از کارهایی ارائه می‌شود که شما موافقت می‌کنید به هنگام درخواست یا دریافت کمک پزشکی انجام دهید. این‌ها «مسئولیت‌های» شماست.

لطفاً این فرم را به دقت مطالعه کنید. شما می‌توانید از کارکنان DHS بخواهید این فرم را برای شما توضیح دهند. اگر موردی وجود دارد که درک نمی‌کنید، درباره آن سوال بپرسید. هنگامی که شما (و خانواده شما) از DHS یا OHA مزایایی دریافت می‌کنید، با انجام کارهای خاصی موافقت می‌کنید. همچنین اگر مزایایی دریافتی شما بیشتر از حق شما باشد، ممکن است آن مزایا را از دست بدهید یا مجبور شوید آنها را به DHS یا OHA پس بدهید.

**حقوق شما (آنچه می‌توانید از DHS و OHA انتظار داشته باشید):**

- DHS و OHA با احترام و به شیوه‌های عادلانه و محترمانه با شما رفتار خواهند کرد.
- شما حق دارید درباره هر برنامه DHS یا OHA بپرسید یا درخواست بدهید. همچنین ممکن است ما شما را به سایر خدماتی که نیاز دارید ارجاع دهیم.
- شما می‌توانید در ازای هر فرمی که به دفتر DHS یا OHA تحویل می‌دهید درخواست رسید کنید.
- شما می‌توانید درخواست ملاقات با یک مددکار بدهید. شما همچنین می‌توانید درخواست کنید که با یک شخص مسئول صحبت کنید.
- برای کمک به ارائه درخواست، تکمیل فرمها، یا گزارش تغییرات، می‌توانید مطالب را به زبان ترجیحی‌تان دریافت کنید.
- DHS یا OHA اطلاعات را در قالب و به زبانی که درک می‌کنید، در اختیارتان قرار خواهند داد.
- اگر دچار معلولیت هستید، DHS یا OHA بیشترین تلاش خود را می‌کنند تا نیازهای خاص شما را برآورده کنند. DHS و OHA از «قانون آمریکایی‌های دچار معلولیت» و بخش «504» «قانون توانبخشی» پیروی می‌کنند.
- شما می‌توانید درخواست مشاهده اظهارات درباره خود در پرونده‌تان را داشته باشید.
- در صورت داشتن «دلیل موجه»، می‌توانید درخواستی مبنی بر عدم همکاری با برنامه پشتیبانی از کودکان ارائه دهید. دلیل موجه یعنی مجموعه پشتیبانی از کودکان ممکن است شما یا فرزندان‌تان را به خطر بیندازد. DHS و OHA فرم‌هایی را به شما ارائه خواهند کرد که «دلیل موجه» را توضیح می‌دهد. در این فرم‌ها به شما توضیح داده شده است که چگونه برنامه پشتیبانی از کودکان اورگان می‌تواند به شما در راستای دریافت حمایت برای کودک خود، شامل حمایت نقدی پزشکی، و در عین حال حفظ امنیت شما و فرزندان‌تان کمک کند. DHS و OHA همچنین می‌توانند پاسخگوی پرسش‌های شما درباره دلیل موجه باشند.

- آنچه به DHS و OHA می‌گویید، خصوصی باقی خواهد ماند. شما می‌توانید «اطلاعیه رویه‌های حریم خصوصی» ما را در وبسایت <https://apps.state.or.us/Forms/Served/me2090.pdf> یا در دفاتر DHS مطالعه کنید.
- DHS و OHA در مدت زمان‌های زیر به شما اطلاع خواهند داد که آیا مشمول دریافت مزایا هستید یا خیر:
  - « 90 روز برای تصمیم پزشکی براساس معلولیت ((به جز برای موارد غیرطبیعی))
  - « 45 روز برای سایر مزایای درمانی
- اگر با تصمیم DHS یا OHA مخالفتی دارید می‌توانید درخواست جلسه استماع کنید.
- کارکنان DHS در پر کردن فرم درخواست جلسه استماع به شما کمک می‌کنند. اگر مراقبت خانگی یا مبتنی بر جامعه دریافت می‌کنید یا پرستار خانگی دارید، حقی برای استماع درباره مطالبه جبران ملکی وجود ندارد. اطلاعات بیشتر در بخش برنامه جبران ملکی. شما باید درخواست جلسه استماع را ظرف مدت 90 روز پس از اعلام تصمیم ارائه دهید.
- **مسئولیت‌های شما (کارهایی که باید انجام دهید):**
  - اگر شما در یکی از برنامه‌های DHS یا OHA هستید، باید:
    - اطلاعات درست و کاملی در اختیار DHS و OHA قرار دهید.
    - برای موارد خاصی که گزارش می‌کنید، مدرک ارائه کنید. اگر ارائه مدرک برایتان ممکن نیست، باید به ما اجازه دهید در صورت لزوم با افراد یا سازمان‌های دیگری تماس بگیریم.
    - به کارکنان DHS و OHA اجازه دهید برای دریافت اطلاعات درباره پرونده شما از خانه‌تان بازدید کنند.
    - تغییرات را به DHS و OHA گزارش دهید.
    - اگر پرونده شما برای بازبینی انتخاب شده است، در جمع‌آوری و ارائه مدرک به DHS و OHA کمک کنید. پرونده‌ها به صورت تصادفی برای بازبینی انتخاب می‌شوند.
    - اجازه دهید سوابق حمایت از فرزندان از سوی «وزارت دادگستری، بخش حمایت از کودکان» در اختیار DHS و OHA قرار بگیرد، مگر در مواردی که دلیل موجهی برای مخالفت داشته باشید.
    - برای وجوه یا مزایای خاصی که واجد شرایط دریافتشان هستید، درخواست ارائه کنید و از آن موارد استفاده کنید. این مسئله ممکن است شامل هریک از موارد زیر باشد:
 

« تأمین اجتماعی	« بیمه بیکاری کارگران
« بازنشستگی راه آهن	« بیمه مراقبت طولانی مدت
« مزایای کهنه سربازان	« بیمه پزشکی
« مزایای مکان و اتحادیه	« Medicare
« پوشش جراحی شخصی بدون تقصیر فرد، که در تمام بیمه‌های وسایل نقلیه موتوری وجود دارد	
- هرگونه معاینه پزشکی را که برای تکمیل درخواست کمک پزشکی شما لازم است انجام دهید.
- اگر پوشش بیمه‌ای دیگری دارید به ارائه دهندگان پزشکی بگویید. فهرستی از مثال‌ها:
 

« Medicare	« پوشش جراحی شخصی بدون تقصیر فرد، که در تمام بیمه‌های وسایل نقلیه موتوری وجود دارد
« مزایای کهنه سربازان	« سایر پوشش‌های بیمه‌ای
« بیمه بیکاری کارگران	
- ارائه دهندگان باید قبل از صدور صورتحساب خدمات پزشکی شما برای DHS یا OHA، برای سایر بیمه‌ها صورتحساب بدهند. شماره شناسایی پزشکی صادر شده توسط ایالت را قبل از دریافت خدمات ارائه دهید.
- در صورت نیاز، پرداختی ماهانه‌ای را انجام دهید تا مزایای پزشکی و خدمات را دریافت کنید. این مقادیر ممکن است با تغییر در اوضاع مالی شما تعدیل شوند.
- در شرایط زیر که هم در مورد شما و هم هر یک از اعضای خانواده‌تان صدق می‌کند، باید ظرف مدت 10 روز مورد را به «واحد حق حبس مال در صدمات شخصی» گزارش کنید:
  - « اگر هر یک از شما کمک پزشکی یا مزایای «طرح درمانی اورگان» (OHP) دریافت کند.
  - « اگر هر یک از شما از فردی به دلیل آسیبی که به شما رسانده است طلب خسارت کند.

## گزارش تغییرات

اگر مزایایی از DHS یا OHA دریافت کنید، باید تغییرات خاصی را که بر شما یا سایرینی که همراه شما مزایا دریافت می‌کنند گزارش کنید. اگر تغییرات را حسب نیاز گزارش نکنید، ممکن است مزایای اضافه دریافت کنید. هر کسی که در منزل شما 18 سال یا بیشتر داشته باشد ممکن است ملزم به بازپرداخت مزایای شود.

وقتی برای دریافت مزایا تأیید شدید، ابلاغ شما به شما می‌گوید چه چیزهایی را و در چه زمانی گزارش کنید. هر برنامه‌ای الزامات گزارشی متفاوتی دارد. چیزی که باید گزارش کنید و زمان آن ممکن است متفاوت باشد.

زمانی که تغییری را گزارش می‌کنید، مددکار به شما می‌گوید که آیا نیاز به ارائه مدرک هست یا خیر. اگر این تغییر بر سایر مزایایی که دریافت می‌کنید هم اثر بگذارد، آژانس به شما اطلاع خواهد داد. اگر مطمئن نیستید که باید تغییری را گزارش کنید یا خیر، می‌توانید از یک مددکار بپرسید.

## اگر بیمه دیگری دارید

اگر شما یا عضوی از خانواده تان بیمه درمانی دیگری دارید، به ارائه دهنده خدمت (پزشک، درمانگاه یا بیمارستان) پیش از دریافت مراقبت اطلاع دهید. اگر بیمه وسیله نقلیه موتوری دارید و در یک تصادف وسیله نقلیه موتوری آسیب دیده‌اید، به ارائه دهنده درباره بیمه وسیله نقلیه موتوری خود اطلاع دهید. آنها باید قبل از OHA برای شرکت بیمه دیگر صورتحساب صادر کنند. اگر DHS یا OHA صورتحسابی را بپردازد که می‌بایست توسط بیمه پرداخت می‌شده است، DHS یا OHA اقدام می‌کنند تا پول آن را پس بگیرند. برای مثال:

- اگر DHS یا OHA صورتحسابی را بپردازد که بیمه خصوصی می‌بایست آن را پرداخته باشد، DHS یا OHA سعی می‌کنند پول را از شرکت بیمه پس بگیرند.
- اگر DHS یا OHA صورتحساب درمانی را بپردازد و تأمین کننده خدمات از طرف شرکت بیمه‌ای هم هزینه دریافت کند، DHS یا OHA سعی می‌کنند پول را از ارائه دهنده خدمت پس بگیرند.
- اگر DHS یا OHA صورتحساب درمانی را بپردازد و شرکت بیمه چکی بابت آن برای شما بفرستد، DHS یا OHA سعی می‌کنند پول آن را از شما پس بگیرند.

## واگذاری پرداخت‌ها و حق حبس مال

به منظور مشمولیت برای کمک هزینه درمانی، شما باید به OHA، DHS و CCO خود اجازه دهید تا تمام این پول‌ها را در اختیار داشته باشند:

- پولی که شما یا دیگرانی که همراه شما کمک هزینه درمانی دریافت می‌کنند، از کسانی که به لحاظ قانونی مسئول آسیب یا هزینه درمانی پرداخت شده توسط کمک هزینه درمانی هستند دریافت می‌کنید یا حق دریافت آن را دارید.

این مسئله شامل پول حاصل از این موارد است:

- بیمه سلامت خصوصی
- بیمه خودرو
- سایر منابع

این مورد «واگذاری پرداخت» به DHS یا OHA و سازمانهای CCO نامیده می‌شود. واگذاری پرداخت به صورت خودکار برای هر کسی که کمک هزینه درمانی دریافت می‌کند می‌باشد. شما و اعضای خانواده‌تان ((که شامل تمام کودکانی که در آینده هم به دنیا می‌آیند می‌شود)) برای ادامه دریافت کمک هزینه درمانی باید به DHS یا OHA کمک کنید تا تمام این پرداختی‌ها را به روش‌های زیر پیدا کرده و دریافت نماید:

- ظرف مدت 10 روز به DHS یا OHA و CCO خود بگویید که یک شخص ثالث به شما یا عضو خانواده‌تان آسیب زده است.
- درباره اشخاصی که موجب آسیب شده‌اند اطلاعاتی ارائه دهید.

• درباره هر نوع اطلاعات دیگری که درخواست می‌شود همکاری کنید. این مسئله شامل اطلاعات بیمه‌ای هم می‌شود.

محدودیتی برای پولی که DHS یا OHA می‌توانند بگیرند وجود دارد. این مبلغ نمی‌تواند بیشتر از حدی باشد که شخص مقابل قانوناً مسئول پرداخت هزینه‌های درمانی است.

ما ممکن است از حق حبس برای پولی استفاده کنیم که توسط شخص قانوناً مسئول پرداخت شده است تا پرداخت به DHS، OHA یا CCO را تضمین کنیم.

شما باید موافقت کنید که طرف‌های زیر بتوانند سوابق پزشکی را در اختیار شرکت‌های بیمه‌ای بگذارند:

- ارائه دهندگان خدمات پزشکی
- کارفرماها
- بیمارستان‌ها
- آژانس‌های دولتی

این موارد شامل مدارکی در مورد شما و سایر اعضای خانواده می‌شود که کمک پزشکی دریافت می‌کنند. این کار فقط برای آن انجام می‌شود که DHS یا OHA بازپرداخت را دریافت کنند.

## سایر اطلاعات

### استفاده از شماره تأمین اجتماعی (SSN)

موارد زیر هر کسی را که درخواست دریافت مزایای نقدی یا تغذیه‌ای داشته باشد الزام می‌کنند که شماره تأمین اجتماعی (SSN) خود را به DHS و OHA بدهد:

• قوانین فدرال 42 USC 1320b-7(a) and (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 and 42 CFR 457.340(b)

• مقررات اداری اورگان (OAR 461-120-0210)

اگر SSN را ارائه دهد ممکن است منجر به تسریع فرایند درخواست شود. اگر فردی SSN ندارد، برای اطلاعات مربوط به نحوه درخواست این شماره از [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) بازدید کند.

• OHA و DHS از SSN شما برای کمک به تصمیم‌گیری درباره اینکه واجد شرایط دریافت مزایا هستید یا نه، استفاده خواهند کرد. ما از SSN شما برای انجام موارد زیر استفاده می‌کنیم:

« درآمد شما را تأیید کنیم

« داراییهای دیگر را تأیید کنیم

« اطلاعات را با دیگر سوابق ایالتی و

فدرال (مانند موارد زیر) تطبیق دهیم:

\* خدمات درآمد داخلی (IRS)

\* اداره تأمین اجتماعی

\* بیمه بهداشت مستمندان (Medicaid)

\* مزایای بیمه بیکاری

\* حمایت از کودک

\* دیگر برنامه‌های کمک عمومی.

• DHS و OHA ممکن است از SSN شما برای آماده کردن مجموعه‌ای از اطلاعات یا گزارشاتی استفاده کنند که هنگام تقاضای شما برای دریافت مزایا، باید برای منابع تأمین بودجه آن برنامه ارسال شوند.

• DHS و OHA می‌توانند در شرایط زیر از SSN شما استفاده کنند یا آن را افشا کنند:

« اگر برای اجرای برنامه‌ای که برایش درخواست می‌دهید یا از آن مزایا دریافت می‌کنید لازم باشد.

« برای اجرای ارزیابی کیفیت و فعالیتهای بهبودی.

« برای تأیید میزان صحیح پرداختها و پس گرفتن مزایای اضافه پرداخت شده.

« برای تأیید اینکه هرکس فقط از یک خانوار مزایا دریافت می‌کند.

## تأیید صحت درآمد و دارایی

اطلاعاتی که به این فرم اضافه می‌کنید، مشمول مرور و تأیید صحت توسط افسران فدرال، ایالتی و محلی است. وقتی در مرحله تعیین واجد شرایط بودن شما برای دریافت کمک پزشکی هستیم، DHS و OHA از این موارد استفاده می‌کنند:

• سیستم تأیید صحت درآمد و واجد شرایط بودن (IEVS) • سیستم تأیید صحت دارایی (AVS)

AVS موارد زیر را برای شما و هر کسی که باید هنگام ارائه درخواست از جانب شما برای دریافت کمک هزینه درمانی اطلاعات مالی ارائه دهد جستجو می‌کند. AVS موارد زیر را جستجو می‌کند، چه شما گزارش کرده باشید، چه نکرده باشید:

• مؤسسات مالی: • سوابق املاک: • سوابق خودرو:

« حسابهای بانکی « خانه « خودرو

« حسابهای اتحادیه اعتباری « زمین

DHS و OHA همچنین ممکن است هرگونه اطلاعات ذکر شده در درخواست شما را به مجریان قانون بدهند تا به آنها برای دستگیری مجرمین فراری کمک شود.

## برنامه جبران خسارت ماترک

برنامه جبران خسارت ماترک برنامه‌ای پیچیده است که در موارد زیر صدق می‌کند:

• کمک پزشکی • برنامه درآمد تکمیلی اورگان

• کمک عمومی • افراد خاصی که همزمان هم Medicare و هم کمک هزینه درمانی دریافت می‌کنند

هدف جبران خسارت ماترک این است که بازپرداخت را از دارایی‌های یک دریافت کننده فوت شده کسب کند. بخشی از پول به دولت فدرال داده می‌شود. بقیه برای تأمین مالی برنامه‌ها برای سایر افراد نیازمند استفاده می‌شود. استثنائات زیادی برای جبران خسارت ماترک وجود دارد.

## حق دولت برای بازگرداندن مزایا از ماترک شما

DHS و OHA ممکن است پول را از ماترک شما مطالبه کنند (بر اساس تعریف ذیل *ORS 416.350*) پس از فوت شما اگر:

- اگر موارد زیر رخ دهد، مبلغ مزایای پزشکی ممکن است قابل پرداخت از ماترک شما باشد:
    - « شما پس از 1 اکتبر 2013 مزایای درمانی ایالتی دریافت کرده‌اید.
    - « شما بیش از 54 سال سن داشته و مزایای مراقبت طولانی مدت دریافت کرده‌اید.
- این مورد شامل پرداختی‌های بیمه سلامت اورگان هم می‌شود که از طرف شما به یک طرح مراقبت مدیریت شده یا به یک CCO داده شده است.

- اگر موارد زیر رخ دهد، مبلغ مزایای پزشکی ممکن است قابل پرداخت از ماترک شما باشد:
  - « شما پس از 1 اکتبر 2013 مزایای درمانی ایالتی دریافت کرده‌اید.
  - « شما بیش از 54 سال سن داشته، یا موقوفه‌های خاصی دارید:
    - \* موقوفه نیازهای خاص
    - \* موقوفه سرمایه درآمد

- اگر از هریک از روش‌های زیر مزایا دریافت کنید، ممکن است ادعایی نسبت به ماترک شما مطرح شود:
  - « برنامه درآمد تکمیلی اورگان
  - « کمک هزینه عمومی مشخص
  - « ایالت باید سهمی ماهانه برای شما پرداخت می‌کرده است چون شما هر دو کمک هزینه درمانی و Medicare بخش D را دریافت می‌کرده‌اید.

اگر همسر شما پس از فوتتان زنده باشد DHS و OHA ادعا را به تعویق خواهد انداخت.

DHS و OHA این پول را از ماترک شما ادعا نمی‌کند اگر هریک از اعضای زیر از خانواده‌تان هنوز زنده باشد:

- هر فرزند اصلی یا فرزندخوانده شما که کمتر از 21 سال سن داشته باشد. توجه: این مورد شامل فرزندان ناتنی نمی‌شود.
- هر فرزند اصلی یا خوانده از شما، در هر سنی، که نابینا یا معلول باشد، طبق تعریف معیارهای تأمین اجتماعی. توجه: لطفاً توجه داشته باشید که حقوق و قوانین مربوط به ادعا علیه ماترک ممکن است بدون هشدار تغییر کند.

هر فردی که دارایی‌هایی را از ماترک یک بیمه شده دریافت می‌کند می‌تواند در صورتی که معیارهای سلب حق به دلیل سختی را داشته باشد، از OHA یا DHS بخواهد که از بازپس‌گیری اموال از ماترک صرف‌نظر نمایند. دستورالعمل‌های مربوط به نحوه درخواست سلب حق به دلیل سختی در برگه‌های اطلاع‌رسانی‌ای گنجانده شده اند که واحد مدیریت ماترک هنگام شروع فرایند بازپس‌گیری ارسال می‌کند.

به این طریق با واحد مدیریت ماترک تماس بگیرید:

PO Box 14021

Salem, OR 97309-5024

تلفن: 503-378-2884

1-800-826-5675 (فقط در اورگان)

فکس: 503-378-3137

## جریمه انتقال دارایی

اگر یک دارایی را با ارزشی کمتر از ارزش واقعی منتقل کنید، ممکن است دیگر واجد شرایط بعضی از مزایا نباشید. وقتی یکی از دارایی‌های خود را می‌بخشید یا می‌فروشید، می‌گوییم دارایی را منتقل کرده‌اید. دارایی‌ها شامل درآمد و اشیای ارزشمند است. برخی مثال‌ها عبارتند از:

- خانه
- خودرو
- ملک
- پول

قبل از فروش یا بخشیدن یک دارایی با مددکار خود مشورت کنید.

اگر یک دارایی را منتقل کنید ممکن است دیگر مشمول مزایای زیر نباشید:

- خدمات مراقبت طولانی مدت (LTC):

- « خانه‌های نگهداری بزرگسالان
- « مراکز نگهداری سالمندان
- « مراکز اقامت افراد معلول
- « سایر مراکز مراقبتی
- « خدمات در منزل

- کمک هزینه پزشکی پناهجویان

ما سوابق قبل از درخواست شما را بررسی می‌کنیم تا ببینیم آیا انتقال دارایی منجر به جریمه صورت گرفته است:

- برای LTC ما 5 سال گذشته را بررسی می‌کنیم.
  - برای بیمه پناهجویان ما 3 سال گذشته را بررسی می‌کنیم.
- جریمه انتقال دارایی زمانی شروع می‌شود که شما درخواست داده و مشمول شده باشید. جریمه فقط شامل مزایای فوق الذکر خواهد شد. جریمه اینگونه خواهد بود که ما درخواست شما را برای آن مزیت رد خواهیم کرد. اگر زمانی که مزایایی را دریافت می‌کنید دارایی را انتقال دهید باز هم جریمه خواهید شد. جریمه اینگونه خواهد بود که آن مزیت برای مدتی متوقف خواهد شد. اگر مزایای LTC شما به اتمام برسد، ممکن است منجر به کاهش یا توقف سایر مزایای پزشکی شما شود.

## اعلامیه و امضا

شما با امضا کردن این درخواست، تأیید می‌کنید که:

- می‌دانید که DHS و OHA از پایگاه‌های داده و سیستم‌های کامپیوتری ایالتی و فدرال برای بررسی اطلاعاتی که در این فرم ارائه کرده‌اید استفاده خواهند کرد. این موارد ممکن است شامل پایگاه‌های داده و سیستم‌هایی شود که اطلاعاتی درباره درآمد شما، بیمه‌های درمانی دیگر شامل Medicare، تأمین اجتماعی و وضعیت شهروندی و مهاجرت بشود.
- شما می‌دانید که برخی خدمات و تجهیزات پزشکی نیاز به اجازه قبلی (PA) دارد و شما از OHA، DHS، سازمان مراقبت هماهنگ (PA) CCO) دارید، یا برنامه مراقبت هماهنگ پیش از امکان ارائه دارم.
- شما و همسرتان موافقت می‌کنید که بابت هر درآمد سالانه‌ای که گزارش می‌کنید، DHS یا OHA دینفع خواهد بود.
- شما می‌دانید که DHS و OHA هزینه‌های موارد زیر را برای تعیین مزایای مراقبت طولانی مدت من استفاده نخواهد کرد، اگر من آنها را گزارش نکنم.
  - « سرپناه
  - « پزشکی
  - « مراقبت از کودکان
  - « حمایت از کودکان براساس حکم دادگاه
- شما اطلاعات موجود در بخش «بخوانید و امضا کنید» این تقاضانامه (گام 8) و بخش «بخوانید و امضا کنید» این راهنمای ارسال تقاضانامه را درک می‌کنید.

## پیوست A — سالمندان و افراد معلول (Medicare)

ممکن است ما نیاز به بررسی برنامه‌های مبتنی بر سن یا نابینایی یا معلولیت داشته باشیم اگر کسی در خانوار شما درخواست مزایا را دارد و:

- مزایای Medicare را دریافت می‌کند یا واجد شرایط آن است
  - 65 سال به بالا دارد
  - متقاضی دریافت خدمات مراقبتی طولانی مدت است
- اگر بخواهیم برای آن برنامه‌ها بررسی کنیم، به اطلاعات پیوست A نیاز خواهیم داشت. پاسخ دادن به سؤالات «پیوست A» در این مرحله ضروری نیست، اما می‌تواند روند رسیدگی به تقاضانامه را سرعت ببخشد. اگر ما برای آن برنامه‌ها بررسی کنیم، نیاز به مصاحبه با شما داریم. برای تعیین مصاحبه، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد. زمانی که شما به محل مصاحبه بیاورید، پرسش‌های موجود در پیوست A را مرور می‌کنیم.