

## د سښي او رحم د سرطان د درملني د برنامي (BCCTP) غوښتنليک او د راجع کولو فورمه

د سښي او رحم د سرطان د درملني له برنامي (BCCTP) څخه د روغتيايي امتيازاتو لپاره د ور گرځيدو په موخه بايد، يو فرد:

- د اورپگن د سښي او رحم د سرطان برنامي لپاره د وړتيا معيارونه پوره کړئ؛
  - تشخيص شوی وي چې د سښي يا رحم د سرطان درملني ته اړتيا ولري، يا له سرطان څخه مخکي ځانگړي حالتونه لري؛
  - له 65 کالو څخه کم عمره ياست؛
  - د درملني لپاره د پيسو ورکولو لپاره روغتيايي بيمه ونه لري، صحي بيمه دا ده:
    - انفرادي يا ډله بيزه روغتيايي بيمه؛
    - ميډيکير (Medicare)؛
    - د اورپگن روغتيايي پلان (Medicaid)؛
    - د وسله والو ځواکونو بيمه؛
    - د کورنۍ د روغتيايي بيمې د مرستي برنامې (FHIAP)؛
    - د اورپگن د روغتيايي بيمې لېست (OMIP).
- يادونه: که چېرې بله کومه روغتيايي بيمه د سښي يا رحم د سرطان درملنه تر پوښښ لاندې نه نيسي، نو فرد بيا هم د BCCTP لپاره وړ کېدلی شي.
- که يو فرد يې وړتيا ولري، دوی به د بشپړ روغتيايي غوښتنليک بشپړولو ته اړتيا ولري. که چېرې دوی دا معلومات مور ته بېرته را نه کړي د دوی روغتيايي امتيازات به ادامه پيدا نه کړي.
- بنايي له اړونده فرد څخه وغوښتل شي چې د نورو روغتيايي برنامو لپاره فورمي ډکې کړي. دا د دې لپاره ترڅو وکتل شي چې آیا دوی له کومې بلې برنامې څخه امتيازات ترلاسه کولی شي او که نه.
  - يو فرد چې وايي چې د متحده ايالاتو تبعه دي د تابعيت د تصديق د چمتو کولو غوښتنه ترې کېدلی شي.
  - يو فرد چې ووايي چې هغه تبعه نه دي د مهاجرت د دريځ د تصديق کولو غوښتنه ترې کېدلی شي. دوی بنايي دا ويل غوره کړي چې دوی به د مهاجرت د دريځ تصديق چمتو نه کړي که چېرې دوی اسناد ونه لري. که چېرې داسې حالت ولري، دوی د Healthier Oregon برنامې لپاره وړ کېدلی شي. د Healthier Oregon برنامې امتيازات هم د بشپړ OHP په څېر دي او د سرطان درملنه پکې شامله ده. د لا زياتو معلوماتو لپاره، له دې پاڼې ليدنه وکړئ [Oregon.gov/HealthierOregon](http://Oregon.gov/HealthierOregon).

له اړونده فرد څخه به وغوښتل شي چې خپله د ټولنيز امنيت شمېره (SSN) ورکړي. د ټولنيز امنيت يوه شمېره (SSN) د هر هغه چا لپاره اړينه ده چې د روغتيايي امتيازاتو غوښتنه کوي او هغه څوک يو ډول امتيازات لري. تاسو لاهم کولی شئ روغتيايي امتيازاتو لپاره غوښتنه وکړئ حتی که تاسو د ټولنيز امنيت شمېره (SSN) هم نه لري. که تاسو د ټولنيز امنيت د شمېرې (SSN) په ترلاسه کولو کې مرستي ته اړتيا لري، مور کولی شو د سره مرسته وکړو. تاسو کولی شئ مور ته په 1-800-699-9075 شمېره زنگ ووهئ. تاسو کولی شئ [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) ته هم مراجعه وکړئ يا د ټولنيز امنيت ادارې ته په 1-800-772-1213 (گڼو يا په اورېدو کې د ستونزو لرونکو 1-800-325-0778) شمېرې ته زنگ ووهئ.

د غوښتنليک په اړه پوښتنې په <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/BCCTP.aspx> يا د OHP د مراجعه کوونکو خدماتو ته په 1-800-699-9075 (گڼو يا په اورېدو کې د ستونزو لرونکو 711) اړوند شمېرې ته په زنگ ووهلو سره ځواب کېدلی شي. د BCCTP د کاري ډلې غوښتنه وکړئ.

د روغتيايي امتيازاتو لپاره د حقوقو ټاکنه  
د روغتيايي امتيازاتو په غوښتلو او ترلاسه کولو سره، يو شخص د اورپگن د روغتيايي ادارې (OHA) ته د هر ډول

روغتیايي مرستې او د روغتیايي پاملرنې لپاره د دریمې ډلې د تادیاتو ټول حقوق ورکوي. دا کار OHA ته اجازه ورکوي چې له هر دریمې ډلې څخه د دې لپاره تادیه وغواړي ترڅو د شخص د روغتیايي پاملرنې لپاره پیسې تادیه شي.

### د ملکیت د ادعا بیانیه

د یوه شخص د مړینې په وخت کې بنایي، د اورپگن د بشري خدماتو ریاست او د اورپگن روغتیا اداره (ODHS|OHA) د هغه شخص د ملکیت څخه پیسې واخلي (لکه څنګه یې چې په ORS 414.104 کې یادونه شوې ده). هغه مقدار چې اخیستل کېدلی شي زیاتره د روغتیايي امتیازاتو له مقدار سره چې یو شخص له 55 کلنۍ وروسته تر لاسه کړي وي مساوي وي. که چېرې شخص د مړینې په وخت کې د تل لپاره بنسټیزه شوی وي (لکه څنګه یې چې په OAR 461-135-0832 کې یادونه شوې ده) له 55 کلنۍ څخه مخکې ورکړل شوي روغتیايي امتیازات ترې بېرته اخیستل کېدلی شي. د روغتیايي امتیازاتو د بېرته ورکولو لپاره پیسې د مړینې په وخت کې د شخص له ملکیت څخه اخیستل کېدلی شي. که چېرې یو شخص ژوندی مېرمن یا مېره ولري، د هغه تر مړینې پورې به هېڅ ادعا نه شي کولی. که چېرې د 21 کلونو څخه کم عمر لرونکي ماشومان ژوندي وي، هېڅ ادعا یې نه کیږي. که چېرې ژوندي ماشومان چې معلول وي شتون ولري، هېڅ ادعا یې نه شي کېدلی (ORS 115.125).

### د ټولنیز امنیت شمېره

د ټولنیز امنیت شمېرې (SSN) د زیاتره هغو خلکو لپاره اړینې دي چې د روغتیايي امتیازاتو لپاره غوښتنه کوي. ( USC Sec.1320b-7). د ټولنیز امنیت شمېره (SSN) به د دې لپاره وکارول شي چې:

- ډاډ تر لاسه شي چې هیڅوک له یوې څخه په زیاتو کورنیو کې امتیازات نه تر لاسه کوي؛
- وکتل شي چې کوم یو کس کوم ډول امتیازات تر لاسه کولی شي؛
- په یو وخت کې په لوی شمېر قضیو کې بدلونه ترسره شي؛
- ورکړل شوي د زیاتو تادیاتو امتیازات بېرته تر لاسه شي؛
- د فدرالي او دولتي سوابقو سره زموږ سوابق برابر کړي؛ د بیلګې په توګه، د بیکارۍ جبران، د داخلي عوایدو خدمات، د Medicaid او ټولنیز امنیت سوابق؛
- د کاري ځواک اړوند معلومات راټول او څېړنه وشي. دا له قانون جوړوونکو او ادارو سره مرسته کوي چې د اورپگن د خلکو لپاره خدمات ښه کړي.

### د غیر تبعیض بیان

د اورپگن د بشري خدماتو ریاست (ODHS) او د اورپگن د روغتیا اداره (OHA) د هېچا پر وړاندې توپیري چلند نه کوي. دا په دې معنا ده چې ODHS|OHA به له ټولو هغو اشخاصو سره مرسته کوي چې وړ وي او د عمر، نژاد، رنگ، ملي اصلیت، جنسیت، دین، سیاسي عقیدو، معلولیت یا جنسي تمایل له امله به له هېچا سره توپیري چلند ونه کړي. تاسو کولی شکایت ثبت کړئ که چېرې باور لرئ چې DHS یا OHA له تاسو سره د دغو دلایلو له مخې توپیري چلند کوي. د شکایت ثبتولو لپاره، تاسو کولی شئ د والي وکالت دفتر ته زنگ ووهئ یا دې پټي ته لیک ولېږئ:

Governor's Advocacy Office  
500 Summer Street NE, E17  
Salem, OR 97301

503-945-6904, 1-800-442-5238, TTY 711

برېښنالیک: [DHS.INFO@ODHSOHA.OREGON.GOV](mailto:DHS.INFO@ODHSOHA.OREGON.GOV)

"مساوي فرصت په خپله قانون دی"

1د SNAP مراجعین د سیاسي عقیدې اړوند توپیري چلند پر وړاندې خوندي دي.

2جنسي تمایل د اورپگن ایالت له لوري خوندي دي، خو له فدرالي قوانینو څخه نه دی.

### د غوښتونکي حقوق

- د OHA د برنامو، تادیاتو او خدماتو په اړه پوښتنه کول.
- د OHA پروګرامونو لپاره غوښتنه کول.
- له توپیري چلند پرته مؤدبه او عادلانه چلند تر لاسه کول.

- د امریکایانو د معلولیت له قانون سره سم د هر معلول غوښتونکي لپاره د مناسب استوګنځي ترلاسه کول.
- OHA ته د ورکړل شویو معلوماتو د خپرولو د اجازې له ورکولو څخه انکار کول پرته له هغې چې د قانون له مخې ورته اړتیا وي.
- د هر ډول فورمو لپاره چې OHA ته ورکړل شوي وي د رسید غوښتنه کول او ترلاسه کول.
- له یوه مسؤل کس سره خبرې کول.
- د هر هغه عمل په اړه د اورېدنې غوښتنه کول چې تاسو ورسره موافق نه یاست. تاسو د دې کولو لپاره د خبرتیا له نېټې څخه 45 ورځې وخت لرئ. غوښتنه باید د ادارې اورېدنې د غوښتنې په فورمه (DHS 443) کې وي. دا فورمه د OHA په هر دفتر کې شتون لري. په دفتر کې یو څوک کولی شي له تاسو سره د دې فورمې په ډکولو کې مرسته وکړي.
- د دې لپاره چې پوه شئ چې آیا تاسو په 45 ورځو کې دننه د امتیازاتو لپاره وړ یاست او که نه.

#### د غوښتونکي مسؤلیتونه

- ریښتیني، سم او بشپړ معلومات ورکړي.
- په 10 ورځو کې دننه د لاندې بدلونونو راپور ورکړي:
  - د پټې بدلونونه؛
  - د روغتیايي پاملرنې په پوښښ کې نور بدلونونه (روغتیايي، شخصي بیمه، او نور)؛
  - راپور ورکړي که چېرې امېندواره کړي.
- د OHP د مراجعه کوونکو خدماتو ته په 1-800-699-9075 شمېره د زنگ و هلو له لارې د بدلونونو راپور ورکړي.
- د خپل روغتیايي پېژندنې د کارت له کارولو مخکې د روغتیايي پاملرنې چمتو کوونکو ته د نورو روغتیايي پاملرنې د پوښښ په اړه ووايي.

#### د دې غوښتنلیک په لاسلیک کولو سره:

- زه OHA ته اجازه ورکوم چې زما د روغتیايي پاملرنې په سوابقو بیاکتنه وکړي. زه OHA ته اجازه ورکوم چې زما د روغتیايي پاملرنې سوابق د OHA قراردادیانو او د دوی چمتو کوونکو سره شریک کړي.
- زه د ملکیت د ادعا په بیانیه باندې پوهېرم.
- زه په خپلو هغو حقوقو او مسؤلیتونو باندې پوهېرم چې پورته یې یادونه شوې ده.
- زه د ټولنیز امنیت په بیانیه باندې پوهېرم.

زه تصدیق کوم هغه معلومات چې ما په دې غوښتنلیک کې ورکړي دي ریښتیا، دقیق او زما له غوره پوهې سره سم دي.

دا سند له غوښتنې سره سم د معلولیت لرونکو اشخاصو لپاره په بدیله بڼه یا د انګلیسي ژبې پرته په بله ژبه کې د هغو کسانو لپاره شتون لري چې په انګلیسي ژبه د پوهېدو مهارتونه یې ټیټ وي. په بله بڼه یا ژبه باندې د دې فورمې د غوښتنو لپاره، د اورېګن له روغتیايي پلان (OHP) سره په 1-800-699-9075 یا د کڼو یا په اورېدو کې د ستونزو لرونکو لپاره له 1-800-735-2900 شمېرې سره اړیکه ونیسئ

د سښي او رحم د سرطان د درملني د برنامي (BCCTP) غوښتنلیک او د راجع کولو فورمه

ناروغ: مهرباني وکړئ له BCCTP څخه د روغتيايي امتيازاتو د غوښتنو لپاره لاندې برخه بشپړه کړئ

1 برخه - د ناروغ برخه			
د غوښتونکي نوم:		نېټه:	
د زېږېدو نېټه:	د ټولنيز امنيت شمېره:	د تليفون شمېره:	د پيغام تليفون:

د کور پته

سرک:	ښار:	ایالت:	ساحوي کوډ:
------	------	--------	------------

د پوستي صندوق پته: (که توپیر ولري)

سرک:	ښار:	ایالت:	ساحوي کوډ:
------	------	--------	------------

د کورنۍ اندازه: (په دې کې تاسو په خپله، ستاسو مېرمن یا میره او ماشومان که دوی له تاسو سره ژوند کوي، او بل هغه څوک شامل دي چې تاسو د خپلو مالیاتو د سپارلو په فورمو کې شامل کړي وي)

د کورنۍ ټول ناخالص میاشتینۍ عاید: (له مالیاتو مخکې) \_\_\_\_\_

مالیې وړ ټولې میاشتینۍ کمونې چې ستاسو د فدرالي مالیې په ورکولو کې د هغوی ادعا کېدلې شي \_\_\_\_\_

- آیا تاسو د متحده ایالاتو تبعه یا وګړی یاست؟  هو  نه
- آیا تاسو یو غیر تابعه یاست چې د قانوني مهاجرت دریځ لري؟  هو  نه
- آیا تاسو د روغتيايي بیمې کوم ډول پوښښ لری؟  هو  نه
- په دې کې Medicare، شخصي بیمه، او نور شامل دي.

که ځواب مو هو وي، دا کوم ډول پوښښ دی؟ (که شتون ولري د بیمې د کارت کاپي چمتو کړئ).

لاندې پوښتنې به له مور سره مرسته وکړي ترڅو معلومه کړو چې آیا تاسو د OHP د بلي برنامې لپاره وړ کېدلې شئ او که نه.

آیا تاسو په خپل کور کې د یوه ماشوم (له 19 کالو څخه د کم عمره فرد) والدین یا خپلوان یاست؟	<input type="checkbox"/> هو	<input type="checkbox"/> نه
آیا تاسو امېندواره یاست؟	<input type="checkbox"/> هو	<input type="checkbox"/> نه
آیا تاسو د معلولیت اړوند امتيازاتو لپاره غوښتنه کړې ده؟	<input type="checkbox"/> هو	<input type="checkbox"/> نه
آیا تاسو د معلولیت د امتيازاتو د ترلاسه کولو لپاره رد شوي یاست؟	<input type="checkbox"/> هو	<input type="checkbox"/> نه
آیا تاسو د معلولیت اړوند امتيازات ترلاسه کوئ؟	<input type="checkbox"/> هو	<input type="checkbox"/> نه

ما په 2 او 3 پاڼو کې خپل حقوق او مسؤلیتونه لوستلي دي.  هو  نه

(د غوښتونکي لاسلیک)

(نېټه)

