

Контрольный перечень документов для получения дополнительной помощи в покупке рецептурных препаратов

The Wellcare logo consists of the word "wellcare" in a white, lowercase, sans-serif font, centered within a solid black circle. A small "TM" trademark symbol is located at the bottom right of the circle.

Получали ли вы дополнительную помощь ("Extra Help") (пособие для малоимущих) на оплату расходов на рецептурные препараты в 2022 году? Чтобы снова получить помощь в этом году, вам необходимо подать заявление на повторную сертификацию. Или вы уже получаете дополнительную помощь в 2023 году, но суммы ваших дополнительных плат и страховых взносов выше, чем ожидалось. В любом из этих случаев вы можете направить нам копии вашего наиболее убедительного существующего доказательства (Best Available Evidence, BAE).

Наиболее убедительное существующее доказательство включает документы, подтверждающие, что вы имеете право на получение дополнительной помощи. Как только мы с Medicaid/Medicare подтвердим ваше наиболее убедительное существующее доказательство, мы в кратчайшие сроки обновим ваш статус для получения пособия для малоимущих.

Документы, подтверждающие ваше право на его получение перечислены ниже. Пришлите копию одного или нескольких документов из контрольного перечня ниже и отметьте отправленные вами документы. (Включите также этот контрольный список). Чтобы посмотреть примеры, найдите веб-сайт вашего плана на следующих страницах.

- ✓ Карта участника программы Medicaid с указанием имени и даты вступления в силу в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- ✓ Копия документа, выданного государственными органами штата, который подтверждает ваш статус участника программы Medicaid в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- ✓ Письмо из Службы социального обеспечения (SSA) о назначении пособия (с указанием его суммы) для определения права на получение полной или частичной субсидии.
- ✓ Распечатка электронного регистрационного файла, предоставленного государственными органами штата, подтверждающего статус участника программы Medicaid в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- ✓ Печатная копия изображения экрана из системы Medicaid вашего штата, в которой отображен ваш статус участника программы Medicaid в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- ✓ Другие документы, предоставленные государственным органами вашего штата, в которых указан ваш статус участника программы Medicaid в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- ✓ Документ, выданный государственными органами штата, который подтверждает платеж Medicaid от указанного лица учреждению за полный календарный месяц после июня предыдущего календарного года.
- ✓ Печатная копия изображения экрана из системы Medicaid штата, в которой отображен статус лица для пребывания в стационаре на основании пребывания в нем на протяжении как минимум полного календарного месяца в целях совершения платежа Medicaid в течение месяца после июня предыдущего календарного года.

(продолжение на следующей странице)

- ✓ Предоставленное учреждением платежное извещение, подтверждающее платеж Medicaid за полный календарный месяц пребывания и поданное в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- ✓ Письмо от Службы социального обеспечения, подтверждающее получение вами пособия SSI.
- ✓ Заявление лица, признанного отнесенным к определенной категории, подтверждающее «... автоматическое предоставление права на получение дополнительной помощи».
- ✓ Выданное государственными органами штата уведомление о действии, уведомление об определении или уведомление о регистрации с указанием имени получателя услуг, а также даты возникновения права на обслуживание на дому или по месту жительства (Home and Community Based Services, HCBS) в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- ✓ Одобренный государственными органами штата план обслуживания HCBS с указанием имени получателя услуг и даты начала его действия в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- ✓ Полученное от государственных органов штата письмо, подтверждающее предварительное согласие на обслуживание по плану HCBS, с указанием имени получателя услуг и даты начала такого обслуживания в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- ✓ Другие документы, предоставленные государственным органами штата, в которых подтверждено ваше право на обслуживание по плану HCBS в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- ✓ Предоставленный государственным органами штата документ, например платежное извещение, подтверждающее платеж за обслуживание по плану HCBS, с указанием имени получателя услуг и периода действия плана HCBS.



Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт с публикацией «Medicare & You»: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf>

Или перейдите по следующей ссылке для просмотра страницы с документом BAE от CMS: https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html



Если у вас возникнут вопросы, или вам необходима помощь с подачей документов, позвоните по бесплатному номеру для связи с отделом по обслуживанию участников **1-800-431-9007** (TTY **711**).



Уведомление о недопущении дискриминации

Дискриминация незаконна. Компания Wellcare by Health Net соблюдает требования законодательства штата и федерального законодательства о гражданских правах. Компания Wellcare by Health Net не допускает незаконной дискриминации людей, не отказывает им в обслуживании и предоставляет одинаковый уровень обслуживания всем людям независимо от пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

Компания Wellcare by Health Net предоставляет:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями с целью облегчения коммуникации, в том числе:
 - Услуги квалифицированных сурдопереводчиков
 - Печатные материалы в других форматах (крупный шрифт, аудио, электронные форматы с поддержкой специальных возможностей, прочие форматы)
- Бесплатные услуги перевода людям, для которых английский язык не является родным, в том числе:
 - Услуги квалифицированных устных переводчиков
 - Письменные переводы материалов и документов на другие языки

Если вам нужны эти услуги, обращайтесь в компанию Wellcare by Health Net по номеру **1-800-431-9007**. С 1 октября по 31 марта вы можете звонить нам в любой день недели с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября вы можете звонить нам с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. В нерабочее время, в выходные дни и государственные праздники работает автоответчик. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711**. По запросу этот документ можно получить напечатанным шрифтом Брайля, крупным шрифтом, на аудиокассете или в электронном формате. Чтобы получить копию документа в одном из этих альтернативных форматов, позвоните или напишите по адресу:

Wellcare by Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007
TTY: 711

Порядок подачи жалобы

Если вы считаете, что компания Wellcare by Health Net не предоставила указанные услуги или с ее стороны имела место иная незаконная дискриминация по признаку пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации, вы можете подать жалобу в отдел обслуживания участников плана. Жалобу можно подать по телефону, письменно, лично или в электронном виде:

- **По телефону:** свяжитесь с координатором Wellcare by Health Net по вопросам прав граждан по номеру **1-866-458-2208**. С 8 а.м. до 5 р.м. с понедельника по пятницу. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711**.
- **В письменной форме:** заполните форму для подачи жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу:
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **Лично:** обратитесь в приемную своего врача или в компанию Wellcare by Health Net и сообщите, что вы хотите подать жалобу.
- **В электронном виде:** посетите веб-сайт компании Wellcare by Health Net по адресу **www.wellcare.com/healthnetCA**.

Управление по гражданским правам (Office of Civil Rights) — Департамент здравоохранения штата California (California Department of Health Care Services)

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения штата California по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-916-440-7370**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711 (служба коммутируемых сообщений (Telecommunications Relay Service, TRS))**.
- **В письменной форме:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Формы для подачи жалоб можно найти на веб-сайте http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **В электронном виде:** отправьте электронное письмо по адресу **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Управление по гражданским правам (Office of Civil Rights) — Департамент здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services)

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, пола или ограниченных возможностей, вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб США по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-800-368-1019**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **В письменной форме:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Формы для подачи жалоб можно найти на веб-сайте <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **В электронном виде:** посетите портал жалоб Управления по гражданским правам по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**) تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**) وهذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY` **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY` **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងព័ត៌មានផ្សេងៗ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

中文 (Chinese): 注意: 如果您需要以您母语提供的协助, 请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。我们也为残疾人提供辅助和服务, 例如点字和大字体印刷的文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务为免费服务。

فارسی (Farsi): توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-800-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است, مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت. با شماره **1-800-431-9007** (TTY **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Lus Hmoob (Hmong): TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv Ua Ntawv Su thiab cov ntawv loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese): 注意: 言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어(Korean): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian): ສຳຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ

Mienh (Mien): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hngangv zing mangc mv buatc lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (телетайп: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท **1-800-431-9007** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.