

Դեղատոմսային դեղերի լրացուցիչ օգնության ստուգաթերթ



Ստացել էք լրացուցիչ օգնություն (“Extra Help”)՝ աջակցություն Ցածր եկամուտ ունեցողներին սուբսիդավորման տեսքով՝ Ձեր դեղատոմսային դեղերի համար վճարելու 2022 թվականին: Այս տարի կրկին օգնություն ստանալու համար Դուք պետք է վերաատեստավորման դիմեք: Կամ գուցե Դուք արդեն լրացուցիչ օգնություն ստանում եք 2023 թվականին, բայց Ձեր համավճարներն ու ապահովագրավճարները սպասվածից ավելի բարձր են: Երկու դեպքում էլ Դուք կարող եք մեզ ներկայացնել Ձեր լավագույն առկա ապացույցների (Best Available Evidence, BAE) պատճենները:

Լավագույն առկա ապացույցները (Best Available Evidence) ներառում են փաստաթղթեր, որոնք ցույց են տալիս, որ Դուք լրացուցիչ օգնության ստանալու իրավունք ունեք: Երբ մենք Medicaid/Medicare-ի օգնությամբ հաստատենք լավագույն առկա ապացույցները (Best Available Evidence), մենք հնարավորինս արագ կթարմացնենք Ձեր՝ Ցածր եկամուտ ունեցողների սուբսիդավորման կարգավիճակը:

**Ձեր իրավասությունը հաստատող փաստաթղթերը ներկայացված են ստորև:
Խնդրում ենք ստորև բերված ստուգաթերթից ուղարկել մեկ կամ մի քանի
փաստաթղթերի պատճենները և նշել Ձեր կողմից ուղարկվող փաստաթղթերը:
(Ներառեք նաև այս ստուգաթերթը:) Օրինակների ծանոթանալու համար
խնդրում ենք հաջորդ էջերում գտնել Ձեր պլանի կայքէջը:**

- ✓ Medicaid-ի քարտ, որտեղ նշված են անուն-ազգանունը և մասնակցության իրավունք ստանալու ամսաթիվը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսից հետո մեկ ամսվա ընթացքում
- ✓ Պետական փաստաթղթի պատճենը, որը հաստատում է Medicaid-ի ակտիվ կարգավիճակը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսից հետո մեկ ամսվա ընթացքում

(շարունակությունը հաջորդ էջում)

- ✓ Սոցիալական ապահովության վարչության (Social Security Administration, SSA) նամակ՝ լրիվ կամ մասնակի սուբսիդավորում ստանալու իրավասությունը որոշելու
- ✓ Տպագիր նահանգի էլեկտրոնային գրանցման ֆայլից, որը հաստատում է Medicaid-ի կարգավիճակը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսից հետո մեկ ամսվա ընթացքում
- ✓ Էկրանի սքրին Ձեր նահանգի Medicaid-ի համակարգերից, որը հաստատում է Medicaid-ի կարգավիճակը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսից հետո մեկ ամսվա ընթացքում
- ✓ Ձեր նահանգի կողմից տրամադրված այլ փաստաթղթեր, որոնք հաստատում են Medicaid-ի կարգավիճակը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսից հետո մեկ ամսվա ընթացքում
- ✓ Պետական փաստաթուղթ, որը հաստատում է հաստատությանը Medicaid-ի վճարումը տվյալ անձի անունից մեկ ամբողջ օրացուցային ամսվա համար՝ նախորդ օրացուցային տարվա հունիսից հետո
- ✓ Նահանգի Medicaid-ի համակարգերից Էկրանի սքրին, որը հաստատում է տվյալ անձի ինստիտուցիոնալ կարգավիճակը՝ հիմնված Medicaid-ի վճարման նպատակով առնվազն մեկ օրացուցային ամիս մնալու վրա նախորդ օրացուցային տարվա հունիսից հետո մեկ ամսվա ընթացքում
- ✓ Հաստատությունից դրամական փոխանցում, որը հաստատում է Medicaid-ի վճարումը ամբողջ օրացուցային ամսվա համար նախորդ օրացուցային տարվա հունիսին հաջորդող մեկ ամսվա ընթացքում
- ✓ Սոցիալական ապահովության ծառայությունից նամակ, որը հաստատում է, որ Դուք սոցիալական ապահովության եկամուտ (SSI) եք ստանում
- ✓ Իրավասու հաստատված անձի կողմից ներկայացված դիմում, որը հաստատում է «... ավտոմատ կերպով իրավասու է «Լրացուցիչ օգնություն» ստանալու»
- ✓ Նահանգի կողմից տրված՝ գործողության մասին պետական ծանուցում (Notice of Action), Ընդունված որոշման մասին ծանուցում (Notice of Determination) կամ Անդամագրման մասին ծանուցում (Notice of Enrollment), որը ներառում է շահառուի անուն-ազգանունը և HCBS (Տանը և ըստ բնակության վայրի մատուցվող ծառայությունների) ստանալու իրավունքի ստացման ամսաթիվը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսից հետո մեկ ամսվա ընթացքում:
- ✓ Նահանգի կողմից հաստատված HCBS սպասարկման պլան, որը ներառում է շահառուի անուն-ազգանունը և ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը՝ սկսվող նախորդ օրացուցային տարվա հունիսին հաջորդող մեկ ամսվա ընթացքում
- ✓ Նահանգի կողմից տրված՝ նախնական թույլտվության նամակ, որը ներառում է շահառուի անուն-ազգանունը և ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը՝ սկսվող նախորդ օրացուցային տարվա հունիսին հաջորդող մեկ ամսվա ընթացքում

(շարունակությունը հաջորդ էջում)

- ✓ Նահանգի կողմից տրամադրված այլ փաստաթղթեր, որոնք հաստատում են HCBS ծրագրում մասնակցելու իրավունքը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսից հետո մեկ ամսվա ընթացքում; կամ
- ✓ Նահանգի կողմից տրված փաստաթուղթ, ինչպիսին է դրամական փոխանցման մասին ծանուցումը, որը հաստատում է HCBS-ի համար վճարումը՝ ներառյալ շահառուի անուն-ազգանունը և HCBS-ի ամսաթվերը



Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք
«Medicare & You» հրապարակման կայքը հետևյալ հասցեով՝
<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf>

Կամ օգտվեք հետևյալ հղումից՝ CMS-ի BAE-ի էջը դիտելու՝
https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html



Հարցերի առկայության կամ փաստաթղթերի ուղարկման հետ կապված օգնության անհրաժեշտության դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամագրվածների սպասարկման բաժին հետևյալ անվճար հեռախոսահամարով՝ **1-800-431-9007** (ԿԿ՝ **711**):



Չխտրականության ծանուցում

Խտրականությունը հակասում է օրենքին: Wellcare by Health Net-ը հետևում է նահանգային և դաշնային քաղաքացիական իրավունքների օրենքներին: Wellcare by Health Net-ը ապօրինի խտրականություն չի դնում, չի բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ չի վերաբերվում նրանց՝ ըստ սեռի, ռասայի, գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային պատկանելության, էթնիկ խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ամուսնության կարգավիճակի, սեռի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման:

Wellcare by Health Net-ը տրամադրում է՝

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ օգնելու նրանց ավելի լավ հաղորդակցվել, ինչպիսիք են՝
 - Ժեստերի լեզվի որակավորված թարգմանիչներ
 - Գրավոր տեղեկատվություն այլ ձևաչափերով (մեծ տպագիր, աուդիո, հասանելի էլեկտրոնային և այլ ձևաչափեր)
- Անվճար լեզվական ծառայություններ այն մարդկանց, ում հիմնական լեզուն անգլերենը չէ, օրինակ՝
 - Որակավորված թարգմանիչներ
 - Այլ լեզուներով գրված տեղեկատվություն

Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, զանգահարեք Wellcare by Health Net-ին՝ **1-800-431-9007**: Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը մեզ կարող եք զանգահարել շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը կարող եք զանգահարել մեզ երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.: Հաղորդագրությունների համակարգն աշխատում է աշխատանքային ժամերից հետո և հանգստյան օրերին: Եթե չեք կարողանում լավ լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել՝ **TTY 711**: Հարցման դեպքում այս փաստաթուղթը կարող է հասանելի լինել բրայլյան, մեծ տպագիր, աուդիո ձայներիցով կամ էլեկտրոնային ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով պատճեն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

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

Ինչպե՞ս բողոք ներկայացնել

Եթե կարծում եք, որ Wellcare by Health Net-ը չի տրամադրել այս ծառայությունները կամ ապօրինի կերպով խտրականություն է դրսևորել՝ ըստ սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային ծագման, էթնիկ խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական խնդրի, գենետիկական տվյալների, ամուսնական կարգավիճակի, սեռի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել Անդամների ծառայությունների կենտրոն: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր, անձամբ կամ էլեկտրոնային եղանակով՝

- **Հեռախոսով.** Կապվեք Wellcare by Health Net-ի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողի հետ՝ զանգահարելով **1-866-458-2208** հեռախոսահամարով: Ժամը՝ 8 a.m.-ից մինչև 5 p.m., երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Կամ, եթե չեք կարող լավ լսել կամ խոսել, խնդրում ենք **զանգահարել TTY: 711**.
- **Գրավոր.** Լրացրեք բողոքի ձևը կամ գրեք նամակ և ուղարկեք այն՝
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **Անձամբ.** Այցելեք ձեր բժշկի գրասենյակ կամ Wellcare by Health Net գրասենյակ և ասեք, որ ցանկանում եք բողոք ներկայացնել:
- **Էլեկտրոնային տարբերակով.** Այցելեք՝ Wellcare by Health Net-ի կայքը՝
www.wellcare.com/healthnetCA:

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ – California-ի Առողջապահության ծառայությունների բաժին

Դուք կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել California-ի Առողջապահական ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով.

- **Չեռախոսով.** Չանգահարե՛ք՝ **1-916-440-7370**: Եթե չեք կարողանում լավ խոսել կամ լսել, ինդրում ենք զանգահարել **TTY: 711 (Telecommunications Relay Service)**:
- **Գրավոր.** Լրացրե՛ք՝ բողոքի ձևը կամ՝ նամակ ուղարկե՛ք հետևյալ հասցեով.
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
Բողոքի ձևերը հասանելի են հետևյալ հասցեով՝ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- Էլեկտրոնային եղանակով. Էլ. նամակ ուղարկե՛ք՝ **CivilRights@dhcs.ca.gov**:

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ – ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչություն

Եթե կարծում եք, որ խտրականության եք ենթարկվել ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա, կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով.

- **Չեռախոսով՝ զանգահարե՛ք 1-800-368-1019**: Եթե չեք կարողանում լավ խոսել կամ լսել, ինդրում ենք զանգահարել՝ **TTY/TDD 1-800-537-7697**:
- **Գրավոր.** Լրացրե՛ք՝ բողոքի ձևը կամ՝ նամակ ուղարկե՛ք հետևյալ հասցեով.
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Բողոքի ձևերը հասանելի են՝ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>:
- **Էլեկտրոնային եղանակով.** Այցելե՛ք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի բողոքների պորտալ՝ <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.