

درخواست خدمات «ویژه تنظیم خانواده» (Family Planning Only) برای غیر شهروندان

<p>برنامه خدمات FPO برای غیر شهروندان (با بودجه دولتی) برای اشخاصی است که از الزامات وضعیت شهروندی یا مهاجرتی برخوردار نیستند، یا کسانی که حداقل 5 سال از مهاجرتشان نگذشته است. برنامه‌های FPO برای آن دسته از ساکنین واشنگتن با درآمدی به میزان 260% خط فقر فدرال (FPL) یا کمتر از آن، فارغ از جنسیت و وضعیت مهاجرتی، که واجد شرایط برنامه‌های Apple Health به طور کامل نیستند و پوشش بیمه‌ای دیگری ندارند، در دسترس است.</p> <p>برنامه‌های FPO همچنین برای اشخاص بیمه‌گر که به دنبال خدمات تنظیم خانواده محرمانه هستند نیز در دسترس است. شما می‌توانید هر زمان که بخواهید برای برنامه‌های FPO درخواست بدهید.</p>	<p>آیا واجد شرایط برنامه خدمات FPO برای غیر شهروندان (با بودجه دولتی) هستید</p>
<p>اگر در حال حاضر در واشنگتن زندگی می‌کنید و قصد دارید در آن ساکن شوید، برای کارایی وارد ایالت شده‌اید یا با تعهد کاری به آن وارد شده‌اید، مقیم ایالت واشنگتن محسوب می‌شوید.</p>	<p>آیا مقیم ایالت واشنگتن محسوب می‌شوید؟</p>
<p>مزایا شامل این موارد است، اما به این‌ها محدود نمی‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ویزیت پیشگیرانه تنظیم خانواده جامع • مشاوره، آموزش، آغاز و مدیریت کنترل زاد و ولد (که به آن پیشگیری از بارداری هم گفته می‌شود) • غربالگری سرطان گردن • برخی آزمایش‌ها و درمان‌های مربوط به بیماری‌های مقاربتی (STD) و عفونت‌های مقاربتی (STI) • ابزارهای پیشگیری از بارداری (کنترل زاد و ولد) با نسخه و بدون نسخه • رویه‌های استریلاسیون 	<p>چه مزایایی پوشش داده می‌شوند؟</p>
<p>شما می‌توانید در هر زمان، از طریق یکی از ارائه‌دهندگان که Apple Health را می‌پذیرد، یا خودتان از طریق تماس با شماره تلفن 1-800-562-3022 یا ثبت این درخواست از طرق زیر، درخواست خود را برای برنامه‌های FPO ثبت کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نشانی پستی: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531 • فکس: 1-866-841-2267 • ایمیل: apple@hca.wa.gov 	<p>چگونه باید درخواست داد؟</p>
<p>برنامه‌های Apple Health موجود که شامل برنامه‌های افراد تأیید صلاحیت نشده و مهاجران غیرقانونی است را مشاهده کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hca.wa.gov/apple-health-non-citizens • hca.wa.gov/apple-health-pregnant-individuals 	<p>چه گزینه‌های پوشش سلامت دیگری در واشنگتن در دسترس است؟</p>
<p>هر آنچه می‌توانید را تکمیل کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره پرسش‌های خاص موجود در بخش 1 درخواست، پایین را مشاهده کنید.</p>	<p>چگونه باید بخش 1 را تکمیل کنید؟</p>

<p>نهاد مراقبت از سلامت از این اطلاعات استفاده می‌کند تا با تأیید هویت، شهروندی، وضعیت مهاجرت، تاریخ تولد و امکان استفاده شما از سایر پوشش‌های سلامت، صلاحیت‌تان را احراز کند. نهاد مراقبت از سلامت این اطلاعات را با هیچ سازمان مهاجرتی با نیت اجرای قانون مهاجرت به اشتراک نمی‌گذارد.</p> <p>ثبت درخواست برای برنامه خدمات FPO برای غیر شهروندان (با بودجه دولتی) بر روی وضعیت مهاجرتی یا احتمال کسب اقامت دائم یا شهروندی شما اثر نمی‌گذارد. اگر شماره تأمین اجتماعی ندارید، این بخش‌ها را خالی بگذارید.</p>	<p>نهاد مراقبت از سلامت (HCA) چگونه از شماره‌های تأمین اجتماعی (SSN) شما استفاده خواهد کرد؟</p>
<p>نهاد مراقبت از سلامت از این اطلاعات استفاده می‌کند تا با تأیید هویت، شهروندی، وضعیت مهاجرت، تاریخ تولد و امکان استفاده شما از سایر پوشش‌های سلامت، صلاحیت‌تان را احراز کند.</p> <p>نهاد مراقبت از سلامت این اطلاعات را با هیچ سازمان مهاجرتی با نیت اجرای قانون مهاجرت به اشتراک نمی‌گذارد.</p> <p>صلاحیت برخورداری از برنامه خدمات FPO برای غیر شهروندان (بودجه غیر دولتی) معاف از آزمون در صورت داشتن هرگونه سؤال یا دغدغه درباره نحوه تأثیر یک درخواست Apple Health برنامه خدمات FPO برای غیر شهروندان (با بودجه دولتی) بر وضعیت مهاجرتی یا احتمال دریافت اقامت دائم یا شهروندی خود، با یک وکیل مهاجرت تماس بگیرید.</p>	<p>نهاد مراقبت از سلامت چگونه از وضعیت مهاجرتی شما استفاده خواهد کرد؟</p>
<p>جهت دریافت راهنمایی رایگان به زبانی دیگر (شامل مترجم شفاهی یا ترجمه محتوای چاپی) یا اقامت ویژه توان‌یابان، با شماره 1-800-562-3022 تماس بگیرید. کسب اطلاعات بیشتر: hca.wa.gov/interpreter-services</p>	<p>آیا هنگام ثبت درخواست، خدمات زبانی یا ویژه توان‌یابان ارائه می‌شود؟</p>
<p>بله. «نماینده مجاز» شخص بزرگسالی است که از شرایط خانواده به قدر کافی آگاه است و خانواده برای اقدام از طرف آن‌ها برای احراز صلاحیت به او اختیار داده است. این موضوع متفاوت از شریک شدن با یک هدایت‌گر یا کارگزار است.</p>	<p>آیا می‌توان از یک نماینده مجاز (AREP) برای ثبت درخواست استفاده کرد؟</p>
<p>درآمد باید برابر یا کمتر از 260% خط فقر فدرال باشد. جهت کسب اطلاعات بیشتر را مشاهده کنید hca.wa.gov/family-planning</p>	<p>الزامات درآمدی برنامه FPO چه هستند؟</p>
<p>اندازه خانوار بر مبنای وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی تعیین می‌شود. یک عضو خانوار همسر یا فرد تحت تکفلی است که درخواست‌کننده برای او پرونده مالیاتی تشکیل می‌دهد یا ادعا می‌کند که او تحت تکفل مالیاتی است. اگر شما پرونده مالیاتی تشکیل نمی‌دهید، یک عضو خانوار همسر یا فرد تحت تکفلی است که با شما در یک خانه زندگی می‌کند.</p>	<p>اندازه خانوار چگونه تعیین می‌شود؟</p>

<p>ممکن است علی‌رغم داشتن بیمه‌ای دیگر هم واجد شرایط خدمات تنظیم خانواده محرمانه باشید، منوط بر اینکه از یکی از معافیات زیر برخوردار باشید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • به دنبال خدمات تنظیم خانواده محرمانه هستید و 18 سال یا بیشتر سن دارید، یا • قربانی خشونت خانگی هستید و تحت پوشش بیمه سلامت آزارگر خود هستید. <p>جهت نام‌نویسی در خدمات محرمانه با نهاد مراقبت از سلامت به شماره 1-800-562-3022 تماس بگیرید</p>	<p>اگر بیمه دیگری داشته باشید و به خدمات محرمانه نیاز داشته باشد چه؟</p>
<p>اگر بیمه دیگری دارید که خدمات تنظیم خانواده را پوشش می‌دهد واجد شرایط خدمات ویژه تنظیم خانواده نیستید، مگر اینکه به دنبال خدمات تنظیم خانواده محرمانه باشید.</p>	<p>اگر بیمه دیگری داشته باشید چه؟</p>
<p>در صورتی که واجد شرایط Apple Health جامع باشید می‌توانید از مزایایی مثل بیمارستان سرپایی و غیرسرپایی، خدمات سلامت در منزل، خدمات پزشکی، داروهای دارای نسخه، خدمات دندانپزشکی و درمان فیزیکی بهره‌مند شوید.</p> <p>ما توصیه می‌کنیم که جهت دریافت حداکثر مزایای سلامتی که واجد شرایط آن هستید، پوشش جامع Apple Health را درخواست کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره Apple Health جامع، به این نشانی مراجعه کنید: hca.wa.gov/apple-health.</p> <p>در صورت دریافت خدمات ویژه تنظیم خانواده علی‌رغم عدم احراز صلاحیت، می‌توانید از حق خود برای درخواست Apple Health جامع صرف‌نظر کنید.</p>	<p>Apple Health (Medicaid) جامع چیست و آیا باید از حق خود برای درخواست آن صرف‌نظر کنید؟</p>
<p>درخواست‌ها به ترتیب دریافت ظرف 45 روز پیش رسیدگی می‌شوند. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، از طریق تلفن و/یا مکاتبه با شما تماس گرفته خواهد شد. به مجرد رسیدگی، نامه موافقت یا مخالفت برایتان ارسال خواهد شد.</p> <p>ممکن است برخی ارائه‌دهندگان هنگام انتظار برای ثبت و رسیدگی به درخواستتان به شما خدمات ارائه دهند.</p>	<p>کی و چگونه از وضعیت درخواست خود باخبر خواهید شد؟</p>
<p>بله، شما می‌توانید در صورت مخالفت با تشخیص نهاد مراقبت از سلامت، Washington Healthplanfinder یا وزارت خدمات اجتماعی و سلامت (DSHS) که بر صلاحیت شما برای پوشش سلامت تأثیر می‌گذارد، ظرف 90 روز فرجام‌خواهی کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره فرآیند فرجام‌خواهی به مراجعه کنید.</p> <p>hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid</p>	<p>آیا می‌توانید درباره تشخیص صلاحیت فرجام‌خواهی کنید؟</p>
<p>اطلاعات بیشتر را می‌توان در پیدا کرد hca.wa.gov/family-planning</p>	<p>از کجا می‌توانید به اطلاعات بیشتر دسترسی داشته باشید؟</p>

درخواست خدمات «ویژه تنظیم خانواده» (Family Planning Only) برای غیر شهروندان

آیا در حال حاضر باردار هستید؟ بله خیر در صورتی که جواب شما «بله» است، واجد شرایط خدمات تنظیم خانواده نیستید، اما ممکن است واجد شرایط پوشش سلامت باشید. درخواست آنلاین در wahealthplanfinder.org

با پر کردن این درخواست، شما تصدیق می‌کنید که برای برنامه ویژه خدمات تنظیم خانواده درخواست ثبت می‌کنید.

1. اطلاعات متقاضی و اطلاعات تماس

نام (از نام کامل حقوقی خود استفاده کنید)		مخفف نام میانی		نام خانوادگی	
مرد	زن	تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی (در صورت داشتن)	مقیم واشنگتن؟ بله خیر	
ادرس محل زندگی		آپارتمان شماره	شهر	ایالت	کد پستی
نشانی پستی		آپارتمان شماره	شهر	ایالت	کد پستی
شماره تلفن منزل/ثابت/ترجیحی		شماره تلفن کاری/پیام		آیا می‌توانیم از طریق شماره تلفن‌های منزل با شما تماس بگیریم؟ بله خیر	
ادرس ایمیل					
آیا برای صحبت کردن، خواندن یا نوشتن به زبان انگلیسی مشکل دارید؟ بله خیر					
آیا به مترجم شفاهی نیاز دارید؟ بله خیر به چه زبان‌هایی صحبت می‌کنید؟					

اینجانب با دارا بودن این شرایط، به دنبال خدمات محرمانه هستم:

سن من 18 سال یا کمتر است؛ یا

قربانی خشونت خانگی هستم و تحت پوشش بیمه سلامت فرد سوءاستفاده‌گر خود قرار دارم

آیا از پوشش بیمه سلامت خصوصی یا Apple Health (Medicaid) برخوردار هستید؟ بله خیر

اگر خیر، می‌توانید با انتخاب گزینه زیر، آگاهانه پوشش Apple Health جامع را انتخاب نکرده و همچنان دارای صلاحیت برخوردار از برنامه‌های ویژه تنظیم خانواده باشید.

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه احراز صلاحیت برای سایر پوشش‌های مراقبت از سلامت، می‌توانید در نشانی درخواست بدهید.

wahealthplanfinder.org

من انتخاب می‌کنم که برای پوشش ویژه تنظیم خانواده درخواست خود را ثبت کنم و آگاهانه انتخاب می‌کنم که Apple Health (Medicaid) درخواست نکنم.

2. درآمد از استخدام/خویش فرمایی

کسب شده توسط شما		کسب شده توسط دیگر اعضای خانوار	
نام کارفرمای فعلی (شغل اول)	شماره تلفن	نام کارفرمای فعلی (شغل اول)	شماره تلفن
درآمد ماهانه تخمینی پیش از کسر مالیات (و/یا درآمد خالص برای خویش فرمایی)	خویش فرما؟ بله خیر	درآمد ماهانه تخمینی پیش از کسر مالیات (و/یا درآمد خالص برای خویش فرمایی)	خویش فرما؟ بله خیر
نام کارفرمای فعلی (شغل دوم)	شماره تلفن	نام کارفرمای فعلی (شغل دوم)	شماره تلفن
درآمد ماهانه تخمینی پیش از کسر مالیات (و/یا درآمد خالص برای خویش فرمایی)	خویش فرما؟ بله خیر	درآمد ماهانه تخمینی پیش از کسر مالیات (و/یا درآمد خالص برای خویش فرمایی)	خویش فرما؟ بله خیر

اگر یکی از اعضای خانواده بیش از دو کارفرما دارید، یک کاغذ دیگر ضمیمه کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه گزارش درآمد، به مراجعه کنید wahbexchange.org/how-to-report-income.

3. سایر درآمدهای خانواده

مبلغ ماهانه: چه کسی این مبلغ را دریافت می‌کند:

_____	نفقه/پشتیبانی مالی همسر
_____	درآمد از اجاره و/یا حق ثبت (خالص)
_____	مزایای تأمین اجتماعی/بازنشستگی راه آهن
_____	بیکار
_____	درآمد بازنشستگی، شامل: مقرر، سنوات و/یا توزیع IRA
_____	سود سهام، اوراق بهادار، سهام، سود سرمایه، ارز خارجی،
_____	تراست/ سایر درآمدهای سرمایه‌گذاری
_____	درآمد قبيله‌ای مشمول مالیات
_____	درآمد کشاورزی و ماهیگیری (خالص)
_____	سایر درآمدهای مشمول مالیات

4. کسورات خانوار

مبلغ ماهانه: چه کسی این مبلغ را دریافت می‌کند:

_____	نفقه/پشتیبانی مالی همسر پرداخت شده
_____	مشارکت/IRA یا مشارکت‌های حساب بازنشستگی پیش از مالیات
_____	پرداخت بهره وام دانشجویی
_____	هزینه‌های جابجایی برای اعضای نیروهای مسلح
_____	مخارج مدرس
_____	مشارکت‌های حساب پس‌انداز سلامت
_____	جریمه برداشت زود هنگام پس‌انداز
_____	مخارج کسب و کار قابل ادعای مشخص

5. وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی

وضعیت تشکیل پرونده مالیاتی شما برای این سال چه خواهد بود؟
پر کردن به صورت تنهایی پر کردن اشخاص متأهل به صورت جداگانه
پر کردن اشخاص متأهل به صورت مشترک

تحت تکفل مالیاتی شخصی از خانوار تحت تکفل مالیاتی شخصی خارج از خانوار بی‌نیاز از تشکیل پرونده مالیاتی

آیا به صورت قانونی ازدواج کرده‌اید؟
بله خیر

اگر بله، نام حقوقی کامل همسران را بنویسید

کوچک، میانی، خانوادگی

در صورت تسلیم اظهارنامه مالیاتی، چند شخص را تحت تکفل مالیاتی خود خواهید داشت؟
_____ اگر خیر، چند فرزند دارید؟ _____

6. زیان شغلی اخیر

آیا در 90 روز گذشته شغل خود را ترک گفته یا از دست داده‌اید؟
بله خیر

آیا در 90 روز گذشته همسر شما شغل خود را ترک گفته یا از دست داده است؟
بله خیر

اگر بله، نام کسب و کار: _____

تاریخ پایان کار: _____
اگر بله، نام کسب و کار: _____

تاریخ پایان کار: _____

7. پیشینه قومی/نژادی

ما از شما می‌خواهیم که داوطلبانه پیشینه نژادی یا قومی خود را به ما بگویید. این اطلاعات در تشخیص صلاحیت شما برای خدمات استفاده نخواهد شد.

سفیدپوست

سیاه‌پوست یا آفریقایی‌آمریکایی

ویتنامی/لائوتی/کامبوجی

هیسپانیک

سرخپوست یا بومی آلاسکا

سایر جزایر آسیایی یا پاسیفیک

سایر: _____

نام قبیله: _____

8. متن زیر را پیش از امضا به دقت بخوانید

می‌دانم که:

- نهاد مراقبت از سلامت ممکن از من بخواهد اطلاعاتی که ارائه کرده‌ام را ثابت کند. نهاد مراقبت از سلامت ممکن است به من کمک کند گواهی را به دست آورم یا با سایر سازمان‌ها و اشخاص برای آن تماس بگیرم.
- اطلاعات من ممکن است توسط سایر سازمان‌های ایالتی یا فدرال بررسی شود.
- با درخواست و دریافت یارانه پوشش پزشکی، من تمام حقوق برای هرگونه پشتیبانی پزشکی و پرداخت طرف ثالث برای خدمات پزشکی را به ایالت واشنگتن می‌دهم.
- من درک می‌کنم که این درخواست برای خدمات تنظیم خانواده صرفاً جهت جلوگیری از بارداری است. اگر به یارانه پوشش پزشکی دیگری نیاز داشته باشم، می‌توانم Washington Healthplanfinder را درخواست کنم (washingtonconnection.org). اگر به یارانه غذا یا تمپر غذا نیاز داشته باشم، می‌توانم در اداره خدمات اجتماعی DSHS یا Washington Connection (washingtonconnection.org) درخواست بدهم.
- من باید به هرگونه درخواست برای اطلاعات بیشتر ظرف 15 روز کاری پاسخ بدهم. در غین این صورت، درخواست من رد خواهد شد و من مسئول تمام هزینه‌های تحمیل شده بر دفتر ارائه‌دهنده تنظیم خانواده خود خواهم بود.

9. نماینده مجاز اختیاری (AREP)

نام / سازمان

شماره تلفن

نشانی پستی

آپارتمان شماره شهر

ایالت

کد پستی

من اطلاعات ارائه شده به اینجانب در این فرم را خوانده‌ام و می‌فهمم. من اطلاعات موجود در این تقاضانامه را خوانده و متوجه شده‌ام. من اعلام می‌کنم که طبق مجازات شهادت دروغ، اطلاعاتی که در این تقاضانامه ارائه کرده‌ام، بر اساس اطلاعات من درست و صحیح هستند.

امضا درخواست‌دهنده

تاریخ

فرم تکمیل شده را از یکی از راه‌های زیر به نهاد مراقبت از سلامت بازگردانید:

- نشانی پستی: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531 • فکس: 1-866-841-2267
- تلفن: 1-800-562-3022
- ایمیل: apple@hca.wa.gov