

درخواست صرفاً خدمات تنظیم خانواده

<p>برنامه‌های FPO برای آن دسته از ساکنین واشنگتن، فارغ از جنسیت و وضعیت مهاجرت، با درآمد در سطح 260% خط فقر فدرال (FPL) یا پایین‌تر از آن در دسترس است که واجد شرایط دریافت برنامه‌های Apple Health کامل نیستند و پوشش سلامت دیگری ندارند. مشتریان بیمه‌شده که به دنبال خدمات تنظیم خانواده محرمانه هستند می‌توانند برای برنامه‌های FPO درخواست دهند.</p>	<p>آیا واجد شرایط برنامه‌های صرفاً تنظیم خانواده (FPO) هستید؟</p>
<p>این مزایا شامل، اما نه محدود به این موارد است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ویزیت پیشگیرانه تنظیم خانواده جامع • مشاوره، آموزش، شروع و مدیریت کنترل بارداری و روش‌های ضد بارداری • غربالگری سرطان دهانه رحم • آزمایش و درمان بیماری‌های آمیزشی (STD) و عفونت‌های مقاربتی (STI) • داروهای ضد بارداری تجویزی و بدون نسخه • رویه‌های عقیم‌سازی 	<p>چه مزایایی تحت پوشش قرار می‌گیرد؟</p>
<p>شما می‌توانید در هر زمان نزد ارائه‌دهنده‌ای که Apple Health را می‌پذیرد برای برنامه‌های FPO درخواست دهید.</p>	<p>نحوه درخواست چگونه است؟</p>
<p>درخواست‌کننده باید تا جایی که اطلاع دارد، این بخش را به‌طور کامل تکمیل کند. اطلاعات بیشتر در رابطه با سؤالات خاص در بخش 1 درخواست، در قسمت بعدی این راهنما ارائه شده است.</p>	<p>چگونه باید بخش 1 را تکمیل کنید؟</p>
<p>برای دریافت راهنمایی رایگان به زبان دیگر (شامل مترجم شفاهی یا ترجمه مطالب چاپی) یا تطبیق برای افراد توان‌خواه، با شماره 1-800-562-3022 تماس بگیرید.</p>	<p>آیا خدمات زبانی یا خدمات افراد توان‌خواه هنگام درخواست در دسترس است؟</p>
<p>AREP به فرد بزرگسالی گفته می‌شود که به اندازه کافی از شرایط خانواده مطلع است و از طرف خانواده قانوناً اجازه دارد تا به جای آن‌ها اقدامات مربوط به احراز صلاحیت را انجام دهد. این مورد با شراکت با راهنما یا کارگزار تفاوت دارد.</p>	<p>می‌توانید برای درخواست از نماینده مجاز (AREP) استفاده کنید؟</p>
<p>درآمد باید در سطح 260% خط فقر فدرال (FPL) یا پایین‌تر از آن قرار داشته باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر از hca.wa.gov/family-planning بازدید نمایید.</p>	<p>الزامات مربوط به حقوق چیست؟</p>
<p>تعداد افراد خانوار بر اساس وضعیت تکمیل فرم مالیات تعیین می‌شود. عضو خانوار به همسر یا فرد تحت تکفلی گفته می‌شود که درخواست‌کننده فرم مالیات برای او پر می‌کند یا او را به‌عنوان فرد تحت تکفل مشمول مالیات معرفی می‌کند. اگر فرم مالیات تکمیل نکرده‌اید، عضو خانوار به همسر یا فرد تحت تکفلی گفته می‌شود که در همان خانه زندگی می‌کند.</p>	<p>نحوه تعیین اندازه خانوار چگونه است؟</p>
<p>ساکنین ایالت واشنگتن در حال حاضر در واشنگتن سکونت دارند یا قصد سکونت در آنجا را دارند، یا وارد این ایالت شده و به دنبال شغل هستند یا با تعهد شغلی وارد ایالت شده‌اند.</p>	<p>آیا ساکن ایالت واشنگتن در نظر گرفته می‌شوید؟</p>
<p>افراد بیمه‌شده ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات تنظیم خانواده محرمانه باشند، به شرطی که یکی از این موارد استثناً در مورد شما صدق کند: به دنبال خدمات تنظیم خانواده محرمانه بوده و 18 سال یا کمتر داشته باشید؛ یا قربانی خشونت خانگی بوده و تحت پوشش بیمه سلامت سوءاستفاده‌کننده خود قرار داشته باشید.</p>	<p>در صورتی که به خدمات محرمانه نیاز داشته باشم باید چه کاری انجام دهم؟</p>
<p>در صورت برخوردار بودن از بیمه دیگر، واجد شرایط خدمات FPO نخواهید بود، مگر اینکه به دنبال خدمات تنظیم خانواده محرمانه باشید.</p>	<p>اگر بیمه دیگری داشته باشید چه می‌شود؟</p>

<p>HCA با تأیید هویت، شهروندی، وضعیت مهاجرت، تاریخ تولد، و در دسترس بودن پوشش مراقبت‌های بهداشتی دیگر، از این اطلاعات برای تعیین واجد شرایط بودن شما استفاده می‌کند. HCA این اطلاعات را در اختیار سازمان مهاجرت قرار نمی‌دهد. اگر SSN یا شماره مدرک مهاجرت ندارید، آن قسمت‌ها را خالی بگذارید.</p>	<p>اداره امور مراقبت‌های بهداشتی (HCA) چگونه از شماره تأمین اجتماعی (SSN) یا اطلاعات وضعیت مهاجرت شما استفاده خواهد کرد؟</p>
<p>اگر واجد شرایط Apple Health کامل باشید، شما واجد شرایط دریافت تمام مزایای الزامی هستید، از جمله درمان بستری یا سرپایی در بیمارستان، سلامت خانه، و خدمات پزشکی، و مزایای اختیاری نظیر داروهای تجویزی، خدمات دندانپزشکی و فیزیوتراپی. به نفع شماست که برای Apple Health (Medicaid) کامل درخواست دهید تا حداکثر پوشش مزایای سلامت را که ممکن است واجد شرایط آن باشید دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد Apple Health کامل، از این لینک بازدید نمایید: https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage.</p>	<p>Apple Health (Medicaid) کامل چیست و آیا باید از حق درخواست دادن برای آن بگذرید؟</p>
<p>قانون ملی ثبت نام رأی‌دهندگان مصوب 1973 تمام ایالت‌ها را ملزم می‌سازد که ثبت نام رأی‌دهنده را از طریق دفاتر امداد عمومی انجام دهند. درخواست ثبت نام یا خودداری از ثبت نام برای رأی‌دهی، بر خدمات یا مزایای ارائه شده از طریق این سازمان تأثیری نخواهد داشت. می‌توانید از طریق vote.wa.gov برای رأی دادن ثبت نام کنید یا فرم ثبت نام رأی‌دهنده را از طریق تماس با شماره 1-800-448-4881 سفارش دهید.</p>	<p>آیا اطلاعات ثبت نام رأی‌دهنده موجود است؟</p>
<p>درخواست‌ها به ترتیب دریافت، ظرف 45 روز بررسی می‌شوند. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، از طریق تلفن و/یا پست با متقاضیان تماس گرفته خواهد شد. پس از بررسی، نامه تأیید یا رد از طریق پست ارسال خواهد شد. ممکن است هنگامی که در انتظار ارسال و بررسی درخواست خود هستید، بعضی از ارائه‌دهندگان به شما خدمات ارائه دهند.</p>	<p>چگونه و چه زمانی از وضعیت درخواست خود مطلع خواهید شد؟</p>
<p>بله، اگر با تصمیم Washington Healthplanfinder، HCA یا سازمان خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS) تأثیرگذار بر واجد شرایط بودن شما برای پوشش سلامت موافق نیستید، می‌توانید ظرف 90 روز درخواست تجدیدنظر ارسال کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد فرایند تجدیدنظر، از hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid بازدید نمایید.</p>	<p>آیا می‌توانید در رابطه با تعیین احراز صلاحیت خود درخواست تجدیدنظر بدهید؟</p>
<p>شبکه تنظیم خانواده Washington State Department of Health طیف کاملی از خدمات تنظیم خانواده را ارائه می‌دهد. اطلاعات بیشتر را می‌توانید از طریق بازدید از doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices به دست آورید.</p>	<p>چه خدمات تنظیم خانواده دیگری در ایالت واشنگتن در دسترس است؟</p>
<p>سایر برنامه‌های موجود Washington Apple Health، از جمله خدمات مهاجران فاقد شرایط و فاقد مدارک قانونی و مراقبت مرتبط با بارداری را در hca.wa.gov/apple-health مشاهده کنید.</p>	<p>چه گزینه‌های پوشش سلامت دیگری در ایالت واشنگتن در دسترس است؟</p>
<p>برای اطلاعات تکمیلی می‌توانید به hca.wa.gov/family-planning مراجعه کنید.</p>	<p>از کجا می‌توانید اطلاعات بیشتری پیدا کنید؟</p>

درخواست صرفاً خدمات تنظیم خانواده

آیا در حال حاضر باردار هستید؟ بله خیر اگر پاسخ شما «بله» است، شما واجد شرایط دریافت خدمات تنظیم خانواده نیستید، اما ممکن است واجد شرایط دریافت پوشش سلامت باشید. درخواست خود را به صورت آنلاین در نشانی www.washingtonconnection.org ثبت کنید تا تکمیل این درخواست، تأیید می‌کنید که فقط درخواست خدمات تنظیم خانواده می‌دهید.

1. متقاضی و اطلاعات تماس

نام خانوادگی	حرف اول نام میانی	نام (از نام کامل قانونی خود استفاده کنید)	
ساکن ایالت واشنگتن؟ بله خیر	شماره تأمین اجتماعی	تاریخ تولد	مرد زن
زیپ کد	ایالت	شماره آپارتمان	شهر
آدرس پستی	شماره آپارتمان	شهر	ایالت
شماره تلفن منزل/همراه/ترجیحی	شماره محل کار/پیام‌رسانی	می‌توانیم از طریق شماره تلفن‌های ارائه‌شده با شما تماس بگیریم؟ بله خیر	
آدرس ایمیل			
آیا در صحبت کردن، خواندن یا نوشتن به زبان انگلیسی مشکل دارید؟ بله خیر			
آیا به مترجم شفاهی نیاز دارید؟ بله خیر به چه زبانی صحبت می‌کنید؟			

آیا بیمه سلامت خصوصی یا پوشش Apple Health (Medicaid) دارید؟ بله خیر
اگر پاسخ شما «بله» است، شما واجد شرایط دریافت خدمات تنظیم خانواده نیستید، مگر اینکه مشمول یکی از موارد استثنا زیر باشید:
من به دنبال دریافت خدمات تنظیم خانواده محرمانه هستم و سن من 18 سال یا کمتر است؛
یا

من قربانی خشونت خانگی هستم و تحت پوشش بیمه سلامت سوءاستفاده‌کننده‌ام قرار دارم.
(در صورتی که یکی از کادرهای بالا را علامت زده‌اید، به بخش (2) بروید)

در طول 30 روز گذشته، آیا پوشش کامل Apple Health (Medicaid) از طریق wahealthplanfinder.org برای شما رد شده است؟ بله خیر
اگر پاسخ بله است، همینجا توقف کنید و به بخش (9) بروید. اگر از زمان رد شدن درخواست Apple Health (Medicaid) تغییری در وضعیت خانوار شما ایجاد شده است، به بخش (2) بروید و درخواست خود را تکمیل کنید.
اگر پاسخ خیر است، باید درخواست پوشش را از طریق wahealthplanfinder.org ارائه دهید (مگر اینکه یکی از دو استثنا بالا در شما وجود داشته باشد یا تصمیم آگاهانه‌ای گرفته‌اید مبنی بر اینکه درخواست Apple Health (Medicaid) ندهید).

تصمیم دارم فقط برای پوشش تنظیم خانواده درخواست دهم و تصمیم آگاهانه‌ای گرفته‌ام مبنی بر اینکه Apple Health (Medicaid) کامل را درخواست نکنم.

2. وضعیت شهروندی و مهاجرت

وضعیت شهروندی یا غیرشهروندی: (یک مورد را علامت بزنید):

شهروند ایالات متحده یا دارای ملیت آمریکایی غیرشهروند با جواز اقامت در ایالات متحده سایر

اگر شما شهروند ایالات متحده نیستید اما جواز اقامت دارید، اطلاعات زیر را تکمیل کنید:

نوع سند مهاجرتی	شماره «A»	شماره رسید یا شماره دیگر
شماره پاسپورت خارجی	کشور محل سکونت	تاریخ ورود
		تاریخ انقضای سند

3. درآمد حاصل از اشتغال/خود اشتغالی

کسب شده توسط شما	کسب شده توسط سایر اعضای خانوار
نام کارفرمای فعلی (شغل 1)	نام کارفرمای فعلی (شغل 1)
شماره تلفن	شماره تلفن
خوداشتغال؟	خوداشتغال؟
بله	بله
خیر	خیر
درآمد ناخالص ماهانه پیش از مالیات (و/یا درآمد خالص ماهانه حاصل از خود اشتغالی)	درآمد ناخالص ماهانه پیش از مالیات (و/یا درآمد خالص ماهانه حاصل از خود اشتغالی)
نام کارفرمای فعلی (شغل 2)	نام کارفرمای فعلی (شغل 2)
شماره تلفن	شماره تلفن
خوداشتغال؟	خوداشتغال؟
بله	بله
خیر	خیر
درآمد ناخالص ماهانه پیش از مالیات (و/یا درآمد خالص ماهانه حاصل از خود اشتغالی)	درآمد ناخالص ماهانه پیش از مالیات (و/یا درآمد خالص ماهانه حاصل از خود اشتغالی)

اگر عضو خانوار در حال حاضر بیش از دو کارفرما دارد، یک برگه جداگانه پیوست کنید.
برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد نحوه گزارش درآمد، از wahbexchange.org/how-to-report-income بازدید نمایید.

4. سایر درآمدهای خانواده

مبلغ ماهانه:	فرد دریافت کننده آن:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

نفقه/پشتیبانی مالی همسر

درآمد حاصل از اجاره و/یا حق امتیاز (خالص)

مزایای وابستگی تأمین اجتماعی/کارکنان بازنشسته راه آهن

بیکاری

درآمد بازنشستگی، شامل: حقوق بازنشستگی، مقرری سالانه، و/یا سهم IRA

سود سهام، سهام سرمایه، سهم، سود/عوائد سرمایه‌ای، درآمد حاصل از خارج، امانت/سایر سرمایه‌گذاری‌ها

درآمد قبیله‌ای مشمول مالیات

درآمد حاصل از کشاورزی و ماهیگیری (خالص)

دیگر درآمد مشمول مالیات

5. کسورات خانوار

مبلغ ماهانه: فرد پرداخت کننده آن:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

نفقه/پشتیبانی مالی همسر پرداخت شده
سهم/IRA یا سهم حساب بازنشستگی پیش از مالیات
پرداخت‌های سود وام دانشجویی
هزینه‌های نقل‌مکان اعضای نیروهای مسلح
هزینه‌های مربی
سهم حساب سپرده سلامت
جریمه برداشت زود هنگام سپرده
هزینه‌های کسب‌وکار قابل مطالبه خاص

6. وضعیت تکمیل فرم مالیات

وضعیت تکمیل فرم مالیات برای این سال چه خواهد بود؟ تکمیل‌کننده به‌عنوان مجرد متاهل و تکمیل جداگانه متاهل و تکمیل مشترک
فرد تحت تکفل مشمول مالیات فردی از خانوار فرد تحت تکفل مشمول مالیات فردی خارج از خانوار تکمیل‌کننده غیرمشمول

آیا به‌طور قانونی ازدواج کرده‌اید؟ اگر پاسخ «بله» است، نام کامل قانونی همسر _____
بله خیر نام، نام میانی، نام خانوادگی
در صورت تکمیل اظهارنامه مالیاتی، چند فرد تحت تکفل مشمول مالیات اظهار کرده‌اید؟ _____ اگر اینگونه نیست، چند فرزند دارید؟ _____

7. اخیراً از دست دادن شغل

آیا در 90 روز گذشته، شغلی را از دست داده‌اید یا از آن استعفا داده‌اید؟ آیا در 90 روز گذشته، همسرتان شغلی را از دست داده یا از آن استعفا داده است؟
بله خیر بله خیر
اگر پاسخ «بله» است، نام کسب‌وکار: _____ اگر پاسخ «بله» است، نام کسب‌وکار: _____
تاریخ اتمام اشتغال: _____ تاریخ اتمام اشتغال: _____

8. پیشینه نژادی/قومی

ما از شما درخواست می‌کنیم به‌طور اختیاری نژاد یا پیشینه قومی خود را به ما اطلاع دهید. از این اطلاعات برای احراز صلاحیت شما جهت دریافت خدمات استفاده نخواهد شد.

قفقازی سیاه‌پوست یا آمریکایی-آفریقایی ویتنامی/لائوسی/کامبوجایی
هیسپانیک سرخ‌پوست یا بومی آلاسکا سایر مناطق آسیا یا آمریکایی اقیانوسیه‌ای
سایر: _____ نام قبیله: _____

9. پیش از امضا در زیر، متن را با دقت مطالعه کنید

متوجه هستم که:

- ممکن است HCA درخواست کند اطلاعات ارائه شده را تأیید کنم. ممکن است HCA در دریافت مدرک و گواهی به من کمک کند یا جهت دریافت آن، با سازمان‌ها یا افراد دیگری تماس بگیرد.
- ممکن است سایر سازمان‌های ایالتی یا فدرال اطلاعات من را بررسی کنند. این اطلاعات در اختیار خدمات مهاجرت و گمرک ایالات متحده (USCIS) قرار نخواهد گرفت.
- با تقاضای دریافت مساعدت پوشش پزشکی و دریافت آن، اینجانب تمام حقوق مربوط به هرگونه پشتیبانی پزشکی و تمام پرداخت‌های شخص ثالث برای مراقبت پزشکی را به ایالت واشنگتن واگذار می‌کنم.
- اینجانب متوجه هستم که این درخواست فقط برای خدمات تنظیم خانواده برای پیشگیری از بارداری است. در صورت نیاز به مساعدت پوشش پزشکی، می‌توانم درخواست خود را در Washington Healthplanfinder (wahealthplanfinder.org) ارائه دهم. در صورت کمک به کمک مالی یا کوپن غذا، می‌توانم درخواست خود را در دفتر خدمات اجتماعی DSHS یا (washingtonconnection.org) ارائه دهم.
- **بنده موظف به پاسخ دادن** به هر درخواست اطلاعات تکمیلی ظرف 15 روز کاری هستم، وگرنه درخواست بنده رد خواهد شد و ممکن است مسئول پرداخت تمام هزینه‌های ایجاد شده از طریق اداره ارائه‌دهنده تنظیم خانواده باشم.

10. نماینده مجاز اختیاری (AREP)

نام/سازمان	شماره تلفن
آدرس پستی	شماره آپارتمان
شهر	ایالت
زیپ کد	

11. اعلام و امضا

اینجانب اطلاعات موجود در این فرم درخواست را مطالعه کرده و متوجه شده‌ام. بدین وسیله، با عنایت به جراثیم شهادت کذب، اعلام می‌کنم اطلاعات ارائه شده در این درخواست تا جایی که اطلاع دارم واقعی، صحیح و کامل است.

امضای درخواست‌کننده _____ تاریخ _____

فرم تکمیل شده را به یکی از روش‌های زیر به **Health Care Authority** (اداره امور مراقبت‌های بهداشتی) برگردانید.

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