

حقوق و مسئولیت‌های پوشش مراقبت‌های بهداشتی درمانی

مطالب این سند:

- بخش 1 برای همه برنامه‌های پوشش مراقبت‌های بهداشتی درمانی
- بخش 2 فقط Washington Apple Health
- بخش 3 فقط طرح‌های سلامت واجد شرایط
- بخش 4 ثبت شکایت

1. همه برنامه‌های پوشش مراقبت‌های بهداشتی درمانی

حقوق شما

بازار مزایای بیمه سلامت (Washington Health Benefit Exchange) واشنگتن و سازمان بهداشت و درمان باید:

به شما کمک کنند فرم‌های ضروری را بخوانید و پر کنید. بازار مزایای بیمه سلامت (HBE) مدیریت Washington Healthplanfinder را برعهده دارد، جایی که می‌توانید برای پوشش سلامت و دندان پزشکی خود درخواست دهید و آن را مدیریت کنید. برای دریافت کمک می‌توانید با مرکز پشتیبانی مشتریان Washington Healthplanfinder به شماره 1-855-923-4633 تماس بگیرید. اگر سالمند، نابینا یا توان‌یاب هستید یا خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت (LTSS) نیاز دارید، می‌توانید با سازمان خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS) به شماره 1-877-501-2233 تماس بگیرید.

زمانی که با HBE، سازمان بهداشت و درمان (HCA) یا DSHS ارتباط برقرار می‌کنید، به رایگان و بدون تأخیر مترجم کتبی یا شفاهی در اختیارتان بگذارند. در هر زمان از طریق تماس با ما می‌توانید مترجم شفاهی درخواست کنید.

اطلاعات شخصی شما را محرمانه نگه دارند، اما ممکن است برخی اطلاعات را برای احراز صلاحیت یا ثبت نام در برنامه‌ها در اختیار سایر سازمان‌های ایالتی و فدرال، مؤسسات مالی و طرف‌های قرارداد HCA بگذاریم. خط‌مشی حفظ حریم خصوصی HBE را مطالعه کنید: wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html

در صورت مخالفت با هریک از تصمیم‌های گرفته شده توسط HBE یا DSHS که روی احراز صلاحیت شما برای پوشش سلامت، خدمات و پشتیبانی بلندمدت (LTSS)، طرح سلامت، اعتبار مالیاتی حق بیمه طرح سلامت، کمک در پرداخت حق بیمه یا کاهش تقسیم هزینه تأثیر می‌گذارد، فرصت درخواست استیناف در اختیارتان قرار دهند. با درخواست استیناف، پرونده شما بررسی خواهد شد. از طریق مراجعه به wahbexchange.org/contact-us/appeals یا تماس با مرکز پشتیبانی مشتریان Washington Healthplanfinder به شماره 1-855-923-4633 می‌توانید اطلاعات بیشتری در زمینه فرایند استیناف HBE کسب کنید. برای کسب اطلاعات درباره استیناف در رابطه با برنامه‌های DSHS، با DSHS به شماره 1-877-501-2233 تماس بگیرید یا به اداره خدمات قابل ارائه در منزل و جامعه محلی خود مراجعه کنید. اگر در رابطه با تصمیم مربوط به پوشش Washington Apple Health (Medicaid) استیناف دهید، یک دادرسی اداری برای شما هماهنگ خواهد شد.

با شما به عزت و احترام رفتار کنند. قائل شدن تبعیض مغایر با قانون است. HBE و HCA از قوانین ذی ربط حقوق مدنی فدرال تبعیت می‌کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت تبعیض قائل نمی‌شوند. HBE و HCA افراد را به دلیل نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت آن‌ها کنار نمی‌گذارند یا با آن‌ها متفاوت رفتار نمی‌کنند.

HBE و HCA همچنین از قوانین ایالتی ذی ربط تبعیت می‌کنند و هیچ‌گونه تبعیضی بر اساس عقیده، جنسیت، ابراز جنسی یا هویت، گرایش جنسی، وضعیت تأهل، دین، پایان خدمت افتخاری یا جایگاه نظامی، یا استفاده از سگ راهنمای آموزش دیده یا حیوان خدمت‌رسان توسط افراد توان‌خواه قائل نمی‌شوند.

HBE و HCA:

- کمک و خدمات رایگان به افراد توان‌خواه ارائه دهند تا آن‌ها بتوانند با ما به شکلی مؤثر ارتباط برقرار کنند، از جمله:
 - مترجم حرفه‌ای زبان اشاره
 - اطلاعات نوشتاری در فرمت‌های دیگر (چاپ با حروف بزرگ، فرمت‌های دسترسی‌پذیر الکترونیک و سایر فرمت‌ها)
- به افرادی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست خدمات زبانی رایگان ارائه دهند، از جمله:
 - مترجمان شفاهی حرفه‌ای
 - اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر. اگر به این خدمات نیاز دارید، با شماره 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

اگر معتقدید HBE یا HCA چنین خدماتی را به شما ارائه نداده‌اند یا به شکلی دیگر در خصوص شما تبعیض قائل شده‌اند، می‌توانید شکایتی ثبت کنید نزد:

Health Care Authority Division of Legal Services
ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
فکس: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

Washington Health Benefit Exchange Legal Department
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
فکس: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org

می‌توانید شکایت را حضوری یا از طریق پست، فکس یا ایمیل ثبت کنید. اگر در تنظیم شکایت به کمک نیاز داشتید، اداره خدمات حقوقی Washington Health Benefit Exchange یا بخش خدمات حقوقی HCA آماده کمک به شما خواهند بود. همچنین از طریق روش‌های زیر می‌توانید شکایات مربوط به حقوق مدنی نزد وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده مطرح نمایید: از طریق پست:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

به‌صورت تلفنی: (TDD) 1-800-368-1019, 800-537-7697

از طریق ایمیل: **ocrmail@hhs.gov**

به‌صورت آنلاین: **ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

فرم‌های شکایت را می‌توانید از این لینک دانلود کنید: **hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**

مسئولیت‌های شما

در صورت برخورداری، باید شماره تامین اجتماعی (SSN) یا شماره مدرک مهاجرت خود را ارائه دهید. در صورت برخورداری نبودن از SSN یا مدرک مهاجرتی، همچنان می‌توانید برای پوشش مراقبت‌های بهداشتی درمانی درخواست دهید، اما ممکن است واجد شرایط تمام برنامه‌های دارای کمک مالی نباشید. ما از این اطلاعات استفاده می‌کنیم تا با تأیید هویت، شهروندی، وضعیت مهاجرت، تاریخ تولد و امکان استفاده شما از سایر پوشش‌های مراقبت‌های بهداشتی، صلاحیت شما برای برنامه‌ها را بررسی کنیم. ما این اطلاعات را در اختیار هیچ سازمان مهاجرتی قرار نمی‌دهیم. برای بعضی از برنامه‌ها و اعتبارهای مالیاتی به SSN نیاز است.

اگر SSN یا شماره مدرک مهاجرتی را برای خود یا فردی از اعضای خانوارتان ارائه نکنید، ممکن است برای دریافت اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیریم. در صورت درخواست سازمان، هرگونه اطلاعات یا مدرک موردنیاز برای تصمیم‌گیری درباره واجد شرایط خود را ارائه دهید.

آنچه باید بدانید

قوانین ایالتی و فدرال خاصی وجود دارد که فعالیت Washington Healthplanfinder و سیستم‌های ارسال درخواست ایالتی، حقوق و مسئولیت‌های شما به‌عنوان استفاده‌کننده از آن‌ها و پوششی که با استفاده از آن‌ها دریافت می‌کنید، همه بر اساس آن مدیریت می‌شود. با استفاده از این سیستم‌ها، موافقت می‌کنید از قوانینی که افراد در نتیجه استفاده از سیستم مشمول آن هستند و پوشش دریافتی ناشی از آن، تبعیت کنید.

قانون ملی ثبت نام رأی‌دهندگان مصوب 1973 تمام ایالت‌ها را موظف می‌سازد از طریق دفاتر کمک عمومی خود، خدمات ثبت نام رأی‌دهنده را ارائه دهند. درخواست ثبت نام یا خودداری از ثبت نام برای رأی‌دهی، روی واجد شرایط بودن شما برای پوشش یا مزایا و خدمات یا مزایای ارائه شده از طریق سازمان‌های ما هیچ تأثیری نخواهد گذاشت. می‌توانید درخواست ثبت نام برای رأی‌دهی را از طریق نشانی **vote.wa.gov** ارائه دهید یا از طریق تماس با شماره 1-800-448-4881، فرم‌های ثبت نام رأی‌دهنده را درخواست کنید.

HBE، HCA و DSHS به‌موجب محدودیت‌های **قانون انتقال و پاسخ‌گویی الکترونیک بیمه سلامت (HIPAA)** از ارائه اطلاعات سلامت شما یا هریک از اعضای خانوارتان در اختیار هر شخص دیگری، از جمله نمایندگان مجاز منع شده‌اند، مگر اینکه این اشخاص وکالتنامه داشته باشند یا شما رضایتنامه‌ای امضا کرده و با افشای این اطلاعات موافقت کرده باشید. این مهم شامل افشای اطلاعات سلامت روان، نتایج آزمایش‌های مربوط به اچ‌آی‌وی، ایدز و بیماری‌های مقاربتی یا خدمات درمانی و وابستگی شیمیایی می‌شود. برای دریافت اطلاعات بیشتر در رابطه با خط‌مشی حفظ حریم خصوصی HBE، HCA از **wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html** بازدید کنید.

قانون مراقبت مقرون به صرفه، HBE، HCA و DSHS را از ارائه اطلاعات قابل شناسایی شخصی (PII) شما یا هرکدام از اعضای خانوارتان بدون رضایت شما به هر شخصی که مجاز به دریافت آن نیست، منع می‌کند.

اطلاعاتی که در اختیار HBE، HCA و DSHS می‌گذارید برای احراز صلاحیت شما جهت دریافت پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی، منوط به تأیید مقامات فدرال و ایالتی است. تأیید می‌تواند شامل بررسی‌های پس از احراز صلاحیت و پیگیری از طرف کارمندان سازمان باشد.

اگر درخواست بیمه سلامت را از طریق Washington Healthplanfinder شروع کنید و فرایند را به هر دلیلی به اتمام نرسانید، اطلاعات شما در Washington Healthplanfinder نگهداری خواهد شد و 90 روز برای شما قابل‌دسترس خواهد بود. اگر درخواست را پس از دوره 90 روزه تکمیل نکنید، اطلاعات شما از سیستم Washington Healthplanfinder پاک می‌شود.

HBE، HCA و DSHS مسئولیتی در رابطه با اجرای طرح بیمه سلامت شما ندارند. ارائه‌دهنده بیمه سلامت شما می‌تواند اطلاعات بیشتری در رابطه با مزایای دریافتی به شما ارائه دهد.

اگر سوالی در زمینه شرایط طرح بیمه سلامت خود دارید، از جمله اینکه شما واجد چه مزایایی هستید، هزینه‌های پرداختی از جیب تحت طرح خود، و طرح دادخواست در رابطه با مزایا یا استیناف در رابطه با رد مزایا، باید با شرکت بیمه سلامت خود تماس بگیرید. اگر پس از به پایان رسیدن هر بیمه پوشش سلامت خریداری‌شده از طریق Washington Healthplanfinder واجد شرایط COBRA هستید، کارفرمای شما مسئول پیگیری COBRA و به اطلاع رساندن اعلان‌ها و دوره‌های انتخاباتی COBRA است.

تا زمانی که نامه تأیید و بیمه‌نامه که قرارداد یا گواهی بیمه هم شناخته می‌شود، از طرف شرکت بیمه انتخابی خود دریافت نکرده‌اید، هیچ‌کدام از بیمه‌های فعلی خود را لغو نکنید و هیچ‌کدام از مزایای COBRA را نیز رد نکنید. مطمئن شوید شرایط خطمشی را درک می‌کنید و با آن‌ها موافق هستید و به تاریخ اجرا، دوره‌های انتظار، مبلغ حق بیمه، مزایا، محدودیت‌ها، استثنائات و الحاقیه‌ها توجه ویژه داشته باشید.

2. فقط Washington Apple Health

حقوق شما

بازار مزایای بیمه سلامت واشنگتن (Washington Health Benefit Exchange) و سازمان بهداشت و درمان باید:

در صورت درخواست، **حقوق و مسئولیت‌هایتان را به شما توضیح دهند.**

به شما اجازه دهند یک درخواست ناقص ارسال کنید که دست‌کم شامل نام، نشانی و امضای شما یا امضای نماینده مجاز متقاضی باشد. روزی که ما درخواست ناقص را دریافت کنیم همان تاریخ ارائه درخواست شما خواهد بود که ممکن است بر زمان اجرای پوشش شما تأثیر داشته باشد. تا زمانی که درخواست را تکمیل نکنید، در خصوص تحت پوشش قرار گرفتن شما تصمیم نهایی را نخواهیم گرفت.

به شما اجازه دهند درخواست یا درخواست ناقص با استفاده از هرکدام از روش‌های فهرست‌شده در WAC 182-503-0005 **ثبت یا ارائه کنید.**

درخواست شما را به سرعت و قبل از ضرب‌الاجل‌های توصیف‌شده در WAC 182-503-0060 بررسی کنند.

برای احراز صلاحیت شما، **10 روز تقویمی به شما فرصت بدهند.** اگر زمان بیشتری درخواست کنید، زمان بیشتری در اختیارتان قرار می‌دهیم. اگر این اطلاعات را در اختیارمان نگذارید یا زمان بیشتری درخواست نکنید، ممکن است پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی شما را رد کنیم. ببن‌دیم یا تغییر دهیم.

اگر در دریافت اطلاعات یا گواهی لازم برای ما جهت اخذ تصمیم درباره صلاحیتتان مشکل داشته باشید، به شما کمک کنند. اگر مدرکی لازم داشته باشیم که برای شما هزینه دارد، ما درخواست آن را می‌فرستیم و هزینه مربوطه را می‌پردازیم.

در بیشتر موارد، **دست‌کم 10 روز پیش از توقف پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی‌تان به شما اطلاع دهند.**

در بیشتر موارد، تصمیم کتبی در رابطه با واجد شرایط بودن را ظرف 45 روز در اختیارتان قرار دهند. پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی برای برخی موارد معلولیت ممکن است تا 60 روز طول بکشد. در خصوص پزشکی بارداری، ظرف 15 روز تصمیم کتبی خود را در اختیارتان قرار می‌دهیم.

در صورت حسابرسی پرونده‌تان، به شما اجازه دهند از صحبت با بازرس خودداری کنید. اجباری نیست بازرس را به منزل خود راه دهید. می‌توانید از بازرس بخواهید زمان دیگری مراجعه کند. چنین درخواستی بر صلاحیت شما برای پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی تأثیر نخواهد گذاشت.

زمانی که به‌موجب WAC 182-504-0125 مشغول تصمیم‌گیری درباره صلاحیت شما برای برنامه‌ای دیگر هستیم، **همچنان از پوشش Washington Apple Health استفاده کنید.**

اگر واجد شرایط باشید، طبق توصیف WAC 182-503-0120، **به شما خدمات دسترسی برابر داده شود.**

مسئولیت‌های شما

شما باید: ظرف 30 روز از تغییر، اقدام به گزارش تغییر طبق الزام WAC 182-504-0105 و WAC 182-504-0110 کنید. نامه تأیید خود را بخوانید تا ببینید چه تغییراتی باید گزارش کنید.

وقتی از شما خواسته شد، تمدید را کامل کنید.

جهت صدور صورت حساب خدمات سلامت برای ما، اطلاعات لازم را در اختیار تأمین‌کنندگان پزشکی بگذارید.

اگر واجد شرایط شناخته شده‌اید، برای Medicare درخواست دهید.

وقتی از شما خواسته شد، با کارکنان HCA همکاری کنید.

آنچه باید بدانید

با درخواست و دریافت Apple Health، تمام حقوق مربوط به هرگونه پشتیبانی پزشکی و پرداخت‌های شخص ثالث برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی را به ایالت واشنگتن واگذار می‌کنید.

- سازمان ممکن است سابقه واکسیناسیون فرزندان را در اختیار سیستم پیگیری پروفایل واکسیناسیون کودک بگذارد.
- اطلاعاتی که گزارش می‌کنید ممکن است برای احراز صلاحیت و تصمیم‌گیری درباره مزایای ماهانه برنامه‌هایی نظیر پوشش مراقبت‌های بهداشتی درمانی، کمک نقدی، کمک غذایی و یارانه مراقبت از کودک در اختیار DSHS قرار بگیرد.

طبق قانون، ایالت واشنگتن می‌تواند هزینه‌های پرداختی برای برخی خدمات درمانی را از طریق بازپرداخت از طریق اموال از اموال شما بازپرداخت کند (RCW, RCW 41.05A.090 43.20B.080 و فصل 182-527 از WAC). بازپرداخت از طریق اموال پیش از فوت شما، فوت همسر بازمانده شما یا رسیدن سن فرزندان بازمانده شما به 21 سال یا بیشتر اتفاق نمی‌افتد. این اقدام در صورت نابینا/معلول بودن فرزند بازمانده شما در زمان فوت شما نیز اتفاق نمی‌افتد. هزینه‌های قابل بازپرداخت شامل موارد زیر می‌شود:

- برخی خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت Washington Apple Health، اگر در زمان دریافت خدمات 55 سال یا بیشتر داشته‌اید؛
- برخی خدمات صرفاً تحت بودجه ایالت، فارغ از اینکه در چه سنی خدمات را دریافت کرده‌اید.

می‌توانید فهرستی از خدمات مشمول بازپرداخت از اموال را در WAC 182-527-2746 مشاهده کنید. می‌توانید فهرستی از دارایی‌هایی را که مشمول بازپرداخت از اموال نیستند، در WAC 182-527-2754 مشاهده کنید. همچنین ممکن است ایالت منوط به الزامات 42 U.S. Code 1396p، حق حبس پیش از فوت برای بازپرداخت هزینه‌ها از طریق اموال پس از فوت ثبت کند. زمین‌های قبیله‌ای و املاک خاص متعلق به سرخ‌پوستان آمریکایی و بومیان آلاسکا ممکن است از بازپرداخت معاف باشند (WAC 182-527-2754). دولت می‌تواند بازپرداخت را با استفاده از فروش املاک یا دارایی شما انجام دهد، مگر اینکه:

- همسر شما در آن ملک زندگی کند؛
- برادر یا خواهر شما در آن ملک زندگی کنند، شریک ملکی آن باشند یا شرایطی خاص داشته باشند.
- فرزند نابینا/معلول شما در آن ملک زندگی کند؛ یا
- فرزند کمتر از 21 سال شما در آن ملک زندگی کند.

می‌توانید فهرستی از خدمات مشمول بازپرداخت هزینه از طریق حق حبس پیش از فوت را در WAC 182-527-2734 مشاهده کنید. اگر به دنبال دریافت خدمات سلامت غیرضروری از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی باشید، ممکن است محدودیت استفاده از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی، داروخانه و/یا بیمارستان برای شما اعمال شود.

3. فقط طرح‌های سلامت واجد شرایط

آنچه باید بدانید

اگر از طریق Washington Healthplanfinder در یکی از طرح‌های سلامت واجد شرایط ثبت‌نام کنید و اطلاعات کافی برای تأیید واجد شرایط بودن خود ارائه نکنید، 90 روز برای ارائه اطلاعات بیشتر جهت برآورده کردن الزامات واجد شرایط بودن فرصت خواهید داشت. هرگونه پرداخت قبلی اعتبار مالیاتی که از جانب شما پرداخت شده است مشمول تطبیق حساب خواهد بود.

اگر شماره تامین اجتماعی (SSN) دارید، باید آن را در درخواست خود ارائه دهید. اگر SSN ندارید، همچنان می‌توانید بیمه سلامت در Washington Healthplanfinder بخرید. ما از این اطلاعات استفاده می‌کنیم تا با تأیید هویت، شهروندی، وضعیت مهاجرت، تاریخ تولد و امکان استفاده شما از سایر پوشش‌های مراقبت‌های بهداشتی، واجد شرایط بودن شما برای پوشش مراقبت‌های بهداشتی-درمانی را بررسی کنیم. ما این اطلاعات را در اختیار هیچ سازمان مهاجرتی قرار نمی‌دهیم. برای بعضی از برنامه‌ها و اعتبارهای مالیاتی به SSN نیاز است.

اگر SSN را برای خود یا فردی از اعضای خانوارتان ارائه نکنید، ممکن است برای دریافت اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیریم. **اگر از طریق Washington Healthplanfinder در یکی از طرح‌های سلامت واجد شرایط ثبت‌نام کنید و تغییری در درآمدتان ایجاد شد،** باید این موضوع را در اسرع وقت به ما اطلاع دهید. تغییر در درآمد می‌تواند موجب تغییر در اعتبار مالیاتی یا کسر تقسیم هزینه‌ای شود که واجد شرایط دریافت آن هستید. متعاقب تغییر در درآمد ممکن است واجد شرایط طرحی با هزینه پایین‌تر شوید؛ همچنین در صورت افزایش درآمدتان و گزارش نکردن این تغییرات، ممکن است ملزم به بازپرداخت بخشی از اعتبار مالیاتی دریافتی‌تان باشید.

از طریق ورود به حساب Washington Healthplanfinder و انتخاب «Report a Change» (گزارش تغییر) می‌توانید تغییر در درآمدتان را گزارش کنید. برای دریافت کمک یا اطلاع‌رسانی به ما از طریق تلفن می‌توانید با مرکز پشتیبانی مشتریان ما به شماره 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

تطبیق اعتبارات مالیاتی ضروری است: معافیت‌های مالیاتی دریافتی خود را باید به خدمات درآمد داخلی (IRS) گزارش دهید. این کار را می‌توانید با ثبت اظهارنامه مالیاتی سالانه IRS که شامل فرم‌های صحیح IRS است، انجام دهید. گزارش ندادن اعتبارهای مالیاتی به سازمان IRS باعث خواهد شد در آینده مشمول دریافت معافیت‌های مالیاتی نشوید. جهت کسب اطلاعات بیشتر، دستورالعمل‌های ارائه‌شده در فرم‌های 1095 و 8962 از IRS را مطالعه کنید.

هزینه‌های بیمه سلامت نشان‌داده‌شده ممکن است تغییر کند: هزینه‌ها ممکن است براساس روال بیمه‌گری شرکت بیمه و گزینه‌های انتخابی شما تغییر کند.

نرخ‌های نشان‌داده‌شده فقط برای تاریخ اجرای درخواست‌شده شماست. نرخ حق بیمه شما به سن افراد خانوارتان بستگی دارد. اگر یکی از اعضای خانوارتان بین زمان بررسی طرح و زمان شروع طرح شما (تاریخ اجرا) متولد شود، ممکن است هزینه حق بیمه شما افزایش یابد. ممکن است شرکت بیمه‌ای که انتخاب می‌کنید، نرخ‌های خود را برای هیچ دوره‌ای تضمین نکند. پوشش شما فقط زمانی فعال می‌شود که بیمه‌گر دریافت هزینه را تأیید کند.

رضایت می‌دهید اداره امنیت شغلی ایالت واشنگتن اطلاعات اشتغال و دستمزد شما را در اختیار HBE قرار دهد. اذعان می‌کنید اعطای این رضایت به تسهیل فرایند درخواست و تعیین مجدد صلاحیت در Washington Healthplanfinder کمک خواهد کرد. از اطلاعات شخصی شما مطابق با توضیف خط‌مشی حفظ حریم خصوصی محافظت خواهد شد. خط‌مشی حفظ حریم خصوصی HBE را در wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html مشاهده کنید.

4. طرح شکایت

این مؤسسه مطابق با خط‌مشی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (HHS) و قانون فدرال از اعمال تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت سن یا معلولیت منع شده است. برای طرح شکایت در رابطه با تبعیض، با HHS تماس بگیرید.

**Regional Manager,
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services**
2201 Sixth Ave. M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831
تلفن: 1-800-368-1019
1-800-537-7697 :TDD
فکس: 206-615-2297

شکایت مربوط به حقوق مدنی را می‌توانید به دفتر حقوق مدنی HHS نیز ارسال کنید.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፡ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል፡፡ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ፡፡

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم .(TRS: 711) 1-800-562-3022

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Farsi (Persian)] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[French] Des services d'aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-562-3022 (TRS : 711).

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຝຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې دپوهیدلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادیبي په وړیا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسی موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنگ ووهئ (د اوریدلو یا خبرو کولو معلولیت لرونکي خلکو د زنگ و هلو شمېره (TRS): 711)

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਆਰੀਏ ਅਤੇ ਨਿਰ੍ਹਿਤ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሉ ናይ ቋንቋ ሓዝ ግልጋሎት፤ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ፡፡ ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል፡፡

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).