

حقوق و مسئولیت‌های پوشش سلامت

Health Care Coverage Rights and Responsibilities

DSHS و HCA:

حقوق شما (ما باید) برای همه برنامه‌های پوشش سلامت

به شما کمک کنیم فرمهای لازم را بخوانید و پر کنید. شما می‌توانید برای دریافت کمک با وزارت خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS) به شماره 1-877-501-2233 تماس بگیرید.

زمانی که با DSHS یا نهاد سلامت (HCA) ارتباط برقرار می‌کنید، به رایگان و بدون تأخیر مترجم کتبی یا شفاهی در اختیارتان بگذاریم.

اطلاعات شخصی شما را محرمانه نگه داریم، اما ممکن است برخی اطلاعات را برای احراز صلاحیت یا ثبت نام در برنامه‌ها در اختیار سایر آژانس‌های ایالتی و فدرال، مؤسسات مالی و طرفهای قرارداد HCA بگذاریم.

اگر با هر یک از تصمیم‌های گرفته‌شده توسط DSHS یا HCA که بر احراز صلاحیت شما برای پوشش سلامت، خدمات بلندمدت و پشتیبانی (LTSS) یا طرح سلامت تأثیر می‌گذارد مخالف هستید، فرصت درخواست تجدید نظر در اختیارتان قرار دهیم. اگر درخواست تجدید نظر کنید، پرونده شما بازنگری می‌شود. برای کسب اطلاعات درباره درخواست تجدید نظر درباره برنامه‌های DSHS، می‌توانید با مرکز تماس خدمات مشتریان DSHS به شماره 1-877-501-2233 تماس بگیرید یا به اداره خدمات اجتماعی محل خود مراجعه کنید.

اگر درخواست تجدید نظر برای تصمیمی درباره پوشش Washington Apple Health دارید که با بازنگری پرونده حل‌نشده باقی مانده است، در نوبت رسیدگی اداری قرار خواهید گرفت.

با شما به عزت و احترام رفتار کنیم. تبعیض برخلاف قانون است. DSHS و HCA از قوانین حقوق مدنی فدرال مربوطه تبعیت می‌کنند و هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملیتی، سن، ناتوانی یا جنسیت افراد قایل نمی‌شوند. DSHS و HCA افراد را به دلیل نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملیتی، سن، ناتوانی یا جنسیت آن‌ها کنار نمی‌گذارند یا با آن‌ها متفاوت رفتار نمی‌کنند.

DSHS و HCA همچنین از قوانین ایالتی مربوطه تبعیت می‌کنند و هیچگونه تبعیضی بر اساس عقیده، جنسیت، بیان جنسیت یا هویت، گرایش جنسی، وضعیت تأهل، مذهب، پایان خدمت افتخاری یا جایگاه نظامی، یا استفاده از سگ راهنمای آموزش‌دیده یا حیوان خدمت‌رسان توسط افراد با ناتوانی قایل نمی‌شوند.

• کمک و خدمات رایگان به افراد دارای معلولیت ارائه می‌دهند تا آن‌ها بتوانند با ما به شکلی مؤثر ارتباط برقرار کنند، نظیر:

• مترجمان زبان اشاره دارای صلاحیت

• 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 می‌دهند، نظیر:

• مترجمان دارای صلاحیت

• اطلاعات نوشته‌شده به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید با شماره 1-877-501-2233 تماس بگیرید.

اگر معتقدید که DSHS یا HCA چنین خدماتی را به شما ارائه نداده و یا اینکه به شکلی دیگر در مورد شما تبعیض قایل شده‌اند، می‌توانید شکواییه‌ای ثبت کنید:

• DSHS

ATTN: Constituent Services

PO Box 45131

Olympia, WA 98504-5131

1-800-737-0617

فکس: 1-888-338-7410

askdshs@dshs.wa.gov

• HCA Division of Legal Services

ATTN: Compliance Officer

PO Box 42704

Olympia, WA 98504-2704

1-855-682-0787

فکس: 1-360-586-9551

compliance@hca.wa.gov

می‌توانید شکواییه را حضوری یا با تلفن، نامه، فکس یا ایمیل تنظیم کنید.

اگر در تنظیم شکواییه به کمک نیاز دارید، خدمات اعضای DSHS یا

بخش خدمات حقوقی HCA در خدمت شما هستند.

شما همچنین می‌توانید نزد اداره حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات

انسانی ایالات متحده شکایت تنظیم کنید، به نشانی

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf، یا با

نام‌نگاری یا تماس تلفنی با:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(TDD) 800-537-7697، 1-800-368-1019.

فرم‌های شکایت از این نشانی در دسترس هستند
www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

مسئولیت‌های شما (شما باید) برای همه برنامه‌های پوشش سلامت

SSN and Immigration Status Disclosure. به غیر از برخی موارد، شما باید شماره تأمین اجتماعی (SSN) یا شماره سند مهاجرت خود یا هر شخص دیگری از خانواده خود که می‌خواهد برای دریافت پوشش سلامت درخواست بدهد را ارائه دهید. برای ارائه درخواست اعتبارات مالیاتی ویژه بیمه سلامت، SSN الزامی است. ما از این اطلاعات استفاده می‌کنیم تا با تأیید هویت، شهروندی، وضعیت مهاجرت، تاریخ تولد و امکان استفاده شما از سایر پوشش‌های سلامت، صلاحیت‌تان را احراز کنیم. ما این اطلاعات را در اختیار هیچ آژانس مهاجرتی قرار نمی‌دهیم.

امکان ارائه درخواست پوشش برای بعضی از اعضای خانواده‌تان وجود دارد، اما نه برای سایرین. اگر SSN یا شماره سند مهاجرت تمام اعضای خانواده را در اختیار ندارید، سایرین همچنان می‌توانند درخواست‌شان را برای تحت پوشش قرار گرفتن ارائه دهند. برای مثال، شما می‌توانید برای فرزندان ثبت درخواست کنید، حتی اگر خودتان واجد صلاحیت نباشید. ثبت درخواست بر وضعیت مهاجرت یا احتمال شهروند شدن یا گرفتن اقامت دائمی توسط شما تأثیر نمی‌گذارد.

چند برنامه Washington Apple Health هم برای افرادی وجود دارد که نمی‌توانند مدارکی مبنی بر حضور قانونی در کشور ارائه دهند. اما اگر SSN یا شماره سند مهاجرت برای اعضای خانواده ارائه ندهید، لازم است که بیشتر با شما صحبت داشته باشیم تا درباره درآمد اشخاصی که تقاضای پوشش ندارند اطلاعات کسب کنیم.

در صورت درخواست آژانس، هرگونه اطلاعات یا گواهی لازم برای احراز صلاحیت خود را ارائه دهید.

آنچه باید بدانید

برای همه برنامه‌های پوشش سلامت

قوانین ایالتی و فدرال مشخصی وجود دارند که فعالیت Washington Connection و سیستم‌های ثبت درخواست ایالتی، حقوق و مسئولیت‌های شما به عنوان کسی که از آن‌ها استفاده می‌کند و پوششی که شما با استفاده از آن‌ها دریافت می‌کنید، همه مبتنی بر آن‌ها هستند. با استفاده از این سیستم‌ها، شما موافقت می‌کنید از قوانینی که کاربران و پوشش دریافتی در نتیجه استفاده از سیستم مشمول آن هستند، تبعیت کنید.

قانون ملی ثبت‌نام رأی‌دهندگان مصوب 1973 تمام ایالت‌ها را موظف می‌کند که از طریق دفاتر امداد عمومی، خدمات ثبت‌نام رأی‌دهندگان را ارائه دهند. درخواست ثبت‌نام یا خودداری از ثبت‌نام برای رأی‌دهی، بر خدمات یا میزان مزایایی که از طریق این سازمان دریافت می‌کنید هیچ تأثیری نخواهد گذاشت. می‌توانید درخواست ثبت‌نام برای رأی‌دهی را از طریق نشانی www.vote.wa.gov ارائه دهید یا با تماس گرفتن با 1-800-448-4881 فرم‌های ثبت‌نام برای رأی‌دهی را درخواست کنید.

به موجب محدودیت‌های قانون انتقال و پاسخگویی الکترونیک بیمه سلامت (HIPAA)، HCA و DSHS از ارائه اطلاعات سلامت شما یا هر یک از اعضای خانواده‌تان با هر شخص دیگری، من 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 HIV، ایدز و بیماری‌های مقاربتی یا خدمات درمانی و وابستگی شیمیایی می‌شود.

قانون مراقبت مقرون به صرفه، DSHS و HCA را از ارائه اطلاعات هویت شخصی (PII) شما یا هر کدام از اعضای خانواده‌تان بدون رضایت شما یا به هر شخصی که مجاز به دریافت آن نیست، منع می‌کند.

اطلاعاتی که شما در اختیار DSHS و HCA می‌گذارید لازم است جهت احراز صلاحیت شما جهت دریافت پوشش سلامت، توسط مقامات فدرال و ایالتی تأیید می‌شوند. فرآیند تأیید ممکن است شامل تماس کارکنان آژانس با شما جهت کسب اطلاعات بیشتر باشد.

DSHS و HCA مسئولیتی در رابطه با اجرای طرح بیمه سلامت شما ندارند. ارائه‌دهنده بیمه سلامت شما می‌تواند اطلاعات بیشتری در مورد مزایای دریافتی به شما ارائه دهد. اگر سوالی در مورد شرایط برنامه بیمه سلامت خود دارید، از جمله اینکه شما واجد چه مزایایی هستید، و طرح دادخواست در رابطه با مزایا یا درخواست تجدیدنظر در رابطه با لغو مزایا، باید با ارائه‌دهنده بیمه سلامت خود تماس بگیرید.

شما می‌توانید از طریق بخش حمایت از کودکان (DCS) درخواست ارائه خدمات پشتیبانی را ارائه کنید. برای دریافت فرم درخواست این خدمات به نشانی www.childsupportonline.wa.gov مراجعه کنید یا با دفتر DHS در منطقه خود تماس بگیرید.

حقوق شما (ما باید)

تنها برای Washington Apple Health

حقوق و مسئولیت‌هایتان را به شما توضیح دهیم اگر درخواست کنید.

به شما اجازه دهیم درخواست‌نامه ناقص ارسال کنید که دست‌کم شامل نام، نشانی و امضا شما یا امضا نماینده مجاز متقاضی باشد. روزی که ما درخواست‌نامه ناقص را دریافت کنیم، تاریخ ارائه درخواست شما است، که ممکن است بر زمان تحت پوشش قرار گرفتن شما مؤثر باشد. تا زمانی که درخواست‌نامه را تکمیل نکنید، ما در مورد تحت پوشش قرار گرفتن شما تصمیم نهایی را نخواهیم گرفت.

ممکن است آژانس تاریخچه واکسیناسیون فرزند شما را در اختیار سیستم پیگیری پروفایل واکسیناسیون کودک بگذارد.

ممکن است اطلاعاتی که شما گزارش می‌دهید جهت احراز صلاحیت و تصمیم‌گیری درباره مزایای ماهانه برنامه‌هایی نظیر پوشش سلامت، غذا، امداد 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 (RCW 527-182 و فصل 41.05A.090 RCW) از اموال شما بازپرداخت کند. بازپرداخت از اموال تا زمان مرگ شما، مرگ همسر بازمانده شما یا رسیدن سن فرزندان بازمانده شما به 21 یا بیشتر اتفاق نمی‌افتد. بازپرداخت از اموال در صورت نابینا/ ناتوان بودن فرزند بازمانده شما در زمان مرگتان هم 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 دولتی که هزینه‌هایشان پرداخت شده، فارغ از اینکه در چه زمانی خدمات را دریافت کردید.

می‌توانید فهرستی از خدمات مشمول بازپرداخت از اموال را در WAC 182-527-2742 پیدا کنید. می‌توانید فهرستی از دارایی‌هایی که مشمول بازپرداخت از اموال نیستند را در WAC 182-527-2746 پیدا کنید.

اگر برای همیشه بستری شوید (WAC 182-527-2734)، دولت ممکن است در هر سنی که باشید بر املاک شما حق تصرف پیش از مرگ وضع کند. 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 کند، شریک ملکی آن باشد یا شرایطی خاص داشته باشد،
- فرزند نابینا/ ناتوان شما در آن ملک زندگی کند، یا
- فرزند کمتر از 21 سال شما در آن ملک زندگی کند.

می‌توانید فهرستی از خدمات مشمول تصرف پیش از مرگ را در WAC 182-527-2734 پیدا کنید.

اگر به دنبال دریافت خدمات سلامت غیرضروری از تأمین‌کنندگان خدمات درمانی باشید، ممکن است محدود به استفاده از یک تأمین‌کننده خدمات درمانی، داروخانه و/یا بیمارستان محدود شوید.

به شما اجازه دهیم درخواست‌نامه یا درخواست‌نامه‌ای ناقص با استفاده از هر کدام از روش‌های فهرست‌شده در WAC 182-503-0005 ثبت کنید.

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

برای ارائه اطلاعاتی که ما جهت احراز صلاحیت شما نیاز داریم به شما 10 روز تقویمی زمان بدهیم. اگر زمان بیشتری بخواهید به شما زمان بیشتر داده خواهد شد. اگر این اطلاعات را در اختیار ما نگذارید یا زمان بیشتری درخواست نکنید، ممکن است پوشش سلامت شما را رد کنیم، ببندیم یا تغییر دهیم.

اگر در گرفتن اطلاعات یا گواهی‌های مورد نیاز ما برای اخذ تصمیم درباره صلاحیت‌تان مشکل دارید، به شما کمک کنیم. اگر مدرکی را لازم داریم که برای شما هزینه دارد، ما درخواست دریافت آن را می‌فرستیم و هزینه را می‌پردازیم.

در بیشتر موارد، دست‌کم 10 روز پیش از توقف پوشش سلامت‌تان به شما اطلاع دهیم.

در بیشتر موارد به شما ظرف 45 روز یک حکم کتبی دهیم.

پوشش سلامت برای برخی موارد معلولیت ممکن است تا 60 روز طول بکشد. در مورد پزشکی بارداری به شما ظرف 15 روز یک حکم کتبی دهیم.

در صورت حساسی پرونده‌تان به شما اجازه دهیم که از صحبت با بازرس خودداری کنید. اجباری نیست که بازرس را به منزل خود راه دهید. می‌توانید از بازرس بخواهید که زمان دیگری مراجعه کند. چنین درخواستی بر صلاحیت شما جهت تحت پوشش قرار گرفتن تأثیر نخواهد گذاشت.

زمانی که ما مشغول تصمیم‌گیری درباره صلاحیت شما برای برنامه‌ای دیگر بر اساس WAC 182-504-0125 هستیم بتوانید همچنان از پوشش Washington Apple Health استفاده کنید.

اگر واجد شرایط باشید بر مبنای WAC 182-503-0120 به شما خدمات دسترسی برابر می‌دهیم.

مسئولیت‌های شما (شما باید)

برای Washington Apple Health

شما باید ظرف 30 روز تغییرات مورد نیاز WAC 182-504-0105

و WAC 182-504-0110 را گزارش دهید. موافقت‌نامه خود را

بخوانید تا ببینید چه تغییراتی را باید گزارش دهید.

وقتی از شما خواسته شد، برای تمدید اقدام کنید.

جهت صدور صورتحساب خدمات سلامت برای ما، اطلاعات لازم را

در اختیار تأمین‌کنندگان پزشکی بگذارید.

اگر واجد شرایط شناخته شده‌اید برای مدیکر اقدام کنید.

وقتی از شما خواسته شد، با کارکنان تضمین کیفیت همکاری کنید.

وقتی پوشش Washington Apple Health درخواست یا دریافت

می‌کنید، به دنبال درآمد بالقوه از منابع دیگر باشید و تلاش معقولی

برای آن داشته باشید.

آنچه باید بدانید

تنها برای Washington Apple Health

با درخواست و دریافت Washington Apple Health شما تمام حقوق برای هرگونه پشتیبانی پزشکی و پرداخت طرف ثالث برای خدمات سلامت را به ایالت واشنگتن می‌دهید.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ አገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-877-501-2233 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-877-501-2233.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိပါသည်။ 1-877-501-2233 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-501-2233 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ເທົ່າພິໄດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-877-501-2233 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-877-501-2233 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-877-501-2233 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyonang tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚታን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-877-501-2233 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711).