

Права та обов'язки щодо медичного страхового покриття

Health Care Coverage Rights and Responsibilities

Ваші права (ми повинні) для всіх програм медичного страхового покриття

Допомагати вам ознайомлюватися та заповнювати всі необхідні бланки. Щоб отримати допомогу, зверніться до Департаменту соціального захисту та охорони здоров'я (Department of Social and Health Services, DSHS) за телефоном 1-877-501-2233

Безкоштовно та негайно надати вам послуги усного або письмового перекладача, коли ви спілкуєтесь із Департаментом DSHS або Управлінням охорони здоров'я (Health Care Authority, HCA).

Дотримуватися конфіденційності вашої особистої інформації, але ми можемо відкрити деяку інформацію агенціям, фінансовим установам та HCA підрядникам з метою оцінки правомірності та включення вас до програми.

Давати вам можливість оскаржувати, якщо ви незгодні з розпорядженням, наданим Департаментом DSHS або Управлінням HCA, які впливають на ваші права на медичне страхування, довгострокову допомогу та обслуговування (long-term services and supports, LTSS), а також на участь у плані медичного страхування. Якщо ви подаєте апеляцію, вашу справу буде переглянуто. Щоб отримати інформацію щодо апеляцій за DSHS програмами, ви можете звернутися до центру обслуговування клієнтів за номером 1-877-501-2233 або навідатися до місцевого представництва служби з обслуговування у громаді (Community Services Office).

Якщо апеляція пов'язана із рішенням щодо покриття Washington Apple Health та її неможливо вирішити переглядом справи, вам буде призначено адміністративне слухання.

Відноситися до вас чесно. Дискримінація протизаконна. Департамент DSHS та Управління HCA не порушують Федеральне законодавство з громадянських прав та не дискримінують за расою, кольором шкіри, національністю, віком, недієздатністю або статтю. Департамент DSHS та Управління HCA не відмовляють людям та не відносяться до них по-різному через їх расу, колір шкіри, національність, вік, недієздатність або стать.

Департамент DSHS та Управління HCA також дотримуються всіх застосовних законів штату та не допускають дискримінації на основі віросповідання, а також за гендерною приналежністю, гендерним самовираженням або ідентичністю, сексуальною орієнтацією, сімейним станом, релігійними переконаннями, у зв'язку зі статусом ветерана, який звільнився із військових сил із позитивною характеристикою, або зі статусом військовослужбовця або у зв'язку із фактом використання спеціально навченого собаки або іншої тварини особою з ознаками інвалідності.

Департамент DSHS та Управління HCA

- Безкоштовно надають наступну допомогу та послуги людям з інвалідністю, щоб вони могли рівнозначно спілкуватися з нами, зокрема:
 - Послуги кваліфікованих спеціалістів, що володіють мовою жестів
 - Письмову інформацію в іншій формі (більший шрифт, аудіо, допустимі електронні формати, інші формати)
- Послуги перекладача особам, чия основна мова спілкування — не англійська
 - Послуги кваліфікованих усних перекладачів
 - Письмову інформацію іншими мовами

Якщо вам потрібні такі послуги, зв'яжіться з нами за номером 1-877-501-2233.

Якщо ви вважаєте, що Департамент DSHS або Управління HCA не надають таких послуг або іншим чином дискримінують вас, ви можете надіслати скаргу на таку поштову адресу:

- **DSHS**
ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
Факс: 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
Факс: 1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov

Ви можете принести скаргу особисто або надіслати її на поштову адресу, телефоном, факсом або електронною поштою. Якщо ви потребуєте допомоги із заповненням скарги, Служба підтримки клієнтів Департаменту DSHS (DSHS Constituent Services) або Служба юридичних послуг Управління HCA (HCA Division of Legal Services) можуть вам допомогти.

Ви можете також подати скаргу про порушення громадянських прав до Управління з цивільних прав Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США в електронній формі за посиланням <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, або поштою чи за телефоном за наступними реквізитами:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (текстовий телефон).

Форми скарг доступні на сайті

www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Ваші обов'язки (ви повинні) для всіх програм медичного страхового покриття

Розкриття номеру соціального страхування та імміграційного статусу. За деякими виключеннями, ви маєте надати свій номер соціального страхування (SSN) або номер імміграційного документу або номер члена вашої родини, який хоче отримати страхове покриття лікування. SSN необхідний для подання заяви на податкові знижки на премії страхування здоров'я. Ми використовуємо цю інформацію для визначення вашого права на покриття, підтверджуючи вашу особу, громадянство, імміграційний статус, дату народження та доступність іншого медичного страхового покриття. Ми не передаємо цю інформацію жодній імміграційній службі.

Ви можете подавати заявку на покриття для деяких членів вашої родини, але не для інших осіб. Якщо ви не маєте SSN або номеру імміграційного документу для всіх членів родини, вони все одно можуть подати заяву та отримати покриття. Приміром, ви можете подати заяву щодо вашої дитини, навіть якщо ви самі не маєте права на покриття. Подання заявки не вплине на ваш імміграційний статус та на можливість отримати право на постійне проживання або громадянство.

Також існують програми Washington Apple Health для осіб, які не можуть довести, що вони знаходяться в країні легально. Але якщо ви вирішите не надавати SSN або номер імміграційного документу для деякого з вашої родини, ми будемо зобов'язані перевірити вас, щоб отримати інформацію щодо доходів такої особи.

Якщо агенція цього вимагає, надати будь-яку інформацію або докази, необхідні для визначення вашого права на покриття.

Речі, які варто знати для всіх програм медичного страхового покриття

Існують певні закони штату та федеральні закони, які регулюють роботу Washington Connection та керованих штатом систем подачі заяв, ваші права та обов'язки як особи, яка користується ними, та покриття, яке ви отримуєте через них. Користуючись цими системами, ви погоджуєтесь дотримуватись законів, які застосовуються до осіб, що ними користуються, та покриття, яке вони отримують в результаті.

Національний закон 1973 року про реєстрацію осіб, які мають право голосу, вимагає від усіх штатів забезпечення допомоги у реєстрації таких осіб у своїх офісах суспільної допомоги. Надання заяви з метою реєстрації для участі в голосуванні або відмова від реєстрації для участі в голосуванні не вплине на послуги або на пільги, що вам надає агенція. Ви можете зареєструватися для участі у голосуванні за адресою www.vote.wa.gov або замовити форми реєстрації для участі у голосуванні, зателефонувавши за номером 1-800-448-4881.

Закон про безперервність дії та прозорість медичного страхування (HIPAA) та його обмеження запобігають тому, щоб Управління НСА та Департамент DSHS обговорювали медичну інформацію про вас та будь-яких членів вашої родини з будь-якими особами, включаючи вповноважених представників, якщо тільки така особа не має повноважень або ви не підписали згоду, за якою дозволяєте таке розголошення цієї інформації. Сюди входить розголошення інформації про психічне здоров'я, результати аналізів на ВІЛ, СНІД, ХПСС, а також про лікування та послуги щодо залежності від речовин.

Закон про доступне медичне обслуговування запобігає тому, щоб Департамент DSHS та Управління НСА передавали персональну інформацію (PII) про вас або будь-яких членів вашої родини будь-яким особам, які не вповноважені отримувати таку інформацію, та без вашої згоди.

Інформація, яку ви надаєте Департаменту DSHS та Управлінню НСА, є предметом уточнення федеральними офіційними особами та такими особами в штаті. Уточнення може включати контакти для подальшого спостереження, що будуть здійснювати співробітники агенції.

Управління НСА та Департамент DSHS не несуть відповідальності за адміністрування вашого плану медичного страхування. Ваш постачальник медичного страхування надасть вам більш детальну інформацію про ваше покриття. **Якщо у Вас виникли питання щодо умов Вашого плану медичного страхування, включаючи те, на які пільги Ви маєте право, та подання претензії щодо пільг або оскарження відхилення пільг, Вам слід звернутися до постачальника медичного страхування.**

Ви можете подати заявку на послуги підтримки через Відділ допомоги дітям (DCS).

Щоб отримати бланк на такі послуги, перейдіть за посиланням www.childsupportonline.wa.gov або зверніться до місцевого представництва DCS.

Ваші права (ми повинні) тільки для програми Washington Apple Health

Пояснити вам ваші права та обов'язки, якщо ви про це попросите.

Дозволити вам надати часткову заяву, яка включає щонайменше ваше ім'я, адресу та підпис або підпис вашого вповноваженого представника. День, коли ми отримаємо часткову заяву, вважатиметься днем подання заявки, що може вплинути на те, коли ваше покриття набере чинності. Ми не прийматимемо остаточного рішення про ваше покриття, поки ви не заповните заяву.

Дозволити вам подати повну або часткову заявку, використовуючи будь-який спосіб, описаний у WAC 182-503-0005.

Обробити вашу заявку якнайшвидше та не пізніше строків, вказаних у WAC 182-503-0060.

Надати вам 10 календарних днів для представлення інформації, потрібної для оцінки вашого права на покриття. Якщо ви попросите про більший строк, ми дамо вам більше часу. Якщо ви не надасте нам інформацію або просите більше часу, ми можемо відмовити, закрити вашу справу або змінити ваше страхове покриття.

Допомогти вам, якщо у вас виникли складнощі з наданням будь-якої інформації або доказів, необхідних нам для прийняття рішення щодо вашого права на покриття. Якщо вам потрібний документ, що коштує грошей, ми надішлемо запит на цей документ і сплатимо кошти.

Повідомити вас, у більшості випадків, принаймні за 10 днів перед тим, як ми зупинимо дію вашого страхового покриття.

Надати вам письмове рішення, у більшості випадків, в межах 45-денного терміну. Страхове покриття лікування, що стосується деяких випадків інвалідності, може зайняти до 60 днів. Ми надаємо письмове рішення щодо покриття вагітності протягом 15 днів.

Дозволити вам відмовитися розмовляти зі слідчим, якщо ми перевіряємо вашу справу. Ви не повинні дозволяти слідчому входити у вашу домівку. Ви можете просити слідчого прийти знову в інший час. Такий запит не вплине на ваші права щодо отримання страхового покриття.

Продовжувати надавати вам покриття Washington Apple Health, коли ми вирішимо, що ви відповідаєте вимогам для іншої програми згідно з WAC 182-504-0125.

Надавати вам рівні послуги доступу згідно з WAC 182-503-0120, якщо ви маєте на це право.

Ваші обов'язки (ви повинні) тільки для програми Washington Apple Health

Повідомляти про зміни згідно з WAC 182-504-0105 та WAC 182-504-0110 протягом 30 днів з моменту зміни. Ознайомтеся з листом-підтвердженням, щоб знати, про які зміни ви маєте повідомляти.

Виконувати оновлення, коли ми про це просимо.

Надавати постачальникам медичних послуг інформацію, необхідну для виставлення нам рахунків за медичне обслуговування.

Подавати заяву на Medicare, якщо ви маєте на це право.

Співпрацювати з робітниками відділу забезпечення якості, коли ми про це просимо.

Подавати заяву та докладати доречних зусиль, щоб отримати потенційний дохід із інших джерел, коли ви просите надати вам або отримуєте покриття Washington Apple Health.

Речі, які варто знати тільки для програми Washington Apple Health

Коли ви просите надати вам або отримуєте покриття

Washington Apple Health, ви надаєте штату Вашингтон всі права на будь-яке медичне обслуговування та на будь-які сторонні виплати на медичне обслуговування.

Агенція може розкривати інформацію щодо імунізації вашої дитини в систему моніторингу профілю імунізації дитини (Child Profile Immunization Tracking System).

Інформацію, яку ви повідомляєте, може бути надано DSHS для визначення вашого права на покриття та щомісячних пільг за програмами, такими як страхове покриття лікування, грошова допомога, продовольча допомога та субсидії з догляду за дитиною.

За законом, штат Вашингтон може відшкодувати кошти, витрачені на певні види медичного обслуговування, за рахунок вашої нерухомості через Estate Recovery (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, та Розділ 182-527 WAC). Повернення майна не відбувається до моменту вашої смерті, смерті вашого чоловіка або дружини та поки вашим дітям не виповниться 21 рік. Також воно не відбувається, якщо ваша дитина, що вас пережила, була сліпою/з обмеженими можливостями на момент вашої смерті. Кошти, що відшкодовуються, включають:

- Певні довгострокові послуги та обслуговування Washington Apple Health, якщо вам виповнилося 55 або більше років на момент отримання таких послуг;
- Певні послуги, фінансовані тільки штатом, незалежно від вашого віку на момент отримання цих послуг.

Ви можете знайти перелік послуг, що підлягають відшкодуванню, у WAC 182-527-2742. Ви можете знайти перелік активів, які виключено із відшкодування, у WAC 182-527-2746.

Штат також може висунути право застави на вашу нерухомість до вашої смерті, в будь-якому віці, якщо вас перевели до медичної застави на постійне проживання (WAC 182-527-2734). Штат може відшкодувати кошти через продаж майна або вашої нерухомості, за виключенням випадків, коли:

- Ваш чоловік або дружина проживає у цій нерухомості;
- Ваш брат або сестра проживає у цій нерухомості, є її співвласником, або задовольняє певним критеріям.
- Ваша дитина проживає у цій нерухомості та є сліпою/з обмеженими можливостями; або
- Ваша дитина проживає у цій нерухомості та їй ще не виповнився 21 рік.

Перелік послуг, кошти за надання яких штат може стягнути за прижиттєвим арештом майна, наведений у розділі WAC 182-527-2734.

Вам можуть надати тільки одного постачальника медичних послуг, одну аптеку та/або лікарню, якщо ви звертаєтесь за медичною допомогою, яка вам не потрібна.

[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 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[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, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې ډیو هیډلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادیبې 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 وولو 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—ਦੁਬਾਸੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲੱਬਧ 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 serbisyonang 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 ሓዊስ 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).