ستاسي حقوق او مسؤليتونه

حقوق او مسؤليتونه په هر هغه کس چې غوښتنه کوي د پلي کېدو وړ دي.
که چېرې تاسو د يادو اسنادو د لوړ مقياس کاپي ګانو ته اړتيا لرئ، مهرباني وکړئ د مشتريانو د خدماتو ځانګې ته زنګ ووهئ.

که چېرې تاسو په انګليسي ژبه لوستل خبرې يا لوستل نه کوئ، نو څه بايد وکړئ. موږ به تاسو د ژباړ وړيا خدمات چمتو کړو.
دا پدې مانا ده چې:

- موږ تاسو ته د تلفون له لارې د ترجمانۍ خدمات چمتو کوو
- اعلاميې، غوښتنليکونه، او نور ستاسو په ژبه ليکل شوي معلومات

که چېرې تاسو يادو موادو ته اړتيا لرئ، مهرباني وکړئ د مشتريانو د خدماتو ځانګې ته زنګ ووهئ. که چېرې تاسو د اړتيا وړ د ژباړې خدمات نه ترلاسه کوئ، کولای شئ يو د تبعيض يا دوه ګوني چلند په اړه شکايت ثبت او ياد خدمات ترلاسه کړئ. د يادو خدماتو د څرنګوالي په اړه د معلوماتو لپاره، نو پدې پاڼه کې د **که چېرې تاسو فکر کوئ چې تبعيضي چلند مو پروړاندې کېږي، نو څه بايد وکړئ** برخه وګورئ.

د غوښتنليک په اړه په وخت سره د پرېکړې کولو حق. په ډېرى مواردو کې، موږ ستاسو د غوښتنليک په اړه په 45 ورځو کې پرېکړه وکړو (يا د معلوليت له امله Medicaid ستاسو د غوښتې په صورت کې بايد په 90 ورځو کې پرېکړه وکړو). که چېرې ځنډ وکړئ ښائی ډېروخت ونيسي. که چېرې تاسو په وخت سره پرېکړه نه ترلاسه کوئ، کولای شئ د مشتريانو د خدماتو ځانګې ته زنګ ووهئ يا د استيناف غوښتنه وکړئ.

د استيناف غوښتنې حقونه. که چېرې زه داسې انګېرم چې شرائطو ته د برابرېدو په اړه پرېکړه غلطه يا بې وخته ده، نو څه بايد وکړم؟ تاسو دا حق لرئ چې د استيناف يا تجديد نظر غوښتنه وکړئ. دا پدې مانا ده چې تاسو له حکومت څخه د بيا کتنې يا تجديد نظر غوښتنه کوئ. مهرباني وکړئ د استنياف غوښتنې په برخه کې د خپلو حقونو په اړه د نورو معلومات لپاره خپله د شرائطو د برابربښت اعلاميه وګورئ. تاسو بايد په شرائطو باند د خپل برابربښت په اړه د اعلاميې له صدرو څخه وروسته په 90 ورځو کې د ننه د استيناف غوښتنه وکړئ.

په ډېرى مواردو کې، موږ بايد ستاسو د استيناف غوښتنې په اړه خپله پرېکړه استيناف ته ستاسو له غوښتنې وروسته په 90 ورځو کې تاسو ته واستوو. که چېرې دا امکان موجود وي چې ايالتي ادارې ته د عادي استيناف غوښتنې په پايله کې تاسو ته زيان رسي، کولای شئ د چټک (عاجل) استيناف لپاره غوښتنه وکړئ چې په پايله کې يې موږ ښائي ستاسو د عدالت غوښتنې په اړه ژر پرېکړه وکړو. موږ د تر ټولو عاجل استيناف په اړه په 7 اونيو کې د ننه پرېکړه کوو. د استياف غوښتنې لپاره، مهرباني وکړئ د مشتريانو د خدماتو ځانګې ته زنګ ووهئ. همدارنګه تاسو کولای شئ د بشري خدماتو مشرتابه ته چې پته يې په لاندې ډول ده عريضه وکړئ: 120 State Street, Montpelier, VT 05620-4301.

آيا زما استينافي غونډه کې کوم بل کس کولای شي زما په نمايندګۍ خبرې وکړي؟ هو. تاسو بايد په استماعيه يا استينافي غونډه کې حضور ولرئ خو ځان سره بايد يو بل کس لکه، ملګرى، خپلوان، يا وکيل ولرئ ترڅو ستاسو په استازيتوب خبرې وکړي. تاسو کولای شئ له **1-800-917-7787** شمېرې يا https://vtlawhelp.org/health لېنک نه په استفادې سره د Health Care Advocate at Vermont Legal Aid سره په اړيکه کې شئ او وړيا حقوقي مرسته يا مشوره ترلاسه کړئ.

د معلوليت لرونکو اشخاصو حقوق. که چېرې تاسو په فزيکي يا رواني ډول ډول معيوب ياست يا په زده کړه کې داسې ستونزه لرئ چې د يادو شيانو ترسره کول درته ستونزمن وي، موږ کولای سره تاسو سره د مرستې په موخه بدلونونه رامنځ ته کړو. د امريکايي معلوليت لرونکو کسانو قانون (ADA) او د وېرمونټ قانون سراحت لري چې موږ بايد کولای شو په خپلو شرائطو کې بدلون رامنځ ته کړو ترڅو معلوليت لرونکي اشخاص وکولای شي روغتيايي امتيازات ترلاسه کړي، (چې دغه کار د مؤجه استوګنې په نامه هم يادېږي).

لاندې د هغو بدلونونه يادونه شوې ده چې موږ کولای شو رامنځ ته يې کړو:

- که چېرې تاسو نه شئ کولای ليکل وکړئ، کولای شئ د خپلو پوښتنو د ليکلو لپاره له کوم بل کس څخه مرسته وغواړئ
- موږ کولای شو تاسو ته نور وخت درکړو يا تاسو سره د اړتيا وړ اسنادو په چمتو کولو کې مرسته وکړو
- موږ کولای شو تاسو ته اسناد په لو مقياس چاپ سره در واستوو

که چېرې تاسو د روغتيايي امتيازاتو د ترلاسه کولو لپاره بدلون ته اړتيا لرئ، کولای شئ د مشتريانو د خدماتو ځانګې ته زنګ ووهئ.

د هغو اشخاصو لپاره معلومات چې تابعيت نه لري. آيا د روغتيا پالنې په برخه کې د امتيازاتو ترلاسه کول به ستاسو د کډوالۍ په وضعيت کې بدلون رامنځ ته کړي؟ خپلو روغتيايي امتيازاتو ته تر غوښتنې او د هغې تر فسخ کولو مخکې پدې اړه فکر وکړئ. د وېرمونټ قانوني مرستو ته د **1-800-917-7787** شمېرې په مرسته د زنګ وهلو يا د انټرنېټ په مټ ***https://vtlawhelp.org/*** ته د مراجعې کولو له لارې، وړيا حقوقي مرسته ترلاسه کړئ.

قانوني استوګن کولای شي يادو امتيازاتو ته غوښتنه وکړي. که چېرې ستاسو په کورنۍ کې داسې کسان موجود وي چې د خپل د کډوالۍ د وضعيت له امله نه شي کولای شرائط پوره کړي، تاسو بيا هم کولای شئ د په شرائطو برابرو کسانو لپاره غوښتنه وکړئ.

موږ به د امريکا متحده ايالاتو د تابعيت او کډوالۍ د خدماتي ادارې سره په ګډه د ټولو هغه کسانو د کډوالۍ وضعيت و ارزوو چې تابعيت نه لري خو د روغتيايي امتيازاتو لپاره غوښتنه کوي.

که چېرې تاسو فکر کوئ چې تبعيضي چلند مو پروړاندې کېږي، نو څه بايد وکړئ. موږ اجازه نه لرو چې تاسو سره د نژاد، رنګ، قومي اصليت، جنسيت، عمر، جنس، جندر، يا معلوليت په اساس دوه ګونى چلند وکړو. ښائي دا يو تبعيضي چلند وي چې موږ نه شو کولای تاسو ته د ژباړې او معلوليت په برخه کې خدمات وړاندې کړو.

که چېرې تاسو فکر کوئ چې زموږ لخوا تاسو سره تبعيضي چلند کېږي، کولای شئ د مشتريانو د خدماتو ځانګې ته زنګ ووهئ. همدارنګه تاسو کولای شئ لاندې مراجعو ته شکايت وړاندې کړئ:

- د وېرمونټ روغتيايي خدماتو د لاسرسي ځانګه:
  د روغتيايي پروګرام د بشري حقونو همغږه کوونکى
  تلفون: **(802) 241-0454**
  برېښناليک: AHS.DVHALegal@vermont.gov
  په آنلاين ډول:
  https://info.healthconnect.vermont.gov/Non-Discrimination
- فدرالي حکومت:
  د امريکا متحده ايالاتو د روغتيا او بشري خدماتو وزارت
  تلفون: **1-800-868-1019**، **800-537-7697** (TDD)
  په آنلاين ډول: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

د محرميت حق. ستاسو د غوښتنې او روغتيايي امتيازاتو اړونده معلومات محرم او د ايالتي ادارې او فدرال قوانيو په اساس مصؤن دي. موږ به ستاسو معلومات تر هغې پورې چا سره شريک نه کړو ترڅو چې په قانوني توګه په مستقيم ډول د قانون مطابق، د محکمې د پرېکړې او ستاسو د اجازې په صورت کې د پروګرام سره وصل شوي نه وي.

موږ ستاسو له معلوماتو (لکه د ټولنيز امنيت له شمېرې څخه) څنګه استفاده کوو؟ موږ به ستاسو له معلوماتو څخه پروګرام ته ستاسو په شرائطو د برابربښت، د پالنې په برخه کې د مرستې، او نورو قانوني موخو لپاره استفاده وکړو. پدې کې ښائي لاندې موارد شامل وي: ترڅو ستاسو د عوايدو او نورو په شرائطو باندې د برابربښت معلومات تائيد کړو، ستاسو امتيازات تعئين کړو، ستاسو ادعاوې راټولې کړو، د تفتيش يا ځارنې چارې په لاره واچوو، د درغليو په هکله څېړنه وکړو، روغتيايي مرستې چمتو کړو، ستاسو لخوا راکړل شويو معلوماتو ته لاسرسی چمتو کړو، او د طبي ملاتړ تطبيق په لاره واچوو. موږ کولای شو د رسمي او شخصي اداراتو لکه د ټولنيز امنيت اداره، مالي انستيتيوت (د شتمنيو د تائيد ادارې)، د مستحلکينو د راپور ورکونې د ادارو، د کارکوونکو د رياست، د ملي امنيت د ادارې، او د داخلي عوايد د خدماتو د ادارې (IRS) سره په اړيکه کې شو. که چېرې معلومات مطابقت و نه لري، ښائي موږ له تاسو څخه د ثبوت غوښتنه وکړو.

هر غوښتونکى چې د ټولنيز امنيت شمېره (SSN) ولري، بايد دغه معلومات چمتو کړي ترڅو روغتيايي امتيازاتو ته په شرائطو برابر شي. که چېرې کوم شخص نه غواړي د روغتيا پالنې تر پوښښ لاندې راشي، اړ نه دي چې موږ ته SSN چمتو کړي. ځينې اشخاص چې SSN نه لري، لکه تر مذهبي انتقاد لاندې اشخاص، نه شي کولای د روغتيايي امتيازاتو د ترلاسه کولو لپاره بل څوک غوره کړي. پدې اړه د نورو معلوماتو لپاره د مشتريانو د خدماتو ځانګې ته زنګ ووهئ.

د بدلونونو په هکله د راپور ورکولو مسؤليت. ځينې هغه بدلونونه چې تاسو يې بايد په اړه راپور ورکړئ په لاندې ډول دي: په عائداتو کې بدلون، په روغتيايي بيمه کې بدلون، د کورنۍ په غړيو کې بدلون، ستاسو په آدرس کې بدلون، ستاسو مدني حالت کې بدلون (واده يا طلاق)، مېندوارې او دا چې تاسو له اړونده ايالت څخه د باندې وزئ يا دغه Medicaid په بل ايالت کې ترلاسه کوئ. د بدلونونو په اړه د راپور ورکولو په صورت کې د مشتريانو د خدماتو ځانګې ته زنګ ووهئ.

د Medicaid په برخه کې د بدلون په صورت کې، تاسو بايد په 10 ورځو کې د ننه پدې اړه راپور ورکړئ. که چېرې تاسو زموږ له طريقه د روغتيايي بيمې په پلان کې ثبت نام کوئ، نو تاسو بايد پدې برخه کې د بدلون په صورت کې تر 30 پورې راپور ورکړئ. ستاسو په معلومات کې بدلون کولای شي شرائطو ته ستاسو په برابربښت او ستاسو د کورنۍ په غړيو باندې اغېز وکړي.

ستاسو حقوق او مسؤلیتونه (دوام لري)

که چېرې تاسو د یادو اسنادو د لوړ مقیاس کاپي ګانو ته اړتیا لرئ، مهرباني وکړئ د مشتریانو د خدماتو څانګې ته زنګ ووهئ.

د درغلۍ په صورت کې جزاوې. تاسو او ستاسو کورنۍ به په قصدي او غیر قانوني ډول بل شخص ته د روغتیاپالنې د امتیازاتو د ترلاسه کولو، پدې برخه کې د مرستې کولو او کوښښ کولو په موخه د تېروتنو، غلطیو، نیمګړتیاو یا غلطو معلوماتو په ورکولو په برخه کې د درغلۍ یا بل جرمي عمل د ترسره کولو په صورت کې تر عدلي څار لاندې ونیول شي.

د ارتکاب په صورت کې، جزا ښائي تر دریو کلونو پورې حبس او/یا تر $1,000 پورې نغدي جریمه چې په غیر قانوني ډول د ترلاسه شویو امتیازاتو معادل دي. همدارنګه کېدی شي د فدرال یا ایالتي اداري نورې سزاګانې هم ورکړل شي. (42 U.S.C. §1320a-7b; 33 V.S.A. §§141, 143)

د Medicare د B برخې د تادیاتو اړونده تړون. تاسو هوکړه کوئ چې که چېرې Medicaid ترلاسه کوئ، نو موږ به ستاسو د راتلونکې طبي پالنې د B برخې د Medicare او نورو روغتیایي خدماتو لپاره په مستقیم ډول ډاکټرانو او د طبي وسائلو عرضه کوونکو ته هر ډول تادیات ترسره کړو. دا پدې مانا ده چې تاسو به هر ځل د خدماتو د ترلاسه کولو لپاره په جلا ډول لاسلیک ته اړتیا نه لرئ.

د طبي سوابقو د نشرولو په برخه کې تړون. تاسو هوکړه کوئ چې ستاسو د روغتیا پالنې چمتو کوونکی او د وېرمونټ د روغتیا ریاست (DVHA) او د هغوی قرار دادیان او مرسته ترلاسه کوونکي کولای شي ستاسو روغتیایي سوابقو ته لاسرسی ولري، استفاده یې کړي او د اړتیا په صورت کې یې نورو سره د لاندې موخو لپاره شریک کړي: (1) د ایالت په کچه د روغتیا پالنې د پروګرامونو مدیریت، یا (2) ستاسو روغتیایي سوابقو ته د روغتون، د روغتیا پالنې د چمتو کوونکي، د رواني روغتیا د چمتو کوونکي، یا درملتون لخوا د اړتیا درلودو په صورت کې. پدې کې د چمتو کوونکي او ستاسو د درملنې اړونده درملو، د درملنې د تادیات، د روغتیا پالنې د فعالیتونو په اړه معلومات شامل دي.

تاسو هوکړه کوئ چې په اعتراف یا موافقه کې مو د درملنې اړونده درملو په اړه د هغو معلوماتو بیا افشا کول شامل دي چې د درملنې په موخه یادو معلوماتو ته د اړتیا پرمهال یې له د درملو او یا الکولي معالجې د پروګرام له لارې ترلاسه کوئ.

تاسو پدې پوهېږئ چې له طبي سوابقو څخه د استفادې لپاره ستاسو موافقه یا رضایت تر هغې پورې په خپل ځای پاتې کېږي ترڅو ستاسو وړتیا یا په شرائطو باندې برابرښت ارزول شوی نه وي. تاسو کولای شئ لاندې مراجعو ته په کتبي ډول یا د ایمېل له لارې د طبي سوابقو د افشا کولو لپاره د خپلې ورکړل شوې موافقې فسخه لیک واستوئ:
DVHA Deputy Commissioner, NOB1 South, 280 State Drive, .Waterbury, VT 05671-1010

موږ ته د Medicaid د خدماتو د ترلاسه کولو په صورت کې له دریمې ډلې څخه د پیسو او طبي ملاتړ په برخه کې د صلاحیت راکولو تړون. تاسو موږ ته دا حق راکوئ چې له روغتیایي بیمې، قانوني فیصلو، او یا ستاسو لخوا د Medicaid د ترلاسه کولو په صورت کې د بلې دریمې ډلې لخوا د روغتیا پالنې له لارې د هر ډول پیسو څارنه وکړو او ترلاسه یې کړو. دغه امر په تاسو او ستاسو د کورنۍ په هر هغه غړي د تطبیق وړ دی چې د Medicaid خدمات ترلاسه کوي.

همدارنګه تاسو موافقه کوئ چې د دولت لخوا د غوښتنې په صورت کې د ګروپ په روغتیایي طرحه کې ګډون کوئ، او پدې پوهېږئ چې دولت کولای شي پدې برخه کې مصارف تادیه کړي.

همدارنګه تاسو موږ ته دا حق راکوئ ترڅو له ښځې/مېړه څخه د طبي ملاتړ لکه له هغو کورنیو څخه ملاتړ چې له کور څخه د باندې ژوند کوي، څارنه وکړي او ترلاسه یې کړي. که چېرې تاسو فکر کوئ چې د طبي ملاتړ همغږي کول ښائي تاسو یا ستاسو ماشوم ته زیان ورسوي، نو د مشتریانو د خدماتو څانګې ته زنګ ووهئ. ښائي همکارۍ ته اړ نه واست.

د ماشوم لخوا د ځانګړیو زده کړو د ترلاسه کولو په صورت کې Medicaid ته د صورت حساب ورکولو لپاره رضایت ورکول یا موافقه کول. که چېرې ستاسو کورنۍ د Medicaid خدمات او ځانګړې زده کړه ترلاسه کوي، پدې مانا ده چې تاسو د خپل ماشوم تعلیمي حوزې ته اجازه ورکوئ ترڅو ستاسو د ماشوم د فردي زده کړو په طرحه (IEP) کې د درج شویو خدماتو په بدله کې Medicaid ته تادیه کوئ. تاسو پوهېږئ چې که چېرې له موافقې څخه انکار کوئ، نو دا کار به یوازې د IEP خدماتو لپاره د Medicaid په تادیاتو باندې اغېز کوي، تعلیمي حوزه باید بیا هم تاسو ته د IEP خدماتو چمتو کړي. تاسو په هر وخت کې کولای شئ دغه موافقه فسخه کړئ. که چېرې تاسو دغه موافقه فسخه کړئ، نو پدې سره به د فسخې له نېټې وروسته د خدماتو لپاره د تادیاتو په برخه کې اعمال شي. د موافقې یا رضایت د فسخې په موخه لاندې مراجعو ته لیک واستوئ:
DVHA, Application & Document Processing Center, 280 State .Drive, Waterbury, VT 05671-8100

آیا د سپینږیرو او معلولینو (MABD) لپاره د Medicaid خدماتو د ترلاسه کولو په موخه د غوښتنې په صورت کې له اضافي یا کومکي اسنادو استفاده کوئ؟

که ځواب هو وي، نو تاسو دغه حقوق او مسؤلیتونه لرئ:

د سپینږیرو او معلولینو (MABD) لپاره د Medicaid خدماتو د ترلاسه کولو په موخه د منابعو د تائیدۍ صلاحیت. تاسو پوهېږئ چې د Medicaid خدمات د سپینږیرو او معلولینو (MABD) لپاره د عائداتو او په شرائطو باندې د برابرېدو لپاره معیارونه لري. تاسو پوهېږئ چې د فدرال قوانینو ته په شرائطو برابرېدل (42 U.S.C. 1396w)، چې روغتیا ته د لاسرسي په برخه کې د وېرمونټ ریاست (DVHA) د دغه پروګرام لپاره په شرائطو باندې د برابرېدو په موخه د مرستې لپاره د شتمنیو له یوه الیکټرونیکي سیستم (eAVS) څخه استفاده کوي. eAVS له مالیاتي ادارو څخه د Medicaid خدماتو ته په شرائطو باندې د برابرښت د تشخیص په موخه د پرانیستو او بسته حسابونو په اړه د معلوماتو غوښتنه کوي.

تاسو DVHA ته صلاحیت ورکوئ چې د Medicaid خدماتو ته په شرائطو باندې د برابرښت د تشخیص په موخه د مالي بنسټونو سره ستاسو منابع تائید کړي. دغه صلاحیت به تر هغې پورې تر اغېز لاندې وي ترڅو تاسو موږ ته په لیکلې بڼه د فسخې وړاندیز وکړئ یا ستاسو غوښتنه رد شي، او یا هم تر هغې پورې چې تاسو نور د Medicaid خدماتو لپاره په شرائطو برابر نه وئ. که چېرې تاسو پرېکړه کوئ چې خپله موافقه یا رضایت بېرته واخلئ، نو د مشتریانو د خدماتو څانګې ته زنګ ووهئ ترڅو پوښتنه ترې وکړئ چې د صلاحیت د فسخې لپاره خپل لیکل بیان کومې مرجع ته وړاندې کړئ.

په منابعو (شتمنیو) کې د بدلون په اړه د راپور ورکولو مسؤلیتونه. تاسو پوهېږئ چې د بدلونونو په اړه د راپور ورکولو سربېره چې **د بدلونونو په اړه د راپور ورکونې** د برخې په ii ګڼه پاڼه کې یې تشریح شوې ده، تاسو اړ یاست چې د سپینږیرو او معلولینو (MABD) لپاره د Medicaid خدماتو د ترلاسه کولو په صورت کې د خپلو منابعو د بدلون په اړه راپور ورکړئ. پدې کې د لاندې مواردو په اړه راپور ورکول شامل دي:

- کله چې ستاسو منابع/عائد تر $2,000 لوړ شي
- د مجموعي تادیاتو ترلاسه کول (لکه تقاعد، میراث، یا د بیمې صورت حسا)
- په مالکیت کې بدلون (لکه د نامه اضافه کول یا لرې کول، یا د حقیقي او حقوقي شتمنیو لپاره پلور او انتقال)
- د ملکیتونو پلور، لکه ستاسو د کور پلور

د بدلون په اړه د راپور ورکول په موخه، د مشتریانو د خدماتو څانګې ته په لیکې بڼه راپور ورکړئ یا د بدلونونو په اړه د راپور فورم (Form 200GMC) لاندې مراجعو ته واستوئ:
DVHA, Application & Document Processing Center, 280 State .Drive, Waterbury, VT 05671-1500