

حقوق و مسئولیت‌های شما

این حقوق و مسئولیت‌ها به همه افرادی که درخواست می‌دهند، مربوط می‌شود.
اگر به کاپی چاپ بزرگ این نیاز دارید، لطفاً با خدمات مشتریان در تماس شوید.

اگر انگلیسی صحبت نمی‌کنید یا نمی‌توانید متن انگلیسی بخوانید، چه کار کنید.
ما خدمات زبانی رایگان برای شما ارائه خواهیم کرد.

به این معنا:

- مترجمان شفاهی تلفونی
- ابلاغیه‌ها، برنامه‌ها و سایر معلومات نوشتاری به زبان شما

اگر به این نیاز دارید، با خدمات مشتریان در تماس شوید. اگر خدمات زبانی مورد نیازتان را دریافت نکردید، می‌توانید یک شکایت تبعیض برای دریافت آنها ثبت کنید. برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت، به بخش **اگر فکر می‌کنید علیه شما تبعیض شده، چه کار کنید** در این صفحه بروید.

حق گرفتن تصمیم به موقع درباره درخواست. در بیشتر موارد، باید در 45 روز (یا، اگر به اساس یک تصمیم ناتوانی درخواست Medicaid داده‌اید، در 90 روز) درباره درخواست شما تصمیم گیری کنیم. اگر خودتان تأخیر کنید، ممکن است زمان بیشتری گرفته شود. اگر به موقع تصمیم گیری نکنید، می‌توانید برای کسب معلومات بیشتر با خدمات مشتریان در تماس شوید یا استیناف ثبت کنید.

حق فرجام‌خواهی دادن. اگر از نظر من حکم واجد شرایط بودن من اشتباه یا دارای تأخیر باشد، چه کار کنم؟ حق دارید فرجام‌خواهی دهید. بدین ترتیب یک رسیدگی عادلانه ایالتی را درخواست می‌دهید. برای کسب معلومات بیشتر درباره حق خودتان برای فرجام‌خواهی دادن، به ابلاغیه واجد شرایط بودن خودتان نگاه کنید. باید ظرف 90 روز از تاریخ ابلاغیه واجد شرایط بودن خودتان فرجام‌خواهی را ثبت کنید.

در بیشتر موارد، باید در 90 روز از زمانی که استیناف می‌دهید، حکم نهایی فرجام‌خواهی شما را برای شما ارسال کنیم. اگر انتظار رسیدگی ایالتی معمول ممکن است به شما آسیب بزند، می‌توانید فرجام‌خواهی تسریع شده (سرپرتر) درخواست کنید و احتمال دارد زودتر درباره استیناف شما تصمیم گیری کنیم. ما برای بیشتر فرجام‌خواهی‌های تسریع شده در 7 روز کاری تصمیم گیری می‌کنیم. برای ارائه فرجام‌خواهی، با خدمات مشتریان در تماس شوید. همچنین می‌توانید برای هیئت خدمات انسانی (Human Services Board) به آدرس 120 State Street, Montpelier, VT 05620-4301 نامه بنویسید.

آیا شخص دیگری می‌تواند در رسیدگی عادلانه من برای من صحبت کند؟ بله. بهتر است خودتان در فرجام خواهی حضور داشته باشید، اما می‌توانید از شخص دیگری مثل یکی از دوستان، اقوام یا وکیل بخواهید بجای شما صحبت کنند. شاید بتوانید کمک حقوقی رایگان را ذریعه تماس با پشتیبانی مراقبت صحتی در مؤسسه کمک حقوقی ورمونت به شماره **1-800-917-7787** یا وبسایت <https://vtlawhelp.org/health> دریافت کنید.

حقوق افراد دارای ناتوانی. اگر عارضه یا مشکل بدنی، ذهنی یا یادگیری دارید که انجام کارهایی که از شما می‌خواهیم را برای شما سخت می‌کند، می‌توانیم برای کمک به شما تغییراتی را اعمال کنیم. قانون آمریکایی‌های دارای ناتوانی (ADA) و قانون ورمونت بیان می‌کنند برای اینکه افراد دارای ناتوانی بتوانند مزایای صحتی و بهداشتی خود را دریافت کنند، مجبور خواهیم بود تغییراتی (به نام اصلاحات منطقی) را در شرایط لازم خودمان ایجاد کنیم.

چند نمونه از تغییراتی که می‌توانیم ایجاد کنیم:

- اگر خودتان نمی‌توانید شخص دیگری اجازه دارد پاسخ‌های شما را یادداشت کند
- می‌توانیم زمان بیشتری به شما بدهیم یا به شما کمک کنیم مدارکی را که باید به ما بدهید بدست بیاورید
- می‌توانیم مدارک را با چاپ بزرگتر ارسال کنیم

اگر به تغییراتی نیاز دارید تا بتوانید مزایای صحتی خود را دریافت کنید، با خدمات مشتریان در تماس شوید.

اطلاعات برای غیر شهروندان. آیا دریافت مزایای مراقبت صحتی، وضعیت مهاجرت شما را تغییر می‌دهد؟ قبل از اینکه درخواست دهید یا مزایای صحتی خود را لغو کنید، معلومات لازم را کسب کنید. کمک حقوقی رایگان را ذریعه تماس با **1-800-917-7787** یا رفتن به وبسایت <https://vtlawhelp.org/> به قسم انترنتی دریافت کنید.

افراد دارای وضعیت قانونی سکونت می‌توانند برای دریافت مزایای درخواست دهند. حتی اگر خانوار شما افراد غیر واجد شرایط بخاطر وضعیت مهاجرت‌شان داشته باشد، همچنان می‌توانید برای افراد واجد شرایط درخواست دهید.

ما وضعیت مهاجرت تمام غیر شهروندانی که برای دریافت مزایای صحتی درخواست دهند را با خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده آمریکا بررسی و تأیید خواهیم کرد.

اگر فکر می‌کنید علیه شما تبعیض شده، باید چه کار کنید. ما به اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت، سن، تمایل جنسی، هویت جنسی یا ناتوانی علیه شما تبعیض قائل نمی‌شویم. اگر نتوانیم خدمات مرتبط زبانی یا ناتوانی مورد نیازتان را ارائه کنیم، تبعیض خواهد بود.

اگر فکر می‌کنید علیه شما تبعیض قائل شده‌ایم، می‌توانید با خدمات مشتریان در تماس شوید. همچنین می‌توانید یک شکایت را ثبت کنید:

- اداره دسترسی صحتی ورمونت:
هماهنگ کننده حقوق مدنی برنامه صحتی

تلفون: **(802) 241-0454**

ایمیل: AHS.DVHALegal@vermont.gov

آندلاین: <https://info.healthconnect.vermont.gov/Non-Discrimination>

- دولت فدرال:

وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا

تلفون: **1-800-868-1019 (TDD) 800-537-7697**

آندلاین: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

حق محرمانه بودن. معلومات مربوط به درخواست و مزایای صحتی شما محرمانه نگهداری می‌شود و تحت محافظت قانون ایالتی و فدرالی است. ما هیچگونه معلومات مرتبط با شما را شریک نمی‌کنیم مگر اینکه مستقیماً به اجرای برنامه مرتبط باشد، یا ذریعه قانون یا حکم دادگاه مجاز شده باشد، یا مجوز شما را داشته باشیم.

چی قسم از معلومات شما استفاده می‌کنیم (از جمله شماره‌های تأمین اجتماعی).

ما برای تعیین واجد شرایط بودن، کمک در پرداخت هزینه مراقبت و سایر مقاصد قانونی از معلومات شما استفاده خواهیم کرد. این شامل: تأیید درآمد و سایر معلومات واجد شرایط بودن، تعیین مزایا، جمع آوری مطالبه‌ها، اجرای حسابرسی‌ها، بازرسی کلاهبرداری، پرداخت کمک هزینه طبی، ارزیابی دقت معلوماتی که به ما می‌دهید، و تقویت پشتیبانی طبی می‌شود. ممکن است با اداره عمومی و خصوصی به شمول اداره کل تأمین اجتماعی، مؤسسات مالی (تأیید دارایی و املاک)، اداره‌های گزارش دهی مشتری، وزارت کار، وزارت امنیت داخلی ایالات متحده آمریکا، و خدمات درآمد داخلی (IRS) در تماس شویم. اگر معلومات مطابقت نداشته باشد، ممکن است از شما بخواهیم گواهی تأیید برای ما ارسال کنید.

افراد درخواست دهنده که شماره تأمین اجتماعی (SSN) دارند، باید برای واجد شرایط بودن مزایای صحتی آن را ارائه دهند. اگر شخصی پوشش مراقبت صحتی را نیاز ندارد، مجبور نیست SSN خود را به ما بدهد. برخی افرادی که SSN ندارند به شمول افرادی که برای داشتن آن مخالفت دینی دارند، مجبور نیستند برای ارائه درخواست مزایای صحتی، SSN بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات مشتریان در تماس شوید.

تعهد گزارش دادن تغییرات. برخی از تغییراتی که باید گزارش کنید: تغییرات در درآمد، بیمه صحتی، اعضای خانوار، آدرس شما، ازدواج/طلاق شما، بارداری و اگر برای زندگی از ایالت بیرون می‌روید یا در ایالت دیگری Medicaid دریافت می‌کنید. برای گزارش تغییرات، با خدمات مشتریان در تماس شوید.

تغییرات مربوط به Medicaid را باید در 10 روز گزارش کنید. اگر ذریعه ما در یک برنامه بیمه صحتی ثبت نام می‌کنید، باید تغییرات را در حداکثر 30 روز گزارش کنید. هر گونه تغییر در معلومات شما می‌تواند بر واجد شرایط بودن شما و اعضای خانوار شما اثر بگذارد.

به کمک نیاز دارید؟ از dvha.vermont.gov/apply بازدید کنید یا با خدمات مشتریان به شماره **1-855-899-9600** در تماس شوید. برای خدمات TTY/رله، با **711** تماس بگیرید.

از dvha.vermont.gov/apply بازدید کنید یا برای دریافت کاپی حقوق و مسئولیت‌های خودتان با خدمات مشتریان در تماس شوید.

حقوق و مسئولیت‌های شما (ادامه)

اگر به کاپی چاپ بزرگ این نیاز دارید، لطفاً با خدمات مشتریان در تماس شوید.

درک می‌کنید که رضایت شما با استفاده از سوابق طبی شما تا زمانی معتبر باقی می‌ماند که واجد شرایط بودن شما تحت بررسی و نظارت باشد. شما می‌توانید رضایت خود با افساء سوابق طبی‌تان را با ارائه درخواست فسخ بصورت نوشتاری و پست آن به آدرس زیر لغو کنید:
DVHA Deputy Commissioner, NOB1 South, 280 State Drive, Waterbury, VT 05671-1010.

تفاهم نامه مرتبط با زمانی که خدمات Medicaid دریافت می‌کنید و به ما اجازه می‌دهید که پول و پشتیبانی طبی دریافتی از اشخاص ثالث را پیگیری کنیم. حق پیگیری و دریافت هرگونه پیمانه از بیمه‌های صحتی دیگر، تفاهم نامه قانونی یا سایر اشخاص ثالث برای هزینه‌های مراقبت صحتی خودتان را در صورتی که ما می‌دهیم که خدمات Medicaid دریافت کنید. این به شما و هر شخصی در خانوار شما مربوط می‌شود که خدمات Medicaid دریافت می‌کند.

همچنین در صورت ایجاب شرایط ایالتی با ثبت نام در برنامه صحتی گروهی موافقت می‌کنید و درک می‌کنید که ایالت می‌تواند حق بیمه‌ها را پرداخت کند.

همچنین حق پیگیری و دریافت پشتیبانی طبی از همسر یا والدین به شمول والدینی که خارج از خانه شما زندگی می‌کنند را به ما می‌دهید. اگر فکر می‌کنید همکاری در دریافت پشتیبانی طبی ممکن است به شما یا اطفال شما آسیب بزنند، با خدمات مشتریان در تماس شوید. شاید نیازی نباشد همکاری کنید.

رضایت برای صدور صورتحساب برای Medicaid در صورتی که طفل آموزش ویژه دریافت کند. اگر طفلی در خانوار شما خدمات Medicaid و آموزش ویژه دریافت کند، به حوزه آموزشی طفل خودتان اجازه می‌دهید صورتحساب خدمات لیست شده در برنامه آموزشی انفرادی (IEP) طفل شما را به نام Medicaid صادر کند. درک می‌کنید که اگر رضایت خود را رد کنید، عدم پذیرش شما تنها بر صدور صورتحساب Medicaid برای خدمات IEP اثر می‌گذارد؛ حوزه آموزشی باید همچنان خدمات IEP را بصورت رایگان برای شما ارائه کند. در هر زمانی می‌توانید رضایت خود را لغو کنید. اگر این رضایت را لغو کنید، برای صورتحساب‌های خدمات دریافتی از آن تاریخ به بعد اعمال خواهد شد. برای لغو رضایت خود به آدرس زیر درخواست پست کنید:

DVHA, Application & Document Processing Center, 280 State Drive, Waterbury, VT 05671-8100.

مجازات های تقلب. در صورت ارائه آگاهانه معلومات غلط، نادرست، ناقص یا گمراه کننده برای دریافت، تلاش برای دریافت یا کمک به شخص دیگری برای دریافت مزایای صحتی که خودتان یا آن شخص مستحق آن نیست، شما یا یکی از اعضای خانوار شما تحت پیگرد کیفری برای تقلب یا جرم کیفری دیگری قرار خواهید گرفت.

در صورت محکوم شدن، مجازات شامل سه سال زندانی و یا جریمه تا حداکثر 1000 دالر یا مبلغ برابر با مزایایی می‌شود که به قسم غیرقانونی دریافت شده است. سایر مجازات های فدرالی یا ایالتی نیز ممکن است اعمال شود.
(42 U.S.C. §1320a-7b; 33 V.S.A. §§141, 143)

تفاهم نامه مربوط به پرداخت های بخش B Medicare. موافقت می‌کنید خدماتی را از Medicaid دریافت کنید که ما هزینه های بخش B Medicare آینده و سایر خدمات صحتی را مستقیماً به پزشکان و تأمین کنندگان طبی پرداخت خواهیم کرد. بدین معنا که مجبور نیستید هر بار خدماتی را دریافت می‌کنید یک فورم جداگانه را امضاء کنید.

تفاهم نامه برای انتشار سوابق طبی. موافقت می‌کنید که ارائه کنندگان مراقبت طبی شما و اداره دسترسی صحتی ورمونت (DVHA) و بیمه‌کاران و صاحبان امتیاز آن می‌توانند به سوابق طبی شما دسترسی داشته باشند، از آنها استفاده یا آنها را در مواقع زیر افشاء کنند:
(1) مدیریت برنامه های ایالتی مراقبت صحتی یا (2) وقتی شفاخانه، ارائه کننده مراقبت طبی، ارائه کننده سلامت روانی یا دواخانه ای به سوابق طبی شما نیاز دارد. این شامل معلومات ارائه کننده و نسخه دوا برای درمان شما، پرداخت هزینه های درمانی شما و عمل های مراقبت صحتی و بهداشتی می شود.

موافقت می‌کنید که رضایت شما شامل افشاء دوباره معلومات مرتبط با دوا تجویزی دریافت شده از یک برنامه درمان دوابی یا الکوولی می شود، در صورتی که چنین معلوماتی برای مقاصد درمانی مورد نیاز باشد.

آیا از مکمل درخواست Medicaid برای افراد مسن، نابینا و ناتوان (MABD) استفاده می‌کنید؟

در صورت پاسخ مثبت، از این حقوق و مسئولیت‌ها برخوردار هستید.

تعهد گزارش دادن تغییرات در منابع (دارایی ها). درک می‌کنید که علاوه بر گزارش دادن تغییرات توصیف شده در بخش **تعهد گزارش دادن تغییرات** در صفحه ۱۱، تغییرات منابع خود را در صورت دریافت خدمات Medicaid برای افراد مسن، نابینا و ناتوان (MABD) باید گزارش کنید. این شامل گزارش دادن موارد زیر می‌شود:

- وقتی منابع شما بیشتر از محدودیت \$2000 می‌شود
- دریافت پرداخت نقدی (مثل پرداخت امانی یا سهم صندوق بازنشستگی، ارث یا پرداخت عوایدی بیمه)
- تغییرات در مالیات (مثل اضافه یا حذف شدن یک نام، فروش یا انتقال یک ملک یا دارایی شخصی)
- فروش ملک، به شمول خانه شما

برای گزارش دادن تغییرات، با خدمات مشتریان در تماس شوید یا فورم گزارش تغییر (فورم 200G) را به آدرس زیر ارسال کنید:

DVHA, Application & Document Processing Center, 280 State Drive, Waterbury, VT 05671-1500.

جواز تأیید منابع Medicaid برای افراد مسن، نابینا و ناتوان (MABD).

درک می‌کنید که Medicaid برای افراد مسن، نابینا و ناتوان (MABD)، محدودیت های درآمدی و منابع برای واجد شرایط بودن دارد. درک می‌کنید که اداره دسترسی صحتی ورمونت (DVHA) برای برآورده و رعایت کردن شرایط قانون فدرالی (42 U.S.C. 1396w) از سیستم الکترونیکی تأیید دارایی ها (eAVS) برای تأیید واجد شرایط بودن در این برنامه استفاده می‌کند. eAVS معلومات حساب های باز و بسته را با هدف تعیین واجد شرایط Medicaid بودن، از مؤسسات مالی درخواست می‌کند.

شما به DVHA اجازه می‌دهید منابع شما در مؤسسات مالی را با هدف تعیین واجد شرایط Medicaid بودن درخواست کند. این جواز تا زمانی معتبر باقی می‌ماند که از طریق بیانیه کتبی ارسالی به ما آن را لغو کنید یا درخواست شما رد شود، یا دیگر واجد شرایط Medicaid نباشید. اگر تصمیم دارید جواز خود را لغو کنید، با خدمات مشتریان در تماس شوید تا از آدرسی که باید بیانیه کتبی خود را ارسال کنید مطلع شوید.

به کمک نیاز دارید؟ از dvha.vermont.gov/apply بازدید کنید یا با خدمات مشتریان به شماره 1-855-899-9600 در تماس شوید. برای خدمات TTY/رله، با 711 تماس بگیرید.

از dvha.vermont.gov/apply بازدید کنید یا برای دریافت کاپی حقوق و مسئولیت‌های خودتان با خدمات مشتریان در تماس شوید.