


Բնակեցման աջակցություն Medi-Cal անդամների համար


Դուք կամ ձեր ընտանիքի անդամը բնակավայր գտնելու խնդիրներ ունեք:


Մենք կարող ենք օգնել: Medi-Cal Enhanced Care Management և Community Supports ծրագրերը լրացուցիչ օգնություն են տրամադրում որակավորվող Medi-Cal անդամներին, որոնք բարդ բժշկական կարիքներ ունեն:*

Բնակեցման աջակցության ծրագրերը կարող են օգնել ձեզ.


Գտնել և պահպանել կայուն տուն


 Ապրելու տեղ գտնել, եթե բնակավայրի հարցում օգնության կարիք ունեք:

 Բնակավայրի ավանդի և այլ ծառայությունների հետ կապված օգնություն՝ ձեզ տուն ապահովելու նպատակով:

 Պահպանել անվտանգ և ապահով բնակավայր, երբ գտնեք ապրելու վայր:

Վերականգնվել

 Գտնել ապահով տեղ, որտեղ կարող եք վերականգնվել հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո, եթե չունեք ապահով տուն:

 Դրամի տնօրինման և սոցիալական հմտությունների ձեռք բերման հարցում օգնություն ստանալ:

Այս ծառայությունները խնդրելու համար կամ տեսնելու, թե արդյոք դուք որակավորվում եք, զանգահարեք մեզ երկուշաբթից ուրբաթ, ժամը 8:30 a.m.-ից 5 p.m.-ը:

Հյուսիսային Կալիֆորնիա՝ 1-833-721-6012 (TTY 711)

Հարավային Կալիֆորնիա՝ 1-866-551-9619 (TTY 711)



Անդամները չեն կարող միաժամանակ ընդգրկվել Enhanced Care Management (ECM)-ում և հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկում՝ հոսփիս, Ծերերի համընդհանուր խնամքի ծրագիր (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), Համալիր խնամքի կառավարում (Complex Care Management, CCM), Կալիֆորնիայի Համայնքային անցումներ (California Community Transitions, CCT) և 1915 (c) Տնային և համայնքային ծառայություններից հրաժարում (Home and Community-Based Services Waiver, HCBS), ներառյալ Medi-Cal-ի Հրաժարման ծրագիրը (ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ), Տան և համայնքի վրա հիմնված այլընտրանքները (Home and Community-Based Alternatives, HCBA), Աջակցությամբ ապրելու հրաժարումը (Assisted Living Waiver, ALW), Տնային և համայնքային ծառայություններից հրաժարումը Զարգացման հաշմանդամություն ունեցողների համար (Home and Community-Based Services Waiver for the Developmentally Disabled, HCBS-DD), Տարեցների բազմաֆունկցիոնալ ծառայությունների ծրագիրը (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) և Ինքնորոշման ծրագիրը (Self-Determination Program, ICF-DD):

Ավելին իմացեք kp.org/medi-cal-programs (անգլերենով) կայքում



Խտրականության բացառման ծանուցում

Այս փաստաթղթում «մենք», «մեզ» կամ «մեր» բառերը նշանակում են Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. և Southern California Medical Group): Այս ծանուցումը հասանելի է մեր կայքում՝ **kp.org** հասցեով:

Խտրականությունը հակաօրինական է: Մենք հետևում ենք քաղաքացիական իրավունքների նահանգային և դաշնային օրենքներին:

Մենք անօրինականորեն խտրականություն չենք դրսևորում, մարդկանց չի բացառում կամ այլ կերպ նրանց չի վերաբերվում՝ հիմնվելով նրանց տարիքի, ռասայի, էթնիկ խմբի ինքնության, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելիության, մշակութային ծագման, նախահայրերի, կրոնի, սեռի, գենդերի, գենդերային ինքնության, գենդերային արտահայտման, սեռական կողմնորոշման, ընտանեկան կարգավիճակի, ֆիզիկական կամ մտավոր հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, վճարման աղբյուրի, գենետիկ տեղեկատվության, քաղաքացիության, առաջնային լեզվի կամ գաղթականի կարգավիճակի վրա:

Kaiser Permanente-ն տրամադրում է հետևյալ ծառայությունները.

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամ անձանց՝ մեզ հետ ավելի լավ հաղորդակցվելու նպատակով, ինչպես օրինակ՝
 - ◆ Որակավորված նշանների լեզվի թարգմանիչներ
 - ◆ Գրավոր տեղեկություններ այլ ձևաչափերով (բրայլ, խոշոր տառատեսակ, ձայնագրություն, հասանելի էլեկտրոնային ձևաչափեր և այլ ձևաչափեր)
- Անվճար լեզվական ծառայություններ այն անձանց, ում համար անգլերենն առաջնային լեզու չէ, ինչպես օրինակ՝
 - ◆ Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ
 - ◆ Այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ

Եթե այս ծառայությունների կարիքն ունեք, զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման բաժին ստորև ներկայացված հեռախոսահամարներով: Զանգն անվճար է: Անդամների սպասարկման բաժինը փակ է հիմնական տոն օրերին:

- Medicare, ներառյալ D-SNP՝ **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, շաբաթը 7 օր
- Medi-Cal՝ **1-855-839-7613** (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր
- Մյուս բոլորը՝ **1-800-464-4000** (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

Խնդրանքի դեպքում այս փաստաթուղթը մատչելի կլինի բրայլով, խոշոր տառատեսակով, ձայնագրությամբ կամ էլեկտրոնային ձևաչափերով: Այս ձևաչափերից մեկով կամ այլ ձևաչափով պատճենը ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել մեր Անդամների սպասարկման բաժին և խնդրել ցանկալի ձևաչափը:

Ինչպես գանգատ ներկայացնել Kaiser Permanente-ին

Դուք կարող եք խտրականության գանգատ ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ մենք չենք տրամադրել այս ծառայությունները կամ որևէ այլ կերպ անօրինականորեն խտրականություն է դրսևորել: Կարող եք գանգատ ներկայացնել հեռախոսով, փոստով, անձամբ կամ առցանց: Մանրամասների համար խնդրում ենք կարդալ *Ձեր Ապահովագրության ապացույցը (Evidence of Coverage) կամ Ապահովագրման վկայագիրը (Certificate of Insurance)*: Կարող եք նաև գանգահարել Անդամների սպասարկում Ձեզ կիրառելի տարբերակների մասին մանրամասներ ստանալու համար կամ եթե գանգատ ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք: Դուք կարող եք խտրականության գանգատ ներկայացնել հետևյալ կերպ.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:
Հեռախոսահամարները նշված են վերևում:
- **Փոստով.** ներբեռնեք ձևաթուղթը **kp.org** կայքում կամ գանգահարեք Անդամների սպասարկում և խնդրեք, որպեսզի ձևաթուղթ ուղարկեն ձեզ, որը հետո կարող եք հետ ուղարկել:
- **Անձամբ.** լրացրեք Բողոքի կամ Նպաստի հայցի/խնդրանքի ձևաթուղթն անդամների սպասարկման գրասենյակում, որը գտնվում է Ծրագրի հաստատությունում (հասցեների համար տեսեք հաստատությունների հասցեագիրքը մեր kp.org/facilities կայքում):
- **Առցանց.** լրացրեք առցանց ձևաթուղթը մեր **kp.org** կայքում:

Կարող եք նաև ուղղակիորեն դիմել Kaiser Permanente-ի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողներին ներքոնշյալ հասցեներով՝

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Ինչպես գանգատ ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (*միայն Medi-Cal նպաստառուների համար*)

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ գրավոր, հեռախոսով կամ էլ.փոստով.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի (Department of Health Care Services, DHCS) Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ **916-440-7370** (TTY **711**) հեռախոսահամարով:

- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք այստեղ՝
Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Բողոքի ձևաթղթերը մատչելի են այստեղ՝
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **Առցանց.** էլ.նամակ ուղարկեք CivilRights@dhcs.ca.gov հասցեով

Ինչպես գանգատ ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ

Դուք կարող եք խտրականության բողոք ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ: Կարող եք բողոք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր կամ առցանց.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք **1-800-368-1019** (TTY **711** կամ **1-800-537-7697**) հեռախոսահամարով:
- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք այստեղ՝
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Բողոքի ձևաթղթերը մատչելի են
<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> կայքում
- **Առցանց.** այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի բողոքի պորտալը՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> հասցեով: