

Ճանապարհածախսի և կեցության ծախսերի փոխհատուցում

Հատուկ մասնագիտացված ծառայություններ ձեր տարածաշրջանում

Եթե դուք Kaiser Permanente Northern California-ի անդամ եք, և ձեզ ուղարկում են ձեր տարածաշրջանում ձեր տնից 50 մղոն կամ ավելի հեռու՝ որոշակի բժշկական ծառայություններ ստանալու նպատակով, մենք ձեզ կվերադարձենք ճանապարհի և կեցության հետ կապված որոշ ծախսեր:

Իրավունակության չափանիշներին համապատասխանության ստուգում

Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին, որպեսզի իմանաք, ինչպես ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին՝ պարզելու համար, թե արդյոք իրավունք ունեք դիմելու ճանապարհի և կեցության հետ կապված ծախսերի փոխհատուցման համար «select specialty services» (Հատուկ մասնագիտացված ծառայություններ) ծրագրով:

Ձեր բնակության վայրը հանդիսանում է Northern California-ի անդամ:	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
Արդյո՞ք այս ծառայությունը տրամադրվում է Northern California-ում:	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
Արդյո՞ք ձեր ծառայությունը ստորև նշված մասնագիտացված ծառայություններից է, որին իրավունք ունեք դիմելու: <ul style="list-style-type: none"> • Բարիատրիկ վիրահատություն • Ստամոքսի բարդ վիրահատություն • Կրծքավանդակի համալիր վիրահատություն • Ընդհանուր ստացիոնար սուր մանկաբուժություն կամ մասնագիտացված ստացիոնար մանկաբուժություն, բացառությամբ նորածինների ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում (NICU) եւ երեխաների ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում (PICU) • Ամբուլատոր մանկական արյունաբանություն և ուռուցքաբանություն • Լեյկեմիայի/լիմֆոմայի ստացիոնար քիմիաթերապիա • Ձախ փորոքը, աջ փորոքը կամ բիվենտրիկուլյար օժանդակ սարքը (LVAD, RVAD, BiVAD) • Փոխպատվաստման նեֆրեկտոմիա 	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
Արդյո՞ք անդամը ուղարկվել է բժշկի ծառայության Kaiser Permanente-ում:	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
Արդյո՞ք անդամը ստացել է ծառայություն, որը տրամադրվում է 50 մղոն կամ ավելի հեռու իրենց տնից:	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
Կարո՞ղ եք ներկայացնել ճանապարհի և կեցության հետ կապված ծախսերի փաստաթղթեր, օրինակ՝ անդորրագրեր:	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ

Եթե դուք պատասխանել "ոչ" որևէ վերը նշված հարցերին, դուք իրավունք չունեք մասնակցել այս ծրագրին և չպետք է փոխհատուցման հայտ ներկայացնեք՝ օգտագործելով կից դիմումի ձևը:

Խնդրում ենք այցելել kp.org/specialty-care/travel-reimbursements ճանապարհորդության և կացարանի այլ ծրագրերի մասին տեղեկությունների համար, որոնք կարող են հասանելի լինել:

Եթե վերը նշված ԲՈԼՈՐ հարցերին պատասխանել եք ԱՅՈ, դուք իրավասու եք ճամփորդության և կացարանի փոխհատուցման համար ընտրված մասնագիտացված ծառայությունների ծրագրի շրջանակներում և կարող եք ներկայացնել կից դիմումի ձևը: Խնդրում ենք անպայման ծանոթացեք կից հաճախ տրվող հարցերին, նախքան հայտը լրացնելը: Լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել այստեղ kp.org/specialty-care/travel-reimbursements.

(Հարունակություն հաջորդ էջում)

Ճանապարհաձախսի և կեցույթյան ծախսերի փոխհատուցման հետ կապված հաճախակի տրվող հարցեր

Ի՞նչպե՞ս կարող եմ հայց ներկայացնել:

- Լրացրեք փոխհատուցման հարցման ձևը, որը ներառված է ձեր փաթեթում:
- Ուշացումներից խուսափելու համար մեզ անհրաժեշտ է ճիշտ գրել լրիվ անունը և ձեր ընթացիկ էլիոստի հասցեն և հեռախոսահամար(ներ)ը ֆայլում:
- Խնդրում ենք համոզվեք, որ ձեր ընթացիկ տան փոստային հասցեն նշված է մասնակիցների աջակցման կենտրոնի կոնտակտային կենտրոնում: Դուք կարող եք զանգահարել անդամների սպասարկման կենտրոն, որպեսզի հաստատեք կամ փոփոխեք ձեր Փոստային հասցեն **-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ժամ, շաբաթական 7 օր (հանգստյան եւ տոն): Ստուգումները կարող են ուղարկվել միայն ֆայլում նշված հասցեով:
- Ուղարկեք ձեր բնօրինակ անդորրագրերի պատճենը հարցման ձևի հետ միասին եւ ձեզ մոտ նույնպես պահեք պատճենները: Խնդրում ենք ներկայացնել ձեր ստացած ծառայությունների անդորրագրերի բնօրինակների պատճենը (օրինակ՝ ներկայացնել հյուրանոցի մանրամասնված հաշվի բնօրինակ կտրոնը, այլ ոչ թե վարկային քարտի անդորրագիր կամ վարկային քարտի քաղվածք):

Ի՞նչ ծախսեր կարող եմ փոխհատուցվել:

- Այս ձևում նշված ուղեվարձի եւ կեցույթյան համապատասխան ծախսերը, մասնակցի տնից 50 մղոն կամ ավելի տրամադրվող առանձին հատուկ ծառայությունների համար մանրամասն անդորրագրերով:
- Ձեր և խնամողի/ուղեկցորդի համար ձեր տնից և հետադարձ հաստատություն, մինչև \$200 մեկ երթևեկության փոխադրում բոլոր բժշկական անհրաժեշտ նախաժամայության, սպասարկման և հետծառայության այցելությունների համար*
- Բնակարանի և խնամողի/ուղեկցի համար՝ 1 սենյակի համար գումարած հարկը, օրական մինչև \$150, ձեր ուղեգրում նշված ժամանակի համար

Ի՞նչ ծախսեր չեն կարող փոխհատուցվել:

- Անդամի տնից 50 մղոնից պակաս հեռավորության վրա մատուցվող ծառայությունների համար ճանապարհորդական և բնակության ծախսեր
- Ճանապարհորդական և անձնական ծախսեր 1-ից ավելի խնամողի/ուղեկցի համար
- Սնունդ կամ խմիչքներ
- Առանց դեղատոմսի դեղեր և անձնական խնամքի պարագաներ
- Ամենօրյա փոխադրում նշված հաստատություն և հակառակ ուղղությամբ*
- Չեռախոսազանգեր և ինտերնետ ծառայություն
- Կեցության ծախսեր, բացի սենյակից և հարկերից, օրինակ՝ սենյակի սպասարկում, մինիբար և ֆիլմեր

Ե՞րբ ես կստանամ իմ փոխհատուցման կտրոնը:




- Մենք ձեր փոխհատուցման ստուգումը կուղարկենք բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերը ստանալուց մոտ 8 շաբաթ անց:
- Մենք մեկ կտրոն կուղարկենք անդամների սպասարկման կոնտակտային կենտրոնում ձեր գրանցած հասցեով:
- Եթե խնամողի/ուղեկցորդին գումար պետք է հատկացվի, այն կներառվի չեկում:
- Դուք պատասխանատու եք խնամակալի/ուղեկցի ծախսերի փոխհատուցման համար:

*Եթե Դուք Medi-Cal-ի անդամ եք, դուք ավելի շատ տրանսպորտային տարբերակներ ունեք: Խնդրում ենք զանգահարել անդամների սպասարկման կենտրոն հետևյալ համարով **1-800-464-4000 (TTY 711)** Լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

(շարունակություն հաջորդ էջում)



Լրացուցիչ օգնության համար

<p> Ճանապարհի և կեցության կամ փոխհատուցման ձևին վերաբերող ընդհանուր հարցերի համար.</p> <p>Չանգահարեք ճանապարհորդության և կացարանի համակարգողին 510-987-4650.</p>	<p> Ձեր փոխհատուցման կարգավիճակը ստուգելու համար.</p> <p>Եթե դուք չեք ստացել ձեր փոխհատուցման հաստատման նամակը ստանալու օրվանից 8 շաբաթ անց, զանգահարեք ճանապարհորդության և կացարանի համակարգողին` 510-987-4650.</p>
<p> Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք kp.org/specialty-care/travel-reimbursements.</p>	

Օգտագործեք այս ձևը՝ ճանապարհաժամային և կեցության ծախսերի համապատասխան փոխհատուցում պահանջելու նպատակով՝ այս ձևում նշված հատուկ մասնագիտացված ծառայությունների համար: Խնդրում ենք ստորև տրամադրել տեղեկություններ անդամի մասին, ով ստացել է համապատասխան ծառայություններ:

Անդամի անունը.	Ճննդյան ամսաթիվ.
Փոստային հասցե.	
Քաղաք / նահանգ / փոստային ինդեքս.	Էլեկտրոնային փոստի հասցե.
Բժշկական քարտի համար.	Հեռախոսահամար.
Այլընտրանքային համար.	
Ծառայություն մատուցած բժշկի անունը.	
Հաստատություն, որտեղ իրականացվել է ծառայությունը.	
Բուժսպասարկման կառավարչի անունը և հեռախոսահամարը.	
Ընտրեք ստացված ծառայության կատեգորիան (ծառայությունը պետք է նշված լինի ստորև, որպեսզի իրավասու լինի փոխհատուցման). <input type="checkbox"/> Բարիատրիկ վիրահատություն <input type="checkbox"/> Ստամոքսի բարդ վիրահատություն <input type="checkbox"/> Համապարփակ կրծքային վիրահատություն <input type="checkbox"/> Լեյկեմիայի/լիմֆոմայի ստացիոնար քիմիաթերապիա <input type="checkbox"/> Ընդհանուր ստացիոնար սուր մանկաբուժություն կամ ստացիոնար մասնագիտացված մանկաբուժություն (բացառությամբ NICU-ի և PICU-ի ուղղակի ընդունումների) <input type="checkbox"/> Ամբուլատոր մանկական արյունաբանություն և ուռուցքաբանություն <input type="checkbox"/> Ձախ, աչ կամ բիվենտրիկուլյար օժանդակ սարք (LVAD, RVAD կամ BIVAD) <input type="checkbox"/> Փոխպատվաստման նեֆրեկտոմիա	Այցի նպատակը (ընտրեք բոլոր համապատասխան տարբերակները). <input type="checkbox"/> Խորհրդակցություն <input type="checkbox"/> Բուժում <input type="checkbox"/> Վիրաբուժություն <input type="checkbox"/> Հետևում <input type="checkbox"/> Նախավիրահատական <input type="checkbox"/> Հետվիրահատական
Արդյո՞ք անդամը գիշերել է հիվանդանոցում: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք ներքևում նշել անդամի ստացիոնար բաժանմունքում մնալու մասին: Ընդունման ամսաթիվը. _____ Դուրսգրման ամսաթիվը. _____	
Ամբուլատոր ընդունելության ամսաթվերը.	
Փոխադրում (պահանջվում է անդորրագիր). • Տրանսպորտի տեսակը (օրինակ՝ ավտոբուս, վարձակալած մեքենա, անձնական մեքենա և այլն). _____ • Ինչքա՞ն այց է կատարել անդամը դեպի բուժօժանդակության վայր և հետ դեպի տուն բուժման համար: _____	
Կացարան (պահանջվում է անդորրագրեր). • Անդամին պահանջվե՞լ է կացարան: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Ամսաթիվ _____ • Անդամի խնամակալին/ուղեկցին պահանջվե՞լ է կացարան: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Ամսաթիվ _____ Խնամակալի/ուղեկցի անունը. _____	
Այցելության վերջին ամսաթիվը՝ տուն վերադառնալուց առաջ. _____ Անդամի տուն վերադառնալու ամսաթիվը. _____	
Անդամի ստորագրությունը.	Ամսաթիվը՝

Ուղարկեք այս ձևը և անդորագրերի բնօրինակների պատճենը ճանապարհի և կեցության հետ կապված հարցերի համակարգողին.

U.S. mail	Kaiser Permanente Attn: Travel & Lodging – Specialty Services 1950 Franklin Street, 8th Fl. Oakland, CA 94612
Ուղարկել էլփոստով PDF \$այլով	NCAL-TravelandLodging@kp.org
Ֆաքս	510-873-5388

Խտրականության բացառման ծանուցում

Խտրականությունը հակաօրինական է: Kaiser Permanente-ը հետևում է քաղաքացիական իրավունքների դաշնային և նահանգային օրենքներին:

Kaiser Permanente-ն անօրինականորեն խտրականություն չի 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-ը 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, մեծ տառատեսակ, աուդիո, 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 կապի կենտրոն՝ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից): Կամ, եթե լավ չեք լսում կամ խոսում, խնդրում ենք զանգահարել **711** համարով:

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

Ինչպես գանգատ ներկայացնել Kaiser Permanente-ին

Դուք կարող եք Kaiser Permanente-ին խտրականության գանգատ ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ մենք չենք տրամադրել այս ծառայությունները կամ որևէ այլ կերպ անօրինականորեն խտրականություն է դրսևորել: Մանրամասների համար խնդրում ենք կարդալ Ձեր *Ապահովագրության ապացույցը (Evidence of Coverage)* կամ *Ապահովագրման վկայագիրը (Certificate of Insurance)*: Կարող եք նաև գրուցել Անդամների սպասարկման ներկայացուցչի հետ՝ պարզելու համար, թե որ տարբերակն է Ձեզ կիրառելի: Խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում, եթե գանգատ ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք:

Դուք կարող եք խտրականության գանգատ ներկայացնել հետևյալ կերպ.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք Անդամների սպասարկում՝ **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից):
- **Փոստով.** Զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով և խնդրեք, որպեսզի ձևաթուղթ ուղարկեն Ձեզ:
- **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 կայքէջում):
- **Առցանց.** լրացրեք առցանց ձևաթուղթը մեր kp.org կայքէջում:

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՝
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
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
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> կայքում
- **Առցանց.** այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի բողոքի պորտալը՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> հասցեով: