



MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR
82 Hpkj St
Pawtucket, RI 02860



Как с нами связаться

Через Интернет: <https://healthvrhode.ri.gov>

С вопросами о доступном медицинском страховании звоните в HealthSource RI по телефону 1-855-840-4774

С вопросами о доступном медицинском страховании или социальных программах звоните в Департамент социальных служб (Department of Human Services) по телефону 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ЛЬГОТ

В этом уведомлении приведена информация о вашем медицинском страховании и льготах, предоставляемых вам по социальным программам. На этой странице приведено наше решение о назначении вам льгот. Более подробная информация приведена на следующих страницах. Если у вас есть вопросы, обратитесь к нам.

ОБЗОР ЛЬГОТ

Программа	Решение
Медицинское страхование	Ваше медицинское страхование продлено.

Если вы не согласны с этим решением, вы можете подать апелляцию и запросить проведение слушания. Подробная информация об апелляциях приведена в конце данного уведомления.

Доступ к учетной записи через Интернет или в мобильном приложении

Чтобы получить информацию о ваших льготах, войдите в свою учетную запись на сайте <https://healthvrhode.ri.gov/> или загрузите на смартфон мобильное приложение HealthyRhode.

Для доступа к своей учетной записи используйте имя пользователя [REDACTED]. Если вы забыли пароль, его можно восстановить. Для этого на странице <https://healthvrhode.ri.gov/> нажмите «Log In» (Вход) и затем нажмите «Forgot Username/Password?» (Забыли имя пользователя или пароль). В своей учетной записи вы можете подать заявление на получение и продление льгот, а также сообщать об изменениях.



Учетная запись:

Подробная информация о ваших льготах по медицинскому страхованию

На основании имеющейся у нас информации или информации, полученной нами от вас или из внешнего источника, с 05/13/2023 меняется ваше право на медицинское страхование. Подробности см. ниже.

Имя и фамилия участника:	Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR	Дата рождения: 12/1978
--------------------------	----------------------------------	------------------------

Период действия / даты действия	Вид помощи или страхования	Решение и дополнительная информация
06/01/2023 to 05/31/2024	MAGI Medicaid	Approved

Предельный годовой доход для домохозяйства вашего размера:

Бездетные взрослые:	\$20,120.40
Родители:	\$20,557.80
Дети:	\$38,782.80
Беременные женщины:	\$37,616.40

Ваш идентификатор Medicaid

Ваш идентификатор Medicaid — это присвоенный вам уникальный идентификационный номер, который указан на вашей белой карте Medicaid Anchor и в вашей учетной записи в Интернете. Каждый соответствующий условиям член вашего домохозяйства получит по почте свою личную белую карту Medicaid Anchor. При получении услуг предъявляйте поставщикам медицинских услуг свою белую карту Medicaid Anchor и другие имеющиеся у вас карты медицинского страхования. Белая карта Medicaid Anchor — это постоянное средство подтверждения вашего участия в программе Medicaid. Храните эту карту в надежном месте.

Подробная информация о медицинском страховании Medicaid для: Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR

Medicaid: ежегодное продление

Ниже указаны даты продления страхования для членов вашего домохозяйства:

Имя и фамилия участника	Дата продления
Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR	05/31/2024

Страхование продлевается ежегодно. Не позднее чем за 60 дней до даты ежегодного продления мы свяжемся с вами по поводу права членов вашего домохозяйства на страхование.

Страхование Medicaid для вышеуказанных членов вашего домохозяйства было продлено.

Вышеуказанные члены вашего домохозяйства имеют право на участие в программе Medicaid по состоянию на 06/01/2023.



Учетная запись:

Регистрация в плане медицинского страхования Medicaid

1. Сроки регистрации

Если вы не выбрали план медицинского страхования Medicaid, вы можете это сделать в течение 19 дней с даты начала вашего права на страхование.

2. Как мне выбрать план медицинского страхования?

Если вы не выбрали план медицинского страхования Medicaid, войдите в свою учетную запись на портале HealthSource RI и прочитайте инструкции на информационной панели или позвоните по телефону 1-855-840-4774, чтобы сделать выбор.

При выборе плана медицинского обслуживания вы должны перечислить своих текущих поставщиков медицинских услуг и убедиться, что они работают с выбранным вами планом медицинского страхования.

3. Нужна помощь в выборе плана?

Если вам нужна помощь в выборе плана медицинского страхования, свяжитесь с консультантом по выбору планов по телефону 1-855-840-4774. Если вы не выберете план в течение 19 дней, вы не сможете его выбрать после этого срока и план будет выбран за вас.

4. Сообщите на имя своего основного лечащего врача (PCP)

После того как вы выбрали план медицинского страхования, вам будет предложено выбрать основного лечащего врача. Если на этом этапе вы его еще не выбрали, его выберут за вас.

5. После выбора плана медицинского страхования

Вы получите от своего нового плана начальный комплект документов и именные карты для всех участников. Если вам требуются медицинские услуги до получения карты участника плана, вы можете использовать свою карту Medicaid Anchor. До начала действия вашего плана медицинского страхования вы должны использовать свою карту Medicaid Anchor.

6. Возможные способы выбора плана

Вы можете выбрать план и зарегистрироваться в нем следующими способами:

Через Интернет. Посетите сайт <https://healthvrhode.ri.gov>

По телефону. Позвоните по телефону 1-855-840-4774

Предельный годовой доход для домохозяйства вашего размера:

Бездетные взрослые:	\$20,120.40
Родители:	\$20,557.80
Дети:	\$38,782.80
Беременные женщины:	\$37,616.40



Учетная запись:

Что делать, если я не соглашаюсь с решением о моем медицинском страховании?

Существуют сроки подачи апелляции, поэтому вы должны действовать быстро. Вы можете обжаловать наши решения относительно вашего медицинского страхования. Например, вы можете подать апелляцию, если считаете, что допущена ошибка в отношении размера вашего домохозяйства, дохода, типа страхового покрытия или суммы вашей доплаты (если применимо). Вы также можете оспорить набор медицинских услуг, которые вы получаете. Апелляция — это просто способ запросить пересмотр принимаемых нами решений, которые влияют на ваше право на участие и/или льготы, посредством беспристрастного административного слушания. Подробная информация об апелляциях и слушаниях приведена далее в этом уведомлении.



Учетная запись:

Требования относительно сообщения об изменениях

Вы должны сообщать обо всех следующих изменениях, которые могут повлиять на право участия и регистрацию кого-либо из членов вашего домохозяйства, в течение 10 дней с даты изменения:

- адрес проживания;
- почтовый адрес;
- доход;
- семейное положение;
- переезд членов домохозяйства в ваш дом или из вашего дома, а также лица, которые вместе с вами подают налоговую декларацию;
- наличие беременности у кого-либо из членов домохозяйства;
- нахождение в местах лишения свободы или специализированном учреждении;
- наличие других программ медицинского страхования (включая право на страхование Medicare) или наличие медицинской страховки на работе или на работе члена семьи;
- иммиграционный статус или гражданство;
- рождение, усыновление, помещение на усыновление, брак, развод или смерть;
- статус налогоплательщика по федеральному подоходному налогу или
- количество налоговых иждивенцев, заявленное в федеральной налоговой декларации.

Вы имеете ПРАВО на обращение без дискриминации. В соответствии с Федеральным законом о гражданских правах и положениями и политиками в сфере гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA), Министерству сельского хозяйства США, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или осуществляющим их, запрещено допускать дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, религии, пола, гендерной идентичности (включая гендерное самовыражение), сексуальной ориентации, нетрудоспособности, возраста, семейного положения, семейного/родительского статуса, дохода, полученного от программы государственной помощи, политических убеждений или репрессий или ответных действий за предшествующую деятельность в области гражданских прав, в любой программе или деятельности, проводимой или финансируемой USDA (не все основания применимы ко всем программам). Средства правовой защиты и сроки подачи жалоб различаются в зависимости от программы или инцидента.

Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), следует связаться с ответственным агентством или центром TARGET USDA по телефону (202) 720-2600 (голосовая связь и ТТТ) или связаться с USDA через Федеральную релейную службу (USDA) по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена на других языках (кроме английского). Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заполните форму жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA (AD-3027), которая доступна в Интернете по адресу <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> и в любом офисе USDA, или напишите в USDA письмо, указав в нем всю информацию, которая требуется в форме. Чтобы заказать копию формы жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA: (1) почтой по адресу: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) по факсу: (202) 690-7442; или (3) по электронной почте: program.intake@usda.gov. USDA является поставщиком, работодателем и кредитором, поддерживающим равные возможности.

В соответствии с разделом VI Закона о гражданских правах от 1964 года (42 USC 2000d и сл.), разделом 504 Закона о реабилитации от 1973 года с поправками (29 USC 794), Законом об американцах с ограниченными возможностями от 1990 года (42 USC 12101 и сл.) и разделом IX Поправок об образовании от 1972 года (20 USC 1681 и сл.), Закона о продовольствии и питании от 2008 года (ранее назывался «Закон о продовольственных талонах»), Закона о дискриминации по возрасту от 1975 года, правилами о внедрении Министерства здравоохранения и социальных служб США (45 CFR, части 80 и 84), а также правилами реализации Министерства образования США (34 CFR, части 104 и 106), а также Министерства сельского хозяйства, продовольствия и питания США (7 CFR 272.6); Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб (EOHHS) и Департамент социальных служб (DHS) не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, религии, политических убеждений, возраста или гендера при принятии или предоставлении услуг, трудоустройства или лечения в рамках своего информационных и других программных мероприятий. В соответствии с другими положениями действующего законодательства EOHHS и DHS не допускают дискриминации по признаку сексуальной ориентации, гендерной идентичности или самовыражения. Для получения дополнительной информации об этих законах о недопущении дискриминации, нормах и процедурах рассмотрения жалоб на дискриминацию обращайтесь в DHS по адресу: 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, телефон (401) 462-2971. Чтобы сделать звонок с помощью Rhode Island Relay, наберите номер 7-1-1 или позвоните по одному из следующих бесплатных номеров: ТТТ: 1-800-745-5555, голосовая связь: 1-800-745-6575. Сотрудник по связям с общественностью является координатором реализации Раздела VI, администратором Управления реабилитационных услуг (Office of Rehabilitation Services, ORS), или назначенный им сотрудник является координатором реализации Раздела IX, Раздела 504 и ADA. Директор DHS или назначенный им сотрудник несет общую ответственность за соблюдение гражданских прав во всех программах агентства. Секретарь EOHHS отвечает за надлежащее рассмотрение проблем дискриминации, связанных с Medicaid, и всех подобных жалоб.

ВАШИ ПРАВА

Информация о вашем страховом покрытии и правах:

Вы имеете ПРАВО запросить и, в случае подтверждения вашего соответствия условиям, получить финансовые льготы, льготы Medicaid или пособие по Программе дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) на основании правил и стандартов, установленных в соответствии со штатными и федеральными законами и нормами.

Вы можете иметь право подать апелляцию и запросить проведение беспристрастного административного слушания, если вы не согласны с нашими решениями. Вы можете:

- 1. Позвонить нам, чтобы обсудить решение о льготах или пособии.** Позвоните нам по телефону, указанному вверху первой страницы данного уведомления. Во время звонка имейте под рукой это уведомление и будьте готовы сообщить номер дела или идентификационный номер.
- 2. Подать апелляцию для рассмотрения в рамках беспристрастного административного слушания.** Апелляция — это официальный запрос на пересмотр решения в ходе административного слушания. Подробная информация приведена ниже.

Что такое беспристрастное слушание?

Беспристрастное слушание — это ваша возможность сообщить ведущему административного слушания, почему вы не согласны с решением агентства о вашем праве на участие в программе, льготах, пособиях и/или расходах, которые вы должны оплатить. На слушании также присутствует представитель агентства, который объясняет, на каком основании агентство приняло решение. По закону ведущий административного слушания должен справедливо и объективно рассматривать факты дела, представленные обеими сторонами.

Сроки подачи апелляции и заявления на проведение беспристрастного слушания

В таблице ниже указаны сроки подачи апелляции по каждой программе. В некоторых программах вы можете продолжать получать льготы или услуги до момента принятия решения по результатам слушания, если вы подадите апелляцию в сроки, указанные в таблице. Если вы пропустите указанный срок, вы можете потерять право на апелляцию. После того как вы подали апелляцию, мы назначаем дату слушания по вашему делу и выносим решение в течение 90 дней или 60 дней, если слушание касается пособия по программе SNAP. Решение по всем апелляциям HealthSource RI выносится в течение 90 дней с даты получения заявления на апелляцию, если это возможно с административной точки зрения.

Программа	Вы должны подать апелляцию в течение:	Продолжается ли предоставление льгот, если апелляция подана в течение 10 дней с момента уведомления («Aid Pending»)?
Medicaid	30 дней после даты уведомления плюс пять дней на почтовую доставку	Да, предоставление льгот автоматически продолжается, если вы не дали иного указания
SNAP	90 дней после даты отправки уведомления	Да, предоставление льгот автоматически продолжается, если вы не дали иного указания
CCAP	30 дней после даты отправки уведомления	Льготы могут предоставляться в меньшем объеме до момента принятия решения по результатам слушания.
GPA	10 дней после даты отправки уведомления	Да, но необходимо подать заявление в письменной форме
Коммерческое медицинское страхование	30 дней после даты уведомления плюс пять дней на почтовую доставку.	Вы должны позвонить в HealthSource RI в течение 30 дней после даты уведомления и запросить сохранение льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending).
Все другие программы	30 дней после даты отправки уведомления	Да



Учетная запись:

Ускоренное рассмотрение апелляций

Вы имеете право на ускоренное рассмотрение апелляции, если у вас есть неотложная потребность в медицинских услугах или пособии SNAP и ожидание в течение обычного периода рассмотрения апелляции может создать серьезную угрозу для вашей жизни, здоровья или способности достичь, поддерживать или восстановить максимальную функцию. Учитывая обстоятельства дела, принимаем решение об ускоренном рассмотрении апелляции как можно быстрее. Если ваше заявление на ускоренное рассмотрение апелляции отклонено, мы незамедлительно сообщаем вам об этом и рассматриваем вашу апелляцию по стандартной процедуре.

Право на сохранение льгот на период ожидания слушания

Вы можете иметь право продолжать получать льготы в прежнем объеме в период ожидания слушания (это называется «сохранение льгот в период рассмотрения дела» или «Aid-Pending»). За исключением получения коммерческого медицинского страхования через HealthSource RI, если вы подали апелляцию в течение 10 дней, в большинстве случаев ваши льготы автоматически сохраняются в период рассмотрения дела (Aid-Pending). Если вы не можете доказать обратное, мы считаем, что уведомление для Medicaid и HealthSource RI было получено вами через 5 дней после даты, указанной в уведомлении.

Если у вас есть страхование Medicaid и ваши льготы сохраняются в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения вашей апелляции штат может взыскать с вас стоимость льгот, полученных в период Aid-Pending. Для HealthSource RI сохранение льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending) доступно только в том случае, если вы подаете апелляцию на повторное определение права на участие, которое произошло в течение 30 дней с даты подачи апелляции и заявление подано в HealthSource RI по телефону 1-855-840-HSRI (4774). Если вы получаете налоговый кредит для оплаты страховых взносов и вам сохранены льготы в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения апелляции у вас в следующем году может возникнуть задолженность по федеральным налогам. Если вы платите ежемесячные взносы, вы должны продолжать их платить в случае сохранения льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending).

Если вы участвуете в программе SNAP, RIW или GPA и у вас сохраняются льготы в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения вашей апелляции вам, возможно, придется вернуть сумму льгот, которые вы получили в период рассмотрения дела, но на которые вы не имели права.

Право представлять себя и право на юридическое представительство

Вы имеете право представлять себя на слушании самостоятельно или быть представленным лицом по вашему выбору, в том числе адвокатом, юристом, другом или родственником.

Юридическую консультацию можно получить в Rhode Island Legal Services, Inc. по телефону 274-2652 или 1-800-662-5034. Если у вас есть юридический представитель, он должен подать в Отдел проведения слушаний (Hearing Office) письменное заявление о юридическом представлении (Entry of Appearance) до слушания или на слушании. Заявление о юридическом представлении открывает доступ к конфиденциальной информации, давая юридическому представителю доступ к вашему делу в агентстве. Оно также требуется в Отделе проведения слушаний в качестве подтверждения юридического представительства для последующих действий, проверки, запроса переноса рассмотрения апелляции и т. д.

Возможное изменение права участия других членов домохозяйства

Решение по вашей апелляции может привести к изменению права на участие в программе другого члена вашего домохозяйства.

Доступ к материалам вашего дела

Вы имеете право знакомиться с материалами вашего дела, включая доказательства, которые штат будет использовать в ходе слушания. Чтобы ознакомиться с материалами вашего дела, позвоните нам по телефону 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Если вы оспариваете действие HealthSource RI, вы можете заказать копию своего дела по телефону: 1-855-840-HSRI (4774).

Неофициальное урегулирование

Бывают ситуации, когда мы можем быстро решить вашу проблему без проведения слушания. Чтобы рассмотреть ваше дело в неофициальном порядке, позвоните по телефону 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Если вы оспариваете действие HealthSource RI, для запроса неофициального урегулирования позвоните в HealthSource RI по телефону 1-855-840-HSRI (4774). Мы свяжемся с вами, чтобы попытаться разрешить вашу апелляцию в неофициальном порядке. Усилия по неофициальному урегулированию вашей проблемы не влияют на ваше право на слушание.

Вы имеете ПРАВО на конфиденциальность. В соответствии с законодательством штата все агентства, осуществляющие программы, обязаны согласно штатным и федеральным законам и нормам использовать информацию о вас и других членах вашего домохозяйства только в целях, непосредственно связанных



Учетная запись:

с осуществлением программ и в соответствии со стандартами конфиденциальности персональной медицинской информации, содержащихся в Законе о преемственности и подотчетности медицинского страхования (**Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA**). Ограничения HIPAA не позволяют нам обсуждать медицинскую информацию о вас или любом члене вашего домохозяйства с любыми лицами (в том числе с неуполномоченным представителем), за исключением случаев, когда это лицо имеет доверенность или вы подписали форму согласия, разрешающую раскрытие этой информации. Это включает раскрытие информации о психическом здоровье, результатах лечения или тестов для ВИЧ, СПИД, заболеваний, передающихся половым путем (STD), и наркологических услуг.

EOHHS и DHS не разглашают информацию о вас или других членах вашего домохозяйства без вашего согласия, за исключением случаев, предусмотренных Общими законами штата Род-Айленд 40-6-12, 40-6-12.1 и 42-7.2-5(13) и нормами, изложенными в Административном кодексе DHS и Кодексе административных правил Medicaid. Любое лицо, признанное виновным в нарушении положений Общих законов штата Род-Айленд 40-6-12, считается виновным в совершении мисдиминора. Нарушители несут наказание в виде штрафа в размере до двухсот долларов (\$200) или тюремного заключения на срок до шести (6) месяцев, либо обеих этих форм наказания.

Вы имеете ПРАВО подать заявление на принудительное взыскание алиментов через Отдел по взысканию алиментов на детей (Office of Child Support Services, OCSS). Получить форму заявления на эти услуги можно на сайте <http://www.cse.ri.gov> или в местном офисе Отдела по взысканию алиментов на детей (Office of Child Support Services) по адресу: 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

Вы имеете ПРАВО назначить уполномоченного представителя. Уполномоченный представитель — это лицо, назначенное главой домохозяйства, супругом/супругой или любым другим ответственным членом домохозяйства действовать от имени домохозяйства при подаче заявления на получение льгот по программе или при использовании льгот. Уполномоченный представитель по льготам не обязательно должен быть тем же лицом, которое назначено уполномоченным представителем для подачи заявления или для соблюдения требований по отчетности. Назначение уполномоченного представителя выполняется в письменном виде.

Если вы подаете заявление на получение доступного медицинского страхования Medicaid, EOHHS обязывает департамент:

- Дать вам тридцать (30) дней, чтобы предоставить нам информацию, необходимую для проверки вашего права на участие. Если вы не предоставите нам информацию или не попросите предоставить вам больше времени, ваша медицинская страховка может быть отклонена, прекращена или изменена.
- Уведомить вас, в большинстве случаев, по крайней мере за десять (10) дней до прекращения действия вашего медицинского страхования.
- Прислать вам письменное решение, в большинстве случаев, в течение тридцати (30) дней. Для медицинского страхования и некоторых случаев инвалидности может потребоваться от сорока пяти (45) до девяноста (90) дней.
- Продолжать получать льготы по программе Rhode Island Medicaid до принятия решения о вашем праве на участие по другой программе.

ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ

Информация о вашем страховом покрытии и обязанностях:

Вы ОБЯЗАНЫ предоставлять в этом заявлении точную информацию о вашем доходе, ресурсах и условиях проживания.

Вы ОБЯЗАНЫ предоставить номера социального страхования (или подтверждение того, что вы подали заявление на получение номера социального страхования) для себя и членов вашего домохозяйства в качестве обязательного условия участия в программе. Сбор информации, указанной в заявлении, а также номеров социального страхования всех членов вашего домохозяйства, для которых вы получаете помощь, разрешен в соответствии с Законом о пищевых продуктах и питании (Food and Nutrition Act) от 2008 года (ранее Закон о продовольственных талонах) с поправками, 7 U.S.C. 2011–2036 и в соответствии с Федеральным законом (45 CFR 155.305 и 42 CFR 435.910). Эта информация будет использоваться для определения права (или сохранения права) вашего домохозяйства на участие в программах SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP и/или коммерческом медицинском страховании с финансовой помощью. Департамент проверяет эту информацию путем компьютерной сверки с данными Департамента труда и обучения (Department of Labor and Training, DLT), Администрации социального обеспечения (Social Security Administration), Налогового управления (Internal Revenue Service, IRS), Службой продовольствия и питания (Food and Nutrition Service, FNS) и другими правительственными и неправительственными организациями, уполномоченными законом, постановлением или договором, и они будут подлежать проверке федеральными, штатными и местными чиновниками. Информация о доходе и праве на участие, полученная от этих агентств, будет использоваться для проверки того, что ваше домохозяйство имеет



Учетная запись:

право на получение и получает в надлежащем объеме пособие SNAP, GPA, пособие по уходу за ребенком, RIW, Medicaid и коммерческое медицинское страхование с финансовой помощью. Эта информация также будет использоваться для контроля за соблюдением правил программы, для управления программой, а также для предотвращения мошенничества и проверки требований на медицинские услуги.

Эта информация может быть раскрыта другим федеральным и штатным агентствам для официального изучения, а также должностным лицам правоохранительных органов для целей задержания лиц, скрывающихся от закона. В случае возникновения претензии к вашему домохозяйству информация, указанная вами в заявлении (включая номера социального страхования), может быть передана федеральным и штатным агентствам, а также в частные коллекторские агентства для взыскания средств по претензии. Предоставление запрашиваемых сведений является добровольным. Однако непредоставление SSN приведет к отказу в предоставлении пособия лицу, подающему заявление на получение пособия. Предоставленные номера SSN будут использоваться и раскрываться таким же образом, как и номера SSN соответствующих критериям членов домохозяйства.

Вы ОБЯЗАНЫ в полной мере сотрудничать со штатными и федеральными должностными лицами, выполняющими проверки качества.

Вы ОБЯЗАНЫ сотрудничать с Отделом по взысканию алиментов на детей (Office of Child Support Services, OCSS), если вы получаете льготы RI Works, пособие по уходу за ребенком (Child Care Assistance) или Medicaid. Вы должны оказывать помощь в назначении, изменении или принудительном взыскании алиментов на ребенка (детей), находящихся под вашей опекой, и (при необходимости) в установлении отцовства. Если вы можете доказать, что у вас есть достаточные основания считать, что сотрудничество с Отделом по взысканию алиментов на детей создает для вас, ваших детей или детей, находящихся под вашей опекой, риск причинения вреда со стороны родителя, не являющегося опекуном, вы можете отказаться от сотрудничества в связи с достаточным основанием.

АРЕСТ ИМУЩЕСТВА И ПЕРЕУСТУПКА ПРАВ ПО ПРОГРАММЕ RI WORKS, MEDICAID, ПОСОБИЯ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ И ОБЩЕЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с разделами 40-6-9, 40-6-10 или 40-8-15 Общего закона штата Род-Айленд, без необходимости подписания документа:

a. В отношении алиментов на ребенка и установления отцовства

Я передаю все права, которые я могу иметь для себя и от своего имени, а также для и от имени моего ребенка (детей), Департаменту социальных служб (Department of Human Services, DHS), действующему самостоятельно или в качестве агента по проверке права участия для Исполнительного управления здравоохранения и социальных служб (Executive Office of Health and Human Services, EOHHHS) в отношении любого лица, не обеспечивающего поддержку, содержание и медицинскую помощь мне и моему несовершеннолетнему ребенку или детям, помощь которым оплачивается одним или обоими агентствами. В этом качестве DHS уполномочен возбудить иск об установлении отцовства и/или взыскать алименты для меня или моего ребенка или детей, которые получают или получали помощь от DHS и/или EOHHHS. Если я перестану получать финансовую помощь или страхование Medicaid, я обязуюсь сообщить в Отдел по взысканию алиментов на детей (Office of Child Support Services, OCSS) обо всех изменениях, которые влияют на алименты на ребенка/медицинскую поддержку (например, в случае если мой ребенок переехал в другое место из моего дома или изменился мой адрес).

b. В отношении сумм, взыскиваемых с третьей стороны

Я передаю все права DHS или EOHHHS для себя и от своего имени и от имени любого лица, которого я имею законное право представлять, на суммы, взыскиваемые с третьей стороны, в размере, равном сумме финансовой помощи и льгот Medicaid, предоставленных в результате несчастного случая, травмы или болезни.

c. В отношении сумм, взыскиваемых из компенсации по нетрудоспособности

Департамент социальных служб и/или Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб могут наложить арест на любое ожидающее решения вознаграждение, распоряжение или выплату, на которые я могу иметь право в соответствии с положениями Закона о компенсациях работникам штата Род-Айленд и главами с 28–29 до 28-38 Общих законов Род-Айленда. Целью ареста средств является обеспечение возмещения штату финансовых выплат и выплат по программе Medicaid, произведенных мне или от моего имени за период времени, за который выдается компенсация по нетрудоспособности, приказ или выплата.



Учетная запись:

d. Относительно ареста имущества умершего получателя для возмещения расходов по программе Medicaid

В соответствии с R.I.G.L. 40-8-15 EOHHS может наложить арест на имущество получателя Medicaid, которому на момент смерти было пятьдесят пять (55) лет или больше. Для целей настоящего раздела термин «имущество» в отношении умершего лица включает все недвижимое и личное имущество и другие активы, включенные или могущие быть включенными в завещанное имущество данного лица. Общая сумма Medicaid, выплаченная от имени получателя Medicaid, которому на момент получения было пятьдесят пять (55) лет или более, является долгом перед штатом и является арестом имущества получателя в пользу EOHHS. Однако арест действует и не применяется к имуществу получателя, у которого осталась супруга (супруг), который является ребенком в возрасте до двадцати одного (21) года или слепым или постоянно и полностью нетрудоспособным ребенком, как это определено в Разделе XVI (SSI) Закона о социальном обеспечении. Земли племен и определенная недвижимость, принадлежащая американским индейцам и коренным народам Аляски, могут быть освобождены от взыскания.

Нужно понимать, что ваше заявление будет служить разрешением Департаменту социальных служб на получение от поставщиков медицинских услуг информации, которая имеет отношение к вам или любому лицу, включенному в ваше заявление, до тех пор, пока дело остается открытым.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что офис DHS может связываться с другими лицами или организациями для получения необходимых доказательств моего права на получение льгот и определенного уровня льгот.

Я также понимаю, что EOHHS и DHS могут использовать или передавать информацию, предоставленную мной в заявлении и в моей личной учетной записи, для управления программами, на участие в которых мной подано заявление, и/или могут предоставлять мне льготы в соответствии со штатными и федеральными законами, договорами и правилами. EOHHS и DHS могут предоставлять анонимную информацию в исследовательских целях. Любая передача идентифицирующей информации должна производиться в соответствии со штатным и федеральным законодательством.

Medicaid: прекращение действия по вашей инициативе

Следующие члены вашего домохозяйства имеют страхование Medicaid:

Имя и фамилия
MIFERSOWO EHENJQZWD
QXEXHKOXR

Вы можете в любое время прекратить действие медицинского страхования Medicaid для любого члена вашего домохозяйства. Есть несколько способов подать заявление на прекращение действия:

- По телефону: позвоните в колл-центр Департамента социальных служб (DHS) по телефону 1-855-697-4347 (понедельник — пятница, кроме праздничных дней, с 8:30 до 15:00) или в HealthSource RI по телефону 1-855-840-4774 (понедельник — пятница, кроме праздничных дней, с 8:00 до 18:00).
- Лично: посетите офис DHS или опустите заявление о прекращении действия страхования в любой из защищенных ящиков в отделениях DHS и региональных семейных центрах (Regional Family Center). Чтобы узнать адреса офисов, посетите сайт www.dhs.ri.gov или позвоните по телефону 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)
- По почте: Вы также можете написать письменный запрос не позднее чем за две недели до даты желаемого прекращения действия и отправить его по почте по адресу: State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787

Medicaid: прекращение действия по инициативе штата

Следующие члены вашего домохозяйства имеют страхование Medicaid:

Имя и фамилия
MIFERSOWO EHENJQZWD
QXEXHKOXR

Ваша страховка или страховка члена вашего домохозяйства, участвующего в программе Medicaid, может быть аннулирована только в следующих случаях:

- если вы или член вашего домохозяйства больше не имеете права на получение доступного страхования,
- если действие страхования для вас или члена вашего домохозяйства прекращено из-за недостоверной информации, указанной в вашем заявлении,



Учетная запись:

Если у вас есть специальные медицинские потребности

Вы и члены вашего домохозяйства можете иметь право на получение дополнительных услуг по программе Medicaid, если у кого-либо из членов вашего домохозяйства есть особые медицинские потребности.

- Кто-либо в вашем домохозяйстве имеет инвалидность?
- Кто-либо в вашем домохозяйстве нуждается в обслуживании в центре сестринского ухода или других услугах долгосрочного ухода?
- Кто-либо в вашем домохозяйстве получает высокие или частые счета за медицинские услуги?

Если да, то узнайте, соответствуют ли они критериям для особых медицинских потребностей. Для получения подробной информации позвоните по телефону (855) 712-9158 или посетите сайт www.HealthSourceRI.com.





STATE OF RHODE ISLAND
P.O. BOX 8709
CRANSTON, RI 02920-8787

ПРАВО НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Вы можете иметь право подать апелляцию и запросить проведение беспристрастного административного слушания, если вы не согласны с нашими решениями. Вы можете:

- 1. Позвонить нам, чтобы обсудить решение о льготах или пособиях.** Позвоните нам по телефону, указанному вверху первой страницы данного уведомления. Во время звонка имейте под рукой это уведомление и будьте готовы сообщить номер дела или идентификационный номер.
- 2. Подать апелляцию для рассмотрения в рамках беспристрастного административного слушания.** Апелляция — это официальный запрос на пересмотр решения в ходе административного слушания. Подробная информация приведена ниже.

Что такое беспристрастное слушание?

Беспристрастное слушание — это ваша возможность сообщить ведущему административного слушания, почему вы не согласны с решением агентства о вашем праве на участие в программе, льготах, пособиях и/или расходах, которые вы должны оплатить. На слушании также присутствует представитель агентства, который объясняет, на каком основании агентство приняло решение. По закону ведущий административного слушания должен справедливо и объективно рассматривать факты дела, представленные обеими сторонами.

Сроки подачи апелляции и заявления на проведение беспристрастного слушания

В таблице ниже указаны сроки подачи апелляции по каждой программе. В некоторых программах вы можете продолжать получать льготы или услуги до момента принятия решения по результатам слушания, если вы подадите апелляцию в сроки, указанные в таблице. Если вы пропустите указанный срок, вы можете потерять право на апелляцию. После того как вы подали апелляцию, мы назначаем дату слушания по вашему делу и выносим решение в течение 90 дней или 60 дней, если слушание касается пособия по программе SNAP. Решение по всем апелляциям HealthSource RI выносится в течение 90 дней с даты получения заявления на апелляцию, если это возможно с административной точки зрения.

Программа	Вы должны подать апелляцию в течение:	Продолжается ли предоставление льгот, если апелляция подана в течение 10 дней с момента уведомления («Aid Pending»)?
Medicaid	30 дней после даты уведомления плюс пять дней на почтовую доставку	Да, предоставление льгот автоматически продолжается, если вы не дали иного указания
SNAP	90 дней после даты отправки уведомления	Да, предоставление льгот автоматически продолжается, если вы не дали иного указания
CCAP	30 дней после даты отправки уведомления	Льготы могут предоставляться в меньшем объеме до момента принятия решения по результатам слушания.
GPA	10 дней после даты отправки уведомления	Да, но необходимо подать заявление в письменной форме
Коммерческое медицинское страхование	30 дней после даты уведомления плюс пять дней на почтовую доставку.	Вы должны позвонить в HealthSource RI в течение 30 дней после даты уведомления и запросить сохранение льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending).
Все другие программы	30 дней после даты отправки уведомления	Да



№ дела: [REDACTED]

Ускоренное рассмотрение апелляций

Вы имеете право на ускоренное рассмотрение апелляции, если у вас есть неотложная потребность в медицинских услугах или пособии SNAP и ожидание в течение обычного периода рассмотрения апелляции может создать серьезную угрозу для вашей жизни, здоровья или способности достичь, поддерживать или восстановить максимальную функцию. Учитывая обстоятельства дела, принимаем решение об ускоренном рассмотрении апелляции как можно быстрее. Если ваше заявление на ускоренное рассмотрение апелляции отклонено, мы незамедлительно сообщаем вам об этом и рассматриваем вашу апелляцию по стандартной процедуре.

Право на сохранение льгот на период ожидания слушания

Вы можете иметь право продолжать получать льготы в прежнем объеме в период ожидания слушания (это называется «сохранение льгот в период рассмотрения дела» или «Aid-Pending»). За исключением получения коммерческого медицинского страхования через HealthSource RI, если вы подали апелляцию в течение 10 дней, в большинстве случаев ваши льготы автоматически сохраняются в период рассмотрения дела (Aid-Pending). Если вы не можете доказать обратное, мы считаем, что уведомление для Medicaid и HealthSource RI было получено вами через 5 дней после даты, указанной в уведомлении.

Если у вас есть страхование Medicaid и ваши льготы сохраняются в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения вашей апелляции штат может взыскать с вас стоимость льгот, полученных в период Aid-Pending. Для HealthSource RI сохранение льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending) доступно только в том случае, если вы подаете апелляцию на повторное определение права на участие, которое произошло в течение 30 дней с даты подачи апелляции и заявление подано в HealthSource RI по телефону 1-855-840-HSRI (4774). Если вы получаете налоговый кредит для оплаты страховых взносов и вам сохранены льготы в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения апелляции у вас в следующем году может возникнуть задолженность по федеральным налогам. Если вы платите ежемесячные взносы, вы должны продолжать их платить в случае сохранения льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending).

Если вы участвуете в программе SNAP, RIW или GPA и у вас сохраняются льготы в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения вашей апелляции вам, возможно, придется вернуть сумму льгот, которые вы получили в период рассмотрения дела, но на которые вы не имели права.

Право представлять себя и право на юридическое представительство

Вы имеете право представлять себя на слушании самостоятельно или быть представленным лицом по вашему выбору, в том числе адвокатом, юристом, другом или родственником.

Юридическую консультацию можно получить в Rhode Island Legal Services, Inc. по телефону 274-2652 или 1-800-662-5034. Если у вас есть юридический представитель, он должен подать в Отдел проведения слушаний (Hearing Office) письменное заявление о юридическом представлении (Entry of Appearance) до слушания или на слушании. Заявление о юридическом представлении открывает доступ к конфиденциальной информации, давая юридическому представителю доступ к вашему делу в агентстве. Оно также требуется в Отделе проведения слушаний в качестве подтверждения юридического представительства для последующих действий, проверки, запроса переноса рассмотрения апелляции и т. д.

Возможное изменение права участия других членов домохозяйства

Решение по вашей апелляции может привести к изменению права на участие в программе другого члена вашего домохозяйства.

Доступ к материалам вашего дела

Вы имеете право знакомиться с материалами вашего дела, включая доказательства, которые штат будет использовать в ходе слушания. Чтобы ознакомиться с материалами вашего дела, позвоните нам по телефону 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Если вы оспариваете действие HealthSource RI, вы можете заказать копию своего дела по телефону 1-855-840-HSRI (4774).

Неофициальное урегулирование

Бывают ситуации, когда мы можем быстро решить вашу проблему без проведения слушания. Чтобы рассмотреть ваше дело в неофициальном порядке, позвоните по телефону 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Если вы оспариваете действие HealthSource RI, для запроса неофициального урегулирования позвоните в HealthSource RI по телефону 1-855-840-HSRI (4774). Мы свяжемся с вами, чтобы попытаться разрешить вашу апелляцию в неофициальном порядке. Усилия по неофициальному урегулированию вашей проблемы не влияют на ваше право на слушание.



ФОРМА АПЕЛЛЯЦИИ



Процесс подачи апелляции

Вы можете подать апелляцию, выполнив одно из следующих действий. Если вы отправите эту форму, штат рассмотрит ваше дело, чтобы попытаться решить проблему.

- **Через Интернет.** Войдите в свою учетную запись на сайте <https://healthyrhode.ri.gov> и нажмите «File an Appeal» (Подать апелляцию).
- **По телефону.** Вы можете подать апелляцию в отношении программы Medicaid и медицинского страхования, приобретенного через HealthSource RI, позвонив в HealthSource RI по телефону 1-855-840-HSRI (4774). Если у вас есть вопросы о подаче апелляции в связи с социальными программами (SNAP, RIW, Child Care, GPA или SSP), позвоните в Департамент социальных служб по телефону 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **Лично.** Чтобы получить помощь лично, узнайте адреса офисов на сайте www.dhs.ri.gov.
- **По почте.** Заполните эту форму и отправьте ее почтой по адресу: ATTN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

Имя и фамилия (обязательно): _____

Дата рождения (обязательно): _____

Учетная запись (указана в верхней части уведомления): _____

Адрес (обязательно): _____

Номер телефона: _____

Адрес электронной почты: _____

Вам требуется помощь, чтобы говорить, читать или писать по-английски? Да Нет:

Если да, какой ваш предпочитаемый язык? _____

Предпочтительный способ связи (обведите один вариант): эл. почта / обычная почта

Вы должны отметить одну или несколько причин вашей апелляции:

Медицинское страхование:

Социальные программы:

_____ Medicaid

_____ SNAP

_____ GPA

_____ План, приобретенный через HSRI

_____ RIW

_____ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ

_____ Оба/не знаю

_____ SSP

_____ Другое (поясните) _____



Учетная запись:

Объясните причину вашей апелляции:

У вас есть неотложная потребность в медицинских услугах или пособия SNAP? Если да, требуется ли вам ускоренное рассмотрение апелляции? Да Нет:

Если да, поясните:

Я ПОНИМАЮ, ЧТО В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СЛУШАНИЯ РЕШЕНИЕ БУДЕТ ПРИНЯТО НЕ В МОЮ ПОЛЬЗУ, МНЕ ПРИДЕТСЯ ВОЗМЕСТИТЬ СТОИМОСТЬ ВСЕХ УСЛУГ И/ИЛИ ПОСОБИЯ SNAP, НА КОТОРЫЕ Я ПОТЕРЯЮ ПРАВО

Поставьте отметку в этом поле, если другой человек будет помогать вам с подачей апелляции или представлять вас на слушании. Это может быть адвокат, друг или родственник. Укажите контактную информацию этого человека:

Имя и фамилия: _____
Телефон: _____
Адрес: _____
Адрес электронной почты: _____

Вы хотите, чтобы ваши страхование и льготы продолжали действовать без изменения до вынесения решения по результатам слушания? Да Нет

Подпись _____ Дата _____
(Получатель)

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО СОТРУДНИКОМ АГЕНТСТВА:

АПЕЛЛЯЦИЯ КАСАЕТСЯ

СЛЕДУЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ: RIW MEDICAID GPA
 SNAP ПРИОБРЕТЕННЫЙ ПЛАН УХОД ЗА
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЕБЕНКОМ
 ДРУГОЕ

Укажите ссылку на конкретное руководство по политикам: _____ Раздел(ы) _____

Ответ агентства на апелляцию/объяснение: _____

Представитель агентства (подпись) _____ Контролер (подпись) _____

(Имя и фамилия печатными буквами) _____ (Имя и фамилия печатными буквами) _____

Местный офис _____



Дата : 05/13/2023
Учетная запись:

ПРОЧИТАЙТЕ ЭТУ ИНФОРМАЦИЮ! ЭТО ПОМОЖЕТ ВАМ СЭКОНОМИТЬ
ДЕНЬГИ НА ОПЛАТЕ СЧЕТОВ ЗА ЭЛЕКТРОЭНЕРГИЮ

National Grid предлагает малообеспеченным гражданам, получающим помощь от DHS, специальный тариф, который поможет вам сэкономить деньги на оплате счетов за электроэнергию. СЧЕТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫПИСАН НА ВАШЕ ИМЯ.

Чтобы перейти на этот сниженный тариф за электроэнергию, заполните приведенную ниже форму, поставьте подпись и дату и отправьте ее в вашу энергетическую компанию.

National Grid
Attn: Customer Service
PO Box 960
Northborough, MA 01532-0960

Если у вас есть вопросы, позвоните в DHS по телефону 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

(ОТРЕЖЬТЕ ПО ЛИНИИ НИЖЕ)

82 Нркј St
Pawtucket, RI 02860

РОД-АЙЛЕНД
ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ
ФОРМА ЗАВЕРЕНИЯ ДЛЯ ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ LIFELINE

Учетная запись DHS: _____ Программа DHS _____

Номер телефона (____) _____ - _____ (если есть)

Номер счета в телефонной компании _____



Учетная запись:

ПРОЧИТАЙТЕ ЭТУ ИНФОРМАЦИЮ! ЭТО ПОМОЖЕТ ВАМ СЭКОНОМИТЬ
ДЕНЬГИ НА ОПЛАТЕ СЧЕТОВ ЗА ТЕЛЕФОН

ПРОГРАММА ПОМОЩИ LIFELINE

Verizon и Cox Communication предлагают малообеспеченным гражданам, получающим помощь от DHS, ежемесячную скидку на оплату счета за телефон. СЧЕТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫПИСАН НА ВАШЕ ИМЯ

ПРОГРАММА LINK-UP-AMERICA

Чтобы перейти на этот пониженный телефонный тариф и/или получить льготы по программе Lifeline Assistance, заполните приведенную ниже форму, поставьте подпись и дату и отправьте ее почтой по адресу:

COX Communications, Inc
Attention: Lifeline Services 6301
Waterford Blvd. Suite 200
Oklahoma City, OK 73118
Факс: 1-877-873-9077

Verizon Lifeline Services
PO Box 4848
Trenton, NJ 08650-4848

Если у вас есть вопросы, позвоните в DHS по телефону 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

(ОТРЕЖЬТЕ ПО ЛИНИИ НИЖЕ)

82 Hpkj St
Pawtucket, RI 02860

РОД-АЙЛЕНД
ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ
ФОРМА ЗАВЕРЕНИЯ ДЛЯ ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ LIFELINE

Учетная запись DHS: XXXXXXXXXX _____ Программа DHS: _____

Номер телефона (_____) _____ - _____ (если есть)

Номер счета в телефонной компании _____

Подпись получателя

Дата



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-697-4347 رقم هاتف الصم والبكم: (TTY 711).

Уведомление о недопущении дискриминации

Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб (EOHHS) и Департамент социальных служб (DHS) не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, политических убеждений, возраста, религии или гендера при принятии или предоставлении услуг, трудоустройства или лечения в рамках своих информационных и других программных мероприятий. В соответствии с другими положениями действующего законодательства EOHHS и DHS не допускают дискриминации по признаку сексуальной ориентации, гендерной идентичности или самовыражения. Для получения дополнительной информации об этих законах о недопущении дискриминации, нормах и процедурах рассмотрения жалоб на дискриминацию обращайтесь в DHS по адресу: 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, телефон (401) 462-2971 (для глухих и слабослышащих 1-800-745-6575 (голосовая); TTY 711).

