

حقوقك

معلومات حول التغطية والحقوق الخاصة بك:

لديك الحق، إذا كنت مؤهلاً، في طلب الحصول على مزايا مالية أو مزايا برنامج Medicaid أو برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) استنادًا إلى السياسات والمعايير الموضوعية بموجب قوانين الولاية ولوائحها والقوانين واللوائح الفيدرالية.

قد يكون لديك الحق في الطعن والحصول على جلسة استماع إدارية عادلة (Administrative Fair Hearing) إذا كنت لا توافق على قراراتنا. يجوز لك:

1. الاتصال بنا لمناقشة القرار الخاص بالمزايا. اتصل بنا على رقم الهاتف الموجود أعلى الصفحة الأولى من هذا الإشعار. تأكد من وجود هذا الإشعار ورقم الحالة/ الهوية في متناول يدك عند الاتصال.
2. الطعن من أجل عقد جلسة استماع إدارية عادلة. الطعن هو طلب رسمي من أجل إعادة النظر في القرار في جلسة استماع إدارية. يرجى مواصلة القراءة للحصول على المزيد من المعلومات.

ما المقصود بـ جلسة الاستماع العادلة؟

تُعد جلسة الاستماع العادلة فرصة لك لإخبار مسؤول جلسة الاستماع الإدارية عن سبب عدم موافقتك على قرار الوكالة بشأن أهليتك و/ أو المزايا و/ أو أي تكاليف يجب عليك سدادها. ويحضر ممثل الوكالة أيضًا جلسة الاستماع لشرح أساس قرار الوكالة. وبموجب القانون، يجب على المسؤول الإداري مراجعة وقائع الدعوى المقدمة من الطرفين بطريقة عادلة وموضوعية.

المواعيد النهائية للطعن وطلب عقد جلسة استماع عادلة

يوضح الجدول أدناه المواعيد النهائية لتقديم الطعن لكل برنامج. بالنسبة إلى بعض البرامج، قد تستمر مزاياك أو خدماتك حتى يتم اتخاذ القرار بشأن عقد جلسة الاستماع إذا قدمت الطعن قبل المواعيد النهائية المدرجة في الجدول. إذا فاتك هذا الموعد النهائي، فقد تفقد حقك في الطعن. بعد تقديم الطعن الخاص بك، سنحدد موعدًا لجلساتك وسنصدر قرارًا في غضون 90 يومًا أو 60 يومًا إذا كانت جلسة الاستماع تتعلق بمزايا برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) الخاصة بك. سيتم إصدار قرار بشأن جميع طعون HealthSource RI في غضون 90 يومًا من تاريخ استلام طلب الطعن، قدر الإمكان إداريًا.

البرنامج	يجب عليك تقديم الطعن في غضون:	هل ستستمر المزايا إذا تم تقديم الطعن في غضون 10 أيام من الإشعار ("Aid Pending")؟
Medicaid	30 يومًا بعد تاريخ الإشعار بالإضافة إلى خمسة أيام لوقت إرسال البريد	نعم، ستستمر المزايا تلقائيًا ما لم تخبرنا بخلاف ذلك
SNAP	90 يومًا من تاريخ إرسال الإشعار	نعم، ستستمر المزايا تلقائيًا ما لم تخبرنا بخلاف ذلك
CCAP	30 يومًا من تاريخ إرسال الإشعار	قد يتم تقليل المزايا حتى يتم اتخاذ القرار بشأن عقد جلسة الاستماع.
GPA	10 أيام من تاريخ إرسال الإشعار	نعم، ولكن يجب أن يكون الطلب مكتوبًا
التأمين الصحي التجاري	30 يومًا بعد تاريخ الإشعار بالإضافة إلى خمسة أيام لوقت إرسال البريد.	يجب الاتصال بـ HealthSource RI في غضون 30 يومًا من الإشعار لطلب Aid-Pending.
جميع البرامج الأخرى	30 يومًا من تاريخ إرسال الإشعار	نعم



الطعون العاجلة

لديك الحق في تقديم طعن عاجل إذا كانت لديك حاجة ماسة للخدمات الصحية أو مزايا برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) وكان انتظار الطعن القياسي قد يعرض حياتك أو صحتك أو قدرتك على تحقيق الحد الأقصى من المهام أو الحفاظ عليها أو استعادتها للخطر الشديد. ويجب علينا أن نفصل في الطعون العاجلة في أسرع وقت ممكن، نظراً إلى الظروف. إذا رفضنا طلبك للحصول على طعن عاجل، فإنه يجب علينا إبلاغك بسرعة، ويجب علينا التعامل مع الطعن الخاص بك من خلال عمليتنا القياسية.

الحق في استمرار الحصول على المزايا في أثناء الانتظار لعقد جلسة الاستماع

قد يكون لديك الحق في أن تستمر المزايا الخاصة بك دون تغيير في أثناء انتظار عقد جلسة الاستماع (يسمى هذا "Aid-Pending"). باستثناء التأمين الصحي التجاري من خلال HealthSource RI، إذا قمت بالطعن في غضون 10 أيام، في معظم الحالات، فسيتم منحك وضعية Aid-Pending تلقائياً. ما لم تتمكن من إثبات خلاف ذلك، بالنسبة إلى برنامج Medicaid و HealthSource RI، فسنتفرض أنك تلقيت الإشعار بعد 5 أيام من تاريخ الإشعار.

إذا كان لديك برنامج Medicaid وتلقيت Aid-Pending، وخسرت طعنك بعد ذلك، فإنه يجوز للولاية أن تجبرك على سداد تكاليف تغطيتك خلال فترة Aid-Pending. بالنسبة إلى HealthSource RI، لا يتوفر Aid-Pending إلا إذا كنت تطعن على إعادة تحديد الأهلية التي حدثت في غضون 30 يوماً من تاريخ تقديم الطعن الخاص بك، ويتم تقديم الطلب عبر الهاتف إلى HealthSource RI على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI. إذا كنت تحصل على خصومات ضريبية للمساعدة في دفع أقساط التأمين الخاصة بك وحصلت على Aid-Pending، ثم خسرت طعنك، فقد تكون مدينًا بأموال إضافية في الضرائب الفيدرالية الخاصة بك في العام المقبل. إذا كنت تدفع أقساط تأمين شهرية، فلا يزال يتعين عليك الدفع خلال فترة Aid-Pending.

إذا حصلت على مزايا برامج SNAP أو RIW أو GPA بالإضافة إلى Aid-Pending، وخسرت الطعن، فقد تحتاج إلى السداد مقابل المزايا التي تم إصدارها لك ولكن لن يحق لك الحصول عليها خلال هذه الفترة.

الحق في تمثيل نفسك والحق في أن يتم تمثيلك

لديك الحق في تمثيل نفسك في جلسة الاستماع، أو أن يمثلك أي شخص تختاره، بما يشمل محامٍ أو صديق أو قريب.

تتوفر المشورة القانونية من شركة Rhode Island Legal Services, Inc. على الرقم 274-2652 أو الرقم 1-800-662-5034. إذا اخترت الحصول على تمثيل قانوني، فإنه يجب على الممثل تقديم إثبات حضور مكتوب إلى مكتب جلسة الاستماع في جلسة الاستماع أو قبلها. يعمل إثبات الحضور بمثابة كشف عن المعلومات السرية، مما يسمح للممثل القانوني بالاطلاع على سجل حالة الوكالة. ومن الضروري أيضاً أن يؤكد مكتب جلسة الاستماع التمثيل لأغراض المتابعة والمراجعة وطلب الاستمرار وما إلى ذلك.

قد تتأثر أهلية أفراد الأسرة الآخرين

قد يؤدي قرار الطعن الخاص بنا إلى تغييرات في أهلية فرد آخر من أفراد أسرتك.

الاطلاع على سجل الحالة الخاص بك

يحق لك الاطلاع على سجل حالتك، بما يشمل أي دليل ستستخدمه الولاية في جلسة الاستماع. لعرض سجل حالتك، اتصل بنا على الرقم (1-855-697-4347) 1-855-MYRIDHS. إذا كنت تطعن في إجراء اتخذته HealthSource RI، يمكنك طلب نسخة من السجل الخاص بك عن طريق الاتصال بالرقم: (4774) 1-855-840-HSRI.

التسوية غير الرسمية

قد نتمكن من حل مشكلتك بسرعة دون الحاجة إلى عقد جلسة استماع. يرجى الاتصال بالرقم (1-855-697-4347) 1-855-MYRIDHS حتى نتمكن من مراجعة حالتك بشكل غير رسمي. إذا كنت تطعن في إجراء اتخذته HealthSource RI، يمكنك الاتصال بـ HealthSource RI على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI لطلب مراجعة غير رسمية لطعنك. سنتواصل معك في محاولة لحل الطعن الذي قدمته بشكل غير رسمي. لن يتأثر حَقك في جلسة استماع بالجهود المبذولة لحل مشكلتك بشكل غير رسمي.

لديك الحق في السرية. بموجب قانون الولاية، تلتزم جميع الوكالات التي تدير البرامج بقوانين الولاية ولوائحها والقوانين واللوائح الفيدرالية لاستخدام المعلومات المتعلقة بك وبأفراد أسرتك الآخرين فقط للأغراض المرتبطة مباشرة بإدارة البرامج وبما يتوافق مع معايير قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) المتعلقة بخصوصية المعلومات الصحية التي يمكن تحديدها بشكل فردي. تمنعنا قيود قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) من مناقشة المعلومات الصحية الخاصة بك أو



بأي فرد من أفراد أسرتك المعيشية مع أي شخص، بما يشمل الممثل غير المفوض، ما لم يكن لدى هذا الشخص توكيل رسمي أو قمت بالتوقيع على نموذج موافقة يسمح بالكشف عن هذه المعلومات. يتضمن ذلك الكشف عن معلومات الصحة العقلية أو فيروس نقص المناعة البشرية (Human Immunodeficiency Virus, HIV) أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة (Acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) أو نتائج اختبارات الأمراض المنقولة جنسياً (Sexually transmitted diseases, STD) أو خدمات العلاج والاعتماد على المواد الكيميائية. لا يقوم المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS) بإصدار معلومات عنك أو عن أفراد أسرتك المعيشية الآخرين من دون موافقتك باستثناء ما هو منصوص عليه في القوانين العامة لولاية رود آيلاند 40-6-12، 40-6-12.1، و(13) 42-7.2-5، واللوائح المنصوص عليها في القانون الإداري لإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) وقوانين Medicaid للقواعد الإدارية. أي شخص تثبت إدانته بانتهاك أحكام القوانين العامة لولاية رود آيلاند 40-6-12 يُعد مذنباً بارتكاب جنة. يتعرض المخالفون لغرامة أقصاها مائتا دولار (\$200)، أو السجن لمدة تصل إلى ستة (6) أشهر، أو كليهما. **لديك الحق** في التقدم بطلب للحصول على خدمات إنفاذ الدعم من خلال مكتب خدمات رعاية الطفل. للتقدم بطلب للحصول على هذه الخدمات، انتقل إلى <http://www.cse.ri.gov> أو قم بزيارة المكتب المحلي لخدمات رعاية الطفل (Office of Child Support Services) في منطقتك الموجود في العنوان 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

لديك الحق في تعيين ممثل مفوض. الممثل المفوض هو الشخص المعين من رب الأسرة أو الزوج/ الزوجة، أو أي فرد مسؤول آخر في الأسرة، للتصرف نيابة عن الأسرة فيما يتعلق بتقديم الطلب للحصول على مزايا البرامج أو الاستفادة منها. قد يكون أو لا يكون الممثل المفوض للحصول على المزايا هو الشخص نفسه المعين كممثل مفوض لعملية تقديم الطلبات أو لتلبية متطلبات الإبلاغ. يجب أن يُجرى تعيين الممثل المفوض كتابياً.

مسؤولياتك

معلومات حول التغطية والمسؤوليات الخاصة بك:

تقع على عاتقك مسؤولية تقديم معلومات دقيقة حول دخلك ومواردك وترتيبات معيشتك في هذا الطلب.

معلومات أقساط الخصم الضريبي

يمكنك اختيار تأخير جزء من مبلغ الائتمان الضريبي للتأمين الصحي الخاص بك واستلام الرصيد عند تقديم الضرائب الفيدرالية الخاصة بك. قد تكون مسؤولاً عن سداد الخصومات الضريبية عند تقديم الضرائب الفيدرالية الخاصة بك إذا كان المبلغ الذي تقدمه لقسطك الشهري يتجاوز المبلغ الذي تكون مؤهلاً له استناداً إلى إجمالي دخلك السنوي.

لكي تصبح مؤهلاً للحصول على الخصومات الضريبية للتأمين الصحي، يجب أن تلتزم بالشروط التالية:

- تقديم الإقرار الضريبي للسنة التي تحصل فيها على تغطية التأمين الصحي.
- الإبلاغ عن أي تغييرات تؤثر في أهليتك كما هو مطلوب أعلاه.

معلومات تخفيضات تقاسم التكاليف

استناداً إلى دخلك، يمكنك الحصول على المزيد من المساعدة المالية للتأمين. تعمل تخفيضات تقاسم التكلفة على تقليل المبلغ الذي يتعين عليك دفعه من جيبك مقابل الرعاية الصحية الخاصة بك (بمعنى آخر مقابل الأدوية التي تحصل عليها من الصيدلية أو مقابل المدفوعات المشتركة في عيادة الطبيب). على سبيل المثال، إذا انخفض دخلك، فقد يتم تخفيض المدفوعات المشتركة أو الخصومات الخاصة بك. يعتمد مستوى التخفيضات على دخل أسرتك. إذا تغير دخل أسرتك، فقد تتغير أيضاً المدفوعات المشتركة والخصومات الخاصة بك.

تقع على عاتقك مسؤولية تقديم أرقام الضمان الاجتماعي (أو إثبات أنك تقدمت بطلب للحصول على رقم) لنفسك ولأفراد أسرتك المعيشية، كشرط للأهلية. إن جمع المعلومات حول الطلب، بالإضافة إلى أرقام الضمان الاجتماعي لجميع أفراد أسرتك المعيشية الذين تتلقى المساعدة من أجلهم، مسموح به بموجب قانون الغذاء والتغذية لعام 2008 (قانون قسائم الطعام سابقاً)، بصيغته المعدلة، 7 U.S.C. 2011-2036 و بموجب القانون الفيدرالي (42 CFR 35.910 45 CFR 155.305). سيتم استخدام هذه المعلومات لتحديد إذا كانت أسرتك مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج SNAP و/ أو Medicaid و/ أو RIW و/ أو GPA و/ أو CCAP و/ أو التأمين الصحي التجاري بمساعدة مالية. ستقوم الإدارة بالتحقق من هذه المعلومات من خلال المطابقة الحاسوبية مع إدارة العمل والتدريب، وإدارة الضمان الاجتماعي، ودائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue) Service, IRS، وخدمة الغذاء والتغذية (Food and Nutrition Service, FNS)، وغيرها من الكيانات الحكومية وغير الحكومية المصرح بها بموجب القانون أو اللوائح أو العقود، وستخضع للتحقق من المسؤولين الفيدراليين والمحليين ومسؤولي الولاية. سيتم استخدام معلومات الدخل والأهلية التي تم الحصول عليها من هذه الوكالات للتأكد من أن أسرتك المعيشية مؤهلة للحصول على المبلغ الصحيح



من مزايا SNAP، وGPA، ورعاية الطفل، وRIW، وMedicaid، والتأمين الصحي التجاري بمساعدة مالية. سيتم استخدام هذه المعلومات أيضًا لمراقبة الامتثال للوائح البرامج، وإدارة البرامج، ولمنع الاحتيال والتحقق من مطالبات الرعاية الصحية أيضًا.

قد يتم الكشف عن هذه المعلومات لوكالات فيدرالية ووكالات حكومية أخرى لإجراء فحص رسمي، ولمسؤولي إنفاذ القانون بغرض القبض على الأشخاص الهاربين لتجنب تطبيق القانون. إذا نشأت مطالبة ضد أسرتك المعيشية، فقد تتم إحالة المعلومات التي قدمتها في طلبك، بما يشمل جميع أرقام الضمان الاجتماعي (SSN)، إلى الوكالات الفيدرالية والوكالات الحكومية بالإضافة إلى وكالات جمع المطالبات الخاصة لاتخاذ إجراءات جمع المطالبات. إن توفير المعلومات المطلوبة هو أمر طوعي. ومع ذلك، فإن عدم توفير رقم الضمان الاجتماعي (SSN) سيؤدي إلى حرمان أي فرد يتقدم بطلب للحصول على المزايا منها. سيتم استخدام أي أرقام ضمان اجتماعي (SSN) مقدمة والكشف عنها بالطريقة نفسها لاستخدام أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) لأفراد الأسرة المعيشية المؤهلين.

تقع على عاتقك مسؤولية التعاون الكامل مع موظفي الولاية والموظفين الفيدراليين الذين يقومون بإجراء مراجعات مراقبة الجودة.

تقع على عاتقك مسؤولية التعاون مع مكتب خدمات رعاية الطفل إذا كنت تحصل على مزايا برنامج RI Works أو برنامج Child Care Assistance أو برنامج Medicaid. يجب عليك المساعدة في الإنشاء أو التعديل أو إنفاذ رعاية الطفل (الأطفال) الذين تحت رعايتك، وإثبات الأبوة (إذا لزم الأمر). إذا كان بإمكانك إثبات أن لديك سببًا وجيهًا للاعتقاد بأن التعاون مع مكتب خدمات رعاية الطفل يعرضك أنت أو أطفالك أو الأطفال الذين تحت رعايتك لخطر الأذى من ولي الأمر غير الحاضن، يمكنك المطالبة بوجود سبب وجيه لعدم التعاون.

الامتيازات والتكاليف الخاصة ببرنامج RI WORKS وبرنامج MEDICAID ودعم الرعاية للأطفال والإعانة العامة

بموجب قانون رود آيلاند العام، الأقسام 40-6-9 أو 40-6-10 أو 40-8-15، دون الحاجة إلى التوقيع على أي وثيقة:

(أ) فيما يتعلق برعاية الطفل وإثبات الأبوة

لقد قمت بالتنازل عن جميع الحقوق التي قد امتلكها ونياية عني، ومن أجل طفلي أو أطفالي ونياية عنهم، إلى إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) سواء كانت تعمل بمفردها أو كوكيل أهلية للمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS)، ضد أي شخص لا يقدم الدعم والإعانة والرعاية الطبية لي ولطفلي القاصر أو أطفالي الذين يتم الدفع مقابل تقديم المساعدة لهم من إحدى الوكالتين أو كليتهما. وبهذه الصفة، يحق لإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) رفع دعوى لإثبات الأبوة و/ أو جمع الدعم لي أو لطفلي أو أطفالي الذين يتلقون أو تلقوا المساعدة من إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) و/ أو المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS). إذا توقفت عن الحصول على مساعدة مالية أو مزايا Medicaid، يجب أن أخبر مكتب خدمات رعاية الطفل عن أي تغييرات تؤثر في رعاية الطفل/ الرعاية الطبية، مثل انتقال طفلي من منزلي أو حدوث تغيير في عنواني.

(ب) فيما يتعلق بالمبالغ المستردة من طرف ثالث

لقد قمت بالتنازل عن جميع الحقوق إلى إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أو المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS)، لصالحني ونياية عني وعن أي شخص أكون مفوضًا قانونيًا لتمثيلي، فيما يتعلق بالمبالغ المستردة من طرف ثالث التي تساوي مبلغ المساعدة المالية ومزايا Medicaid المقدمة نتيجة لحادث أو إصابة أو مرض.

(ج) فيما يتعلق بالمبالغ المستردة من تعويض العمال

يجوز لإدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS) و/ أو المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) الحجز على أي منحة أو أمر أو تسوية معلقة قد يحق لي الحصول عليها بموجب أحكام قانون تعويض العمال في رود آيلاند، الفصول 28-29 حتى 28-38 من القوانين العامة لولاية رود آيلاند. الغرض من الحجز هو ضمان سداد الولاية للمدفوعات المالية ومدفوعات Medicaid المقدمة لي أو بالنياية عني خلال الفترة الزمنية التي يتم خلالها إصدار تعويضات العمال أو أمر أو تسوية.



(د) فيما يتعلق بالحجز على شركة المتلقي المتوفى لسداد مدفوعات Medicaid

وفقاً لقانون R.I.G.L. 40-8-15، يجوز للمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) الحجز على شركة متلقي مزايا Medicaid الذي كان يبلغ من العمر خمسة وخمسين (55) عامًا أو أكبر وقت الوفاة. بالنسبة إلى أغراض هذا القسم، يشمل مصطلح "الشركة" فيما يتعلق بالفرد المتوفى جميع الممتلكات العقارية والشخصية والأصول الأخرى المضمنة أو القابلة للتضمين في شركة الوصية الخاصة بالفرد. يُعد المبلغ الإجمالي لبرنامج Medicaid المدفوع نيابة عن متلقي Medicaid الذي كان يبلغ من العمر خمسة وخمسين (55) عامًا أو أكبر وقت الاستلام دينًا للولاية ويشكل حجزًا على شركة المتلقي لصالح المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS). ومع ذلك، فإن الحجز يكون ساري المفعول ولا ينطبق على شركة المستلم الذي ترك زوجًا/ زوجة أو طفلًا يقل عمره عن الحادية والعشرين (21) أو طفلًا كافيًا أو معوقًا بشكل دائم وكما هو محدد في الباب السادس عشر (SSI) من قانون الضمان الاجتماعي. قد يتم إعفاء الأراضي القبلية وبعض الممتلكات المملوكة للهنود الأمريكيين وسكان الأسكا الأصليين من الكشف عنها.

كن على علم بأن طلبك سيكون بمثابة تفويض لإدارة الخدمات الإنسانية للحصول على المعلومات المتعلقة بك من مقدمي الخدمات الطبية أو بأي شخص مدرج في طلبك ما دامت الحالة مفتوحة. الفهم والموافقة على أنه يجوز لمكتب إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) الاتصال بأشخاص أو منظمات أخرى للحصول على الإثبات اللازم لأهليتك ومستوى المزايا.

أدرك أيضًا أنه يمكن لمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) الاستخدام أو المشاركة للمعلومات التي قدمتها في طلبك وفي حسابي الخاص لإدارة أي برامج تقدمت بطلب للتسجيل فيها و/ أو قد توفر لي مزايا وفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي والعقد واللائحة. يمكن لمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) الكشف عن معلومات غير محددة للهوية لأغراض البحث. يجب أن يُجرى أي كشف للمعلومات المحددة للهوية وفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي.

خطة التأمين الصحي التجاري: الإنهاء بواسطة

يمكنك إنهاء تغطية التأمين الصحي لأي فرد من أفراد أسرته المعيشية في أي وقت. ستنتهي التغطية الخاصة به في اليوم الأخير من الشهر الذي قدمت فيه طلبك. على سبيل المثال، إذا طلبت إنهاء تغطيتك في 17 مايو/ أيار، فسيكون آخر يوم للتغطية هو 31 مايو/ أيار. يرجى ملاحظة: قد تضطر إلى دفع غرامة إذا لم يكن لديك تغطية تأمين صحي.

خطة التأمين الصحي التجاري: الإنهاء بواسطة شركة التأمين أو البورصة

قد يُسجل الفرد (الأفراد) التالي من أسرته المعيشية في خطة التأمين الصحي التجاري:

الاسم

قد تلغى تغطيتك أو تغطية أي فرد من أسرته في خطة التأمين الصحي التجاري فقط في حالة حدوث الأمور التالية:

- إذا أصبحت أنت أو أحد أفراد أسرته المعيشية غير مؤهلين للحصول على تغطية ميسورة التكلفة من خلال Medicaid أو HealthSource RI.
- إذا لم تدفع أنت أو أحد أفراد أسرته أقساط التأمين وانتهت فترة السماح الخاصة بك (المادة (ii) (2)(b) 45 CFR § 155.430)
- إذا تم إنهاء التغطية التأمينية الخاصة بك أو بأحد أفراد أسرته بسبب معلومات مزورة في طلبك،
- وإذا توقفت الجهة المؤمنة عليك أنت أو أحد أفراد أسرته عن العمل، وفقدت ترخيصها أو شهادتها بموجب قانون الولاية،
- وإذا قمت أنت أو أحد أفراد أسرته بالتغيير إلى خطة أخرى مقدمة على HealthSource RI خلال فترة تسجيل مفتوحة أو خاصة.



إذا كانت لديك احتياجات رعاية صحية خاصة

قد تكون أنت وأفراد أسرتك مؤهلين للحصول على المزيد من الخدمات من خلال Medicaid إذا كان أي فرد في أسرتك لديه احتياجات رعاية صحية خاصة.

- هل يعاني أي فرد في أسرتك المعيشية من إعاقة؟
- هل يحتاج أي شخص في أسرتك المعيشية إلى رعاية ترميض منزلية أو غيرها من خدمات الرعاية الطويلة الأجل؟
- هل لدى أي فرد في أسرتك المعيشية فواتير طبية مرتفعة أو متكررة؟

إذا كان الأمر كذلك، فتحرّر إذا كانوا مؤهلين استنادًا إلى احتياجات الرعاية الصحية الخاصة. لمزيد من المعلومات، اتصل على الرقم (855) 712-9158 أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني www.HealthSourceRI.com.





STATE OF RHODE ISLAND

P.O. BOX 8709

CRANSTON, RI 02920-8787

حقوق الطعن

قد يكون لديك الحق في الطعن والحصول على جلسة استماع إدارية عادلة (Administrative Fair Hearing) إذا كنت لا توافق على قراراتنا. يجوز لك:

1. الاتصال بنا لمناقشة القرار الخاص بالمزايا. اتصل بنا على رقم الهاتف الموجود أعلى الصفحة الأولى من هذا الإشعار. تأكد من وجود هذا الإشعار ورقم الحالة/ الهوية في متناول يدك عند الاتصال.
2. الطعن من أجل عقد جلسة استماع إدارية عادلة. الطعن هو طلب رسمي من أجل إعادة النظر في القرار في جلسة استماع إدارية. يرجى مواصلة القراءة للحصول على المزيد من المعلومات.

ما المقصود بـ جلسة الاستماع العادلة؟

تُعد جلسة الاستماع العادلة فرصة لك لإخبار مسؤول جلسة الاستماع الإدارية عن سبب عدم موافقتك على قرار الوكالة بشأن أهليتك و/ أو المزايا و/ أو أي تكاليف يجب عليك سدادها. ويحضر ممثل الوكالة أيضًا جلسة الاستماع لشرح أساس قرار الوكالة. وبموجب القانون، يجب على المسؤول الإداري مراجعة وقائع الدعوى المقدمة من الطرفين بطريقة عادلة وموضوعية.

المواعيد النهائية للطعن وطلب عقد جلسة استماع عادلة

يوضح الجدول أدناه المواعيد النهائية لتقديم الطعن لكل برنامج. بالنسبة إلى بعض البرامج، قد تستمر مزاياك أو خدماتك حتى يتم اتخاذ القرار بشأن عقد جلسة الاستماع إذا قدمت الطعن قبل المواعيد النهائية المدرجة في الجدول. إذا فاتك هذا الموعد النهائي، فقد تفقد حقك في الطعن. بعد تقديم الطعن الخاص بك، سنحدد موعدًا لجلساتك وسنصدر قرارًا في غضون 90 يومًا أو 60 يومًا إذا كانت جلسة الاستماع تتعلق بمزايا برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) الخاصة بك. سيتم إصدار قرار بشأن جميع طعون HealthSource RI في غضون 90 يومًا من تاريخ استلام طلب الطعن، قدر الإمكان إداريًا.

البرنامج	يجب عليك تقديم الطعن في غضون:	هل ستستمر المزايا إذا تم تقديم الطعن في غضون 10 أيام من الإشعار ("Aid Pending")؟
Medicaid	30 يومًا بعد تاريخ الإشعار بالإضافة إلى خمسة أيام لوقت إرسال البريد	نعم، ستستمر المزايا تلقائيًا ما لم تخبرنا بخلاف ذلك
SNAP	90 يومًا من تاريخ إرسال الإشعار	نعم، ستستمر المزايا تلقائيًا ما لم تخبرنا بخلاف ذلك
CCAP	30 يومًا من تاريخ إرسال الإشعار	قد يتم تقليل المزايا حتى يتم اتخاذ القرار بشأن عقد جلسة الاستماع.
GPA	10 أيام من تاريخ إرسال الإشعار	نعم، ولكن يجب أن يكون الطلب مكتوبًا
التأمين الصحي التجاري	30 يومًا بعد تاريخ الإشعار بالإضافة إلى خمسة أيام لوقت إرسال البريد.	يجب الاتصال بـ HealthSource RI في غضون 30 يومًا من الإشعار لطلب Aid-Pending.
جميع البرامج الأخرى	30 يومًا من تاريخ إرسال الإشعار	نعم



الطعون العاجلة

لديك الحق في تقديم طعن عاجل إذا كانت لديك حاجة ماسة للخدمات الصحية أو مزايا برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) وكان انتظار الطعن القياسي قد يعرض حياتك أو صحتك أو قدرتك على تحقيق الحد الأقصى من المهام أو الحفاظ عليها أو استعادتها للخطر الشديد. ويجب علينا أن نفضل في الطعون العاجلة في أسرع وقت ممكن، نظراً إلى الظروف. إذا رفضنا طلبك للحصول على طعن عاجل، فإنه يجب علينا إبلاغك بسرعة، ويجب علينا التعامل مع الطعن الخاص بك من خلال عمليتنا القياسية.

الحق في استمرار الحصول على المزايا في أثناء الانتظار لعقد جلسة الاستماع

قد يكون لديك الحق في أن تستمر المزايا الخاصة بك دون تغيير في أثناء انتظار عقد جلسة الاستماع (يسمى هذا "Aid-Pending"). باستثناء التأمين الصحي التجاري من خلال HealthSource RI، إذا قمت بالطعن في غضون 10 أيام، في معظم الحالات، فسيتم منحك وضعية Aid-Pending تلقائياً. ما لم تتمكن من إثبات خلاف ذلك، بالنسبة إلى برنامج Medicaid و HealthSource RI، فسنفترض أنك تلقيت الإشعار بعد 5 أيام من تاريخ الإشعار.

إذا كان لديك برنامج Medicaid وتلقيت Aid-Pending، وخسرت طعنك بعد ذلك، فإنه يجوز للولاية أن تجبرك على سداد تكاليف تغطيتك خلال فترة Aid-Pending. بالنسبة إلى HealthSource RI، لا يتوفر Aid-Pending إلا إذا كنت تطعن على إعادة تحديد الأهلية التي حدثت في غضون 30 يوماً من تاريخ تقديم الطعن الخاص بك، ويتم تقديم الطلب عبر الهاتف إلى HealthSource RI على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI. إذا كنت تحصل على خصومات ضريبية للمساعدة في دفع أقساط التأمين الخاصة بك وحصلت على Aid-Pending، ثم خسرت طعنك، فقد تكون مدينًا بأموال إضافية في الضرائب الفيدرالية الخاصة بك في العام المقبل. إذا كنت تدفع أقساط تأمين شهرية، فلا يزال يتعين عليك الدفع خلال فترة Aid-Pending.

إذا حصلت على مزايا برامج SNAP أو RIW أو GPA بالإضافة إلى Aid-Pending، وخسرت الطعن، فقد تحتاج إلى السداد مقابل المزايا التي تم إصدارها لك ولكن لن يحق لك الحصول عليها خلال هذه الفترة.

الحق في تمثيل نفسك والحق في أن يتم تمثيلك

لديك الحق في تمثيل نفسك في جلسة الاستماع، أو أن يمثلك أي شخص تختاره، بما يشمل محامٍ أو صديق أو قريب.

تتوفر المشورة القانونية من شركة Rhode Island Legal Services, Inc. على الرقم 274-2652 أو الرقم 1-800-662-5034. إذا اخترت الحصول على تمثيل قانوني، فإنه يجب على الممثل تقديم إثبات حضور مكتوب إلى مكتب جلسة الاستماع في جلسة الاستماع أو قبلها. يعمل إثبات الحضور بمثابة كشف عن المعلومات السرية، مما يسمح للممثل القانوني بالاطلاع على سجل حالة الوكالة. ومن الضروري أيضاً أن يؤكد مكتب جلسة الاستماع التمثيل لأغراض المتابعة والمراجعة وطلب الاستمرار وما إلى ذلك.

قد تتأثر أهلية أفراد الأسرة الآخرين

قد يؤدي قرار الطعن الخاص بنا إلى تغييرات في أهلية فرد آخر من أفراد أسرتك.

الاطلاع على سجل الحالة الخاص بك

يحق لك الاطلاع على سجل حالتك، بما يشمل أي دليل ستستخدمه الولاية في جلسة الاستماع. لعرض سجل حالتك، اتصل بنا على الرقم (1-855-697-4347) 1-855-MYRIDHS. إذا كنت تطعن في إجراء اتخذته HealthSource RI، يمكنك طلب نسخة من السجل الخاص بك عن طريق الاتصال بالرقم: (4774) 1-855-840-HSRI.

التسوية غير الرسمية

قد نتمكن من حل مشكلتك بسرعة دون الحاجة إلى عقد جلسة استماع. يرجى الاتصال بالرقم (1-855-697-4347) 1-855-MYRIDHS حتى نتمكن من مراجعة حالتك بشكل غير رسمي. إذا كنت تطعن في إجراء اتخذته HealthSource RI، يمكنك الاتصال بـ HealthSource RI على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI لطلب مراجعة غير رسمية لطعنك. سنتواصل معك في محاولة لحل الطعن الذي قدمته بشكل غير رسمي. لن يتأثر حقك في جلسة استماع بالجهود المبذولة لحل مشكلتك بشكل غير رسمي.



نموذج الطعن**عملية طلب الطعن**

- يمكنك طلب الطعن عن طريق القيام بأحد الإجراءات التالية أدناه. إذا أرسلت هذا النموذج، فستكمل الولاية مراجعة لحالتك من أجل محاولة حل المشكلة.
- عبر الإنترنت. فم بتسجيل الدخول إلى حسابك على <https://healthyrhode.ri.gov> وانقر على "file an appeal" (تقديم طعن)
 - عبر الهاتف. يمكنك تقديم طعن بخصوص Medicaid والتغطية الصحية المشتركة من خلال HealthSource RI عن طريق الاتصال ب HealthSource RI على الرقم (4774) 1-855-840-HSRI. للأسئلة حول تقديم طعن متعلق ببرامج الخدمات الإنسانية مثل SNAP أو RIW أو Child Care أو GPA أو SSP، يمكنك الاتصال بإدارة الخدمات الإنسانية على الرقم 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
 - شخصياً للحصول على مساعدة شخصية، فم بزيارة الموقع الإلكتروني www.dhs.ri.gov لعرض مواقع المكاتب.
 - عن طريق البريد. املا هذا النموذج وأرسله عبر البريد إلى، ATTN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

الاسم (مطلوب): _____

تاريخ الميلاد (مطلوب): _____

رقم الحساب (كما هو موضح في أعلى الإشعار): _____

العنوان (مطلوب): _____

رقم الهاتف: _____

البريد الإلكتروني: _____

هل تحتاج إلى مساعدة في التحدث أو القراءة أو الكتابة باللغة الإنكليزية؟ نعم لا:

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما لغتك الأساسية؟ _____

وسيلة الاتصال المفضلة (ضع دائرة حول خيار واحد): البريد الإلكتروني/ البريد الورقي

يجب عليك تحديد سبب (أسباب) الطعن الخاص بك:

التغطية الصحية:

Medicaid _____

الخطة المشتركة من خلال HSRI _____

كلاهما/غير متأكد _____

غير ذلك (يرجى التوضيح) _____

الخدمات الإنسانية:

SNAP _____

RIW _____

SSP _____

GPA _____

CHILD CARE _____



رقم الحساب:

يرجى توضيح سبب الطعن الخاص بك:

هل تحتاج إلى خدمات صحية مهمة أو مزايا برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) على الفور؟ إذا كان الأمر كذلك، هل ترغب في الطعن العاجل؟
 نعم لا:

إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى التوضيح:

إذا لم يكن قرار جلسة الاستماع في صالحى، فإني أدرك أنه يجب على الدفع مقابل أى مساعدة و/أو مزايا إضافية تم تحديد أنني غير مؤهل لها

حدّد هذا المربع إذا كان شخص ما سيساعدك في الطعن أو سيمثلك في أثناء عملية الطعن. يمكن أن يكون هذا محامياً أو صديقاً أو أحد أفراد الأسرة. قدم معلومات الاتصال لهذا الشخص:

الاسم: _____
الهاتف: _____
العنوان: _____
البريد الإلكتروني: _____

هل ترغب في استمرار تغطيتك والمزايا الخاصة بك دون تغيير في أثناء انتظار قرار جلسة الاستماع؟ نعم لا

التوقيع _____ التاريخ _____
(المتلقي)

تستكملة الوكالة فقط:

الطعن بشأن:

GPA _____ MEDICAID _____ RIW _____
CHILD CARE _____ الخطة الصحية المشترية _____ SNAP _____
غير ذلك _____

أشر إلى مرجع دليل السياسة المحدد: _____ القسم (الأقسام) _____

رد الوكالة على الطعن/ التفسير: _____

ممثل الوكالة (التوقيع) _____ المشرف (التوقيع) _____

(كتابة الاسم بأحرف واضحة) _____ (كتابة الاسم بأحرف واضحة) _____

المكتب المحلي _____

