

تاريخ الإرسال بالبريد: <date>

<mailing address>

<CIN>

<CONSUMER> عزيزي

نرسل لك هذا الإخطار لأن سجلاتنا تظهر أنك تحصل على معونة طبية Medical Assistance (تسمى أيضاً Medicaid) ورعاية طبية Medicare.

إن الطريقة التي تحصل بها على خدمات الصحة البدنية ضمن المعونة الطبية سوف تتغير لأن وزارة الخدمات الإنسانية تقوم باستحداث برنامج جديد.

يسمى البرنامج الجديد خيارات الصحة المجتمعية Community HealthChoices (CHC). بموجب برنامج CHC، لن تفقد أيًا من خدمات المعونة الطبية التي تحصل عليها الآن. كما لن يكون عليك أية تكاليف أكثر مما تتحمله الآن.

ستبدأ في الحصول على خدمات الصحة البدنية ضمن المعونة الطبية من خلال برنامج Community HealthChoices في 1 يناير 2020. سيكون عليك اختيار خطة رعاية مُدارة.

لن يؤدي برنامج CHC إلى أي تغيير على الرعاية الطبية التي تحصل عليها. سيواصل برنامج Medicare الدفع أولاً عن معظم الخدمات مثل الرعاية داخل المستشفيات والفحوصات المخبرية وزيارات الأطباء.

ما هو برنامج CHC؟

يستخدم برنامج CHC خطط رعاية مُدارة خطط (CHC) للتأكد من أن جميع خدمات الصحة البدنية التي تقدم لك من خلال المعونة الطبية Medical Assistance والرعاية الطبية Medicare تعمل معًا. ستعمل خطة CHC التي

تختارها مع أطباءك ومزودي الخدمات والرعاية الطبية لضمان حصولك على الرعاية والخدمات التي تحتاجها. يهدف برنامج CHC إلى مساعدتك في الحصول على كل الرعاية التي تحتاجها - بسهولة أكبر!

ستكون قادرًا على الاختيار من بين 3 خطط CHC. الخطط هي:



ما الذي علي أن أفعله؟

انتظر للحصول على حزمة تسجيل بواسطة البريد خلال الأيام القليلة القادمة. ثم اختر خطة CHC.

ستزودك حزمة التسجيل بالمعلومات التي تحتاجها لاختيار خطة CHC التي ترغب بها. جميع خطط CHC تشمل نفس الخدمات التي تحصل عليها حاليًا. من الممكن أن تقدم بعض خطط CHC خدمات إضافية. تعطيك الحزمة معلومات عن الخدمات المشمولة في كل خطة من خطط CHC.

من المهم جدًا أن تختار خطة CHC التي تلائم احتياجاتك بحيث يمكنك الاستمرار في استخدام مزودي الخدمات المهمين بالنسبة لك.

سيكون لديك فرصة حتى **<5/31/2018>** لاختيار خطة CHC التي ترغبها. إذا لم تختار خطة CHC، فسيتم تسجيلك تلقائيًا في إحدى الخطط. **يمكنك تغيير خطة CHC الخاصة بك في أي وقت سواء كنت اخترتها بنفسك أم لا.**

إذا كان عمرك لا يقل عن ٥٥ عامًا، فقد تكون مؤهلاً أيضًا لبرنامج LIFE، وهو برنامج رعاية تتم إدارته بشكل اختياري ويختلف عن برنامج CHC. ستحتوي حزمة التسجيل الخاصة بك أيضًا على معلومات حول هذا البرنامج.

لماذا يتعين علي الحصول على خدماتي من ضمن برنامج CHC؟

تسمح بعض القوانين للوزارة بأن تطلب منك الحصول على خدماتك من خلال برنامج رعاية مدار مثل برنامج CHC. القوانين التي تسمح بذلك تشمل القانون الاتحادي في §§ 42 U.S.C. 1396n(c)، 1396n(b)، وقانون الولاية في 62 P.S. §§ 201(2)، 403(b)

لمعرفة المزيد حول التغييرات التي تمت بموجب CHC، اقرأ نموذج "CHC More Information – Notice" المرفق مع هذا الكتاب.

هل يمكنني الطعن في قرار الوزارة القاضي بأنني يجب أن أحصل على خدماتي من خلال CHC؟

لا يمكنك الطعن وطلب جلسة استماع إلا إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ وأنه ليس من المتوقع عليك أن تحصل على خدماتك من خلال CHC. يمكنك الطعن في الحالات التالية فقط:

- عمرك أقل من 21 عامًا؛
 - أنت مشترك في برنامج الاستقلال المعيشي لكبار السن LIFE؛ أو
 - لا تنتمي إلى إحدى المجموعات التالية:
- الذين يحصلون على كلا الرعاية الطبية Medicare والمعونة الطبية Medical Assistance.
- الذين يحصلون على الخدمات في المنزل من خلال برنامج تنازل؛ أو
- الذين يحصلون على الخدمات في دار لرعاية المسنين.

لا يسمح لك بالطعن لأي سبب آخر. لمعرفة المزيد، اقرأ «نموذج الطعن والاستماع العادل» "Appeal and Fair Hearing Form" المرفق مع هذا الكتاب. هل أنت بحاجة إلى مساعدة قانونية؟ يمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية من خلال الاتصال بمكتب الخدمات القانونية المحلي في منطقتك < LEGALSERVICES > أو بمشروع قانون صحة بنسلفانيا Pennsylvania Health Law Project على الرقم 1-800-274-3258.

شكرا لكم،
وزارة الخدمات الإنسانية في بنسلفانيا

إخطار CHC – مزيد من المعلومات

كيف يمكنني الحصول على خدمات الصحة السلوكية (وتسمى أيضاً خدمات الصحة العقلية أو المخدرات والكحول)؟ إنك ستستمر في الحصول على خدماتك المشمولة في نفس خطة رعاية الصحة السلوكية HealthChoices التي تتمتع بها اليوم. ستعمل خطة CHC الخاصة بك مع خطة الصحة السلوكية الخاصة بك حتى تحصل على جميع الخدمات التي تحتاجها.

ماذا لو لم أعد أتلقي معونة طبية **Medical Assistance** عندما يبدأ برنامج CHC؟ إذا لم تعد تحصل على المعونة الطبية عندما يبدأ برنامج CHC ، فإنك ستنتقل كتاباً من الوزارة تخبرك فيه ما إذا كنت ستحصل على خدماتك من خلال CHC أم لا.

أين يمكنني معرفة المزيد عن برنامج CHC؟
لمزيد من المعلومات، قم بزيارة الموقع www.HealthChoices.pa.gov أو اتصل بالرقم 1-844-824-3655.

نموذج الطعن والاستماع العادل

لا يمكنك الطعن وطلب جلسة استماع بشأن هذا الإخطار إلا إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ لأحد الأسباب التالية.

- 1) عمرك أقل من 21 عامًا؛
 - 2) أنت مشترك في برنامج LIFE؛ أو
 - 3) لا تنتمي إلى إحدى المجموعات التالية:
- الذين يحصلون على كلا الرعاية الطبية Medicare والمعونة الطبية Medical Assistance.
 - الذين يحصلون على الخدمات في المنزل من خلال برنامج تنازل؛ أو
 - الذين يحصلون على الخدمات في دار لرعاية المسنين.

لا يسمح لك بالطعن في هذا الإخطار لأي سبب آخر.

إذا كنت تريد الطعن، فيجب عليك القيام بذلك خلال 30 يومًا من تاريخ إرسال هذا الكتاب بالبريد. إذا لم يكن طعنك مختومًا بخاتم البريد أو إذا لم يرسل إلى مكتب معونة المقاطعة (CAO) خلال 30 يومًا، فقد يتم رفض الطعن دون جلسة استماع.

يمكنك اختيار ما إذا كنت تريد جلسة استماع عبر الهاتف أو شخصيًا (وجهاً لوجه).

- يمكنك الحصول على جلسة استماع على الهاتف على رقم هاتف يمكن الوصول إليك من خلاله أو في مكتب معونة المقاطعة.
- إذا كنت ترغب في جلسة استماع شخصية، فالرجاء إخبارنا أدناه إذا:

- 1) كنت ترغب أن يكون جميع المشاركين في غرفة الاستماع مع ضابط الاستماع أو متصلين عبر وسائط مؤتمر فيديو. سيكون ضابط الاستماع موجودًا في غرفة استماع تقع في هاريسبيرغ، ولكن يمكنك الذهاب إلى مكتب جلسات الاستماع والاستئناف الأقرب إليك في فيلادلفيا أو بينسبيرغ أو إيري أو ريدنج أو هاريسبيرغ؛ أو
- 2) يمكن أن يكون الباحث الاجتماعي وموظفون آخرون من مكتب الحياة طويلة الأجل (OLTL) موجودين على الهاتف وستكون أنت وشهودك موجودين في غرفة الاستماع مع ضابط الاستماع المتمركز في هاريسبيرغ.

في جلسة الاستماع، يمكنك إخبار ضابط الاستماع بالأسباب التي تجعلك تعتقد أن الحقائق التي لدينا حولك هي حقائق خاطئة. تستطيع أن تتحدث بنفسك، لكن إذا كنت غير مرتاح للقيام بذلك، فإننا نشجعك بقوة على إحضار شخص للتحدث نيابة عنك. يجوز أن يمتلك في جلسة الاستماع محام أو مساعد قانوني أو صديق أو قريب أو أي شخص آخر تختاره. يمكن لشهودك أن يتحدثوا، ويمكنك عرض وثائق على ضابط الاستماع.

يمكنك أن تطلب مترجمًا فوراً ليكون موجودًا في جلسة الاستماع العادل، أو أي مساعدة أخرى، على نموذج الطعن والاستماع العادل المرفق. هذه خدمة مجانية. يمكنك إحضار صديق أو قريب لمساعدتك في جلسة الاستماع، إلا أن الوزارة هي التي ستوفر المترجم الفوري الرسمي.

يمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية من خلال زيارة مكتب العون القانوني المذكور في الإخطار أو الاتصال به أو بالاتصال بمشروع قانون الصحة في بنسلفانيا Pennsylvania Health Law Project على الرقم 1-800-274-3258.

إذا كنت ترغب في الاجتماع بالباحث الاجتماعي المسؤول عن قضيتك للحديث عن القرار أو لتزويدنا بمعلومات قد تؤدي إلى تغيير القرار، يرجى الاتصال بمركز خدمة العملاء التابع لوزارة الخدمات الإنسانية على الرقم 1-877-395-8930. إذا كنت تريد اجتماعًا، فيمكنك إحضار شخص معك للتحدث نيابة عنك في الاجتماع. لن يؤدي الاجتماع إلى تأخير جلسة استماعك ولن يكون بديلاً لها.

إذا كنت ترغب في تقديم طعن، فيرجى تعبئة نموذج الطعن والاستماع العادل وإعادته. أرسل النموذج إلى العنوان البريدي لمكتب معونة المقاطعة <CAO mailing address>.

MAIL DATE	CASE NAME
<MAIL DATE>	<CASE NAME>
ADDRESS	
<ADDRESS>, <CITY>, <STATE> <ZIP CODE>	
COUNTY / RECORD NUMBER	CIN
<COUNTY> <RECORD NUMBER>	<CIN>

نموذج الطعن والاستماع العادل

يرجى وضع إشارة في المربع المجاور لنوع الاستماع الذي تريده:

- أريد جلسة على الهاتف. وسأكون أنا وشهودي وأي شخص يساعدني موجودين على رقم الهاتف هذا: _____
- أريد جلسة على الهاتف. وسأكون أنا وشهودي وأي شخص يساعدني موجودين في مكتب معونة المقاطعة (CAO).
- أريد جلسة استماع وجهًا لوجه مع الباحث الاجتماعي، ومع موظفي مكتب الحياة طويلة الأجل (OLTL)، وقاضٍ في غرفة الاستماع أو متصلين عبر وسائل مؤتمر فيديو. سوف أذهب إلى مكتب جلسات الاستماع والاستئناف في منطقتي (بيثسبيرغ، فيلادلفيا، إيري، ريدينج أو هاريسبيرغ). تقع غرفة الاستماع في هاريسبيرغ.
- أريد جلسة استماع وجهًا لوجه. سأكون أنا وشهودي وأي شخص يساعدني موجودين في غرفة الاستماع مع ضابط الاستماع، ولكن يمكن أن يكون الباحث الاجتماعي وموظفون آخرون من مكتب الحياة طويلة الأجل (OLTL) موجودين على الهاتف في مكاتبهم. تقع غرفة الاستماع في هاريسبيرغ.

لجلسة الاستماع:

- يرجى وضع إشارة هنا إذا كنت بحاجة إلى مترجم لغة إشارة مجانًا لأنك أصم أو ضعيف السمع.
- يرجى وضع إشارة هنا إذا كنت بحاجة إلى مترجم فوري مجانًا لأنك لا تتحدث اللغة الإنجليزية أو لا تفهمها.
- _____ أي لغة؟

- يرجى وضع إشارة هنا إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بسبب إعاقة. بيّن نوع المساعدة التي تحتاجها: _____

لقد قمت بتعبئة هذا الطعن بسبب (أرفق المزيد من الصفحات إن لزم ذلك):

يجب عليك وضع إشارة إزاء واحد أو أكثر مما يلي إذا كان ذلك ينطبق عليك:

- عمري أقل من 21 عامًا.
- أنا مشترك في برنامج LIFE.
- أنا لست من أي من هذه المجموعات:
- لا أتلقى خدمات كلا المعونة الطبية Medical Assistance (وتسمى أيضًا Medicaid) والرعاية الطبية Medicare.
- لا أتلقى خدمات في المنزل من خلال برنامج تنازل.
- لا أتلقى خدمات في دار لرعاية المسنين.

توقيعك

رقم الهاتف

العنوان

التاريخ

توقيع ممثلك (إن كان لك ممثل)

رقم الهاتف

العنوان

التاريخ