

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЗАИМОПОНИМАНИИ

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ БЕЖЕНЦЕВ

Поскольку вы имеете право на участие в Программе расселения беженцев (Refugee Resettlement Program) штата Arizona, мы предоставляем вам этот документ на предпочитаемом вами языке. По вашему желанию мы можем предоставить вам данный документ в переводе на выбранный вами язык.

Все беженцы и другие лица, которые прибывают в штат Arizona, имеющие право на получение помощи, могут подать заявление на участие в Программе медицинской помощи для беженцев (Refugee Medical Assistance, RMA). RMA — это программа предоставления всевозможных медицинских льгот продолжительностью двенадцать месяцев для беженцев и других лиц, обладающих правом на их получение, если по прибытии в штат Arizona им отказали в участии в программе Arizona Medicaid (программа медицинского страхования), известной также как Система контроля расходов на медицинское обслуживание в штате Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS), и их доход не превышает 200 % от Федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level), или если действие программы Arizona Medicaid прекращено вследствие получения трудовых доходов, превышающих установленный программой Arizona Medicaid лимит. RMA позволяет оплачивать утвержденные, допустимые медицинские расходы в течение не более чем двенадцати месяцев после даты въезда в США или даты предоставления соответствующего статуса Управлением по делам беженцев (Office of Refugee Resettlement), которая считается датой получения иммиграционного статуса, дающего право на предоставление особых услуг для беженцев. Несмотря на то, что RMA предоставляется на срок не более двенадцати месяцев подряд, это покрытие аналогично тому, которое предоставляет AHCCCS. Более подробную информацию о страховом покрытии в рамках AHCCCS можно найти на сайте <https://www.azahcccs.gov/>.

Вы можете получить статус участника программы RMA при содействии: Местного агентства по делам беженцев (Local Resettlement Agency, LRA), которое стало вашим патроном, вашей Private Sponsor Group через Welcome Corps или любой другой организации, оказывающей вам услуги и имеющей доступ к Онлайн-системе баз данных Программы расселения беженцев в штате Arizona (Arizona Refugee Resettlement Programs Online Database System, ARRPODS). По вашему желанию любая из этих групп/организаций может подать от вашего имени заявление на участие в Программе медицинской помощи для беженцев. Кроме того, после прекращения действия программы AHCCCS она передаст соответствующую информацию в RRP, и RRP сможет автоматически внести вас в базу данных RMA в момент прекращения действия договора с AHCCCS. Подписывая данное заявление, вы осознаете и соглашаетесь на включение в программу RMA в случае, если вы не будете соответствовать критериям AHCCCS, проживаете в штате Arizona или получили квалификационный статус менее 12 месяцев назад.

Если вы станете участником программы RMA, вам выдадут карточку RMA, в которой указаны даты начала и окончания действия программы. В качестве заявителя на получение RMA вы имеете следующие права и обязанности:

- Право на установление правомочности вашего участия в программе RMA в течение 30 дней с даты подписания данного заявления или в момент прекращения действия программы AHCCCS в связи с получением трудовых доходов, если AHCCCS передала эту информацию в RRP.
- Право на получение услуг (при наличии такового) в соответствии с федеральными правилами и правилами штата и с учетом финансовых ограничений и возможности предоставления этих услуг.
- Обязанность в полной мере сообщать обо всех ситуациях, которые могут повлиять на результаты рассмотрения данного заявления. Также сообщать своему куратору в течение пяти дней о любых изменениях, которые могут затронуть ваше право на получение услуг (например, окончательный переезд за пределы штата Arizona, изменение уровня дохода и т. д.).
- Вы обязуетесь сотрудничать со всеми агентствами, которые занимаются выяснением вопроса о правомочности вашего участия в программе. Вы соглашаетесь на всестороннее расследование вашего права на это участие, включая запросы работодателям, врачам и другим специалистам. Вы также соглашаетесь на проверку документов по другим агентствам.

Сейчас вы получаете услуги по Программе расселения беженцев от: _____

ПОДАННЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ

Мной (свидетелем / куратором дела), _____, проведен анализ дела, и я подтверждаю, что от имени заявителя (заявителей) мною подана в ARRPODS надлежащая заявка на участие в RMA, если это возможно.

ИМЯ (ИМЕНА) ЗАЯВИТЕЛЯ (ЗАЯВИТЕЛЕЙ)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЗАИМОПОНИМАНИИ

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРОХОЖДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕЖЕНЦЕВ

Поскольку вы имеете право на участие в Программе расселения беженцев (Refugee Resettlement Program) штата Arizona, мы предоставляем вам этот документ на выбранном вами языке. По вашему желанию мы можем предоставить вам данный документ в переводе на выбранный вами язык.

Вы имеете право подать заявление на прохождение Медицинского обследования для беженцев (Refugee Medical Screening, MS). Оно проводится в течение первых 90 дней после вашего приезда или получения соответствующего статуса и включает в себя физический осмотр, изучение истории болезни, вакцинации, общие лабораторные анализы и анализы на инфекционные заболевания. В программу также входит проведение рентгенографии грудной клетки. MS проводится совершенно бесплатно. Цель данного обследования — подтвердить наличие заболеваний, выявленных в ходе медицинского осмотра в других странах, если вы проходили такой осмотр, а также выявить какие-либо другие проблемы со здоровьем, которые могут препятствовать вашему благополучному переезду. Для вас MS — это введение в систему здравоохранения, поскольку вы получите направление к врачу общей практики и к специалистам, которые могут помочь вам в последующем лечении.

Местное агентство по делам беженцев (Local Resettlement Agency, LRA), которое выступило вашим патроном, Private Sponsor Group через Welcome Corps или любая другая организация, которая регистрирует вас в ARRPODS, по вашему желанию может подать от вашего имени заявление на проведение MS. Программа расселения беженцев (RRP) штата Arizona определяет право на прохождение MS.

Чтобы получить направление к поставщику услуг MS, вы должны дать разрешение RRP согласовывать свои действия с вашим представителем. Вы также должны дать разрешение RRP на отправку вашей информации поставщику услуг MS. Ниже вы можете отметить, разрешаете ли вы это действие.

Пожалуйста, отметьте ниже:

Я желаю пройти медицинское обследование. Я отказываюсь от медицинского обследования.

Я, _____, выбирая следующий вариант, разрешаю или не разрешаю RRP связываться с агентством, от которого я получаю услуги по расселению, для координации предоставляемого мне обслуживания.

Разрешаю Не разрешаю

Я, _____, выбирая следующий вариант, разрешаю или не разрешаю RRP направлять мою контактную и личную информацию, документы, подтверждающие право на участие в программе, а также контактную и личную информацию, документы, подтверждающие право на участие в программе любых иждивенцев, указанных ниже в соответствующем разделе заявления, поставщику услуг MS в моем округе через систему AARRPODS для содействия в проведении моего MS. Я имею право отказаться от передачи моих персональных данных, осуществляемой от моего имени RRP, и понимаю, что могу получить результаты медицинского обследования другими способами.

Разрешаю Не разрешаю

Я, _____, выбирая следующий вариант, разрешаю или не разрешаю RRP отправлять мою фотографию и фотографии всех иждивенцев, указанных ниже в соответствующем разделе заявления, поставщику услуг MS, работающему в моем округе, через ARRPODS для упрощения проведения моего MS. Фотографии используются только для того, чтобы помочь поставщику услуг MS в идентификации клиента.

Разрешаю Не разрешаю

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЗАИМОПОНИМАНИИ

ПОДАННЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ

Мной (свидетелем / куратором дела), _____, проведен анализ дела, и я подтверждаю, что от имени заявителя (заявителей) мною подана в ARRPODS надлежащая заявка на проведение MS.

ИМЯ (ИМЕНА) ЗАЯВИТЕЛЯ (ЗАЯВИТЕЛЕЙ) НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

ПОДПИСИ/СВИДЕТЕЛЬСТВА

Я подтверждаю, что являюсь беженцем или другим правомочным лицом, въехавшим в США в соответствии с Законом о беженцах 1980 года (Refugee Act of 1980), и запрашиваю услуги RRP. Информация, изложенная в данной форме, насколько мне известно, является достоверной.

Подпись заявителя: _____ Дата: _____

Опекун / уполномоченный представитель: _____ Дата: _____

Кем приходится несовершеннолетнему заявителю: _____

Подпись переводчика: _____ Дата: _____
(Если от перевода отказались, укажите «N/A» выше)

Заявитель от услуг переводчика отказался (здесь необходима подпись заявителя): _____ Дата: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЗАИМОПОНИМАНИИ

УСЛУГИ ПО СОПРОВОЖДЕНИЮ ДЕЛА И ТРУДОУСТРОЙСТВУ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ РАССЕЛЕНИЯ БЕЖЕНЦЕВ

В рамках оказания услуг Программа расселения беженцев (RRP) штата Arizona или любой поставщик услуг, с которым RRP заключила договор, и который предоставляет вам услуги, могут направлять вас к другим поставщикам услуг, финансируемым RRP. RRP или ее заcontractованные поставщики услуг выполняют такие операции через Онлайн-систему баз данных Программы расселения беженцев в штате Arizona (ARRPODS). Передаваемая информация включает в себя контактные данные, личную информацию, документы, подтверждающие право на получение помощи, и фотографию клиента. Вы имеете право отказаться от передачи ваших персональных данных, которую RRP или привлеченные ею поставщики услуг осуществляют от вашего имени, и регистрация может осуществляться через другие физические процессы.

Я, _____, выбирая следующий вариант, разрешаю или не разрешаю RRP, а также любому поставщику услуг, заключившему контракт с RRP, услугами которого я пользуюсь, передавать мои контактные и личные данные, документы, подтверждающие право на получение помощи, а также контактные и личные данные и документы, подтверждающие право на получение помощи всех иждивенцев, перечисленных ниже, через систему ARRPODS для содействия моему включению в список лиц, получающих финансируемые RRP услуги по сопровождению дела и/или трудоустройству, когда я запрашиваю услуги, предоставляемые другим подрядчиком RRP.

Разрешаю Не разрешаю

Я, _____, выбирая следующий вариант, разрешаю или не разрешаю RRP передавать мою фотографию и фотографии всех иждивенцев, перечисленных ниже, в службы сопровождения дел и трудоустройства, финансируемые RRP, через ARRPODS. Фотографии используются только для того, чтобы помочь поставщикам услуг, предоставляемых RRP, в идентификации клиента.

Разрешаю Не разрешаю

ИМЯ (ИМЕНА) ИЖДИВЕНЦА (ИЖДИВЕНЦЕВ)

ПЕРЕДАЧА ДАННЫХ ПОСТАВЩИКАМ УСЛУГ, НЕ РАБОТАЮЩИМ С RRP ПО ДОГОВОРУ, ИЛИ ПРОГРАММАМ ЛЬГОТ

В период обслуживания вы можете дать разрешение RRP или поставщику услуг, работающему с RRP по договору или без него, на передачу вашей личной информации и информации об иждивенцах, указанных выше, поставщику услуг, не работающему с RRP по договору, или программе льгот с тем, чтобы RRP оказала вам содействие в получении услуг или льгот. Для передачи этой информации RRP или поставщикам услуг, работающим с RRP по договору или без него, требуется ваше письменное согласие. Ниже вы можете указать, каким поставщикам услуг или программам льгот вы разрешаете предоставлять информацию, которая находится в распоряжении RRP или поставщиков услуг, работающих с RRP по договору или без него.

ПОСТАВЩИК УСЛУГ ИЛИ НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ ЛЬГОТ	ТИП УСЛУГИ ИЛИ ЛЬГОТЫ

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЗАИМОПОНИМАНИИ**ПОДПИСИ/СВИДЕТЕЛЬСТВА**

Я подтверждаю, что являюсь беженцем или другим правомочным лицом, въехавшим в США в соответствии с Законом о беженцах 1980 года (Refugee Act of 1980), и запрашиваю услуги RRP. Информация, изложенная в данной форме, насколько мне известно, является достоверной.

Подпись заявителя: _____ Дата: _____

Опекун / уполномоченный представитель: _____ Дата: _____

Кем приходится несовершеннолетнему заявителю: _____

Подпись переводчика: _____ Дата: _____

(Если от перевода отказались, укажите «N/A» выше)

Заявитель от услуг переводчика отказался (здесь необходима подпись заявителя): _____ Дата: _____

Работодатель, участвующий в Программе обеспечения равных возможностей трудоустройства (Equal Opportunity Employer, EEO)
• Вспомогательные средства и услуги предоставляются по запросу лицам с ограниченными возможностями • Чтобы запросить этот документ в другом формате или получить дополнительную информацию об этой политике, обратитесь в Подразделение по обслуживанию граждан пожилого возраста и взрослых (Division of Aging and Adult Services) по номеру 602-542-4446; услуги телетайпа для лиц с нарушением слуха (TTY/TDD): 7-1-1