

تفاهنامه

درخواست کمک پزشکی پناهندگان

این سند به زبان ارجحان به شما مشتری و اجد شرایط «برنامه اسکان مجدد پناهندگان آریزونا» (Refugee Resettlement Program) ارائه شده است. اگر ترجیح می‌دهید این سند به زبان انتخابی‌تان برای شما به صورت شفاهی ترجمه شود، ترجمه شفاهی متعاقب درخواست به شما ارائه خواهد شد.

تمام پناهندگان و سایر ذی‌نفعان واجد شرایطی که وارد آریزونا می‌شوند از حق درخواست «کمک پزشکی پناهندگان» (Refugee Medical Assistance, RMA) برخوردارند. RMA برنامه مزیت سلامت حداکثری دوازده‌ماهه برای این دسته از پناهندگان و سایر ذی‌نفعان واجد شرایط است: افرادی که پس از ورود، Arizona Medicaid (نوعی برنامه بیمه سلامت) آن‌ها، که «سیستم کاهش هزینه مراقبت‌های بهداشتی آریزونا» (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS) نیز نامیده می‌شود، رد شده است؛ و آن‌هایی که زیر 200% از خط فقر فدرال (Federal Poverty Level) قرار می‌گیرند؛ یا به دلیل درآمد حاصل از اشتغالی که بیش از سقف درآمدی مجاز Arizona Medicaid است، پوشش Arizona Medicaid آن‌ها رد شده است. RMA می‌تواند هزینه‌های پزشکی تأیید شده و مجاز را برای حداکثر دوازده ماه پس از رسیدن به ایالات متحده یا اعطای وضعیت موجد شرایط از سوی «اداره اسکان مجدد پناهندگان» (Office of Refugee Resettlement) پرداخت کند، یعنی همان تاریخ دریافت وضعیت مهاجرت که باعث واجد شرایط شدن شما برای خدمات مختص پناهندگان می‌شود. علی‌رغم اینکه RMA فقط به مدت دوازده ماه متوالی در دسترس است، این پوشش شبیه پوشش ارائه شده توسط AHCCCS است. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش AHCCCS، از این لینک بازدید کنید: <https://www.azahcccs.gov/>.

می‌توانید با دریافت کمک از موارد زیر، در RMA - ثبت‌نام کنید: سازمان اسکان مجدد محلی (Local Resettlement Agency, LRA) که حامی مالی شماست، Private Sponsor Group از طریق Welcome Corps، یا هر سازمان کمک‌کننده به شما در زمینه خدمات که به سیستم پایگاه داده آنلاین برنامه‌های اسکان مجدد پناهندگان آریزونا (Arizona Refugee Resettlement Programs Online Database System, ARRPODS) دسترسی دارد. هر کدام از این گروه‌ها/سازمان‌ها می‌توانند درخواست کمک پزشکی پناهندگان را، در صورت تمایل شما، از طرف شما ارسال کنند. علاوه بر این، پس از خاتمه یافتن AHCCCS شما، AHCCCS این اطلاعات خاتمه را با RRP به اشتراک می‌گذارد و RRP می‌تواند شما را هنگام خاتمه AHCCCS به‌طور خودکار در RMA ثبت‌نام کند. با امضای این فرم، تأیید و موافقت می‌کنید در صورتی که واجد شرایط AHCCCS تشخیص داده نشدید و در 12 ماه اول ورودتان یا اعطای وضعیت موجد شرایط قرار داشتید، در RMA ثبت‌نام شوید.

در صورتی که مزایای RMA برای شما تأیید شود، یک کارت RMA دریافت می‌کنید که پوشش شما، شامل تاریخ‌های شروع و اتمام مزایا، در آن شرح داده شده است. شما به‌عنوان درخواست‌کننده RMA از این حقوق و مسئولیت‌ها برخوردارید:

- حق تعیین صلاحیت شما برای RMA ظرف 30 روز از تاریخ این درخواست امضا شده، یا در زمان خاتمه AHCCCS به دلیل درآمد حاصل از اشتغال در صورتی که AHCCCS این اطلاعات را به RRP منتقل کرده باشد.
- حق دریافت خدماتی که مطابق با مقررات ایالتی و فدرال و بر اساس در دسترس بودن خدمات و محدودیت‌های مالی، واجد شرایط دریافت آن‌ها هستید.
- مسئولیت گزارش کامل تمام شرایط اثرگذار روی این درخواست و گزارش هرگونه تغییر در شرایط خود که روی صلاحیت شما تأثیر می‌گذارد به مدیر پرونده‌تان ظرف پنج روز (برای مثال، نقل مکان دائمی به خارج از آریزونا، تغییر در درآمد و مواردی از این دست).
- مسئولیت همکاری کامل با سازمان برای احراز صلاحیت خود. با تحقیقات کامل در رابطه با واجد شرایط بودن خود، از جمله استعلام از کارفرمایان، پزشکان و سایر کسب‌وکارها و متخصصان، موافقت می‌کنید. شما همچنین با بررسی سایر سوابق سازمان موافقت می‌کنید.

در حال حاضر خدمات اسکان مجدد پناهندگان را از این سازمان دریافت می‌کنید:

درخواست‌های ارسال شده

اینجانب (شاهد/مدیر پرونده) _____، پرونده را ارزیابی کردم و تأیید می‌کنم درخواست RMA مناسب را، در صورت وجود، از طرف متقاضی (ها) به ARRPODS ارسال کرده‌ام.

نام متقاضیان RMA

نام متقاضیان RMA

تفاهنامه

درخواست غربالگری پزشکی پناهندگان

این سند به زبان ارجحتان به شما مشتری واجد شرایط «برنامه اسکان مجدد پناهندگان آریزونا» (Refugee Resettlement Program) ارائه شده است. اگر ترجیح می‌دهید این سند به زبان انتخابی‌تان برای شما به صورت شفاهی ترجمه شود، ترجمه شفاهی متعاقب درخواست به شما ارائه خواهد شد.

شما واجد شرایط درخواست غربالگری پزشکی (Refugee Medical Screening, MS) پناهندگان هستید. MS ظرف 90 روز از ورود شما یا اعطای وضعیت واجد شرایط انجام می‌شود و شامل معاینه جسمانی، سابقه پزشکی، واکسیناسیون، آزمایش‌های عمومی و آزمایش‌های بیماری‌های عفونی است. رادیولوژی از قفسه سینه نیز در آن قرار دارد. این MS به هیچ‌عنوان هزینه‌ای برای شما به همراه نخواهد داشت. هدف از این معاینه پیگیری بیماری‌های تشخیص داده شده در معاینه پزشکی شما در خارج از کشور، در صورت انجام معاینه، و شناسایی نگرانی‌های سلامت جدیدی است که ممکن است برای موفقیت در اسکان مجدد مشکل‌ساز شود. این معرفی سیستم مراقبت‌های بهداشتی به شماست و برای مراقبت بیشتر، به پزشک مراقبت‌های اولیه و متخصصان موردنیازتان ارجاع خواهید یافت.

سازمان اسکان مجدد محلی (Local Resettlement Agency, LRA) حامی مالی شما، Private Sponsor Group شما از طریق Welcome Corps، یا هر سازمان ثبت‌نام‌کننده شما در ARRPODS می‌تواند در صورت تمایلاتان درخواست MS را از طرف شما ارسال کند. صلاحیت افراد برای MS را برنامه اسکان مجدد پناهندگان آریزونا (RRP) تعیین می‌کند.

برای ارجاع به ارائه‌دهنده MS، باید به RRP اجازه دهید هماهنگی‌های لازم را با نماینده‌تان به عمل آورد. همچنین باید به RRP اجازه دهید اطلاعات شما را به ارائه دهنده MS ارسال کند. در زیر می‌توانید اجازه دهید این عمل انجام شود یا نشود.

لطفاً در زیر علامت بزنید:

مایل به دریافت غربالگری پزشکی هستم. غربالگری پزشکی را نمی‌پذیرم.

اینجانب، _____، با انتخاب این گزینه، به RRP اجازه می‌دهم یا نمی‌دهم جهت هماهنگ کردن خدمات، با سازمانی تماس بگیرد که خدمات اسکان مجدد را از آن دریافت می‌کنم.

اجازه می‌دهم اجازه نمی‌دهم

اینجانب، _____، با انتخاب این گزینه، به RRP اجازه می‌دهم یا نمی‌دهم اطلاعات تماس، اطلاعات شخصی، مستندات تعیین صلاحیت، و اطلاعات تماس/شخصی/صلاحیت هر یک از افراد تحت تکفل نامبرده در بخش درخواست زیر را جهت کمک به تکمیل MS من، از طریق AARRPODS، به ارائه‌دهنده MS در کانتی من ارسال کند. اینجانب حق دارم با این انتقال اطلاعات شخصی‌ام که توسط RRP به نیابت از من صورت می‌گیرد مخالفت کنم، و ارجاع به غربالگری ممکن است از طریق سایر فرایندهای فیزیکی انجام شود.

اجازه می‌دهم اجازه نمی‌دهم

اینجانب، _____، با انتخاب این گزینه، به RRP اجازه می‌دهم یا نمی‌دهم عکس من و عکس‌های هر یک از افراد تحت تکفل نامبرده در بخش درخواست‌های زیر را جهت تسهیل تکمیل MS من، از طریق AARRPODS، به ارائه‌دهنده MS در کانتی من ارسال کند. این عکس فقط باید برای کمک به ارائه‌دهنده MS در شناسایی مشتری ارائه شود.

اجازه می‌دهم اجازه نمی‌دهم

تفاهنامه

درخواست‌های ارسال شده

اینجانب (شاهد/مدیر پرونده) _____، پرونده را ارزیابی کردم و تأیید می‌کنم درخواست MS مناسب را از طرف متقاضی (متقاضیان) به ARRPODS ارسال کرده‌ام.

نام متقاضیان غربالگری پزشکی

امضاها/گواهی

بدین وسیله تأیید می‌کنم پناهنده یا دیگر ذی‌نفع واجد شرایط پذیرفته شده در ایالات متحده تحت قانون پناهندگان مصوب 1980 (Refugee Act of 1980) هستم که خدمات را از RRP درخواست می‌کند و اطلاعات ارائه شده در این فرم، تا جایی که اطلاع دارم، صحیح است.

امضای متقاضی: _____ تاریخ: _____

قیمت/نماینده مجاز: _____ تاریخ: _____

نسبت با مشتری صغیر: _____

امضای مترجم شفاهی: _____ تاریخ: _____
(در صورت رد درخواست ترجمه شفاهی، لطفاً «N/A» را بالا وارد کنید)

مترجم شفاهی ارائه نشد (امضای مشتری در اینجا درج شود): _____ تاریخ: _____

تفاهنامه

خدمات اشتغال و مدیریت پرونده برنامه اسکان مجدد پناهندگان

به عنوان بخشی از فرایند ارائه خدمات به شما، برنامه اسکان مجدد پناهندگان آریزونا (RRP) یا هر یک از ارائه دهندگان خدمات تحت قرارداد با RRP که خدماتتان را از آن‌ها دریافت می‌کنید می‌تواند شما را به سایر ارائه دهندگان خدمات تحت حمایت مالی RRP ارجاع دهد. RRP یا ارائه دهندگان طرف قرارداد آن این ارجاع‌ها را از طریق سیستم داده‌های آنلاین برنامه اسکان مجدد پناهندگان آریزونا (ARRPODS) انجام می‌دهند. اطلاعات اشتراک‌گذاری شده شامل اطلاعات تماس، اطلاعات شخصی، مستندات برخورداری از صلاحیت و عکس مشتری است. شما حق دارید با این انتقال‌های اطلاعات شخصی‌تان که توسط RRP یا ارائه دهندگان خدمات تحت قرارداد آن به نیابت از شما انجام می‌شود مخالفت کنید، و نام‌نویسی ممکن است از طریق سایر فرایندهای فیزیکی انجام شود.

اینجانب _____، طبق گزینه انتخابی زیر، به RRP، یا هر ارائه دهنده طرف قرارداد RRP که خدمات را از آن دریافت می‌کنم، اجازه می‌دهم یا اجازه نمی‌دهم اطلاعات تماس، اطلاعات شخصی، اطلاعات تماس، اطلاعات تراس، اطلاعات شخصی، مستندات برخورداری از صلاحیت و بودجه RRP و/یا خدمات اشتغال در زمان درخواست خدمات ارائه شده توسط یکی دیگر از پیمانکاران RRP ارسال کند.

اجازه می‌دهم اجازه نمی‌دهم

اینجانب _____، طبق گزینه انتخابی زیر به RRP اجازه می‌دهم یا اجازه نمی‌دهم عکس من یا عکس‌های هر یک از افراد تحت تکفل من را از طریق ARRPODS به خدمات اشتغال و مدیریت پرونده تحت بودجه RRP ارسال کند. عکس‌ها فقط باید برای کمک به ارائه دهندگان تحت بودجه RRP در شناسایی مشتری به آن‌ها ارائه شود.

اجازه می‌دهم اجازه نمی‌دهم

نام افراد تحت تکفل

اشتراک‌گذاری داده‌ها با برنامه‌های مزایا یا ارائه دهندگان خدمات خارج از قرارداد

در طول مدت خدمات خود، می‌توانید به RRP یا ارائه دهنده خدمات طرف قرارداد/خارج از قرارداد RRP اجازه دهید اطلاعات شخصی شما و افراد تحت تکفل نامبرده در بالا را با هدف کمک به شما در ثبت‌نام در خدمات یا مزایا در اختیار برنامه مزایا یا ارائه دهنده خدمات خارج از قرارداد RRP قرار دهد. برای اشتراک گذاری این اطلاعات، ارائه دهندگان خدمات طرف قرارداد/خارج از قرارداد RRP به رضایت کتبی شما نیاز دارند. در زیر می‌توانید بنویسید به RRP یا ارائه دهندگان خدمات طرف قرارداد/خارج از قرارداد RRP اجازه می‌دهید اطلاعات شما را در اختیار کدامیک از ارائه دهندگان خدمات یا برنامه‌های مزایا قرار دهند.

نام ارائه دهنده خدمات یا برنامه مزایا	نوع خدمات یا مزایا

تفاهنامه

امضاها/گواهی

بدین وسیله تأیید می‌کنم پناهنده یا دیگر ذی‌نفع واجد شرایط پذیرفته‌شده در ایالات متحده تحت قانون پناهندگان مصوب 1980 (Refugee Act of 1980) هستم که خدمات را از RRP درخواست می‌کند و اطلاعات ارائه‌شده در این فرم، تا جایی که اطلاع دارم، صحیح است.

امضای متقاضی: _____ تاریخ: _____

قیم/نماینده مجاز: _____ تاریخ: _____

نسبت با مشتری صغیر: _____

امضای مترجم شفاهی: _____ تاریخ: _____

(در صورت رد درخواست ترجمه شفاهی، لطفاً «N/A» را بالا وارد کنید)

مترجم شفاهی ارائه نشد (امضای مشتری در اینجا درج شود): _____ تاریخ: _____