



# ЛЬГОТЫ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

## ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

### ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ И ИХ ОФОРМЛЕНИЕ

#### Каковы критерии соответствия установленным требованиям на оформление получения страховки Healthy Workers и Vision Insurance?

Медицинское страхование и страховое покрытие проверки зрения и его лечения: задокументированные даты должны показать, что вам разрешено работать и вам оплатили работу в течение не менее 25 часов за самые последние 2 месяца подряд.

#### Где можно получить бланк заявления?

Если вам нужен бланк заявления, потому что вы подаете заявление не в первый раз (или потому что не получили бланк заявления автоматически), вы можете обратиться в ПА:

- по телефону **415-243-4477** и попросить прислать вам бланк заявления по электронной почте.
- по электронной почте на адрес [info@sfihsspa.org](mailto:info@sfihsspa.org) и попросить прислать вам бланк заявления по электронной почте.

Бланки заявления имеются на английском, китайском, испанском, русском, тагальском и вьетнамском языках.

#### Зачислят ли меня автоматически?

Нет, вас автоматически не зачислят.

#### Если меня автоматически не зачислят, как мне оформить страховку?

Новые индивидуальные поставщики услуг (IPs), соответствующие требованиям на получение льгот, автоматически получают от SFHP пакеты с документами на оформление страховки.

## Как мне выбрать врача?

Только человек, имеющий страховое покрытие, может выбрать себе подходящего врача. Если вам понадобится помощь с выбором врача, обратитесь к Справочнику поставщиков услуг или зайдите на сайт SFHP "Find a Provider" (Найти поставщика услуг), чтобы отобрать врачей по месту нахождения, языку и специальности:

<https://www.sfhp.org/programs/healthy-workers/find-a-provider/>

## Существует ли крайний срок подачи этого заявления, если я хочу, чтобы страховка начала действовать в следующем месяце?

Да, 12 число каждого месяца является нашим ежемесячным окончательным сроком подачи заявления.

## Как скоро после подачи моего заявления начнет действовать моя страховка?

После установления вашего соответствия предъявляемым требованиям на получение страховки может занять до 60 дней, прежде чем начнет действовать ваше страховое покрытие.

## После подачи мною заявления, как мне узнать, оформлена ли уже на меня страховка?

Когда страховка будет на вас оформлена, вы получите идентификационную карточку от страховой компании, приветствующей ваше зачисление на план. Вам следует дождаться получения этого пакета документов, чтобы начать получать услуги.

## Можно ли мне добавить своего супруга(-у) или иждивенцев к моей страховке Health and Vision Insurance?

НЕТ, нельзя (это страховое покрытие предназначено только для работников).

## А что если я не получил(-а) свою идентификационную карточку?

Если вы не получили свою идентификационную карточку в течение 60 дней с момента подачи своего заявления, обратитесь в SFHP, чтобы проверить статус его оформления.

## Если меня зачислили на план, можно ли мне поменять свою клинику или попросить заменить карточку?

Да, вы можете в любое время перейти в другую клинику или попросить прислать карточку на замену. Просто свяжитесь с планом медицинского страхования San Francisco Health Plan, и его представитель переведет вас в другую клинику и вышлет вам по обычной почте новую идентификационную карточку или ее замену.

## СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

### Что такое страховой взнос? Как я буду платить свои страховые взносы?

Страховой взнос – это сумма денег, которую человек платит за полис медицинского страхования.

Страховые взносы будут высчитывать каждый месяц из вашего второго чека на получение зарплаты.

### Какова сумма страховых взносов?

Страхование здоровья и зрения (Health and Vision) стоит 3 доллара в месяц.

## ФОРМЫ И ИНФОРМАЦИЯ

### Мне необходимо изменить информацию (номер социального обеспечения, дату рождения, адрес) для моих льгот. Как мне можно это сделать?

Если вам необходимо изменить свою информацию, вы должны позвонить по номеру телефона **415-557-6200** в IPAC, расположенный по адресу 2 Gough street, SF, CA 94103. Вам понадобится представить документацию, подтверждающую изменения.

### Мне необходимо заполнить форму L564, чтобы подать заявление на получение Medicare. Кто может подписать ее для меня?

Поставщики услуг могут отправить форму L564 по обычной почте в SF IHSS PA на адрес 832 Folsom street, 9TH floor, SF, CA 94107. Эту форму отправят по почте обратно через 2 рабочих дня после ее получения.

# ПРЕКРАЩЕНИЕ ИЛИ ОКОНЧАНИЕ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВКИ

## Сколько времени я буду получать льготы медицинского страхования?

Выбранный вами план льгот будет продолжать действовать до тех пор, пока вы будете оказывать услуги на дому IHSS в Сан-Франциско. Если вы отработаете менее 25 часов за два или более последовательных месяцев, то вы потеряете право на все льготы. Вам пришлют письмо с предупреждением за месяц до даты окончания действия страховки.

## Можно ли мне по своему желанию отменить свою страховку?

Да, вы можете сделать запрос на отмену медицинской страховки, заполнив бланк запроса на отмену страховки. Если орган государственной власти получит эту форму до 12-ого числа месяца, то ваша страховка будет отменена с первого числа следующего месяца. Отменив медицинскую страховку, можно в любое время вновь подать заявление на ее получение.

## Получатель моих услуг находился в больнице две недели, и мне не платили, потеряю ли я свои льготы?

Если за какой-то месяц у вас будет период с наличием менее 25 часов, вы получите письмо с предупреждением, однако если в следующем месяце вам заплатят за 25 часов или более, то на ваши льготы это не повлияет. Вы потеряете свои льготы, если вам заплатят меньше чем за 25 часов течение трех последовательных месяцев. Помните: Ваше право на страховку может быть под угрозой утраты, если вы вовремя не сдадите свои табели учета рабочего времени! Мы основываем ваше право на страховку на данных об оплаченных часах и дате выдачи чека, а не на количестве отработанных часов. Просим вас сдавать свои табели учета рабочего времени сразу после того, как закончится период, за который выплачивается заработная плата.

## Как можно восстановить свое право на страховку до того, как мою страховку отменят?

Если вы работали и получили зарплату за не менее 25 часов работы до того, как страховка будет отменена, то для ее восстановления вы должны позвонить по номеру телефона, указанному в письме с предупреждением, в течение 30 дней с момента отмены страховки.

## Могу ли я потерять свои льготы, если я работаю в другом округе?

Если вы больше не работаете в Сан-Франциско, вы потеряете свою страховку, и вам понадобится подать заявление на ее получение в том округе, в котором вы сейчас работаете. Вам пришлют письмо с предупреждением за месяц до даты прекращения действия страховки.

## Мне необходимо подавать налоговую декларацию о доходах и мне нужна форма 1095В (подтверждение наличия страховки)

Ваша компания медицинского страхования San Francisco Health Plan рассылает по обычной почте форму 1095В примерно в марте каждого года.

## Как можно восстановить свою медицинскую страховку, если я ее потеряю?

Если вы потеряете свою страховку, вы должны снова подать заявление на ее получение. Как только вы будете соответствовать установленному критерию(-ям), вы сможете снова подать заявление на получение страховки.

## Если я потеряю свое право на страховку, могу ли я купить продолженный страховой охват?

Да, когда страховка прекратит действовать, вам предложат COBRA. У нас имеется WageWorks в качестве нашего администратора COBRA. Вы автоматически получите пакет COBRA с предоставленным для выбора периодом, составляющим 60 дней, чтобы решить, хотите вы продолжать иметь тот же страховой охват или нет.

## ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ:

### Кому можно позвонить, имея вопросы о праве на страховку?

San Francisco IHSS Public Authority, Benefits Coordinator (координатор льгот), Betty Hom по номеру **415-593-8125**.

### С любыми вопросами об услугах, страховом охвате, переходе в другую клинику и аптеку обращайтесь в:

- SFHP Healthy Workers: **415-547-7800**
- VSP (Vision Service Plan): **800-877-7195**
- WageWorks Cobra: **888-678-4881**

## ВЫ ХОТИТЕ ПОЛУЧИТЬ БЫСТРЫЙ ОТВЕТ О СВОЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРАХОВКЕ?

Вы можете получить ответы на свои вопросы по телефону **415-593-8125**. Пожалуйста, дайте время для ответов на Ваши вопросы.

*Отправляя текстовое сообщение, Вы должны быть готовы к тому, что Ваш номер телефона будет использоваться для SMS-уведомлений, отправленных SF IHSS Public Authority Agency. Контекст и сроки могут быть изменены.*