6) A locuit vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1 cu cineva care a abuzat-o mental sau fizic?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei.

7) Este vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1 însărcinată?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei.

8) A avut vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1, o condiţie medicală urgentă?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei.

Trimiteţi dovezi - trimiteţi copii ale oricăror hărtii sau documente pe care le aveţi. Vă vom informa dacă vă calificaţi încă pentru acoperire medicală DSHS. Informaţiile pe care ni le veţi trimite nu vor fi împărtăşite cu INS. **Vă rugăm să returnaţi aceste întrebări şi orice hărtii pe care le aveţi în plicul cu poşta plătită că mai curând posibil sau până la 10 Septembrie 2002. Vă mulţumim!**

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olzmpia WA 98504-5534

NOTĂ IMPORTANTĂ: Chiar dacă aveţi documente, trebuie să verificăm că sunteţi totuşi eligibil. Ar trebui totuşi să solicitaţi Basic Health. Dacă vă anunţăm că puteţi primi în continuare cupoane medicale DSHS, puteţi opri cererea pentru Basic Health.

Aţi depus deja cerere (application) pentru Basic Health? Dacă nu aţi făcut-o şi dacă aflăm că unii membri ai familiei dumneavoastră nu sunt eligibili pentru acoperire medicală DSHS, doriţi totuşi să depuneţi cerere pentru Basic Health?

Da ☐ Nu ☐

Dacă aveţi întrebări, vă rugăm să sunaţi la Community Services Office (CSO) din zona dumneavoastră. Dacă nu aveţi numărul, sunaţi la 1-800-562-3022.

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

Îngrijirea sănătăţii familiei dumneavoastră se poate schimba!

Important!
Vă rugăm să completaţi şi să returnaţi până la 10 Septembrie 2002!

001/August 2002
ROMANIAN

DSHS v-a trimis o scrisoare la începutul lui Iunie prin care vă informa că dumneavoastră sau un membru al gospodăriei dumneavoastră poate pierde acoperirea medicală (cuponul) DSHS la data de 30 Septembrie 2002.
Dorim să aflăm dacă puteţi primi în continuare cupoanele DSHS.

Informaţiile pe care le avem despre dumneavoastră şi familia dumneavoastră ne fac să credem că nu sunteţi eligibili pentru nici un alt program medical. Pentru a verifica dacă este adevărat, avem nevoie de informaţii suplimentare. Vă rugăm să răspundeţi la **Întrebări** (paginile 2 şi 3) pentru fiecare persoană indicată mai jos.

Notă: Dacă aveţi nevoie de ajutor, vă rugăm să sunaţi, sau să vă prezentaţi la ofociul dumneavoastră local CSO pentru ajutor. (CSO este uneori numit welfare office sau Community Services Office.)

ÎNTREBĂRI

Indicaţi *numele* persoanei indicate în pagina 1 la orice întrebare care este adevărată pentru acea persoană. Nu uitaţi să includeţi informaţiile, chiar dacă le-aţi furnizat deja oficiului local CSO (oficiul Welfare). Trimiteţi copii ale oricăror hărtii sau documente pe care le aveţi.

1) Are vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1, hărtii de imigrare sau documente?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei. Vă rugăm să includeţi data la care a primit acest statut de imigrare.

2) A fost vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1 născută în Statele Unite sau într-unul din teritoriile U.S (U.S. Virgin Islands, Puerto Rico, Guam, American Samoa, Swain's Island, şi Mariana Island)?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei.

3) Are vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1 un părinte sau părinţi care au devenit cetăţeni U.S.?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei.

4) A locuit vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1, în U.S., înainte de 22 August 1996?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei.
(Nu contează dacă au venit cu acte sau paşaport)

5) A fost vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1 (sau soţul/soţia sau un părinte) înrolată în forţele armate ale U.S.?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei.

Continuare în pagina următoare

6) A fost vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1 (sau soţul/soţia sau un părinte) înrolată în forţele armate ale U.S.?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei.

7) Este vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1 însărcinată?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei.

8) A avut vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1, o condiţie medicală urgentă?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei.

Trimiteţi dovezi - trimiteţi copii ale oricăror hărtii sau documente pe care le aveţi. Vă vom informa dacă vă calificaţi încă pentru acoperire medicală DSHS. Informaţiile pe care ni le veţi trimite nu vor fi împărtăşite cu INS. **Vă rugăm să returnaţi aceste întrebări şi orice hărtii pe care le aveţi în plicul cu poşta plătită că mai curând posibil sau până la 10 Septembrie 2002. Vă mulţumim!**

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olzmpia WA 98504-5534

NOTĂ IMPORTANTĂ: Chiar dacă aveţi documente, trebuie să verificăm că sunteţi totuşi eligibil. Ar trebui totuşi să solicitaţi Basic Health. Dacă vă anunţăm că puteţi primi în continuare cupoane medicale DSHS, puteţi opri cererea pentru Basic Health.

Aţi depus deja cerere (application) pentru Basic Health? Dacă nu aţi făcut-o şi dacă aflăm că unii membri ai familiei dumneavoastră nu sunt eligibili pentru acoperire medicală DSHS, doriţi totuşi să depuneţi cerere pentru Basic Health?

Da ☐ Nu ☐

Dacă aveţi întrebări, vă rugăm să sunaţi la Community Services Office (CSO) din zona dumneavoastră. Dacă nu aveţi numărul, sunaţi la 1-800-562-3022.

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

Îngrijirea sănătăţii familiei dumneavoastră se poate schimba!

Important!
Vă rugăm să completaţi şi să returnaţi până la 10 Septembrie 2002!

002/August 2002
ROMANIAN

DSHS v-a trimis o scrisoare la începutul lui Iunie prin care vă informa că dumneavoastră sau un membru al gospodăriei dumneavoastră poate pierde acoperirea medicală (cuponul) DSHS la data de 30 Septembrie 2002.
Dorim să aflăm dacă puteţi primi în continuare cupoanele DSHS.

Informaţiile pe care le avem despre dumneavoastră şi familia dumneavoastră ne fac să credem că nu sunteţi eligibili pentru nici un alt program medical. Pentru a verifica dacă este adevărat, avem nevoie de informaţii suplimentare. Vă rugăm să răspundeţi la **Întrebări** (paginile 2 şi 3) pentru fiecare persoană indicată mai jos.

Notă: Dacă aveţi nevoie de ajutor, vă rugăm să sunaţi, sau să vă prezentaţi la ofociul dumneavoastră local CSO pentru ajutor. (CSO este uneori numit welfare office sau Community Services Office.)

ÎNTREBĂRI

Indicaţi *numele* persoanei indicate în pagina 1 la orice întrebare care este adevărată pentru acea persoană. Nu uitaţi să includeţi informaţiile, chiar dacă le-aţi furnizat deja oficiului local CSO (oficiul Welfare). Trimiteţi copii ale oricăror hărtii sau documente pe care le aveţi.

1) Are vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1, hărtii de imigrare sau documente?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei. Vă rugăm să includeţi data la care a primit acest statut de imigrare.

2) A locuit vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1, în U.S., înainte de 22 August 1996?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei. (Nu contează dacă au venit cu acte sau paşaport)

3) Este vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1 cetăţean U.S.?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei.

4) Este vreuna dintre persoanele ne-indicate în pagina 1 cetăţean U.S.?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei.

5) A locuit vreuna dintre persoanele indicate în pagina 1 cu cineva care a abuzat-o mental sau fizic?
Nu _____ Da _____ Dacă Da, indicaţi numele membrului familiei.

Au depus aceste persoane cerere pentru documente de imigrare?
Nu _____ Da _____ .

Continuare în pagina următoare

Statut INS şi Acoperire Medicală Oferită

Aţi primit o notă care vă informa că acoperirea medicală a dumneavoastră se va termina. Dacă faceţi parte din grupul nr. 1 sau 2 de mai jos, contactaţi Community Services Office (CSO sau welfare office) local, să le daţi copiile documentelor dumneavoastră pentru a vă păstra acoperirea medicală. **Dacă nu faceţi parte din grupul 1 sau 2, nu uitaţi să completaţi cererea pentru Basic Health.**

Grupul 1

Dacă statutul dumneavoastră INS este unul dintre următoarele categorii, vă puteţi păstra acoperirea medicală DSHS (indiferent de data la care aţi intrat în U.S).

- Cetăţeni U.S. (incluzând copiii rezidenţi permanenţi legali) şi naţionali (persoanele născute în American Samoa, Swain's Island, şi rezidenţii din Northern Mariana Islands)
- Azlilanţi
- Refugiaţi
- Persoane cărora li s-a acordat oprirea deportării sau oprirea expulzării
- Rezidenţi permanenţi care au intrat ca imigranţi Amerasiatici
- Imigranţi Cubanezi sau din Haiti
- Indieni Americani ne-cetăţeni, născuţi în Canada

Notă: Dacă sunteţi azilant, refugiat, sau Cubanez sau din Haiti, vă puteţi păstra acoperirea medicală chiar dacă deveniţi rezident permanent legal.

Grupul 2 şi 3 pe verso

Statut INS şi Acoperire Medicală Oferită (continuare)

Grupul 2

Vă puteţi păstra acoperirea medicală dacă statutul dumneavoastră este unul dintre următoarele, ŞI dacă aţi sosit în U.S. înainte de 22 August 1996. (Nu contează dacă aţi venit cu sau fără documente sau paşaport.)

- Rezidenţi permanenţi legali
- Persoane eliberate de probă pentru cel puţin un an (parolă - în interesul public)
- Persoane (şi copiii acestora) care au depus anumite cereri pentru imigrare şi care sunt victime ale violenţei domestice (în familie)
- Imigranţi condiţionali (clasificare pentru refugiaţi înainte de 1980, deci toţi care au intrat înainte de 22 August 1996)

NOTĂ: Dacă sunteţi membru al unuia dintre aceste grupuri şi sunteţi deasemenea membru sau veteran al forţelor armate U.S. (incluzând soţii/soţiile şi copiii dependenţi necăsătoriţi) vă puteţi păstra acoperirea medicală, independent de data la care aţi intrat.

ŞI: Dacă aţi sosit în U.S. la, sau după, data de 22 August 1996, vă puteţi păstra acoperirea medicală dacă au trecut 5 ani de când aţi primit acest statut.

Grupul 3

Grupul 3. Dacă nu aveţi unul dintre statutele indicate în Grupul 1 sau 2 - de exemplu, nu aveţi documente - nu veţi avea acoperire medicală DSHS după data de 30 Septembrie. Depuneţi cerere pentru Basic Health, dar informaţi deasemenea oficiul welfare dacă vă aflaţi într-una dintre următoarele situaţii:

- Însărcinată
- Aveţi o urgenţă medicală
- Incapacitat (Infirm sau Handicapat)