

Если Вы хотите подать апелляцию в организацию Cover Oregon и/или департамент здравоохранения штата Орегон по какой-либо из перечисленных ниже причин, Вам необходимо полностью заполнить эту форму. Вы можете заполнить форму самостоятельно либо ее может заполнить уполномоченный Вами представитель. Если у Вас появятся вопросы либо Вам потребуется помощь, позвоните по телефону **1-855-CoverOR** (1-855-268-3767/ ТТУ 711). **Апелляцию необходимо подать в течение 90 календарных дней с даты, указанной на Вашем уведомлении о несоответствии требованиям участия в программе страхования.**

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АПЕЛЛЯЦИИ			
Ваше имя согласно удостоверению личности (<i>имя, второе имя, фамилия, приставка к имени</i>):		Девичья фамилия или другие имена:	Дата уведомления о несоответствии требованиям:
Номер социального страхования*: - -		Дата рождения (<i>ММ/ДД/ГГГГ</i>):	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
Телефон для контакта в дневное время:	Альтернативный номер телефона:	Адрес электронной почты:	
Домашний адрес:	Город:	Штат:	Индекс:
Почтовый адрес (<i>если отличается от домашнего адреса</i>):	Город:	Штат:	Индекс:
В отношении чьего несоответствия требованиям Вы подаете апелляцию? Перечислите полные имена всех лиц ниже:			
Если стандартная процедура подачи апелляции может серьезным образом угрожать Вашей жизни или здоровью по причине срочной потребности в медицинском обслуживании, Вы можете подать запрос на срочное или ускоренное проведение слушания. Хотите ли вы подать запрос на срочное или ускоренное проведение слушания? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да			
<i>Если да, как можно скорее позвоните по номеру 1-855-CoverOR (1-855-268-3767/ТТУ 711), чтобы получить более подробную информацию.</i>			
Пожалуйста, сообщите нам, в связи с чем Вы подаете апелляцию. Отметьте все применимые пункты.			
<input type="checkbox"/> Лицо/семья не соответствует требованиям для оформления индивидуального медицинского страхования через Cover Oregon <input type="checkbox"/> Лицо/семья не соответствует требованиям для оформления плана медицинского страхования штата Орегон (Oregon Health Plan - ОНР) или Healthy Kids <input type="checkbox"/> Лицо/семья не соответствует требованиям для получения авансового платежа для оплаты премиальных страхования либо неверная сумма такого платежа <input type="checkbox"/> Лицо/семья не соответствует требованиям для долевого покрытия затрат либо неверная сумма долевого покрытия затрат <input type="checkbox"/> Работодатель не соответствует требованиям для предоставления медицинского страхования сотрудникам через Cover Oregon <input type="checkbox"/> Сотрудник не смог зарегистрироваться в предлагаемом работодателем плане медицинского страхования <input type="checkbox"/> Другое:			
Пожалуйста, подробно напишите о том, почему Вы подаете эту апелляцию:			

*Предоставление номера социального страхования не обязательно. Если Вы предоставите Ваш номер SSN, сотрудники по проведению апелляций смогут точнее связать Вашу апелляцию с соответствующим решением о несоответствии требованиям участия в программе страхования. ORS 741.500

ПРЕДОСТАВЬТЕ БОЛЕЕ ПОДРОБНУЮ ИНФОРМАЦИЮ

Нужен ли Вам переводчик? Нет Да Если да, то с какого языка или диалекта?

Если Вы хотите получить документы в альтернативном формате, отметьте соответствующее:

Шрифт Брайля Устная презентация Компьютерный диск Аудиозапись Крупный шрифт

ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ ВО ВРЕМЯ ПРОЦЕССА ПОДАЧИ АПЕЛЛЯЦИИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ ПОСОБИЙ)

Если Вы зарегистрированы в плане индивидуального страхования через Cover Oregon и уже получаете финансовую помощь для оплаты стоимости Вашего плана, Вы можете продолжить получать пособия во время рассмотрения Вашей апелляции. Другими словами, Вы можете обслуживаться по тому же плану и получать такую же сумму финансовой помощи.

Если Вы зарегистрированы в программе здравоохранения штата Орегон (ОНП) или Healthy Kids, Вы можете подать заявку для дальнейшего получения пособий. Заявку необходимо подать в течение 10 дней с даты, указанной в уведомлении о несоответствии требованиям.

Важно: Если Вы получите авансовый платеж для погашения страховых премиальных во время рассмотрения апелляции, а в результате окончательного решения Вам будет отказано в получении пособия (финансовой помощи) либо размер пособия будет уменьшен, специалисту, осуществляющему подачу вашей налоговой документации, может потребоваться вернуть Государственной налоговой службе (IRS) полную или частичную сумму полученной Вами финансовой помощи.

ХОТИТЕ ЛИ ВЫ ПРОДОЛЖИТЬ ПОЛУЧАТЬ ПОСОБИЯ? Отметьте один из приведенных ниже вариантов.

- Да.** Это означает, что во время рассмотрения апелляции Вы продолжите получать финансовую помощь в том же объеме, и в зависимости от результата апелляции Вам может потребоваться вернуть определенную сумму полученной помощи.
- Нет.** Это означает, что решение о Вашем соответствии или несоответствии требованиям, принятое вследствие апелляции, начнет свое действие с даты, указанной на уведомлении о соответствии/несоответствии требованиям. То есть во время рассмотрения апелляции Вы не будете получать пособия (финансовую помощь) либо будете получать их в меньшем объеме.

Внимание: Если в результате данной апелляции будет изменено решение о соответствии/несоответствии требованиям для одного из домочадцев, это может повлиять на соответствие/несоответствие требованиям любого другого домочадца.

Во время процесса рассмотрения апелляции Ваш запрос может пройти неформальное рассмотрение организацией Cover Oregon и/или департаментом здравоохранения штата Орегон. Также апелляция может быть вынесена на формальное слушание. Формальные слушания проводятся Управлением по административным слушаниям по телефону.

Имеются ли у Вас особые потребности, в связи с которыми Вы должны будете посетить формальное слушание лично?

Нет Да

ПОДПИСЬ

Подпись:

Дата:

Подпись уполномоченного представителя (если применимо):

Дата:

Апелляцию необходимо подать в течение 90 календарных дней с даты, указанной на Вашем уведомлении о несоответствии требованиям. Подать апелляцию можно по электронной почте, факсу или почте.

Электронная почта: appeals@coveroregon.com

Факс: 1-855-253-2060

Почта: **Cover Oregon**
Attn: Appeals
PO Box 4410
Tualatin, OR 97062

Уведомление о процессе подачи и рассмотрения апелляции и правах



Если Вы не согласны с принятыми решениями относительно Вашего соответствия требованиям для получения медицинской страховки и/или финансовой помощи, Вы имеете право на следующее:

- Вы имеете право связаться с компанией Cover Oregon™, чтобы проверить информацию и задать вопросы о решениях либо предоставить дополнительную информацию.
 - Позвоните в Cover Oregon по номеру 1-855-CoverOR (1-855-268-3767)
 - Либо отправьте электронное письмо по адресу info@coveroregon.com
- Вы имеете право официально оспорить (выразить несогласие) с этими решениями путем подачи апелляции. Подать апелляцию необходимо в течение 90 дней с даты уведомления о решении относительно Вашего несоответствия требованиям. Срок подачи апелляции не изменится даже если Вы свяжетесь с Cover Oregon до ее подачи. Более подробная информация приведена в *Части 1* ниже.
- Если Вы подаете апелляцию, Вы имеете право на неформальное рассмотрение дела совместно с сотрудниками Cover Oregon и/или департаментом здравоохранения штата Орегон, которые будут работать с Вашей апелляцией. Вы также имеете право на формальное слушание. Формальные слушания проводятся Управлением по административным слушаниям, которое является независимой от Cover Oregon и департамента здравоохранения штата Орегон организацией.

ЧАСТЬ 1 — ПОДАЙТЕ АПЕЛЛЯЦИЮ

Как подать апелляцию?

1. Получите копию формы апелляции (CO-P-00012-RU/0443MM) через Интернет на сайте coveroregon.com либо позвоните в Cover Oregon по номеру 1-855-268-3767, чтобы получить форму и/или воспользоваться помощью при заполнении формы по телефону.
2. Заполните форму апелляции – самостоятельно или воспользовавшись помощью – в течение **90 дней** с даты уведомления о принятии решения.
3. Подпишите форму апелляции.
4. Подайте форму апелляции по телефону, электронной или обычной почте:
 - a. Позвоните в Cover Oregon по номеру 1-855-268-3767. Мы можем заполнить форму за Вас в соответствии с предоставленной Вами информацией, а затем подать ее за Вас.
 - b. Отправьте форму по электронной почте на адрес appeals@coveroregon.com.
 - c. Отправьте форму почтой в Cover Oregon по адресу:

Cover Oregon

Attn: Appeals

P.O. Box 4410

Tualatin, OR 97062

Для того, чтобы начать процесс рассмотрения апелляции, организация Cover Oregon или департамент здравоохранения штата Орегон должны получить заполненную форму апелляции.

Вниманию военнослужащих: в соответствии с Законом о гражданских льготах военнослужащим (Service members Civil Relief Act, SCRA) военнослужащие, проходящие действительную службу, имеют право на приостановление (перенесение) данного делопроизводства. Для получения более подробной информации свяжитесь с ассоциацией адвокатов штата Орегон по телефону 1-800-452-8260, Военным департаментом штата Орегон по телефону 1-800-452-7500 либо ближайшим отделом юридической помощи по эл. почте: legalassistance.law.af.mil.

Кто может помочь мне в заполнении формы апелляции?

Вы можете обратиться за помощью в заполнении формы к любому лицу по собственному выбору, в том числе к друзьям, родственникам либо сотрудникам Cover Oregon/департамента здравоохранения штата Орегон. Если Вы хотите, чтобы кто-либо выступал от Вашего имени по данному вопросу, Вы можете выбрать «уполномоченного представителя». Уполномоченный представить имеет право обсуждать апелляцию с Cover Oregon и/или департаментом здравоохранения штата Орегон; расписываться за Вас; получать информацию о Вашей апелляции; отвечать на вопросы во время Вашего слушания (если таковое будет проводиться). Чтобы выбрать уполномоченного представителя, Вам потребуется заполнить и подписать форму, в которой будет указана информация об этом человеке. Выбранное лицо должно будет подписать форму в знак согласия выступать Вашим уполномоченным представителем.

Что будет после того как я подам апелляцию?

1. Cover Oregon и/или органы здравоохранения штата Орегон осуществляют неформальное рассмотрение Вашей апелляции. Во время неформального рассмотрения мы можем связаться с Вами, чтобы узнать больше о причинах Вашего несогласия с решением.
2. По желанию Вы можете отозвать апелляцию во время ее неформального рассмотрения.
3. Если мы не сможем связаться с Вами во время неформального рассмотрения, Вам будет автоматически назначено слушание. Вы получите соответствующее уведомление от Управления по административным слушаниям с датой и временем слушания.
4. По окончании неформального рассмотрения будет принято решение относительно либо изменения изначального решения (по Вашему запросу), либо о проведении слушания.
5. Вы получите письменное уведомление, если решение будет изменено.
6. Если по Вашей апелляции будет назначено слушание, Вы можете вызвать свидетелей. Вы также можете выбрать представителя, который будет выступать на слушании вместо Вас (см. ниже).
7. Решение по апелляции для одного члена семьи может привести к изменению решения относительно остальных членов семьи, проживающих вместе.
8. Законы, применимые к Вашим апелляции и слушанию: OAR 945-040-0100 to 945-040-0170, 410-200-0190, 410-200-0191, ORS 183.411 to 183.470 и ORS 411.095.

Может ли кто-либо оказать мне помощь во время слушания?

Да, Вы можете назначить другое лицо, которое будет представлять Вас на слушании, в том числе это может быть Ваш уполномоченный представитель (см. выше) либо законный представитель. Вы можете позвонить по «горячей линии» по вопросам социального обеспечения (программа службы

юридической помощи штата Орегон и Юридического центра штата Орегон) по номеру 1-800-520-5292, чтобы получить совет и данные возможного представителя.

Что будет, если мне не назначат слушание?

Если Вы не подадите апелляцию вовремя либо отзовете апелляцию или слушание, организация Cover Oregon может оформить приказ о принятии заочного окончательного решения, не подлежащего обжалованию. Если Cover Oregon оформит такой приказ, Ваше дело и все предоставленные по данному вопросу материалы будут внесены в протокол. Протокол будет использоваться в качестве сопровождающей документации при заочном принятии решения.

ЧАСТЬ 2 — МОГУ ЛИ Я ПРОДОЛЖАТЬ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ СТРАХОВКОЙ И ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩЬЮ ВО ВРЕМЯ ПРОЦЕССА АПЕЛЛЯЦИИ?

Да, если ранее Вы соответствовали требованиям для получения медицинской страховки и/или финансовой помощи, Вы можете продолжать пользоваться страховкой и/или финансовой помощью во время процесса апелляции. Это называется «продолжением пособий». Вы можете продолжить получать их следующим образом:

- Если Вы застрахованы по **Плану медицинского страхования штата Орегон (ОНР)**, Вам необходимо подать апелляцию в течение **10 дней** с даты получения уведомления о несоответствии требованиям либо с даты вступления в силу решения (в зависимости от того, какая из дат позже). Вам необходимо указать в форме апелляции, что Вы хотите получать пособия по плану ОНР в прежнем объеме (*не в сокращенном объеме; и не хотите прекратить их получать*). Размер получаемых Вами пособий не изменится до принятия окончательного решения.
- Если у Вас **индивидуальная медицинская страховка**, оформленная через Cover Oregon, Ваша изначальная медицинская страховка, авансовая субсидия в счет оплаты страховки и/или доленое покрытие затрат (что применимо) будет автоматически продлена на срок процесса апелляции, если Вы не сообщите о том, что не желаете продолжать получать пособия.

Если Вы продолжите получать пособия, но апелляция не будет удовлетворена, Вам потребуется вернуть пособия, полученные во время процесса апелляции. Если Вы не продолжите получать пособия и Ваша апелляция будет удовлетворена, Вы получите пособия, причитающиеся Вам за период процесса апелляции.

ЧАСТЬ 3 — КАК УСКОРИТЬ РАССМОТРЕНИЕ АПЕЛЛЯЦИИ?

Если Вы нуждаетесь в срочной медицинской помощи и стандартный период рассмотрения апелляции может серьезно угрожать Вашей жизни или здоровью, Вы имеете право на «ускоренную апелляцию».

Организация Cover Oregon и департамент здравоохранения штата Орегон никого не дискриминируют. Это означает, что Cover Oregon и департамент здравоохранения штата Орегон окажут помощь всем лицам, соответствующим требованиям, проявляя ко всем из них одинаковое отношение вне зависимости от их возраста, расовой принадлежности, цвета их кожи, национального происхождения, пола, религиозных взглядов, политических убеждений, инвалидности и сексуальной ориентации. Вы можете подать жалобу, если считаете, что Cover Oregon или департамент здравоохранения штата Орегон отнеслись к Вам иначе по одной из перечисленных выше причин. .