

از این طرف به سوی بیمه سلامت.

کجا و چگونه نام نویسی کنید



آنچه برای نام نویسی نیاز دارید.

مدارک زیر برای هر فرد خانوار که پوشش درخواست می‌کند لازم است:

- کد پستی خانه
- تاریخ تولد
- گواهی درآمد کنونی خانوار*
- شناسه کالیفرنیا یا گواهینامه رانندگی
- شماره بیمه تامین اجتماعی یا شناسه فرد مالیات‌دهنده، اگر دارید
- گواهی شهروندی یا اقامت قانونی (مثلاً گذرنامه ایالات متحده، گواهی شهروندی یا سند تابعیت، گرین کارت، یا یک ویزای معتبر)**

برای اطلاعات بیشتر و کمک حضوری رایگان، تماس بگیرید:

CoveredCA.com | 800.921.8879 (فارسی)

| | |
|--|---|
| | 👤 |
| | @ |
| | 📞 |
| | # |

*گواهی درآمد کنونی همه اعضای در خانوار مشمول مالیات، مانند آخرین اظهارنامه مالیاتی، W-2 یا قبض پرداخت. درآمد یک فرد وابسته به مالیات دهنده، تنها زمانی باید ضمیمه شود که سطح درآمدش او را ملزم کند یک اظهارنامه مالیاتی ارائه کند. یک خانوار به صورت فرد ثبت‌کننده مالیات‌ها به عنوان ثبت‌کننده اصلی مالیات و همه افراد وابسته مورد ادعا در مالیات‌های آن شخص، تعریف می‌شود. اگر مالیات ثبت نمی‌کنید، همچنان می‌توانید برای بیمه رایگان یا کم‌هزینه از طریق Medi-Cal واجد شرایط باشید.

**اگر واجد شرایط نباشید، می‌توانید برای فرزند یا همسر واجد شرایط خود درخواست بدهید. FAS-1024

آیا شما برای کمک مالی واجد واجد شرایط هستید؟

با احتمال زیاد، بله! حدود 90% از ثبت‌نام‌کنندگان Covered California کمک مالی دریافت می‌کنند. میزان کمک مالی، به درآمد خانوار، اندازه خانوار و محل زندگی شما بستگی دارد.

شما ممکن است حداقل \$5 در ماه برای طرح‌تان پردازید و شما بیش از 8.5% از درآمد خود را برای طرح محک نقره‌ای ما پرداخت نخواهید کرد. همچنین ممکن است برای Medi-Cal کم هزینه یا بدون هزینه واجد شرایط باشید.

برای تخمین پرداخت ماهانه‌تان با ابزار حسابگر ما (به انگلیسی)، کد QR را اسکن کنید یا از این سایت بازدید کنید CoveredCA.com/#quick-calculator



آیا لازم است بیمه سلامت داشته باشیم؟

کدام بیشتر است. برای تخمین جریمه مسئولیت مشترک فردی که در صورت نداشتن بیمه درمانی ممکن است ملزم به پرداخت آن باشید، به وبسایت هیئت مالیات فرانشیز به آدرس www.ftb.ca.gov مراجعه کنید.

پرسش‌های دیگر؟ از CoveredCA.com/support بازدید کنید

Covered California complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.800.300.0213 (TTY: 1.888.889.4500). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.800.300.1533 (國語) · 1.800.339.8938 (粵語) (TTY 1.888.889.4500)。

گزینه‌های پوشش خود را کشف کنید.

ما شما را تحت پوشش قرار داده‌ایم.

Covered California برای کمک به ساکنین کالیفرنیا در مقایسه، از عهده برآمدن و نام‌نویسی در طرح‌های معروف بیمه سلامت ایجاد شد. بسیاری از افرادی که نام‌نویسی می‌کنند، کمک مالی دریافت می‌کنند و پوشش یکسان با کیفیت بالا برای همه تضمین می‌شود.

ما اینجا هستیم تا به شما کمک کنیم.

Covered California کمک کارشناسی رایگان به صورت آنلاین، حضوری و تلفنی را به 14 زبان و نیز برای افراد دارای مشکلات شنوایی ارائه می‌کند.

Covered California چهار سطح پوشش را ارائه می‌کند: برنزی، نقره‌ای، طلایی و پلاتینی. شرکت‌های بیمه بخشی از خدمات پوشش داده شده را پرداخت می‌کنند و مزایای ارائه شده در داخل هر سطح، صرف‌نظر از شرکت بیمه مورد انتخاب شما، یکسان هستند.

به سایت CoveredCA.com بروید و قسمت «Shop and Compare» را انتخاب کنید تا ببینید کدام طرح‌های معروف سلامت برای شما مناسب هستند.

اگر طرح پلاتینی یا طلایی را انتخاب کنید، حق بیمه بالاتری را پرداخت خواهید کرد، ولی در صورت نیاز به خدمات پزشکی، مبلغ کمتری برای خدمات پزشکی پرداخت خواهید کرد.

اگر طرح نقره‌ای یا برنزی را انتخاب کنید، حق بیمه کمتری پرداخت خواهید کرد، ولی در صورت نیاز به خدمات پزشکی، مبلغ بیشتری برای خدمات پزشکی پرداخت خواهید کرد.

یک طرح با حداقل پوشش برای افراد زیر 30 سال، یا افراد بالای 30 سال که معافیت سختی دریافت می‌کنند موجود است.

مزایای پوشش استاندارد 2025 بر اساس رتبه فلزی

| مزایای کلیدی | برنزی | نقره‌ای (CSR) | طلایی | پلاتینی |
|--|--------------------|---------------|--------------|-------------|
| کسورات فرد / خانواده | \$5,800 / \$11,600 | بدون کسورات | بدون کسورات | بدون کسورات |
| معاینه مراقبت پیشگیری سالانه | بدون هزینه | بدون هزینه | بدون هزینه | بدون هزینه |
| پرداخت مشترک معاینه مراقبت اولیه | \$60 | \$35 | \$35 | \$15 |
| پرداخت مشترک معاینه مراقبت اضطراری | \$60 | \$35 | \$35 | \$15 |
| پرداخت مشترک اتاق اورژانس | 40%** | \$350 | \$330 | \$150 |
| پرداخت مشترک داروی عمومی | \$19 | \$15 | \$15 | \$7 |
| حداکثر پرداخت سالانه از جیب برای یک نفر | \$8,850/سال | \$6,100/سال | \$8,700/سال | \$4,500/سال |
| حداکثر پرداخت سالانه از جیب برای یک خانواده* | \$17,700/سال | \$12,200/سال | \$17,400/سال | \$9,000/سال |

نمودار، همه پرداخت‌های مشترک پزشکی و نرخ‌های بیمه مشترک را شامل نمی‌شود. برای اطلاعات کامل، از سایت CoveredCA.com بازدید کنید.
*نقره‌ای، تنها سطحی است که در آن هزینه‌های شما ممکن است بسته به درآمد خانوار شما کمتر باشند. به این طرح‌ها «طرح نقره‌ای پیشرفته» نیز گفته می‌شود.
**40% بعد از کسورات، حداکثر پرداخت سالانه از جیب.

نام‌نویسی آزاد

1 نوامبر - 31 ژانویه

Medi-Ca و نام‌نویسی ویژه در طول سال در دسترس هستند. نام‌نویسی ویژه به ساکنین کالیفرنیا اجازه می‌دهد ظرف 60 روز پس از یک رخداد واجد شرایط در زندگی، مانند از دست دادن بیمه سلامت، تغییر در اندازه خانوار، یا انتقال به کالیفرنیا یا در داخل آن، تحت پوشش قرار گیرند. برای اطلاعات بیشتر، از سایت CoveredCA.com/special-enrollment بازدید کنید.