

برنامج خدمات رعاية الصحة الإنجابية

من هم الأشخاص المستحقون؟

- الأشخاص الذين ليسوا مواطنين أمريكيين:
 - الإجراء المؤجل للقادمين في مرحلة الطفولة (DACA).
 - البالغون الذين كانوا موجودين بشكل قانوني في الولايات المتحدة لمدة تقل عن خمس سنوات.
 - الأشخاص الذين ليس لديهم وثائق الهجرة.
- **نصيحة هامة!** ليس هناك أي تأثير يخص قانون الأشخاص العالة على المجتمع "public charge" لاستخدام هذا البرنامج.
- الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا.
- الأشخاص الذين يمكن أن يكونوا **مستحقين للانضمام لبرنامج Health First Colorado** (برنامج Medicaid في كولورادو) لولا حالة الهجرة الخاصة بهم.
- **نصيحة هامة!** إذا كنت منضمًا لبرنامج Emergency Medicaid، فسيتم تسجيلك تلقائيًا في برنامج المزايا هذا.

ما الأشياء التي يتم تغطيتها؟

- وسائل منع الحمل (أمثلة: حبوب منع الحمل، اللصقات، حقن ديبو، اللولب، قطع القناة الدافقة، ربط البوق).
- إدخال الجهاز وإزالته.
- زيارات العيادة المتعلقة بإعطاء وسائل منع الحمل ومراقبتها، بما في ذلك إدارة الآثار الجانبية.
- زيارات مكتب تنظيم الأسرة (مساعدتك في اتخاذ القرار بشأن جهازيتك لتحمل المسؤولية الوالدية أو موعد الولادة).
- التشخيص والعلاج والوقاية وزيارات المتابعة للأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي (STI) والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي (STD)، والتهاب المسالك البولية (UTI) إذا تم تشخيصها في زيارة تنظيم الأسرة.
- فحوصات سرطان عنق الرحم والوقاية منه.
- اختبارات الحمل.

كم يتكلف ذلك؟

- تكلفة الخدمات المذكورة أعلاه هي 0 دولار.

أين يمكنني استخدام هذه المزايا؟

- أي مقدم رعاية يقبل مرضى Health First Colorado (برنامج Medicaid في كولورادو).

كيفية التقدم بالطلب؟

- اتصل بالرقم أدناه للحصول على مساعدة بشأن استمارة الطلب الورقية.
- من خلال موقع PEAK:
- عند التقدم بطلب للحصول على المزايا، يُرجى تحديد خيار "Health First Colorado (Colorado's Medicaid program)"
- ثم تحديد رغبتك في التقدم بطلب للحصول على مزايا تنظيم الأسرة؟ "Does [your name] want to apply for Family Planning Benefits?" يُرجى الاطلاع على المثال في الصفحة التالية.
- **ملاحظة:** سيتم أيضًا تقييم مدى أحقيتك في الحصول على المزايا إذا أبلغت عن الحمل على موقع PEAK.
- **نصيحة هامة!** يمكنك التقدم للحصول على تغطية لخدمات الصحة الإنجابية التي حصلت عليها في غضون 90 يومًا قبل تقديم الطلب.

هل أنت بحاجة للمساعدة؟ نحن هنا لدعم

...اسم المنظمة، الشخص، المسمى الوظيفي، الخ

000-000-0000

البريد الإلكتروني



[Back to Home](#)

Apply for benefits

- [Household members](#) ✓
- [Programs requested](#) ✓
- Citizenship and lawful presence**
- [Pregnancy](#) >

Test (29 yrs)



Citizenship

i You do not have to answer these questions if this person is not asking for benefits.

*Is this person a U.S. citizen? [Learn more](#)

Yes No

*Is Test, or their spouse or parent, a veteran or an active-duty member of the U.S. military?

Yes No

*Non citizenship status [Learn more](#)

Select non citizenship status ▼

*When did Test enter the U.S.? (If you don't know the exact date, you can estimate.)

MM ▼ DD ▼ YYYY ▼

*Does Test have a non-citizen document?

Yes No

Does Test want to apply for Emergency Medicaid and/or Reproductive Benefits?

Yes No

التمرير
▼
▼
▼

اكتمل