



**Программа Medical Assistance (Medicaid)  
Заявление на получение  
долгосрочного ухода, помощи и услуг при условии  
удовлетворения финансовым критериям**

Вы также можете подать заявление через Интернет на сайте  
[www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us)

Отметьте услуги, на предоставление которых вы подаете заявление:

- \* Обслуживание в специализированном учреждении
- \* Альтернативные услуги на дому и по месту жительства Вид/название альтернативной программы/услуги \_\_\_\_\_
- \* Другое \_\_\_\_\_

*\*Пожалуйста, прочитайте всю форму заявления*

*\*Напишите печатными буквами требуемую информацию в незатененных разделах*

*\*Если вам нужна помощь, обратитесь к другому человеку либо в отдел поддержки в вопросах социального обеспечения вашего округа (county assistance office)*

Данное заявление можете заполнить вы сами или любой представитель по вашему выбору. Вашим представителем может быть ваш (а) супруг (а), друг (подруга), родственник, лицо, на которое вы оформили доверенность, или ваш поставщик медицинских услуг. Это должно быть лицо, которое знает и может предоставить информацию о вашем доходе и ресурсах. Если вы состоите в браке, в некоторых разделах должна быть внесена информация, касающаяся вас и вашего (ей) супруга (и).

Если вы не получили иных указаний, после заполнения формы принесите ее лично в окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения, попросите другого человека сделать это либо отправьте ее туда по почте. Сотрудник окружного отдела поддержки в вопросах социального обеспечения сообщит, требуется ли проведение собеседования с вами лично. Вам нужно будет представить удостоверение личности и документы, подтверждающие прочую информацию, содержащуюся в форме. Данное условие не распространяется на случаи, когда требуемая информация уже есть в

наших архивах. Если вам нужна помощь в получении какой-либо информации, обратитесь в окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения. К данной форме необходимо приложить подтверждающие документы.

Может оказаться, что лица, передавшие кому-либо свои активы (доход или ресурсы) в течение последних 60 месяцев, либо передавшие свои активы в доверительное пользование в течение последних 60 месяцев до подачи заявления на долгосрочный уход, помощь и услуги по программе Medical Assistance, не имеют права на страховые льготы. В связи с данным требованием, возможно, вам придется предоставить документы, подтверждающие активы, находившиеся в вашем владении в течение последних 60 месяцев, даже если вы больше ими не владеете. Мы можем использовать ваш номер социального обеспечения (Social Security Number) для получения информации об активах, бывших в вашем распоряжении в течение 60 месяцев до подачи заявления.

Если вы предоставили полную информацию, включая необходимые подтверждающие документы (по возможности, вместе с данной формой), окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения уведомит вас в течение 30 дней после получения вашего заявления о том, имеете или не имеете вы право на участие в программе, или о том, требуется ли дополнительная информация.

PROVIDER USE		
NAME	NUMBER	
ADDRESS	NUMBER	
DATE OF ADMISSION	DATE OF OPTIONS ASSESSMENT	REQUESTED EFFECTIVE DATE
CONTACT NAME/TELEPHONE NUMBER/ADDRESS		

CAO USE				
CO.	DIST	RECORD NUMBER	FILE CLEARED BY	APPL. REG. NO.
WORKER I.D.			CASELOAD	
* AUTHORIZED REASON				CATEGORY
* NOT AUTHORIZED REASON				DATE

**ПОЖАЛУЙСТА, ВНЕСИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ, КАСАЮЩУЮСЯ  
ЛИЦА, ПОДАЮЩЕГО ЗАПРОС НА СТРАХОВЫЕ ЛЬГОТЫ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAL ASSISTANCE.**

ФАМИЛИЯ		ИМЯ		ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ (ОТЧЕСТВА)	(СТАРШИЙ, МЛАДШИЙ, I И Т. П.)
ТЕКУЩИЙ АДРЕС (ЕСЛИ ВЫ НАХОДИТЕСЬ В УЧРЕЖДЕНИИ, УКАЖИТЕ АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ)			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС + 4
ДАТА ПЕРЕЕЗДА ПО ДАННОМУ АДРЕСУ	НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ	ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ		ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ КОД И НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
ПРЕДЫДУЩИЙ АДРЕС (ЕСЛИ ВЫ НАХОДИТЕСЬ В УЧРЕЖДЕНИИ, УКАЖИТЕ ДОМАШНИЙ АДРЕС. ЕСЛИ ВЫ СОСТОИТЕ В БРАКЕ, УКАЖИТЕ АДРЕС СУПРУГА (И)).				ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ КОД И НОМЕР ТЕЛЕФОНА	

Вам нужен переводчик?  Да  Нет

Если да, то какого языка? \_\_\_\_\_

Вы хотите получать уведомления на испанском языке? ¿Necessita sus avisos en Español?  Да  Нет

Вы когда-нибудь подавали заявление или получали денежное пособие или медицинские страховые льготы либо участвовали в Программе дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), ранее известной под названием продовольственные талоны, в другом округе штата Пенсильвания или в другом штате?  Да  Нет

Если да, в каком штате? \_\_\_\_\_

В каком округе? \_\_\_\_\_

Как долго? \_\_\_\_\_

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Вы когда-нибудь подавали заявление или получали льготы, используя другой номер социального обеспечения?  Да  Нет

Если да, укажите номер: \_\_\_\_\_

Вы ранее проживали в учреждении сестринского ухода?  Да  Нет

Если да, укажите название: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Даты: \_\_\_\_\_

**1**

**Внесите всю требуемую информацию в данном разделе о себе, вашем (ей) супруге, если вы состоите в браке, и детях или братьях и сестрах, находящихся на иждивении.** \*Приложите дополнительный лист бумаги, если иждивенцев у вас больше.

КЕМ ПРИХОДИТСЯ	ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ИНИЦ. ОТЧ.	СТ./МЛ.	ДР./ДЕВ. ФАМИЛИЯ	ДАТА РОЖД.	ПОЛ	*РАСА	SSN
Я									
СУПРУГ (А)									
ИЖДИВЕНЕЦ									

\*Касательно расы. Если вы пожелаете не отвечать на данный вопрос, это не повлияет на ваши льготы. Пожалуйста, используйте один из следующих кодов: 1. Черный  
2. Латиноамериканец 3. Североамериканский индеец или уроженец Аляски 4. Азиат или житель островов Тихого океана 5. Белый (не латиноамериканец) 6. Другое

**2**

**Пожалуйста, ответьте и поставьте подпись.**

Вы являетесь гражданином США?  Да  Нет Если нет, отметьте один пункт:  Постоянный житель  Временный житель  Беженец  
 Нелегальный иностранец

Номер иностранца \_\_\_\_\_ Страна происхождения: \_\_\_\_\_ Дата въезда: \_\_\_\_\_

Поставьте подпись для подтверждения вашего гражданства или иммиграционного статуса, указанных выше:

\_\_\_\_\_ Дата

Подпись

Имя и адрес спонсора, если у вас есть: \_\_\_\_\_

**3**

**Семейное положение**

Пожалуйста, отметьте один пункт:  Женат/Замужем  Холост/Незамужем  Вдовец/Вдова  Разведенный (ая)  Раздельное проживание

Если вы отметили графу «вдовец/вдова», укажите дату смерти вашего (ей) супруга (и). \_\_\_\_\_ Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Если вы отметили графу «раздельное проживание», укажите с каких пор (дата). \_\_\_\_\_ Заполните пункт № 1 выше, касающийся супруга (и)

**4**

**Отношение к военной службе**

Имя и фамилия ветерана \_\_\_\_\_

Пожалуйста, отметьте один пункт:  Ветеран  Нахождение на действительной военной службе  Национальная гвардия  В резерве  
 Вдова/супруга или ребенок-иждивенец ветерана

Род войск \_\_\_\_\_ Дата поступления на службу \_\_\_\_\_ Дата увольнения \_\_\_\_\_ Номер требования \_\_\_\_\_

## 5 РЕГИСТРАЦИЯ В КАЧЕСТВЕ ИЗБИРАТЕЛЯ (необязательно)

Если вы не зарегистрированы для голосования в месте вашего проживания в настоящее время, вы бы хотели подать заявление для регистрации в качестве избирателя здесь сегодня?  Да  Нет

**ЕСЛИ ВЫ НЕ ОТМЕТИТЕ НИ ОДНОГО ПУНКТА, БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ВЫБОРАХ НА ЭТОТ РАЗ.**

Для регистрации необходимо: 1) чтобы вам было не менее 18 лет на момент следующих выборов; 2) являться гражданином Соединенных Штатов в течение не менее одного месяца ДО СЛЕДУЮЩИХ ВЫБОРОВ; 3) проживать в штате Пенсильвания и в избирательном округе в течение не менее 30 дней до следующих выборов.

**Решение регистрироваться или отказаться от регистрации для участия в выборах не повлияет на объем помощи, который вы получите от данного учреждения.**

Если вам нужна помощь в заполнении формы заявления для регистрации в качестве избирателя, мы вам поможем. Только вам решать, нужна ли вам такая помощь и принимать ли ее.

Вы можете заполнить форму заявления частным образом. Если вы захотите получить помощь, пожалуйста, свяжитесь с окружным отделом поддержки в вопросах социального обеспечения (county assistance office). Если вы считаете, что кто-либо нарушил ваше право зарегистрироваться или отказаться от регистрации в качестве избирателя, ваше право на конфиденциальность в принятии решения о регистрации или подаче заявления на регистрацию в качестве избирателя либо ваше право выбора своей политической партии или право на другие политические предпочтения, вы можете подать жалобу по адресу:

Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Бесплатный номер телефона 1-877-VOTESPA.)

**СОТРУДНИКИ ОКРУЖНОГО ОТДЕЛА ПОДДЕРЖКИ В ВОПРОСАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗАПОЛНЯЮТ ЭТУ ГРАФУ НА ОСНОВАНИИ ВАШЕГО ОТВЕТА, ДАННОГО ВЫШЕ**

Given to client \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Declined, not interested \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sent to voter registration \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Not a U.S. citizen \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mailed to client \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Declined, already registered \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 6 Если вы получаете или получали услуги долгосрочного ухода, помощь и услуги, каким образом оплачивались ваши расходы?

---



---

## 7 У вас есть неоплаченные медицинские счета? Да Нет Если вы хотите, чтобы программа Medical Assistance оплатила данные счета, приложите копии.

---



---

## 8 ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ (Включая страховое покрытие услуг долгосрочного ухода)

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ/MEDICARE	АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	НОМЕР ПОЛИСА/ДОГОВОРА	НОМЕР СТРАХОВОЙ ГРУППЫ	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ	РАЗМЕР СТРАХОВОГО ВЗНОСА	КАК ЧАСТО ОПЛАЧИВАЕТСЯ	ИМЯ И АДРЕС ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА

Приложите дополнительный лист бумаги, если требуется больше места. На дополнительных страницах укажите, пожалуйста, номер вопроса, на который вы отвечаете.

**9**

**Внесите следующую информацию о ресурсах, касающуюся вас и вашего (ей) супруга (и) (если вы состоите в браке):**

**А. Недвижимое имущество** Нет

МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	ВЛАДЕЛЕЦ	СТОИМОСТЬ \$	ПРИНОСИТ ДОХОД <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ПРОЖИВАНИЕ В ДАННОЙ НЕДВИЖИМОСТИ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
КТО ПРОЖИВАЕТ В ДАННОЙ НЕДВИЖИМОСТИ?		ИМУЩЕСТВО ВЫСТАВЛЕНО НА ПРОДАЖУ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		ЕСЛИ ДА - УКАЖИТЕ ДАТУ
ЕСЛИ ВЫСТАВЛЕНО НА ПРОДАЖУ, УКАЖИТЕ  ИМЯ, ФАМИЛИЮ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РИЭЛТОРА * НЕ ЗАБУДЬТЕ СООБЩИТЬ НАМ О ПРОДАЖЕ ИМУЩЕСТВА.				
ВЫ ПЛАНИРУЕТЕ ВЕРНУТЬСЯ В ДАННЫЙ ОБЪЕКТ НЕДВИЖИМОСТИ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		ВЫ ВЛАДЕЕТЕ ДРУГИМ НЕДВИЖИМЫМ ИМУЩЕСТВОМ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		

**В. Мобильный дом** Нет

МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	ВЛАДЕЛЕЦ	СТОИМОСТЬ \$	ПРИНОСИТ ДОХОД <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ПРОЖИВАНИЕ В ДАННОЙ НЕДВИЖИМОСТИ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ГОД И МОДЕЛЬ	КТО ПРОЖИВАЕТ В МОБИЛЬНОМ ДОМЕ?			
МОБИЛЬНЫЙ ДОМ ВЫСТАВЛЕН НА ПРОДАЖУ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		ИМЯ, ФАМИЛИЮ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РИЭЛТОРА		
ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ				

**С. Организация похорон** Отсутствует

НАЗВАНИЕ И АДРЕС БАНКА/СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	НОМЕРА СЧЕТОВ		
ПОХОРОННОЕ БЮРО	СУММА НА СЧЕТУ \$	ДАТА ОТКРЫТИЯ	
МОГУТ ДЕНЬГИ БЫТЬ СНЯТЫ СО СЧЕТА ДО СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		МОГУТ БЫТЬ ПРОЦЕНТЫ СНЯТЫ СО СЧЕТА? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
ВЛАДЕЕТЕ ЛИ ВЫ МЕСТОМ (МЕСТАМИ) НА КЛАДБИЩЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		УКАЖИТЕ КОЛИЧЕСТВО МЕСТ ЗАХОРОНЕНИЯ	
ЕСЛИ ДА МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ			

**Д. Страхование жизни** Отсутствует

НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ	НОМЕР ПОЛИСА	НОМИНАЛЬНАЯ СТОИМОСТЬ	ТЕКУЩАЯ СТОИМОСТЬ НАЛИЧНЫМИ	КТО ЯВЛЯЕТСЯ ВЛАДЕЛЬЦЕМ ПОЛИСА?

**Е. Автомобили, жилые автофургоны, грузовики, мотоциклы** Нет

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВЛАДЕЛЬЦА (ЕВ)	ГОД	МАРКА	МОДЕЛЬ	ЛИЦЕНЗ-ЫЙ?	НОМЕРНОЙ ЗНАК	СЧЕТ

**Г. Банковские счета (текущий, сберегательный, индивидуальный пенсионный счет, и т. п.)** Перечислите все счета, которые включают имя и деньги заявителя и/или супруга (и). Нет

НАЗВАНИЕ БАНКА/ФИЛИАЛ	ВИД СЧЕТА	НОМЕР СЧЕТА	ТЕКУЩИЙ БАЛАНС	СЧЕТ НА ИМЯ (ИМЕНА)/ВЛАДЕЛЕЦ

**Г. Акции, облигации (включая сберегательные облигации США), доверительные фонды, совместные фонды, наличные деньги на руках и т. п.** Нет

ИНВЕСТИЦИЯ НА ИМЯ	ВИД СЧЕТА	НОМЕР СЧЕТА	ТЕКУЩАЯ СУММА НА СЧЕТУ	СЧЕТ НА ИМЯ (ИМЕНА)/ВЛАДЕЛЕЦ

**10** В течение последних 60 месяцев вы или ваш (а) супруг (а) закрывали, отдавали, продавали или передавали какие-либо активы, как то дом, землю, личное имущество, полисы страхования жизни, аннуитеты, банковские счета, депозитные сертификаты, акции, индивидуальные пенсионные счета, облигации или право на доход?  Да  Нет

В течение последних 60 месяцев вы или ваш (а) супруг (а) передавали какие-либо активы в доверительное пользование?  Да  Нет

Если вы ответили утвердительно на любой из этих вопросов, объясните обстоятельства (при необходимости приложите дополнительный (е) лист (ы) бумаги) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ВИД РЕСУРСА (ОВ)	РЫНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ НА МОМЕНТ ПЕРЕДАЧИ	\$	ДАТА ПЕРЕДАЧИ ИЛИ ЗАКРЫТИЯ
------------------	--	----	-------------------------------

**11** Если вы закрыли или исчерпали средства на каких-либо счетах в связи с оплатой услуг сестринского ухода, укажите данные счета.

ВИД РЕСУРСА	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	НОМЕР СЧЕТА	ВЛАДЕЛЕЦ (ВЛАДЕЛЬЦЫ)	ДАТА ЗАКРЫТИЯ

**12** Вы или ваш (а) супруг (а) получили или ожидаете получения какого-либо дохода/имущества/платежа/единовременной денежной суммы/наследства?  Да  Нет

Если да, укажите: \_\_\_\_\_ СУММА В ДОЛЛАРАХ  
 \_\_\_\_\_ ОЖИДАЕМАЯ ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ

**13** Информация о доходе заявителя:

<u>ИСТОЧНИКИ ДОХОДА</u>	<u>УКАЖИТЕ ТИП/НАИМЕНОВАНИЕ ИНВЕСТИЦИИ</u>	<u>ОБЩИЙ РАЗМЕР ДОХОДА ДО ВЫЧЕТОВ И УДЕРЖАНИЙ</u>	<u>КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ</u>
<input type="checkbox"/> СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ПОСОБИЯ, ПОМОЩЬ И УСЛУГИ ВЕТЕРАНАМ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ПЕНСИИ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> КОМПЕНСАЦИИ РАБОТНИКАМ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ПЕНСИИ РАБОТНИКАМ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ПОСОБИЕ ЗА ВРЕДНОСТЬ ДЛЯ ШАХТЕРОВ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> АННУИТЕТ (КОМПАНИЯ)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ПЛАТЕЖИ ИЗ ДОВЕРИТЕЛЬНОГО ФОНДА	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ПРОЦЕНТЫ/ДИВИДЕНДЫ (ИСТОЧНИК)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ДРУГОЙ ДОХОД	_____	_____	_____

КОМУ ОТПРАВЛЯЮТСЯ ЧЕКИ? (ОПЕКУН, ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ) 	АДРЕС
--	-------

Заполните данный раздел, если у вас есть супруг (а) или иждивенец. Пропустите данный раздел, если вы не состоите в браке или у вас нет иждивенца.

## 14 Информация о доходе супруга (и) и/или иждивенца:

<u>ИСТОЧНИКИ ДОХОДА</u>	<u>УКАЖИТЕ ТИП/НАИМЕНОВАНИЕ ИНВЕСТИЦИИ</u>	<u>ОБЩИЙ РАЗМЕР ДОХОДА ДО ВЫЧЕТОВ И УДЕРЖАНИЙ</u>	<u>КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ</u>
<input type="checkbox"/> СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ПОСОБИЯ, ПОМОЩЬ И УСЛУГИ ВЕТЕРАНАМ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ПЕНСИИ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> КОМПЕНСАЦИИ РАБОТНИКАМ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ПЕНСИИ ДЛЯ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ПОСОБИЕ ЗА ВРЕДНОСТЬ ДЛЯ ШАХТЕРОВ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> АННУИТЕТ (КОМПАНИЯ)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ПЛАТЕЖИ ИЗ ДОВЕРИТЕЛЬНОГО ФОНДА	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ПРОЦЕНТЫ/ДИВИДЕНДЫ (ИСТОЧНИК)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ДРУГОЙ ДОХОД	_____	_____	_____

## 15 Расходы на жилье:

ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ АРЕНДНАЯ ПЛАТА/ВЫПЛАТЫ ПО ИПОТЕКЕ .....	\$ _____	ОСНОВНОЙ ТЕЛЕФОН .....	\$ _____
СОГЛАШЕНИЕ О ПРОДАЖЕ ИЛИ АРЕНДЕ СОБСТВЕННОСТИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ЕЕ ПОКУПКОЙ.....	\$ _____	ГАЗ .....	\$ _____
ЛИЧНЫЙ УХОД ИЛИ ПЛАТА ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ НА ДОМУ .....	\$ _____	ЭЛЕКТРИЧЕСТВО .....	\$ _____
ПЛАТА ЗА ОБСЛУЖИВАНИЕ ЖИЛЬЯ В КОНДОМИНИУМЕ ИЛИ КООПЕРАТИВНОМ ДОМЕ .....	\$ _____	ТОПЛИВО ДЛЯ ОТОПИТЕЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ ....	\$ _____
АРЕНДНАЯ ПЛАТА ЗА ПЛОЩАДКУ ДЛЯ МОБИЛЬНОГО ДОМА.....	\$ _____	ВОДА .....	\$ _____
НАЛОГИ НА НЕДВИЖИМОЕ ИМУЩЕСТВО - РАЗМЕР ЕЖЕГОДНОГО ПЛАТЕЖА .....	\$ _____	КАНАЛИЗАЦИЯ .....	\$ _____
СТРАХОВАНИЕ ДОМОВЛАДЕЛЬЦЕВ - РАЗМЕР ЕЖЕГОДНОГО ВЗНОСА.....	\$ _____	ВЫВОЗ МУСОРА .....	\$ _____

Вы оплачиваете отопление и/или кондиционирование воздуха отдельно от вашей арендной платы?  Да  Нет

<p><b>ПРАВО НА НЕДОПУЩЕНИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ</b> У нас не допускается дискриминация на основании возраста, половой принадлежности, расовой принадлежности, цвета кожи, семейного происхождения, инвалидности, религиозных убеждений, национального происхождения, сексуальных предпочтений, образа жизни, членства в профсоюзах, политических убеждений или в связи с тем, что вы подавали заявление и/или получали помощь раньше. Если вы считаете, что в отношении вас имела место дискриминация со стороны Департамента или какого-либо поставщика услуг для Департамента, вы можете подать жалобу в устной или письменной форме в Департамент или окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения. Затем Департамент или отдел поддержки в вопросах социального обеспечения направит вашу жалобу в соответствующую организацию федерального уровня или уровня штата.</p> <p><b>ПРАВО НА ПОДАЧУ АПЕЛЛЯЦИИ</b> У вас есть право сделать запрос на проведение слушания Департаментом по обжалованию решения или бездействия со стороны Департамента, которые повлияли на ваши льготы или являются по вашему мнению несправедливыми или неправильными. Вы можете подать апелляцию в окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения. На слушании по апелляции представлять ваши интересы вы можете самостоятельно, либо это может сделать кто-то другой, например адвокат, друг или родственник.</p> <p><b>ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ КОНФЕРЕНЦИИ АГЕНТСТВА</b> В случае подачи апелляции вы имеете право на проведение конференции агентства до слушания.</p> <p><b>ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПИСЬМЕННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ</b> Мы предоставим вам письменное уведомление с объяснением ваших страховых льгот. Если мы отказываем в предоставлении льгот, задерживаем или прекращаем их предоставление, мы объясним причину в уведомлении. Если вы не согласны с принятыми нами мерами и/или приведенными причинами, вы можете подать запрос на проведение слушания в течение 30 дней с даты уведомления.</p> <p><b>ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ</b> Мы сохраняем конфиденциальность предоставленной нам информации и используем ее только для оказания услуг по программам, на участие в которых вы подаете заявление и можете иметь право. Любое лицо, преднамеренно нарушающее какие-либо правила и нормы, установленные Департаментом в соответствии с данной статьей, будет признано виновным в правонарушении и в связи с этим будет приговорено к уплате штрафа, не превышающего 100 (ста) долларов, или подвергнется тюремному заключению сроком не более шести месяцев или понесет оба наказания (Раздел 483 62 P.S.).</p>	<p><b>ВОЗМЕЩЕНИЕ ЗА СЧЕТ ИМУЩЕСТВА</b> Если вам 55 лет или больше и вы получаете пособие по программе медицинской помощи для оплаты услуг сестринского ухода, услуг на дому или по месту жительства, предоставляемых по альтернативной программе, и соответствующих больничных услуг и услуг обеспечения рецептурными препаратами, вы должны будете возместить стоимость данных услуг из своего завещанного имущества. Вы можете позвонить в Программу МА по возмещению стоимости услуг за счет имущества (MA Estate Recovery Program) по телефону 800-528-3708.</p> <p><b>ИЗМЕНЕНИЯ</b> Если вы не уверены, нужно ли сообщать о конкретном изменении, вы должны сообщить об этом изменении. Вы можете сообщить об изменении сотруднику окружного отдела поддержки в вопросах социального обеспечения лично, по телефону или по почте.</p> <p><b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРТОЧКИ ДОСТУПА ШТАТА ПЕНСИЛЬВАНИЯ</b> Вы можете использовать карточку доступа штата Пенсильвания для получения услуг только в течение периода, когда вы имеете право на участие в программе. Карточку можно использовать только для правомочного лица, и вы можете получать только те услуги, которые необходимы и целесообразны.</p> <p><b>ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ ПРЕДОСТАВИТЬ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN)</b> Вы должны предоставить номер социального обеспечения (SSN). Если у вас нет SSN, вы должны подать заявление на его получение. Отказ предоставить или непредоставление SSN может привести к потере правомочия. Если у вас есть проживающий (ая) с вами супруг (а), он или она должен (должна) также предоставить SSN. Мы используем SSN для удостоверения личности, реализации наших программ, предотвращения двойного участия в федеральных программах и программах штата, проверки компьютерных совпадений с другими программами и для получения информации о доходах и ресурсах с целью определения правомочия на получение льгот и/или размера предоставляемых льгот (Титул 42 Свода законов США Раздел 1320b-7).</p> <p><b>НАКАЗАНИЯ</b> Если вы не сообщите об изменениях в соответствии с требованиями, ваши льготы могут быть сокращены или прекращены. Если вы намеренно не предоставляете верную информацию или не сообщаете об изменениях, вы можете подвергнуться штрафу или тюремному заключению. Ненадлежащее использование карточки доступа штата Пенсильвания для получения услуг может привести к штрафу, тюремному заключению или обоим наказаниям.</p> <p><b>ОБЯЗАННОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ИНФОРМАЦИЮ</b> Вы должны в полную меру своих возможностей предоставить правдивую, верную и полную информацию. Вы должны оказывать содействие в документировании и подтверждении информации. Если вы не можете предоставить подтверждающие документы, обратитесь за помощью в окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения. Вы должны в полной мере оказывать</p>	<p>содействие сотрудникам отдела контроля качества и сотрудникам Департамента или канцелярии Генерального инспектора, проводящим расследования.</p> <p><b>Я понимаю следующее.</b> В случае предоставления неполной или ложной информации или утаивания информации об изменениях, которые могут повлиять на мои льготы, мои льготы могут быть сокращены или я могу понести наказание.</p> <p>Любое лицо, обогатившееся в результате перевода активов или дохода, которые могли повлиять на мою правомочность, будет нести ответственность за возмещение неправильно выданных льгот.</p> <p>Я предоставляю штату право взыскивать, через суд или другими методами, оплату от частных или государственных компаний по медицинскому страхованию или ответственных третьих сторон. Возмещаемая сумма не должна превышать сумму, выплаченную программой Medical Assistance.</p> <p>Штат имеет право просматривать все записи в отношении медицинского обслуживания, оплаченного программой Medical Assistance.</p> <p>Оплата за медицинские услуги будет осуществляться непосредственно поставщику услуг, а не мне. Данное условие распространяется на платежи от Medicare.</p> <p>Я получил (а) экземпляр документа с моими правами и обязанностями, прочитал (а) их или кто-то прочитал их мне, и мне все понятно.</p> <p>Я согласен (согласна) предоставлять информацию или оказывать содействие в получении информации, необходимой для подтверждения моих сведений.</p> <p>Я должен (должна) сообщать об изменениях в моих обстоятельствах в течение 10 дней с момента возникновения изменения.</p> <p>Я несу ответственность за фальсифицированные сведения, указанные в данном заявлении, даже если заявление подает кто-то другой от моего имени.</p> <p>В штате действует программа борьбы с мошенничеством, в соответствии с которой должностные лица местных и федеральных органов или должностные лица органов штата могут проверить предоставленную мною информацию.</p> <p>Штат может получить информацию о моих обстоятельствах от других лиц или организаций, включая компьютерные совпадения и Службу иммиграции и натурализации.</p> <p>Мой номер социального обеспечения будет использоваться для получения информации, требуемой для подтверждения моих обстоятельств и правомочия.</p>
---	--	--

# АФФИДАВИТ

Я подтверждаю, зная, что подлежу наказанию в соответствии с законом, что, насколько мне известно, предоставленная мною информация является правдивой, верной и полной. Я прочитал (а) данное заявление полностью или кто-то другой прочитал его мне, и мне понятны вопросы, на которые необходимо предоставить ответы. Я получил (а) экземпляр документа с моими правами и обязанностями, прочитал (а) их или кто-то другой прочитал их мне, и мне все понятно.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА	ЛИЧНОСТЬ УСТАНОВЛЕНА	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ	
АДРЕС ПРЕДСТАВИТЕЛЯ		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС + 4 ( ) НОМЕР ТЕЛЕФОНА
СВИДЕТЕЛЬ (ЕСЛИ ПОДПИСАНО КРЕСТИКОМ ВЫШЕ)	ДАТА			
АДРЕС СВИДЕТЕЛЯ		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС + 4 ( ) НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ (ЕСЛИ ЗАЯВЛЕНИЕ ПОДАЕТ ПОСТАВЩИК УСЛУГ)	ДАТА			
САО ИЛИ АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ОРГАН	ДАТА			<input type="checkbox"/> Личное интервью с <input type="checkbox"/> Интервью по телефону с <input type="checkbox"/> В интервью отказано

## Кто является вашим представителем или действует по вашей доверенности?

Копии уведомлений будут отправляться названным лицам.

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ (ОТЧЕСТВА)			КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ	<input type="checkbox"/> ПРЕДСТАВИТЕЛЬ <input type="checkbox"/> ЛИЦО, ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ПО ДОВЕРЕННОСТИ
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС + 4	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( )

## Я ХОЧУ АННУЛИРОВАТЬ МОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ

ПОДПИСЬ	ДАТА
---------	------

**ПРАВО НА НЕДОПУЩЕНИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ**

У нас не допускается дискриминация на основании возраста, половой принадлежности, расовой принадлежности, цвета кожи, семейного происхождения, инвалидности, религиозных убеждений, национального происхождения, сексуальных предпочтений, образа жизни, членства в профсоюзах, политических убеждений или в связи с тем, что вы подавали заявление и/или получали помощь раньше. Если вы считаете, что в отношении вас имела место дискриминация со стороны Департамента или какого-либо поставщика услуг для Департамента, вы можете подать жалобу в устной или письменной форме в Департамент или окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения. Затем Департамент или отдел поддержки в вопросах социального обеспечения направит вашу жалобу в соответствующую организацию федерального уровня или уровня штата.

**ПРАВО НА ПОДАЧУ АПЕЛЛЯЦИИ**

У вас есть право сделать запрос на проведение слушания Департаментом по обжалованию решения или бездействия со стороны Департамента, которые повлияли на ваши льготы или являются по вашему мнению несправедливыми или неправильными. Вы можете подать апелляцию в окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения. На слушании по апелляции представлять ваши интересы вы можете самостоятельно, либо это может сделать кто-то другой, например адвокат, друг или родственник.

**ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ КОНФЕРЕНЦИИ АГЕНТСТВА**

В случае подачи апелляции вы имеете право на проведение конференции агентства до слушания.

**ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПИСЬМЕННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ**

Мы предоставим вам письменное уведомление с объяснением ваших страховых льгот. Если мы отказываем в предоставлении льгот, задерживаем или прекращаем их предоставление, мы объясним причину в уведомлении. Если вы не согласны с принятыми нами мерами и/или приведенными причинами, мы можете подать запрос на проведение слушания в течение 30 дней с даты уведомления.

**ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

Мы сохраняем конфиденциальность предоставленной нам информации и используем ее только для оказания услуг по программам, на участие в которых вы подаете заявление и можете иметь право. Любое лицо, преднамеренно нарушающее какие-либо правила и нормы, установленные Департаментом в соответствии с данной статьей, будет признано виновным в правонарушении и в связи с этим будет приговорено к уплате штрафа, не превышающего 100 (ста) долларов, или подвергнется тюремному заключению сроком не более шести месяцев или понесет оба наказания (Раздел 483 62 P.S.).

**ВОЗМЕЩЕНИЕ ЗА СЧЕТ ИМУЩЕСТВА**

Если вам 55 лет или больше и вы получаете пособие по программе медицинской помощи для оплаты услуг сестринского ухода, услуг на дому или по месту жительства, предоставляемых по альтернативной программе, и соответствующих больничных услуг и услуг обеспечения рецептурными препаратами, вы должны будете возместить стоимость данных услуг из своего завещанного имущества. Вы можете позвонить в Программу возмещения за счет имущества MA (MA Estate Recovery Program) по телефону 800-528-3708.

**ИЗМЕНЕНИЯ**

Если вы не уверены, нужно ли сообщать о конкретном изменении, вы должны сообщить об этом изменении. Вы можете сообщить сотруднику окружного отдела поддержки в вопросах социального обеспечения лично, по телефону или по почте.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРТОЧКИ ДОСТУПА ШТАТА ПЕНСИЛЬВАНИЯ**

Вы можете использовать карточку доступа Штата Пенсильвания для получения услуг только в течение периода, когда вы имеете право на участие в программе. Карточку можно использовать только для правомочного лица, и вы можете получать только те услуги, которые необходимы и целесообразны.

**ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ ПРЕДОСТАВИТЬ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN)**

Вы должны предоставить номер социального обеспечения (SSN). Если у вас нет SSN, вы должны подать заявление на его получение. Отказ или неспособность предоставить SSN может привести к потере правомочия. Если у вас есть проживающий (ая) с вами супруг (а), он или она должен (должна) также предоставить SSN. Мы используем SSN для удостоверения личности, реализации наших программ, предотвращения двойного участия в федеральных программах и программах штата, проверки компьютерных совпадений с другими программами и для получения информации о доходах и ресурсах с целью определения правомочия на получение льгот и/или размера предоставляемых льгот (Титул 42 Свода законов США Раздел 1320b-7).

**НАКАЗАНИЯ**

Если вы не сообщите об изменениях в соответствии с требованиями, ваши льготы могут быть сокращены или прекращены. Если вы намеренно не предоставляете верную информацию или не сообщаете об изменениях, вы можете подвергнуться штрафу или тюремному заключению. Ненадлежащее использование карточки доступа штата Пенсильвания для получения услуг может привести к штрафу, тюремному заключению или обоим наказаниям.

**ОБЯЗАННОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ИНФОРМАЦИЮ**

Вы должны в полную меру своих возможностей предоставить правдивую, верную и полную информацию. Вы должны оказывать содействие в документировании и подтверждении информации. Если вы не можете предоставить подтверждающие документы, обратитесь за помощью в окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения. Вы должны в полной мере оказывать

содействие сотрудникам отдела контроля качества и сотрудникам Департамента или канцелярии Генерального инспектора, проводящим расследования.

**Я понимаю следующее.**

В случае предоставления неполной или ложной информации или утаивания информации об изменениях, которые могут повлиять на мои льготы, мои льготы могут быть сокращены или я могу понести наказание.

Любое лицо, обогатившееся в результате перевода активов или дохода, которые могли повлиять на мою правомочность, будет нести ответственность за возмещение неправильно выданных льгот.

Я предоставляю штату право взыскивать, через суд или другими методами, оплату от частных или государственных компаний по медицинскому страхованию или ответственных третьих сторон. Возмещаемая сумма не должна превышать сумму, выплаченную программой Medical Assistance.

Штат имеет право просматривать все записи в отношении медицинского обслуживания, оплаченного программой Medical Assistance.

Оплата за медицинские услуги будет осуществляться непосредственно поставщику услуг, а не мне. Данное условие распространяется на платежи от Medicare.

Я получил (а) экземпляр документа с моими правами и обязанностями, прочитал (а) их или кто-то прочитал их мне, и мне все понятно.

Я согласен (согласна) предоставлять информацию или оказывать содействие в получении информации, необходимой для подтверждения моих сведений.

Я должен (должна) сообщать об изменениях в моих обстоятельствах в течение 10 дней с момента возникновения изменения.

Я несу ответственность за фальсифицированные сведения, указанные в данном заявлении, даже если заявление подает кто-то другой от моего имени.

В штате действует программа борьбы с мошенничеством, в соответствии с которой должностные лица местных и федеральных органов или должностные лица органов штата могут проверить предоставленную мною информацию.

Штат может получить информацию о моих обстоятельствах от других лиц или организаций, включая компьютерные совпадения и Службу иммиграции и натурализации.

Мой номер социального обеспечения будет использоваться для получения информации, требуемой для подтверждения моих обстоятельств и правомочия.