



Pennsylvania

Department of Human Services

Заявление на определение соответствия финансовым критериям программы Medical Assistance (Medicaid), установленным для получения услуг долговременной медицинской помощи или индивидуального ухода

Проверьте все пункты, на которые вы подаете заявление:

- ☐ Уход в учреждении
- ☐ Освобождение от действия требований к оказанию услуг на дому и по месту жительства — тип/наименование освобождения/услуга: _____
- ☐ Другое: _____

- Ознакомьтесь с формой в полном объеме.
- Напечатайте запрашиваемую информацию в незакрашенных разделах.
- Если вам требуется помощь, вам может оказать ее другое лицо, либо вы можете обратиться в свое бюро социальной помощи.
- Ознакомьтесь с информацией, напечатанной на данной форме. Если какая-либо внесенная информация некорректна или изменилась, вычеркните печатные данные и предоставьте обновленные сведения. Ознакомьтесь со всеми вопросами, на которые нет указанного ответа, и дайте его, кроме случаев наличия указаний о возможности оставить вопрос без ответа.

Данное заявление можете заполнить вы или выбранный вами представитель. Вашим представителем может быть ваш(-а) супруг(-а), друг, родственник, лицо, имеющее от вас доверенность, или ваш поставщик медицинских услуг. Это должно быть лицо, осведомленное о вашем доходе и его источниках и способное предоставить такие данные. Если вы состоите в браке, информацию в некоторых разделах следует предоставлять о вас и вашем(-ей) супруге.

После заполнения формы доставьте ее, попросите кого-либо ее доставить или отправьте ее по почте в бюро социальной помощи, кроме случаев предоставления вам других указаний. Бюро социальной помощи сообщит вам, если возникнет необходимость проведения беседы. Вам потребуется

удостоверение личности и подтверждение прочих данных в форме, кроме случаев наличия информации в наших документах. Если вам требуется помощь с получением какой-либо информации, обратитесь в бюро социальной помощи. Вам следует приложить подтверждение к данной форме.

Лица, осуществившие передачу активов (дохода или его источников) в течение предыдущих 60 месяцев, начавшие передачу активов в доверительное управление или осуществившие передачу в течение предыдущих 60 месяцев до подачи заявления на получение пособия по оплате медицинской помощи с целью долгосрочного ухода, получения поддержки и обслуживания, могут не иметь права на получение пособия. Ввиду данного требования вам может понадобиться предоставить подтверждение активов, находившихся в вашем владении в течение предыдущих 60 месяцев, даже в случае, если вы более ими не владеете. Мы будем использовать ваш номер социального страхования для получения информации о ваших активах в течение 60 месяцев до подачи вами заявления.

Если информация направлена в полном объеме и вы предоставили необходимые подтверждения (в рамках данной формы, по возможности), бюро социальной помощи уведомит вас в течение 30 дней с получения вашего заявления о наличии, отсутствии у вас прав или о необходимости предоставления дополнительной информации.

This is an application for Medical Assistance benefits. If you need help translating it, please contact your county assistance office, CAO. Translation services will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de Asistencia Médica. Si necesita ayuda con la traducción comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado (CAO) que le corresponde. Los servicios de traducción son gratuitos.

នេះជាពាក្យដាក់សុំអនុវត្តប្រយោជន៍សំបុត្រពេទ្យ។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដ៏ល្អបំផុតនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។
ការបកប្រែនឹងផ្តល់ដោយឥតគិតថ្លៃ។

这是关于医疗协助福利的申请。
如果你需要翻译协助，请联络你所在
地方的郡县援助办事处。可以免费提供翻译服务。

هذا طلب للحصول على منافع المساعدة الطبية. إذا كنت بحاجة إلى
مساعدة في ترجمته، يرجى الاتصال بمكتب معونة مقاطعتك CAO.
ستقدم خدمات الترجمة مجاناً.

Настоящий документ является заявлением на получение обслуживания по программе Medical Assistance.

Если вам нужна помощь в переводе данного заявления, обращайтесь в Окружное бюро помощи (County Assistance Office).

Услуги по переводу предоставляются бесплатно.

Đây là mẫu đơn xin hưởng phúc lợi Bảo Trợ Y Tế.
Nếu quý vị cần phiên dịch đơn này, xin liên lạc
Văn Phòng Trợ Cấp Quận Hạt nơi quý vị cư ngụ.
Dịch vụ phiên dịch sẽ được cung cấp miễn phí.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Свяжитесь со службой Inspiritec по номеру 1-866-550-4355 для получения помощи в заполнении заявления на выделение пособия по оплате медицинского обслуживания в телефонном режиме. Вы также можете подать заявление онлайн по адресу: www.dhs.pa.gov/compass.

DO NOT COMPLETE – PROVIDER USE ONLY		
PROVIDER NAME		NUMBER
ADDRESS		CONTACT NAME/TELEPHONE NUMBER
DATE OF ADMISSION	DATE OF LEVEL OF CARE DETERMINATION	REQUESTED EFFECTIVE DATE

DO NOT COMPLETE – COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE ONLY						
CO.	DIST	RECORD NUMBER	FILE CLEARED BY	APPL. REG. NO.	WORKER I.D.	CASELOAD
☐ AUTHORIZED REASON					CATEGORY	
☐ NOT AUTHORIZED REASON					DATE	

Начало

What language do you prefer? Какой язык вы предпочитаете? ☐ English/Английский ☐ Spanish/Испанский ☐ Other/Другой (specify/укажите) _____
Do you need an interpreter? Вам нужен устный переводчик? ☐ Yes/Да ☐ No/Нет If yes, what language? В случае ответа «да», на какой язык? _____

Заполните всю информацию в данном разделе о себе, заявителе. Расскажите нам о себе. Ознакомьтесь с информацией, напечатанной ниже. Если данная информация некорректна, зачеркните ее и впишите правильные данные.

ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ, СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ, ФАМИЛИЯ, МЛ./СТ. И Т. Д.):	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ:	ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)	ПОЛ: ☐ МУЖСКОЙ ☐ ЖЕНСКИЙ
--	--------------------------------	----------------------------	---

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: ☐ НЕ СОСТОЮ В БРАКЕ ☐ РАЗДЕЛЬНОЕ ПРОЖИВАНИЕ ☐ ЖЕНАТ/ЗАМУЖЕМ ☐ РАЗВЕДЕН (-А) ☐ ВДОВЕЦ (ВДОВА) ПРИ РАЗДЕЛЬНОМ ПРОЖИВАНИИ ЗАПОЛНИТЕ РАЗДЕЛ О РОДСТВЕ ДЛЯ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕГО (-ЕЙ) СУПРУГА (-И).	ЕСЛИ ВЫ ОТМЕТИЛИ «РАЗДЕЛЬНОЕ ПРОЖИВАНИЕ», УКАЖИТЕ ДАТУ НАЧАЛА РАЗДЕЛЬНОГО ПРОЖИВАНИЯ.
ЕСЛИ ВЫ ОТМЕТИЛИ «ВДОВЕЦ (ВДОВА)», УКАЖИТЕ ДАТУ СМЕРТИ СУПРУГА (-И). ПОЛНОЕ ИМЯ СУПРУГА (-И)?	

РАСА (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО) (ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПРИМЕНИМЫЕ ВАРИАНТЫ): ☐ ЧЕРНЫЙ ИЛИ АФРОАМЕРИКАНЕЦ ☐ АЗИАТ ☐ КОРЕННЫЙ ЖИТЕЛЬ ГАВАЙЕВ ИЛИ ОСТРОВОВ ТИХОГО ОКЕАНА ☐ АМЕРИКАНСКИЙ ИНДЕЕЦ ИЛИ КОРЕННЫЙ ЖИТЕЛЬ АЛЯСКИ ☐ БЕЛЫЙ ☐ ДРУГОЕ _____	
---	--

ТЕКУЩИЙ АДРЕС (ПРИ ПРОЖИВАНИИ В УЧРЕЖДЕНИИ — АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ):	ТЕЛЕФОН:	ДАТА ПЕРЕЕЗДА ПО ДАННОМУ АДРЕСУ:
МИКРОРАЙОН:	ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ:	ПРЕДЫДУЩИЙ АДРЕС (ПРИ ПРОЖИВАНИИ В УЧРЕЖДЕНИИ — ДОМАШНИЙ АДРЕС. ЕСЛИ ВЫ ЖЕНАТЫ/ЗАМУЖЕМ — АДРЕС СУПРУГА (-И)):

ПОДАВАЛИ ЛИ ВЫ КОГДА-ЛИБО ЗАЯВЛЕНИЕ ИЛИ ПОЛУЧАЛИ НАЛИЧНЫЕ ИЛИ МЕДИЦИНСКИЕ ЛЬГОТЫ ЛИБО УЧАСТВОВАЛИ В ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ ПОМОЩИ (SNAP, РАНЕЕ — «ПРОГРАММА ВЫДАЧИ ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ») В ДРУГОМ ОКРУГЕ ШТАТА ПЕНСИЛЬВАНИЯ ИЛИ В ДРУГОМ ШТАТЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ШТАТ. УКАЖИТЕ ОКРУГ.	КАК ДОЛГО? НОМЕР ЗАПИСИ:
ВЫ РАНЬШЕ ПРОЖИВАЛИ В УЧРЕЖДЕНИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА? ☐ ДА ☐ НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ:	АДРЕС: ДАТЫ:

При наличии у вас инвалидности одновременно с трудоустройством и заработанным доходом, вы можете иметь право на получение пособия по оплате медицинской помощи для работников с нетрудоспособностью (Medical Assistance for Workers with Disabilities, MAWD). Программа MAWD располагает более высокими предельными значениями дохода и его источников по сравнению с другими программами в рамках выделения пособия по оплате медицинской помощи, и требует от участников уплаты ежемесячного взноса. В некоторых случаях вас могут не просить выплачивать взнос ввиду уровня вашего дохода или другой уважительной причины.

Выберите один из вариантов желаемого начала действия вашего покрытия в случае определения вашего соответствия требованиям программы MAWD: ☐ Я хотел(а) бы, чтобы действие покрытия началось в первый день месяца получения заявления. Я уплачу взнос за весь месяц. ☐ Я хотел(а) бы, чтобы действие покрытия началось в первый день месяца, следующего за месяцем получения заявления.
--

ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ ГРАЖДАНИНОМ ИЛИ ПОДДАННЫМ США? ☐ ДА ☐ НЕТ  Если вы не являетесь гражданином или подданным США, ответьте на вопросы ниже:				
У ВАС ЕСТЬ ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС, ОТВЕЧАЮЩИЙ ТРЕБОВАНИЯМ? ☐ ДА ☐ НЕТ	В СЛУЧАЕ ОТВЕТА «ДА» ЗАПОЛНИТЕ ТИП ДОКУМЕНТА И ID-НОМЕР:	ТИП ДОКУМЕНТА:	ID-НОМЕР ДОКУМЕНТА:	РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР ИНОСТРАНЦА:
ВЫ ПРОЖИВАЛИ В США ДО 1996 Г.? ☐ ДА ☐ НЕТ		СТРАНА ПРОИСХОЖДЕНИЯ:		
ПРИ НАЛИЧИИ У ВАС СПОНСПОРА УКАЖИТЕ ЕГО ИМЯ И АДРЕС:				
Поставьте подпись для заверения своего статуса гражданства или иностранца согласно указаниям выше:				

_____	_____
ПОДПИСЬ	ДАТА

В этом разделе внесите всю информацию о супруге, если Вы женаты/замужем или проживаете отдельно, а также обо всех детях и родных братьях и сестрах, находящихся у Вас на иждивении. Проверьте всю внесенную ниже информацию. Если информация неверна, зачеркните текст и напишите верные сведения.

КЕМ ПРИХОДИТСЯ:	ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ, СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ, ФАМИЛИЯ, МЛ./СТ. И Т. Д.):		ПСЕВДОНИМ / ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ:
ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ):	ПОЛ:	*РАСА:	SSN

КЕМ ПРИХОДИТСЯ:	ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ, СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ, ФАМИЛИЯ, МЛ./СТ. И Т. Д.):		ПСЕВДОНИМ / ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ:
ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ):	ПОЛ:	*РАСА:	SSN

КЕМ ПРИХОДИТСЯ:	ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ, СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ, ФАМИЛИЯ, МЛ./СТ. И Т. Д.):		ПСЕВДОНИМ / ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ:
ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ):	ПОЛ:	*РАСА:	SSN

КЕМ ПРИХОДИТСЯ:	ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ, СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ, ФАМИЛИЯ, МЛ./СТ. И Т. Д.):		ПСЕВДОНИМ / ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ:
ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ):	ПОЛ:	*РАСА:	SSN

* Относительно расы: если Вы не хотите отвечать, это не отразится на Ваших льготах. Используйте один из следующих кодов:

1. Черный или афроамериканец 2. Азиат 3. Коренной житель Гавайев или островов Тихого океана 4. Американский индеец или коренной житель Аляски 5. Белый 6. Другое: _____

Военная служба

Проверьте всю внесенную ниже информацию. Если информация неверна, зачеркните текст и напишите верные сведения.

ОТМЕТЬТЕ ОДИН ВАРИАНТ:			
☐ ВЕТЕРАН	☐ ДЕЙСТВУЮЩИЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИЙ	☐ НАЦГВАРДИЯ	☐ В ЗАПАСЕ ☐ ВДОВА (ВДОВЕЦ) / СУПРУГ (-А) ИЛИ РЕБЕНОК-ИЖДИВЕНЕЦ ВЕТЕРАНА

РОД ВОЙСК:	ДАТА НАЧАЛА СЛУЖБЫ:	ДАТА ОКОНЧАНИЯ СЛУЖБЫ:	НОМЕР ТРЕБОВАНИЯ:
------------	---------------------	------------------------	-------------------

Регистрация избирателя (необязательно)

Если Вы не зарегистрированы в качестве избирателя по текущему месту жительства, Вы хотели бы сделать это здесь сегодня? ☐ ДА ☐ НЕТ

ЕСЛИ ВЫ НЕ ПОСТАВИТЕ НИКАКОЙ ОТМЕТКИ, ЭТО БУДЕТ УЧТЕНО КАК РЕШЕНИЕ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ В КАЧЕСТВЕ ИЗБИРАТЕЛЯ В ДАННЫЙ МОМЕНТ.

Чтобы зарегистрироваться, Вам необходимо: 1) на момент следующих выборов быть в возрасте не менее 18 лет; 2) быть гражданином США в течение не менее одного месяца ДО СЛЕДУЮЩИХ ВЫБОРОВ; 3) проживать в Пенсильвании и избирательном округе не менее 30 дней до следующих выборов.

Подача заявки на регистрацию или отказ от регистрации для голосования не повлияет на размер помощи, предоставляемой Вам этой организацией.

Если Вам потребуется помощь при заполнении этой формы заявления на регистрацию в качестве избирателя, мы поможем Вам. Решение об обращении за помощью или принятии помощи остается за Вами. Вы можете заполнить это заявление лично. Если Вам потребуется помощь, обратитесь в окружное отделение социальной помощи. Если Вы считаете, что кто-то препятствовал осуществлению Вашего права регистрироваться либо отказаться регистрироваться для голосования, Вашего права на сохранение в тайне решения о регистрации в качестве избирателя или решения о подаче заявки на регистрацию для голосования, либо Вашего права на собственный выбор политической партии или других политических предпочтений, Вы можете подать жалобу государственному секретарю штата в Государственный департамент штата Пенсильвания (Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120). (Бесплатный номер телефона: 1-877-VOTESPA).

COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED ON YOUR RESPONSE ABOVE

☐ Given to Client __/__/__	☐ Sent to voter registration __/__/__	☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, not interested __/__/__	☐ Not a U.S. citizen __/__/__	☐ Declined, already registered __/__/__

Если Вы получаете или получали услуги долговременной медицинской помощи или индивидуального ухода, как оплачиваются/оплачивались Ваши расходы?

У Вас есть неоплаченные медицинские счета? ☐ Да ☐ Нет

Если Вы подаете запрос на помощь по программе Medical Assistance в связи с этими счетами, приложите копии.

Информация о медицинской страховке (включая страховку услуг долговременной медицинской помощи или индивидуального ухода)
Проверьте всю внесенную ниже информацию. Если информация неверна, зачеркните текст и напишите верные сведения.

На кого распространяется страховое покрытие?	Страховая компания	Номер полиса	Взнос	Как часто?

Информация о ресурсах заявителя и супруга

Проверьте всю внесенную ниже информацию. Если информация неверна, зачеркните текст и напишите верные сведения. Если нужно больше места, приложите дополнительные листы. На каждом дополнительном листе пометьте, на какой вопрос отвечаете.

А. Недвижимое имущество ☐ Отсутствует ☐

МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ:	ВЛАДЕЛЕЦ:	СТОИМОСТЬ: \$	ПРИНОСИТ ДОХОД: ☐ ДА ☐ НЕТ	ЖИЛОЕ: ☐ ДА ☐ НЕТ
КТО ЖИВЕТ В ДАННОМ ВЛАДЕНИИ?		ВЫ ПЛАНИРУЕТЕ ВЕРНУТЬСЯ В ЭТО ВЛАДЕНИЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ		ВЫ ВЛАДЕЕТЕ ДРУГИМ НЕДВИЖИМЫМ ИМУЩЕСТВОМ? ☐ ДА ☐ НЕТ
ВЛАДЕНИЕ ВЫСТАВЛЕНО НА ПРОДАЖУ? ☐ ДА ☐ НЕТ	ЕСЛИ ПРОДАЕТСЯ, УКАЖИТЕ ПОЛНОЕ ИМЯ И ТЕЛЕФОН РИЕЛТОРА: (НЕ ЗАБУДЬТЕ СООБЩИТЬ НАМ О ПРОДАЖЕ СОБСТВЕННОСТИ)			ЕСЛИ ДА, ДАТА ВЫСТАВЛЕНИЯ НА ПРОДАЖУ:

МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ:	ВЛАДЕЛЕЦ:	СТОИМОСТЬ: \$	ПРИНОСИТ ДОХОД: ☐ ДА ☐ НЕТ	ЖИЛОЕ: ☐ ДА ☐ НЕТ
КТО ЖИВЕТ В ДАННОМ ВЛАДЕНИИ?		ВЫ ПЛАНИРУЕТЕ ВЕРНУТЬСЯ В ЭТО ВЛАДЕНИЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ		ВЫ ВЛАДЕЕТЕ ДРУГИМ НЕДВИЖИМЫМ ИМУЩЕСТВОМ? ☐ ДА ☐ НЕТ
ВЛАДЕНИЕ ВЫСТАВЛЕНО НА ПРОДАЖУ? ☐ ДА ☐ НЕТ	ЕСЛИ ПРОДАЕТСЯ, УКАЖИТЕ ПОЛНОЕ ИМЯ И ТЕЛЕФОН РИЕЛТОРА: (НЕ ЗАБУДЬТЕ СООБЩИТЬ НАМ О ПРОДАЖЕ СОБСТВЕННОСТИ)			ЕСЛИ ДА, ДАТА ВЫСТАВЛЕНИЯ НА ПРОДАЖУ:

В. Передвижной дом-фургон ☐ Отсутствует ☐

МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ:	ВЛАДЕЛЕЦ:	СТОИМОСТЬ: \$	ПРИНОСИТ ДОХОД: ☐ ДА ☐ НЕТ	ЖИЛОЙ: ☐ ДА ☐ НЕТ
ГОД И МОДЕЛЬ:		КТО ЖИВЕТ В ДАННОМ ПЕРЕДВИЖНОМ ДОМЕ-ФУРГОНЕ?		
ВЛАДЕНИЕ ВЫСТАВЛЕНО НА ПРОДАЖУ? ☐ ДА ☐ НЕТ	ЕСЛИ ПРОДАЕТСЯ, УКАЖИТЕ ПОЛНОЕ ИМЯ И ТЕЛЕФОН РИЕЛТОРА: (НЕ ЗАБУДЬТЕ СООБЩИТЬ НАМ О ПРОДАЖЕ СОБСТВЕННОСТИ)			ЕСЛИ ДА, ДАТА ВЫСТАВЛЕНИЯ:

С. Похоронные распоряжения **Отсутствуют** ☐

ВЛАДЕЛЕЦ:	БАНК / СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ, НАЗВАНИЕ И АДРЕС:	НОМЕРА СЧЕТОВ:
БЮРО РИТУАЛЬНЫХ УСЛУГ:	СУММА НА СЧЕТЕ: \$	ДАТА ОТКРЫТИЯ СЧЕТА:
МОЖНО ЛИ СНЯТЬ ДЕНЬГИ ДО КОНЧИНЫ ЛИЦА? ☐ ДА ☐ НЕТ	МОЖНО ЛИ СНЯТЬ ПРОЦЕНТЫ? ☐ ДА ☐ НЕТ	
У ВАС ЕСТЬ УЧАСТОК ДЛЯ ЗАХОРОНЕНИЯ В СОБСТВЕННОСТИ? ☐ ДА ☐ НЕТ	ЕСЛИ ДА, ТО ГДЕ:	КОЛИЧЕСТВО УЧАСТКОВ:

ВЛАДЕЛЕЦ:	БАНК / СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ, НАЗВАНИЕ И АДРЕС:	НОМЕРА СЧЕТОВ:
БЮРО РИТУАЛЬНЫХ УСЛУГ:	СУММА НА СЧЕТЕ: \$	ДАТА ОТКРЫТИЯ СЧЕТА:
МОЖНО ЛИ СНЯТЬ ДЕНЬГИ ДО КОНЧИНЫ ЛИЦА? ☐ ДА ☐ НЕТ	МОЖНО ЛИ СНЯТЬ ПРОЦЕНТЫ? ☐ ДА ☐ НЕТ	
У ВАС ЕСТЬ УЧАСТОК ДЛЯ ЗАХОРОНЕНИЯ В СОБСТВЕННОСТИ? ☐ ДА ☐ НЕТ	ЕСЛИ ДА, ТО ГДЕ:	КОЛИЧЕСТВО УЧАСТКОВ:

Д. Страхование жизни **Отсутствует** ☐

Проверьте всю внесенную ниже информацию. Если информация неверна, зачеркните текст и напишите верные сведения.

Владелец полиса	Название компании	Номер полиса	Номинальная стоимость	Текущая стоимость наличными	Бенефициар

Е. Автомобили, транспортные средства для отдыха, грузовики, мотоциклы **Отсутствуют** ☐

Проверьте всю внесенную ниже информацию. Если информация неверна, зачеркните текст и напишите верные сведения.

Полное имя владельца(-ев)	Год, производитель, модель	Лицензия?	Номерной знак	Сумма задолженности	% владения	Комментарии
		☐ ДА ☐ НЕТ				
		☐ ДА ☐ НЕТ				
		☐ ДА ☐ НЕТ				
		☐ ДА ☐ НЕТ				
		☐ ДА ☐ НЕТ				
		☐ ДА ☐ НЕТ				

Г. Другие ресурсы **Отсутствуют** ☐

Проверьте всю внесенную ниже информацию. Если информация неверна, зачеркните текст и напишите верные сведения.

Ресурсы включают банковские счета (включая текущие, сберегательные, отпускные счета); депозитные свидетельства (Certificates of Deposits, CD); пенсионные счета (включая IRA, KEOGH); акции; облигации (включая сберегательные облигации США); аннуитеты; трастовые фонды; взаимные фонды и наличные денежные средства.

Полное имя владельца(-ев)	Ресурс	Текущая стоимость	Название банка / номер счета	Процент владения	Комментарии
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			

В течение последних 60 месяцев Вы или Ваш (-а) супруг (-а) закрывали, безвозмездно передавали, продавали или переводили какие-либо активы, например дом, землю, личное имущество, полисы страхования жизни, аннуитеты, банковские счета, депозитные свидетельства, акции, счета IRA, облигации, трастовые облигации или право на доход? ☐ Да ☐ Нет

В течение последних 60 месяцев Вы или Ваш (-а) супруг (-а) переводили какие-либо активы в трастовый фонд? ☐ Да ☐ Нет

Если вы ответили «Да» на какой-либо из этих вопросов, поясните обстоятельства (при необходимости добавьте листы):

ТИП РЕСУРСОВ:	РЫНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ НА МОМЕНТ ПЕРЕВОДА:	ДАТА ПЕРЕВОДА ИЛИ ЗАКРЫТИЯ:
	\$	

Если Вы закрыли или исчерпали средства на каком-либо счете из-за оплаты услуг сестринского ухода, укажите такие счета:

Владелец (-льцы) счета	Тип ресурса	Местонахождение	Номер счета	Дата закрытия

Вы или Ваш (-а) супруг (-а) получили либо ожидаете получения какого-либо дохода / актива / расчета / единовременной выплаты / наследства? ☐ Да ☐ Нет

Если да, поясните обстоятельства (при необходимости добавьте листы): _____

СУММА: \$	ОЖИДАЕМАЯ ДАТА:
--------------	-----------------

Информация о доходе заявителя, супруга и (или) иждивенцев
 Проверьте всю внесенную ниже информацию. Если информация неверна, зачеркните текст и напишите верные сведения. Если нужно больше места, приложите дополнительные листы. На каждом дополнительном листе пометьте, на какой вопрос отвечаете.

Укажите все доходы домохозяйства, включая, помимо прочего: заработанный доход (зарплата, доход от самостоятельной занятости, доход от сдачи в аренду, полный пансион, комиссионные и т. д.) и нетрудовой доход (пенсии, пособия для ветеранов, пособие по социальному обеспечению, пособие по безработице, компенсации работающим, пенсионное пособие работника железнодорожного транспорта, выплаты пособия по пневмокопниозу, пособия по болезни, выплаты по трастам и аннуитетам, материальная поддержка алименты, дивиденды проценты, выигрышив лотерею и в азартных играх и т. д.).

Чей это доход?	Тип дохода	Источник дохода	Частота (раз в неделю, раз в две недели, раз в месяц, раз в год)	Среднее количество рабочих часов в неделю	Сумма до удержания налогов	Комментарии

КОМУ ОТПРАВЛЯЮТСЯ ЧЕКИ? (ОПЕКУНУ, ПРЕДСТАВИТЕЛЮ ПОЛУЧАТЕЛЯ ПЛАТЕЖА):	АДРЕС:
--	--------

Расходы на жилище

\$	Месячная арендная плата / плата по закладной
\$	Договор об аренде собственности с последующей ее покупкой или договор купли-продажи
\$	Арендная плата в связи с услугами индивидуального ухода или медицинской помощи на дому
\$	Расходы на эксплуатационные платежи в кондоминиуме или кооперативном доме
\$	Арендная плата за участок под передвижной дом-фургон
\$	Налоги на имущество — ежегодная сумма
\$	Страхование недвижимого имущества — ежегодная сумма

\$	Базовая телефонная линия
\$	Газ
\$	Электроэнергия
\$	Отопительное горючее
\$	Водоснабжение
\$	Канализация
\$	Вывоз мусора

Вы оплачиваете отопление и / или кондиционер отдельно от арендной платы? ☐ Да ☐ Нет

Ваши права и обязанности Ознакомьтесь со своими правами и обязанностями:

ПРАВО НА ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

В данном учреждении запрещена дискриминация на основе расы, цвета кожи, этнического происхождения, наличия инвалидности, возраста, пола, и в некоторых случаях, религиозных и политических взглядов.

Лица с нетрудоспособностью, нуждающиеся в альтернативных способах передачи информации о программе (например, шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в формате аудиозаписи, при помощи американского языка жестов и т.д.) должны связаться с организацией (государственной или местной), в которую они подавали заявление на получение пособия. Лица, страдающие глухотой, слабослышащие или имеющие нарушения речи, могут связаться с Министерством сельского хозяйства США через федеральную службу коммутируемых сообщений по номеру (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена на других языках, кроме английского.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, получающей федеральную финансовую помощь через Департамент здравоохранения и социального обслуживания (Health and Human Services, HHS) США, обратитесь по следующему данным: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, либо позвоните по номеру (202) 619-0403 (голосовая связь) или (800) 537-7697 (телетайп).

Данное учреждение предоставляет равные возможности.

ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы будем соблюдать конфиденциальность ваших данных. Они будут использоваться только для принятия решения о наличии у вас прав на участие в программах. Бюро социального обслуживания (county assistance office, CAO) в случае направления ему запроса должно предоставлять правоохранительным органам федерального, местного уровня и уровня штата адрес, номер социального страхования (Social Security number, SSN) и фотографию (при наличии) лица, скрывающегося от ответственности, ареста или заключения ввиду совершения преступления, нарушившего условия испытательного срока или досрочного условного освобождения. Любое лицо, сознательно нарушающее какие-либо правила и положения данного департамента, признается виновным в совершении административного правонарушения и в случае вынесения обвинительного приговора подлежит наказанию в виде уплаты штрафа, не превышающего сумму в сто (100) долларов США, либо тюремному заключению, не превышающему срок в шесть месяцев, либо должны быть применены оба варианта наказания (раздел 62 Свода нормативных правовых актов штата Пенсильвания, статья 483).

ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПИСЬМЕННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Мы направим вам письменное уведомление с разъяснением вашего пособия. В случае отказа, изменения в пособии, его приостановки или прекращении начисления мы направим вам письменное разъяснение причины. Вам дается 30 дней с даты направления уведомления на направление запроса о проведении слушания.

ПРАВО НА ПОДАЧУ АПЕЛЛЯЦИИ

У вас есть право запрашивать у Департамента социального обслуживания (Department of Human Services, DHS) слушание по апелляции на решение в случае вашей уверенности в его несправедливости или некорректности, либо в случае, если Департамент DHS не предпринимает действий по вашему заявлению на получение пособия. Вы можете подать апелляцию в Бюро социальной помощи. При подаче апелляции вы также можете запросить проведение конференции в организации до слушания. В ходе слушания вы можете представлять собственные интересы самостоятельно, либо вас может представлять какое-либо другое лицо, к примеру, адвокат, друг или родственник.

ПРАВО НА ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЕ

В случае подачи вами заявления на выделение финансового пособия или пособия по оплате медицинской помощи законодательство требует от вас сотрудничать в установлении отцовства и обращении за помощью. Вы можете быть исключены из действия таковых требований в случае, если вы подтвердите, что это может быть опасно для вас и/или для ваших детей. Это известно как уважительная причина. За исключением установления исключения ввиду уважительной причины, вам потребуются соответствовать требованиям к трудоустройству и прохождению обучения. От вас также потребуются соответствовать требованиям к предоставлению полугодовой отчетности, за исключением случаев действия исключения ввиду уважительной причины.

ВОЗМЕЩЕНИЕ ЗА СЧЕТ ИМУЩЕСТВА

Если вы достигли возраста 55 лет и старше и получаете пособие по оплате медицинской помощи в целях оплаты услуг учреждения сестринского ухода, услуг на дому и по месту жительства на основании освобождения от действия требований, и каких-либо услуг, связанных с пребыванием в больнице и назначением рецептурных препаратов, от вас потребуются возместить стоимость таковых услуг из стоимости завещанного имущества. Вы можете связаться со службой возмещения за счет имущества в рамках программы по оплате медицинской помощи по номеру 1-800-528-3708.

ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ СЕРТИФИКАТА ДОСТОВЕРНОСТИ ПОКРЫТИЯ

Федеральное законодательство устанавливает ограничения на случаи, когда в медицинском страховании может быть отказано или его объем может быть ограничен в связи с ранее существовавшим заболеванием. Если вы присоединитесь к групповому плану медицинского страхования, который исключает лечение заболевания, которым вы уже страдали, вам может быть зачтено время, в течение которого вы получали страховое покрытие по программе оплаты медицинской помощи. Это может помочь вам получить покрытие. Свяжитесь со своим социальным работником для направления запроса на такой сертификат.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Вы должны предоставлять правдивую, правильную и полную информацию. Вы должны оказывать помощь в подтверждении предоставленной вами информации. В выделении пособия может быть отказано в случае вашей неспособности предоставить определенное подтверждение. Если вы не можете предоставить подтверждение, вам следует обратиться в CAO за помощью в его получении. Если с вами свяжется Департамент DHS или Управление главного государственного инспектора, вы в полном объеме должны сотрудничать с таковыми лицами или расследователями. Если вы достигли возраста 55 лет и старше, и получаете пособие по оплате медицинской помощи в целях оплаты услуг учреждения сестринского ухода, услуги на дому и по месту жительства на основании освобождения от действия требований, и какие-либо услуги, связанные с пребыванием в больнице и назначением рецептурных препаратов, от вас может потребоваться возместить стоимость таковых услуг из стоимости завещанного имущества. Если вы подаете заявление на получение финансовой помощи, мы можем потребовать от вас подписания соглашения о возмещении полученного вами пособия вашим(-ей) супругом(-ой) и вашими детьми.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ НОМЕРОВ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Для получения пособия по оплате медицинского обслуживания вы должны предоставить номер SSN для каждого лица, в отношении которого вы подаете заявление. Если у вас нет номера SSN, вам следует подать заявление на его получение. Отсутствие предоставленного номера SSN может привести к невозможности получить пособие. Если вы состоите в браке, вы можете предоставлять номер SSN своего супруга(-и) по своему усмотрению, если супруг(-а) не подает заявления. Предоставленный номер SSN будет использоваться для подтверждения личности, для определения соответствий при помощи компьютерных технологий в целях подтверждения размера дохода и его источников, и в целях предотвращения одновременного получения пособий на федеральном уровне и на уровне штата. Указание номеров SSN может сократить срок, необходимый для обработки выделения пособий. Предоставлять номер SSN не требуется только лицу, не имеющему гражданства США, подающему заявление на получение пособия по оплате медицинской помощи при неотложных состояниях.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ЗАКОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРТЫ RA ACCESS

После определения наличия у вас прав на пособие вам будет выдана карта RA ACCESS. Эта карта может использоваться только в отношении лица, отвечающего требованиям, и только в течение периода наличия прав. Вы можете использовать карту только для получения обоснованно необходимых услуг.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Если вы отвечаете требованиям к получению пособия, от вас потребуются сообщать об изменениях в ваших обстоятельствах своему социальному работнику или в Центр обслуживания клиентов. Типы изменений, о которых требуется сообщать, включают заселение людей в дом или выселение из него, новый адрес, новая работа кого-либо из членов домохозяйства, потеря работы кем-либо, рождение ребенка, новые источники дохода или изменения в его размере, выигрыши в лотерею и азартные игры. Ваш социальный работник и получаемые вами уведомления будут подробно информировать о деталях, исходя из особенностей программ и пособия, на получение которого вы имеете право. Отсутствие предоставленных требуемых данных об изменениях в рамках указаний программы может привести к потере пособия, применению ограничительных мер, обвинению в совершении административного или уголовного правонарушения. Вы можете сообщать об изменениях в Бюро социальной помощи лично, по телефону, факсу, по почте или при помощи учетной записи в системе MyCOMPASS. Вы также можете сообщать об изменениях в любое время в Центр обслуживания клиентов по номеру 1-877-395-8930, в Филадельфии — по номеру 1-215-560-7226.

Понимание ваших прав и обязанностей

- При подписании данной формы:
- Я понимаю, что для подтверждения предоставленной мной информации штат Пенсильвания получает данные от системы подтверждения наличия прав в отношении дохода (Income Eligibility Verification System, IEVS), финансовых учреждений, организаций по предоставлению отчетности о потребителях, организаций на уровне штата и федеральном уровне. Информация, доступная в системе IEVS и от других учреждений, будет запрашиваться, использоваться и может подтверждаться путем дополнительных контактов при обнаружении государственной организацией противоречивых сведений, и такая информация может повлиять на наличие прав у моего домохозяйства и на уровень пособия.
 - Я понимаю, что, подписывая данное заявление, я предоставляю какому-либо финансовому учреждению право на раскрытие, электронным или каким-либо другим путем, всей возможной финансовой информации, находящейся в распоряжении такого учреждения, Департаменту социального обслуживания, его уполномоченному агенту или подрядчику, в целях определения и подтверждения источников дохода (также именуемых «активы») при необходимости определения и повторного определения наличия прав на пособие по оплате медицинской помощи. Я понимаю, что финансовая информация включает депозиты, списания, закрытие счетов и другие связанные данные, запрашиваемые или полученные от финансовой организации, включая другие транзакции, предпринятые финансовым учреждением в отношении счета или актива. Я понимаю, что данное предоставление прав действует до момента отказа в соответствии с требованиями программы по оплате медицинской помощи или окончания действия этого соответствия, либо до момента принятия мной решения по его отзыву путем письменного оповещения Департамента, в зависимости от того, какое событие наступит первым. Я понимаю, что в случае отзыва мной данного предоставления прав это может привести к отсутствию у меня или моего домохозяйства прав на получение пособия по оплате медицинской помощи.
 - Я понимаю, что в случае, если я искажу, скрою факты, способные повлиять на наличие у меня прав на пособие, или умолчу о них, от меня может потребоваться возместить сумму пособия, я могу понести наказание и потерять возможность получения некоторых пособий в дальнейшем.
 - Я понимаю, что могу назначить представителя или доверенное лицо, заполнив раздел о представителе или доверенном лице.
 - Я понимаю и соглашаюсь с тем, что несу ответственность за любые ложные заявления, содержащиеся в данном заявлении, даже если заявление подается лицом, действующим от моего имени.
 - Я понимаю, что какое-либо лицо, обогатившееся в результате передачи активов или дохода, способных повлиять на наличие у меня прав, будет нести ответственность за возмещение такого пособия, выделенного несоответствующим образом.
 - Я получил(-а) копию документа о моих правах и обязанностях, ознакомился(-лась) с ними или кто-либо прочел их для меня, и я понимаю их.
 - Я понимаю, что информация, внесенная в данное заявление, будет оставаться конфиденциальной и использоваться только в целях выделения пособия. Я даю право на разглашение личной, финансовой и медицинской информации в целях определения соответствия требованиям.
 - Я понимаю, что о каких-либо изменениях, о которых мне требуется сообщать, следует оповещать в течение 10 дней после наступления изменения.
 - Я понимаю, что от меня требуется сообщать о выигрышах в лотерею и азартные игры.
 - Я понимаю, что я получу письменное уведомление с разъяснением о составе пособия. Если в выделении пособия будет отказано, его характер будет изменен, его начисление приостановлено или прекращено, в письменном уведомлении будет разъясняться причина.
 - Я понимаю, что располагаю 30 днями с даты оповещения для направления запроса на слушание в случае моего несогласия с решением, принятым по данному заявлению.
 - Я понимаю, что мое положение подлежит подтверждению от работодателей, финансовых источников данных и других третьих сторон.
 - Я понимаю, что заявители должны предоставлять свой номер социального страхования или подавать заявление на его получение, если они им не располагают. Таковой номер может использоваться для проверки информации по данному заявлению.
 - Я понимаю, что я должен(-на) использовать карту PAACCESS только в течение периода моего соответствия требованиям. Я должен(-на) использовать карту PAACCESS только в отношении лица, имеющего права на получение пособия, и могу получать только необходимую и обоснованную разновидность пособия.
 - Я понимаю, что я не должен(-на) предоставлять номер социального страхования в отношении лица, не подающего заявления на получение пособия. Если я предоставлю номер социального страхования такого лица, он может использоваться для проверки информации по данному заявлению. Указание его/ее номера социального страхования может увеличить размер моего пособия и сократить время, необходимое для его выделения.
 - Под страхом наказания за предоставление ложных сведений я удостоверяю, что вся указанная информация соответствует действительности.
 - Я понимаю, что у меня есть право на получение сертификата подтверждения покрытия для подтверждения наличия медицинского страхования. Федеральное законодательство устанавливает ограничения на случаи, когда в медицинском страховании может быть отказано или его объем может быть ограничен в связи с ранее существовавшим заболеванием. Если я буду включен(-а) в групповой план медицинского обслуживания, в котором предусмотрено положение о ранее существовавших заболеваниях, мне может быть затронуто то время, в течение которого я получал(а) покрытие по программе оплаты медицинской помощи.
 - Я понимаю, что в случае определения моего соответствия требованиям к получению пособия по оплате медицинской помощи мне будет выделен наиболее полноценный пакет пособия по оплате медицинских услуг, доступный мне. Я понимаю, что от меня может потребоваться регистрация в плане медицинского обслуживания. Я понимаю, что регистрация в плане медицинского обслуживания может быть для меня бесплатной или предоставляться по сниженной стоимости, поскольку Департамент уплачивает ежемесячный взнос в план медицинского обслуживания от моего имени. Я понимаю, что ежемесячный взнос является подушным взносом. Я понимаю, что в случае получения мной пособия по оплате медицинской помощи при отсутствии у меня прав ввиду ошибки, мошенничества или какой-либо другой причины, от меня может потребоваться возместить Департаменту все ежемесячные взносы, уплаченные от моего имени.
 - Я понимаю, что в случае моего соответствия требованиям более чем одной категории пособия по оплате медицинской помощи мне будет присвоена наиболее благоприятная для меня категория. Я понимаю, что у меня есть право выбора категории пособия по оплате медицинской помощи, которое я буду получать, и что я могу запросить смену на другую категорию в случае наличия у меня прав в отношении нее.
 - Я понимаю, что в отношении меня может быть определено соответствие требованиям к получению пособия по оплате медицинской помощи с ежемесячной уплатой страховых взносов.
 - Я понимаю, что у штата есть право пересмотра всех документов о медицинском обслуживании, компенсированном программой по оплате медицинской помощи. Оплата обслуживания будет производиться напрямую поставщику, не мне. Сюда входят платежи от программы Medicare.
 - Я предоставляю штату право обращаться за платежами к частным или государственным организациям медицинского страхования или к ответственной третьей стороне, с обращением в суд или без него. Зафиксированная сумма не будет превышать суммы, уплаченной программой по оплате медицинской помощи.
 - Я понимаю, что у меня есть право запросить у Бюро социальной помощи (CAO) содействие в получении подтверждения расходов, и что CAO может связываться с другими лицами в целях подтверждения моих сложностей с получением каких-либо подтверждений.
 - Я понимаю, что в случае несоответствия всех или некоторых из лиц, подающих заявление, требованиям программы по оплате медицинской помощи, предоставляемой посредством Департамента, у них может быть право на получение пособий на федеральном уровне и/или они могут изучить варианты медицинского обслуживания от частных компаний при помощи платформы медицинского страхования в штате Пенсильвания (Pennie). В таком случае я предоставляю Департаменту право передавать мое имя и данные по такому заявлению платформе Pennie.
 - Продление действия покрытия в последующие годы:** Для облегчения определения моего соответствия требованиям в целях оплаты медицинского страхования в последующие годы я выражаю согласие с тем, чтобы разрешить платформе медицинского страхования в штате Пенсильвания (Pennie) использовать данные о моем доходе, включая информацию из налоговых деклараций. Платформа Pennie направит уведомление с возможностью внести какие-либо изменения, и я могу отказаться от этого в любое время.

X

Подпись заявителя или уполномоченного представителя

X

Подпись супруга(-и) заявителя или уполномоченного представителя

Дата

Дата

ВАЖНО: Если ваше домохозяйство отвечает требованиям программы SNAP/LIHEAP, вы можете получить по почте форму согласия Fast Track, что позволит вам и членам вашего домохозяйства автоматически принять участие в программе выделения пособия по оплате медицинской помощи.

Имя уполномоченного представителя	Адрес уполномоченного представителя	Номер телефона

COUNTY ASSISTANCE OFFICE ONLY	I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.	
	CAO Signature	Date

ОБЯЗАТЕЛЬНО ПОДПИШИТЕ ДАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ, ПОСТАВЬТЕ ДАТУ И ПРИЛОЖИТЕ НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Аффидевит

Под страхом наказания, предусмотренного законом, я удостоверяю, что, насколько мне известно, предоставленная мною информация является достоверной, точной и полной. Я прочитал (-а) данное заявление полностью либо мне его прочитали, и мне понятны ответы на заданные вопросы. Я получил (-а) и прочитал (-а) копию документа о моих правах и обязанностях, или мне прочитали его, и его содержание мне понятно.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

ПРОВЕРЕННО
УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ

КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ

АДРЕС ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС +4

ТЕЛЕФОН

СВИДЕТЕЛЬ (ЕСЛИ ВЫШЕ ПОДПИСАНО ЗНАКОМ X)

ДАТА

АДРЕС СВИДЕТЕЛЯ

ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС +4

ТЕЛЕФОН

ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ (ПРИ ПОДАЧЕ ПОСТАВЩИКОМ)

ДАТА

☐ Личное собеседование с: _____

☐ Собеседование по телефону с: _____

САО ИЛИ ИНЫЕ ВАРИАНТЫ

ДАТА

☐ От собеседования отказались

Представитель или лицо, у которого есть доверенность

Заполните, если у Вас есть представитель или лицо у которого есть доверенность. Копии уведомлений будут отправлены указанному лицу.

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ:

КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ:

☐ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
☐ ЛИЦО, У КОТОРОГО ЕСТЬ
ДОВЕРЕННОСТЬ

АДРЕС:

ГОРОД:

ШТАТ:

ПОЧТОВЫЙ
ИНДЕКС:

ТЕЛЕФОН:

Я хочу отозвать свое заявление.

ПОДПИСЬ

ДАТА

Ваши права и обязанности Ознакомьтесь со своими правами и обязанностями:

ПРАВО НА ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

В данном учреждении запрещена дискриминация на основе расы, цвета кожи, этнического происхождения, наличия инвалидности, возраста, пола, и в некоторых случаях, религиозных и политических взглядов.

Лица с нетрудоспособностью, нуждающиеся в альтернативных способах передачи информации о программе (например, шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в формате аудиозаписи, при помощи американского языка жестов и т.д.) должны связаться с организацией (государственной или местной), в которую они подавали заявление на получение пособия. Лица, страдающие глухотой, слабослышащие или имеющие нарушения речи, могут связаться с Министерством сельского хозяйства США через федеральную службу коммутируемых сообщений по номеру (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена на других языках, кроме английского.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, получающей федеральную финансовую помощь через Департамент здравоохранения и социального обслуживания (Health and Human Services, HHS) США, обратитесь по следующему данным: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, либо позвоните по номеру (202) 619-0403 (голосовая связь) или (800) 537-7697 (телетайп).

Данное учреждение предоставляет равные возможности.

ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы будем соблюдать конфиденциальность ваших данных. Они будут использоваться только для принятия решения о наличии у вас прав на участие в программах. Бюро социального обслуживания (county assistance office, CAO) в случае направления ему запроса должно предоставлять правоохранительным органам федерального, местного уровня и уровня штата адрес, номер социального страхования (Social Security number, SSN) и фотографию (при наличии) лица, скрывающегося от ответственности, ареста или заключения ввиду совершения преступления, нарушившего условия испытательного срока или досрочного условного освобождения. Любое лицо, сознательно нарушающее какие-либо правила и положения данного департамента, признается виновным в совершении административного правонарушения и в случае вынесения обвинительного приговора подлежит наказанию в виде уплаты штрафа, не превышающего сумму в сто (100) долларов США, либо тюремному заключению, не превышающему срок в шесть месяцев, либо должны быть применены оба варианта наказания (раздел 62 Свода нормативных правовых актов штата Пенсильвания, статья 483).

ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПИСЬМЕННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Мы направим вам письменное уведомление с разъяснением вашего пособия. В случае отказа, изменения в пособии, его приостановки или прекращении начисления мы направим вам письменное разъяснение причины. Вам дается 30 дней с даты направления уведомления на направление запроса о проведении слушания.

ПРАВО НА ПОДАЧУ АПЕЛЛЯЦИИ

У вас есть право запрашивать у Департамента социального обслуживания (Department of Human Services, DHS) слушание по апелляции на решение в случае вашей уверенности в его несправедливости или некорректности, либо в случае, если Департамент DHS не предпринимает действий по вашему заявлению на получение пособия. Вы можете подать апелляцию в Бюро социальной помощи. При подаче апелляции вы также можете запросить проведение конференции в организации до слушания. В ходе слушания вы можете представлять собственные интересы самостоятельно, либо вас может представлять какое-либо другое лицо, к примеру, адвокат, друг или родственник.

ПРАВО НА ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЕ

В случае подачи вами заявления на выделение финансового пособия или пособия по оплате медицинской помощи законодательство требует от вас сотрудничать в установлении отцовства и обращении за помощью. Вы можете быть исключены из действия таковых требований в случае, если вы подтвердите, что это может быть опасно для вас и/или для ваших детей. Это известно как уважительная причина. За исключением установления исключения ввиду уважительной причины, вам потребуются соответствовать требованиям к трудоустройству и прохождению обучения. От вас также потребуются соответствовать требованиям к предоставлению полугодовой отчетности, за исключением случаев действия исключения ввиду уважительной причины.

ВОЗМЕЩЕНИЕ ЗА СЧЕТ ИМУЩЕСТВА

Если вы достигли возраста 55 лет и старше и получаете пособие по оплате медицинской помощи в целях оплаты услуг учреждения сестринского ухода, услуг на дому и по месту жительства на основании освобождения от действия требований, и каких-либо услуг, связанных с пребыванием в больнице и назначением рецептурных препаратов, от вас потребуются возместить стоимость таковых услуг из стоимости завещанного имущества. Вы можете связаться со службой возмещения за счет имущества в рамках программы по оплате медицинской помощи по номеру 1-800-528-3708.

ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ СЕРТИФИКАТА ДОСТОВЕРНОСТИ ПОКРЫТИЯ

Федеральное законодательство устанавливает ограничения на случаи, когда в медицинском страховании может быть отказано или его объем может быть ограничен в связи с ранее существовавшим заболеванием. Если вы присоединитесь к групповому плану медицинского страхования, который исключает лечение заболевания, которым вы уже страдали, вам может быть зачтено время, в течение которого вы получали страховое покрытие по программе оплаты медицинской помощи. Это может помочь вам получить покрытие. Свяжитесь со своим социальным работником для направления запроса на такой сертификат.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Вы должны предоставлять правдивую, правильную и полную информацию. Вы должны оказывать помощь в подтверждении предоставленной вами информации. В выделении пособия может быть отказано в случае вашей неспособности предоставить определенное подтверждение. Если вы не можете предоставить подтверждение, вам следует обратиться в CAO за помощью в его получении. Если с вами свяжется Департамент DHS или Управление главного государственного инспектора, вы в полном объеме должны сотрудничать с таковыми лицами или расследователями. Если вы достигли возраста 55 лет и старше, и получаете пособие по оплате медицинской помощи в целях оплаты услуг учреждения сестринского ухода, услуги на дому и по месту жительства на основании освобождения от действия требований, и какие-либо услуги, связанные с пребыванием в больнице и назначением рецептурных препаратов, от вас может потребоваться возместить стоимость таковых услуг из стоимости завещанного имущества. Если вы подаете заявление на получение финансовой помощи, мы можем потребовать от вас подписания соглашения о возмещении полученного вами пособия вашим(-ей) супругом(-ой) и вашими детьми.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ НОМЕРОВ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Для получения пособия по оплате медицинского обслуживания вы должны предоставить номер SSN для каждого лица, в отношении которого вы подаете заявление. Если у вас нет номера SSN, вам следует подать заявление на его получение. Отсутствие предоставленного номера SSN может привести к невозможности получить пособие. Если вы состоите в браке, вы можете предоставлять номер SSN своего супруга(-и) по своему усмотрению, если супруг(-а) не подает заявления. Предоставленный номер SSN будет использоваться для подтверждения личности, для определения соответствий при помощи компьютерных технологий в целях подтверждения размера дохода и его источников, и в целях предотвращения одновременного получения пособий на федеральном уровне и на уровне штата. Указание номеров SSN может сократить срок, необходимый для обработки выделения пособий. Предоставлять номер SSN не требуется только лицу, не имеющему гражданства США, подающему заявление на получение пособия по оплате медицинской помощи при неотложных состояниях.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ЗАКОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРТЫ PA ACCESS

После определения наличия у вас прав на пособие вам будет выдана карта PAACCESS. Эта карта может использоваться только в отношении лица, отвечающего требованиям, и только в течение периода наличия прав. Вы можете использовать карту только для получения обоснованно необходимых услуг.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Если вы отвечаете требованиям к получению пособия, от вас потребуются сообщать об изменениях в ваших обстоятельствах своему социальному работнику или в Центр обслуживания клиентов. Типы изменений, о которых требуется сообщать, включают заселение людей в дом или выселение из него, новый адрес, новая работа кого-либо из членов домохозяйства, потеря работы кем-либо, рождение ребенка, новые источники дохода или изменения в его размере, выигрыши в лотерею и азартные игры. Ваш социальный работник и получаемые вами уведомления будут подробно информировать о деталях, исходя из особенностей программ и пособия, на получение которого вы имеете право. Отсутствие предоставленных требуемых данных об изменениях в рамках указаний программы может привести к потере пособия, применению ограничительных мер, обвинению в совершении административного или уголовного правонарушения. Вы можете сообщать об изменениях в Бюро социальной помощи лично, по телефону, факсу, по почте или при помощи учетной записи в системе MyCOMPASS. Вы также можете сообщать об изменениях в любое время в Центр обслуживания клиентов по номеру 1-877-395-8930, в Филадельфии — по номеру 1-215-560-7226.

Понимание ваших прав и обязанностей

При подписании данной формы:

- Я понимаю, что для подтверждения предоставленной мной информации штат Пенсильвании получает данные от системы подтверждения наличия прав в отношении дохода (Income Eligibility Verification System, IEVS), финансовых учреждений, организаций по предоставлению отчетности о потребителях, организаций на уровне штата и федеральном уровне. Информация, доступная в системе IEVS и от других учреждений, будет запрашиваться, использоваться и может подтверждаться путем дополнительных контактов при обнаружении государственной организацией противоречивых сведений, и такая информация может повлиять на наличие прав у моего домохозяйства и на уровень пособия.
- Я понимаю, что, подписывая данное заявление, я предоставляю какому-либо финансовому учреждению право на раскрытие, электронным или каким-либо другим путем, всей возможной финансовой информации, находящейся в распоряжении такого учреждения, Департаменту социального обслуживания, его уполномоченному агенту или подрядчику, в целях определения и подтверждения источников дохода (также именуемых «активы») при необходимости определения и повторного определения наличия прав на пособие по оплате медицинской помощи. Я понимаю, что финансовая информация включает депозиты, списания, закрытие счетов и другие связанные данные, запрашиваемые или полученные от финансовой организации, включая другие транзакции, предпринятые финансовым учреждением в отношении счета или актива. Я понимаю, что данное предоставление прав действует до момента отказа в соответствии с требованиями программы по оплате медицинской помощи или окончания действия этого соответствия, либо до момента принятия мной решения по его отзыву путем письменного оповещения Департамента, в зависимости от того, какое событие наступит первым. Я понимаю, что в случае отзыва мной данного предоставления прав это может привести к отсутствию у меня или моего домохозяйства прав на получение пособия по оплате медицинской помощи.
- Я понимаю, что в случае, если я искажу, скрою факты, способные повлиять на наличие у меня прав на пособие, или умолчу о них, от меня может потребоваться возместить сумму пособия, я могу понести наказание и потерять возможность получения некоторых пособий в дальнейшем.
- Я понимаю, что могу назначить представителя или доверенное лицо, заполнив раздел о представителе или доверенном лице.
- Я понимаю и соглашаюсь с тем, что несу ответственность за любые ложные заявления, содержащиеся в данном заявлении, даже если заявление подается лицом, действующим от моего имени.
- Я понимаю, что какое-либо лицо, обогатившееся в результате передачи активов или дохода, способных повлиять на наличие у меня прав, будет нести ответственность за возмещение такого пособия, выделенного несоответствующим образом.
- Я получил(-а) копию документа о моих правах и обязанностях, ознакомился(-лась) с ними или кто-либо прочел их для меня, и я понимаю их.
- Я понимаю, что информация, внесенная в данное заявление, будет оставаться конфиденциальной и использоваться только в целях выделения пособия. Я даю право на разглашение личной, финансовой и медицинской информации в целях определения соответствия требованиям.
- Я понимаю, что о каких-либо изменениях, о которых мне требуется сообщать, следует оповещать в течение 10 дней после наступления изменения.
- Я понимаю, что от меня требуется сообщать о выигрышах в лотерею и азартные игры.
- Я понимаю, что я получу письменное уведомление с разъяснением о составе пособия. Если в выделении пособия будет отказано, его характер будет изменен, его начисление приостановлено или прекращено, в письменном уведомлении будет разъясняться причина.
- Я понимаю, что располагаю 30 днями с даты оповещения для направления запроса на слушание в случае моего несогласия с решением, принятым по данному заявлению.
- Я понимаю, что мое положение подлежит подтверждению от работодателей, финансовых источников данных и других третьих сторон.
- Я понимаю, что заявители должны предоставлять свой номер социального страхования или подавать заявление на его получение, если они им не располагают. Таковой номер может использоваться для проверки информации по данному заявлению.
- Я понимаю, что я должен(-на) использовать карту PAACCESS только в течение периода моего соответствия требованиям. Я должен(-на) использовать карту PAACCESS только в отношении лица, имеющего права на получение пособия, и могу получать только необходимую и обоснованную разновидность пособия.
- Я понимаю, что я не должен(-на) предоставлять номер социального страхования в отношении лица, не подающего заявления на получение пособия. Если я предоставлю номер социального страхования такого лица, он может использоваться для проверки информации по данному заявлению. Указание его/ее номера социального страхования может увеличить размер моего пособия и сократить время, необходимое для его выделения.

- Под страхом наказания за предоставление ложных сведений я удостоверяю, что вся указанная информация соответствует действительности.
- Я понимаю, что у меня есть право на получение сертификата подтверждения покрытия для подтверждения наличия медицинского страхования. Федеральное законодательство устанавливает ограничения на случаи, когда в медицинском страховании может быть отказано или его объем может быть ограничен в связи с ранее существовавшим заболеванием. Если я буду включен(-а) в групповой план медицинского обслуживания, в котором предусмотрено положение о ранее существовавших заболеваниях, мне может быть зачтено то время, в течение которого я получал(а) покрытие по программе оплаты медицинской помощи.
- Я понимаю, что в случае определения моего соответствия требованиям к получению пособия по оплате медицинской помощи мне будет выделен наиболее полноценный пакет пособия по оплате медицинских услуг, доступный мне. Я понимаю, что от меня может потребоваться регистрация в плане медицинского обслуживания. Я понимаю, что регистрация в плане медицинского обслуживания может быть для меня бесплатной или предоставляться по сниженной стоимости, поскольку Департамент уплачивает ежемесячный взнос в план медицинского обслуживания от моего имени. Я понимаю, что ежемесячный взнос является подушным взносом. Я понимаю, что пособие по оплате медицинской помощи при отсутствии у меня прав ввиду ошибки, мошенничества или какой-либо другой причины, от меня может потребоваться возместить Департаменту все ежемесячные взносы, уплаченные от моего имени.
- Я понимаю, что в случае моего соответствия требованиям более чем одной категории пособия по оплате медицинской помощи мне будет присвоена наиболее благоприятная для меня категория. Я понимаю, что у меня есть право выбора категории пособия по оплате медицинской помощи, которое я буду получать, и что я могу запросить смену на другую категорию в случае наличия у меня прав в отношении нее.
- Я понимаю, что в отношении меня может быть определено соответствие требованиям к получению пособия по оплате медицинской помощи с ежемесячной уплатой страховых взносов.
- Я понимаю, что у штата есть право пересмотра всех документов о медицинском обслуживании, компенсированном программой по оплате медицинской помощи. Оплата обслуживания будет производиться напрямую поставщику, не мне. Сюда входят платежи от программы Medicare.
- Я предоставляю штату право обращаться за платежами к частным или государственным организациям медицинского страхования или к ответственной третьей стороне, с обращением в суд или без него. Зафиксированная сумма не будет превышать суммы, уплаченной программой по оплате медицинской помощи.
- Я понимаю, что у меня есть право запросить у Бюро социальной помощи (CAO) содействие в получении подтверждения расходов, и что CAO может связываться с другими лицами в целях подтверждения моих сложностей с получением каких-либо подтверждений.
- Я понимаю, что в случае несоответствия всех или некоторых из лиц, подающих заявление, требованиям программы по оплате медицинской помощи, предоставляемой посредством Департамента, у них может быть право на получение пособий на федеральном уровне и/или они могут изучить варианты медицинского обслуживания от частных компаний при помощи платформы медицинского страхования в штате Пенсильвания (Pennie). В таком случае я предоставляю Департаменту право передавать мое имя и данные по такому заявлению платформе Pennie.
- **Продление действия покрытия в последующие годы:** Для облегчения определения моего соответствия требованиям в целях оплаты медицинского страхования в последующие годы я выражаю согласие с тем, чтобы разрешить платформе медицинского страхования в штате Пенсильвания (Pennie) использовать данные о моем доходе, включая информацию из налоговых деклараций. Платформа Pennie направит уведомление с возможностью внести какие-либо изменения, и я могу отказаться от этого в любое время.

Да, продлевать действие моего соответствия требованиям на последующие:
(выберите один вариант):

- ☐ Пять лет (максимально возможное количество лет)
- ☐ Четыре года
- ☐ Три года
- ☐ Два года
- ☐ Один год
- ☐ Не использовать данные из налоговых деклараций для продления действия моего покрытия.