



Заявление на получение медицинского страхового покрытия Лёгкая, доступная защита Вашей семьи.

This is an application for health care 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 salud. Si necesita ayuda para traducirla, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado (county assistance office, CAO). Los servicios de traducción se proporcionan de forma gratuita.

هذا تطبيق مخصص لفوائد الرعاية الصحية. الرجاء الاتصال على مكتب المساعدة المحلي CAO إذا كنت في حاجة إلى المساعدة في ترجمته. سيتم تقديم خدمات الترجمة مجاناً.

Đây là đơn xin hưởng phúc lợi bảo hiểm y tế. Nếu bạn cần trợ giúp dịch thuật thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ ở quận, gọi tắt là CAO. Các dịch vụ dịch thuật sẽ được cung cấp miễn phí.

这是一份医疗福利申请表。如果您需要翻译服务，请联系您所在郡的郡援助办公室（CAO）。翻译服务将免费提供。

នេះគឺជាការដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែពាក្យស្នើសុំនេះ សូមទាក់ទងមកកាន់ការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធីរ៉ាប់ស៊ីអ៊ុក (CAO)។ សេវាបកប្រែនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមិនគិតថ្លៃ។

Это заявление на получение льготного медицинского страхования. В этом приложении будут содержаться все данные о ваших льготах по медицинскому обслуживанию. Если вам нужна помощь в переводе этого документа, обратитесь в окружное отделение социальной помощи. Услуги перевода предоставляются бесплатно.

Это заявление поможет Вам ознакомиться с разными видами покрытия, на которые Вы можете рассчитывать:

- Бесплатная или недорогая медицинская страховка от Медикейд (Medical Assistance) или от программы (Children's Health Insurance Program (CHIP)
- Новый налоговый кредит, помогающий Вам оплачивать премии по медицинской страховке
- Доступные частные страховые планы, предлагающие комплексное покрытие, которое поможет Вам поддерживать здоровье

Кто может воспользоваться этим заявлением?

Вы можете использовать это заявление для подачи прошения от имени любого члена Вашей семьи, даже если у них уже есть страховка на данный момент. Вы можете подать заявление, даже если Вы не заполняете федеральную налоговую декларацию.

Пожалуйста, обратите внимание: если Вам требуется денежная помощь или льготы по программе дополнительной продовольственной поддержки (Supplemental Nutrition Assistance Program), Вы должны заполнить другое заявление.

Заполните заявление онлайн, это быстрее.

Если хотите быстрее оформить заявление, сделайте это онлайн на сайте www.compass.state.pa.us. Если Вы предпочитаете подать заявление по телефону, звоните по номеру 1-866-550-4355 в наш центр по обслуживанию клиентов для получения страхового медицинского покрытия.

Что необходимо для подачи заявления:

- Номера социального страхования (или номера документов для всех легальных иммигрантов) для всех, нуждающихся в страховке
- Номера полисов всех имеющихся на данный момент медицинских страховок или страховок, которые у Вас недавно были
- Работодатель и информация о доходе всех членов семьи (например, корешки квитанций, формы W-2, справки о зарплатах и уплаченных налогах)
- Информация обо всем медицинском страховании, которое ваша семья получает через работу.

Почему мы собираем эту информацию?

Мы собираем данные о доходе и другую информацию, чтобы определить тип страхового покрытия, на которое Вы можете рассчитывать, и узнать, можете ли Вы получать помощь для его оплаты. **Вся полученная нами информация является личной и конфиденциальной, как того требует закон.**

Что за этим следует?

Отправьте полностью заполненное и подписанное заявление в Ваше местное окружное отделение социальной помощи. Звоните по номеру 1-800-842-2020, если Вы не знаете адреса. **Даже если у Вас нет всей необходимой нам информации, Вам следует подписать и подать заявление.**

В течение следующих 30 дней мы с Вами свяжемся и Вы получите инструкции о следующих шагах, которые необходимо сделать для завершения процесса получения страхового медицинского покрытия. Если Вы не получите от нас никаких известий, обратитесь в свое местное окружное отделение социальной помощи или звоните по телефону 1-877-395-8930.

Вам окажут помощь в заполнении заявления:

- **Онлайн:** www.compass.state.pa.us
- **По телефону:** Звоните на горячую линию Департамента социального обеспечения (DHS Helpline) по телефону 1-800-842-2020. Люди с проблемами слуха должны звонить по телефону 1-800-451-5886
- **En Español:** Si necesita esta información en español, llame al teléfono: 1-800-842-2020
- **Лично:** обратитесь в свое окружное отделение социальной помощи

Если у Вас инвалидность и Вам требуется бланк заявления с более крупным шрифтом или в другом формате, звоните, пожалуйста, по телефону 1-800-692-7462. Глухие, слабослышащие или имеющие проблемы с речью люди, желающие воспользоваться помощью по телефону, должны набрать 711 и воспользоваться услугами телетайпа штата Пенсильвания.



Только для медицинского персонала • Medical Providers Use Only		
Provider Name	Provider Number	<input type="checkbox"/> Emergency

Только для сотрудников CAO • CAO Use Only					
Application Registration Number	Caseload	County	District	Record Number	Date Stamp

Начало:

На каком языке вы предпочитаете общаться? Английский Испанский Другое (укажите) _____
 Нужен ли вам переводчик? Да Нет Если да, то на какой язык? _____

Предлагаем отказаться от бумажной документации! Хотите получать все уведомления онлайн?
 Зайдите на сайт www.compass.state.pa.us и создайте свой аккаунт на MyCOMPASS Account.

Мы просим Вас по возможности ответить на все вопросы за исключением тех, в инструкциях к которым указано, что на них можно не отвечать. Более полная информация поможет нам быстрее обработать Ваше заявление.

ВАЖНО: Все желающие подать заявление обязаны предоставить номер социального страхования (SSN) или подать прошение о его присвоении и ответить на вопросы о гражданстве. Те, кто не подает заявление на медицинское страховое покрытие, не обязаны предоставлять номер социального страхования, но предоставление этой информации поможет ускорить процесс рассмотрения заявления. Нам нужны номера SSN для проверки получаемого дохода и определения тех, кто имеет право на получение помощи для покрытия расходов, связанных с медициной. Если кому-нибудь нужна помощь для получения SSN, звоните по телефону 1-800-772-1213 или зайдите на сайт www.socialsecurity.gov. Людям с проблемами слуха следует звонить по телефону 1-800-325-0778.

Расскажите нам о себе. Нам необходимо связаться со взрослым/родителем/лицом, ответственным за уход.

Лицо 1		Пожалуйста, пишите печатными буквами	
Имя и фамилия (имя, средний инициал, фамилия, суффикс – Jr/Sr и так далее):		Вы подаёте заявление на себя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГОД)	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Семейное положение <input type="checkbox"/> Одинокий/Одинокая <input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> Женатый/Замужем <input type="checkbox"/> Разведённый/Разведена <input type="checkbox"/> Вдовец/Вдова	
Домашний адрес (включая улицу, номер квартиры, город, штат, округ и почтовый индекс + 4):		Номер телефона ()	Тип телефона: (✓): <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный
Почтовый адрес (если отличается от адреса проживания)		Второй номер телефона: ()	Тип телефона: (✓): <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный
<input type="checkbox"/> (✓) Отметьте здесь, если у Вас нет домашнего адреса. В этом случае Вам необходимо предоставить почтовый адрес.			
Вы беременны? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, дата родов?	Сколько младенцев ожидается?	

Ответьте на следующие вопросы, если Вы подаёте заявление на себя.

Да Нет ➤ Если Вы не отвечаете требованиям, необходимым для полного медицинского покрытия, согласны ли Вы пройти проверку на соответствие покрытию только по программе планирования семьи (Family Planning Services)?

Да Нет ➤ Если Вам ещё нет 21 года, мы будем учитывать только Ваш доход для программы планирования семьи. Если Вы хотите проверки Вашего соответствия на получение полного медицинского покрытия, нам нужно будет проверить доход Вашего домохозяйства, включая доход Ваших родителей/родителя. Хотите ли Вы, чтобы мы проверили Ваше соответствие только программе планирования семьи, а НЕ полного медицинского покрытия?

Да Нет ➤ Независимо от Вашего возраста, опасаетесь ли Вы, что полученная по месту Вашего проживания информация о программе планирования семьи может заставить супруга/супругу, родителей или другого человека причинить Вам физический, эмоциональный или какой-либо другой вред?

Вы гражданин или подданный США? Да Нет

Если Вы не гражданин и не подданный США, ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:

У Вас есть легальный иммиграционный статус? <input type="checkbox"/> Да	Если да, напишите, какой тип документа Вам выдан и его идентификационный номер.	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
Вы живёте в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Вы сами, Ваш(а) супруг(а) или родитель ветераны или служат в армии США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Есть ли у Вас инвалидность или потребность в специальном лечении? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, какая инвалидность? (ответ по желанию)	Вам требуется помощь для оплаты каких-либо медицинских счетов за последние три месяца? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Вы живёте в медицинском учреждении или в доме с долгосрочным уходом, или у Вас физические, умственные или эмоциональные проблемы, ограничивающие Вас в выполнении каких-либо действий (например, купания, одевании, выполнении каждодневных обязанностей, и тому подобное)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			

Вопросы для лиц моложе 26 лет:	
Вы студент, обучающийся на дневном отделении? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Находились ли Вы на воспитании во временной семье (foster care) в возрасте 18 лет или старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
В каком штате?	
РАСА (по желанию) (Подчеркните нужное) <input type="checkbox"/> Чёрный или американец африканского происхождения <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Родом с Гавайских или Тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски (смотри Приложение А) <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Другое _____	
НАЦИОНАЛЬНОСТЬ (по желанию) <input type="checkbox"/> Выходец из Испании или Латинской Америки <input type="checkbox"/> Не выходец из Испании или Латинской Америки	



Расскажите нам о своей семье.

Расскажите нам обо всех членах семьи, живущих с Вами. Если Вы заполняете налоговую декларацию, нам необходимо знать о каждом лице, включённом в Вашу декларацию о налогах.

ПРИМЕЧАНИЕ: Заполнение налоговой декларации не является обязательным условием для получения медицинского покрытия.

Лица, которых нужно включить в заявление:

- Супруг/а или партнёр
- Дети младше 21 года, проживающие с Вами
- Все если они не проживают с вами, кто включён в Вашу налоговую декларацию, даже если они не проживают с Вами
- Все остальные лица младше 21 года, которые проживают с Вами и о которых Вы заботитесь

Если Вы включаете более шести человек, распечатайте дополнительные страницы и приложите их к заявлению.

Лицо 2		Пожалуйста, пишите печатными буквами			
Имя и фамилия (имя, средний инициал, фамилия, суффикс – Jr/Sr и так далее):		Вы подаёте заявление на этого человека? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального страхования:	
Дата рождения (ММ/ДД/ГОД)	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Семейное положение ▶	<input type="checkbox"/> Одинокий/Одинокая	<input type="checkbox"/> Раздельное проживание	<input type="checkbox"/> Женатый/Замужем
			<input type="checkbox"/> Разведённый/Разведена	<input type="checkbox"/> Вдовец/Вдова	
Кем этот человек приходится Вам? <input type="checkbox"/> Супруг/супруга <input type="checkbox"/> Ребёнок <input type="checkbox"/> Пасынок/падчерица <input type="checkbox"/> Не родственник <input type="checkbox"/> Другое _____		Этот человек живет с Вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Этот человек беременный? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, дата родов?	Сколько младенцев ожидается?			
Ответьте на нижеследующие вопросы, если Вы подаёте заявление на этого человека.					
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ▶		Если он/она не отвечает критериям полного медицинского покрытия, желает ли этот человек пройти проверку для получения услуг только по программе планирования семьи?			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ▶		Если это человек моложе 21 года, мы будем учитывать только его доход при рассмотрении на программу планирования семьи. Если это человек хочет проверки на соответствие критериям на полное медицинское страховое покрытие, нам необходимо оценить доход его домохозяйства, включая доход его родителя/родителей. Хочет ли этот человек, чтобы мы рассмотрели его соответствие только на программу планирования семьи, а НЕ на полное медицинское страховое покрытие?			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ▶		Независимо от его возраста, этот человек опасается, что информация о программе планирования семьи, полученная по месту жительства, может заставить его/ее супруга/ супругу, родителей или другого человека причинить ему/ей физический, эмоциональный или другой вред?			
Это лицо является гражданином или подданным США?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если это лицо не является гражданином или подданным США, ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:					
У него есть легальный иммиграционный статус? <input type="checkbox"/> Да	Если да, напишите, какой тип документа ему выдан и ID идентификационный номер документа. ▶	Тип документа:		Идентификационный номер документа:	
Этот человек живет в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Этот человек, или его супруг/супруга, или его родитель ветераны или служат в армии США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Этот человек имеет инвалидность или потребность в специальном медицинском уходе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, какая инвалидность? (ответ по желанию)	Этот человек нуждается в помощи по оплате медицинских счетов за последние три месяца? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Этот человек живет в медицинском учреждении или в доме с долгосрочным уходом, или у него физические, умственные или эмоциональные проблемы, ограничивающие его в выполнении определенных действий (например, купании, одевании, каждодневных обязанностях и тому подобное)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Вопросы для лиц моложе 26 лет:	Этот человек студент, обучающийся на дневном отделении? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Был ли этот человек на воспитании во временной семье (foster care) в возрасте 18 лет и старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		В каком штате?	
	РАСА (по желанию) (Подчеркните нужное) <input type="checkbox"/> Чёрный или американец африканского происхождения <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Родом с Гавайских или Тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски (смотри Приложение А) <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Другое _____				
НАЦИОНАЛЬНОСТЬ (по желанию) <input type="checkbox"/> Выходец из Испании или Латинской Америки <input type="checkbox"/> Не выходец из Испании или Латинской Америки					



Лицо 3

Пожалуйста, пишите печатными буквами

Имя и фамилия (имя, средний инициал, фамилия, суффикс – Jr/Sr и так далее):		Вы подаёте заявление на этого человека? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГОД)	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Семейное положение ▶ <input type="checkbox"/> Одинокий/Одинокая <input type="checkbox"/> Разведённый/Разведена	<input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> Вдовец/Вдова <input type="checkbox"/> Женатый/Замужем
Кем этот человек приходится Вам? <input type="checkbox"/> Супруг/супруга <input type="checkbox"/> Ребёнок <input type="checkbox"/> Пасынок/падчерица <input type="checkbox"/> Не родственник <input type="checkbox"/> Другое _____		Этот человек живет с Вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Этот человек беременный? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, дата родов?	Сколько младенцев ожидается?	

Ответьте на нижеследующие вопросы, если Вы подаёте заявление на этого человека.

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если он/она не отвечает критериям полного медицинского покрытия, желает ли этот человек пройти проверку для получения услуг только по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это человек моложе 21 года, мы будем учитывать только его доход при рассмотрении на программу планирования семьи. Если это человек хочет проверки на соответствие критериям на полное медицинское страховое покрытие, нам необходимо оценить доход его домохозяйства, включая доход его родителя/родителей. Хочет ли этот человек, чтобы мы рассмотрели его соответствие только на программу планирования семьи, а НЕ на полное медицинское страховое покрытие?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от его возраста, этот человек опасается, что информация о программе планирования семьи, полученная по месту жительства, может заставить его/ее супруга/ супругу, родителей или другого человека причинить ему/ей физический, эмоциональный или другой вред?

Это лицо является гражданином или подданным США? Да Нет

Если это лицо не является гражданином или подданным США, ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:

У него есть легальный иммиграционный статус? <input type="checkbox"/> Да	Если да, напишите, какой тип документа ему выдан и ID идентификационный номер документа. ▶	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
Этот человек живет в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Этот человек, или его супруг/супруга, или его родитель ветераны или служат в армии США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

Этот человек имеет инвалидность или потребность в специальном медицинском уходе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, какая инвалидность? (ответ по желанию)	Этот человек нуждается в помощи по оплате медицинских счетов за последние три месяца? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
--	---	---

Этот человек живет в медицинском учреждении или в доме с долгосрочным уходом, или у него физические, умственные или эмоциональные проблемы, ограничивающие его в выполнении определенных действий (например, купании, одевании, каждодневных обязанностях и тому подобное)? Да Нет

Вопросы для лиц моложе 26 лет:	Этот человек студент, обучающийся на дневном отделении? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Был ли этот человек на воспитании во временной семье (foster care) в возрасте 18 лет и старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	В каком штате?
---------------------------------------	--	---	----------------

РАСА (по желанию) Чёрный или американец африканского происхождения Азиат Родом с Гавайских или Тихоокеанских островов
 (Подчеркните нужное) Американский индеец или коренной житель Аляски (смотри Приложение А) Белый Другое _____

НАЦИОНАЛЬНОСТЬ (по желанию) Выходец из Испании или Латинской Америки Не выходец из Испании или Латинской Америки



Лицо 4

Пожалуйста, пишите печатными буквами

Имя и фамилия (имя, средний инициал, фамилия, суффикс – Jr/Sr и так далее):		Вы подаёте заявление на этого человека? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГОД)	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Семейное положение ▶ <input type="checkbox"/> Одинокий/Одинокая <input type="checkbox"/> Разведённый/Разведена	<input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> Вдовец/Вдова <input type="checkbox"/> Женатый/Замужем
Кем этот человек приходится Вам? <input type="checkbox"/> Супруг/супруга <input type="checkbox"/> Ребёнок <input type="checkbox"/> Пасынок/падчерица <input type="checkbox"/> Не родственник <input type="checkbox"/> Другое _____		Этот человек живет с Вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Этот человек беременный? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, дата родов?	Сколько младенцев ожидается?	

Ответьте на нижеследующие вопросы, если Вы подаёте заявление на этого человека.

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если он/она не отвечает критериям полного медицинского покрытия, желает ли этот человек пройти проверку для получения услуг только по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это человек моложе 21 года, мы будем учитывать только его доход при рассмотрении на программу планирования семьи. Если это человек хочет проверки на соответствие критериям на полное медицинское страховое покрытие, нам необходимо оценить доход его домохозяйства, включая доход его родителя/родителей. Хочет ли этот человек, чтобы мы рассмотрели его соответствие только на программу планирования семьи, а НЕ на полное медицинское страховое покрытие?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от его возраста, этот человек опасается, что информация о программе планирования семьи, полученная по месту жительства, может заставить его/ее супруга/ супругу, родителей или другого человека причинить ему/ей физический, эмоциональный или другой вред?

Это лицо является гражданином или подданным США? Да Нет

Если это лицо не является гражданином или подданным США, ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:

У него есть легальный иммиграционный статус? <input type="checkbox"/> Да	Если да, напишите, какой тип документа ему выдан и ID идентификационный номер документа. ▶	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
Этот человек живет в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Этот человек, или его супруг/супруга, или его родитель ветераны или служат в армии США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

Этот человек имеет инвалидность или потребность в специальном медицинском уходе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, какая инвалидность? (ответ по желанию)	Этот человек нуждается в помощи по оплате медицинских счетов за последние три месяца? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
--	---	---

Этот человек живет в медицинском учреждении или в доме с долгосрочным уходом, или у него физические, умственные или эмоциональные проблемы, ограничивающие его в выполнении определенных действий (например, купании, одевании, каждодневных обязанностях и тому подобное)? Да Нет

Вопросы для лиц моложе 26 лет:	Этот человек студент, обучающийся на дневном отделении? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Был ли этот человек на воспитании во временной семье (foster care) в возрасте 18 лет и старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	В каком штате?

РАСА (по желанию) (Подчеркните нужное)	<input type="checkbox"/> Чёрный или американец африканского происхождения	<input type="checkbox"/> Азиат	<input type="checkbox"/> Родом с Гавайских или Тихоокеанских островов
	<input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски (смотри Приложение А)	<input type="checkbox"/> Белый	<input type="checkbox"/> Другое _____

НАЦИОНАЛЬНОСТЬ (по желанию)	<input type="checkbox"/> Выходец из Испании или Латинской Америки	<input type="checkbox"/> Не выходец из Испании или Латинской Америки
---------------------------------------	---	--



Лицо 5

Пожалуйста, пишите печатными буквами

Имя и фамилия (имя, средний инициал, фамилия, суффикс – Jr/Sr и так далее):		Вы подаёте заявление на этого человека? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГОД)	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Семейное положение	<input type="checkbox"/> Одинокий/Одинокая <input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> Женатый/Замужем <input type="checkbox"/> Разведённый/Разведена <input type="checkbox"/> Вдовец/Вдова
Кем этот человек приходится Вам? <input type="checkbox"/> Супруг/супруга <input type="checkbox"/> Ребёнок <input type="checkbox"/> Пасынок/падчерица <input type="checkbox"/> Не родственник <input type="checkbox"/> Другое _____		Этот человек живет с Вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Этот человек беременный? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, дата родов?	Сколько младенцев ожидается?	

Ответьте на нижеследующие вопросы, если Вы подаёте заявление на этого человека.

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если он/она не отвечает критериям полного медицинского покрытия, желает ли этот человек пройти проверку для получения услуг только по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если это человек моложе 21 года, мы будем учитывать только его доход при рассмотрении на программу планирования семьи. Если это человек хочет проверки на соответствие критериям на полное медицинское страховое покрытие, нам необходимо оценить доход его домохозяйства, включая доход его родителя/родителей. Хочет ли этот человек, чтобы мы рассмотрели его соответствие только на программу планирования семьи, а НЕ на полное медицинское страховое покрытие?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Независимо от его возраста, этот человек опасается, что информация о программе планирования семьи, полученная по месту жительства, может заставить его/ее супруга/ супругу, родителей или другого человека причинить ему/ей физический, эмоциональный или другой вред?

Это лицо является гражданином или подданным США? Да Нет

Если это лицо не является гражданином или подданным США, ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:

У него есть легальный иммиграционный статус? <input type="checkbox"/> Да	Если да, напишите, какой тип документа ему выдан и ID идентификационный номер документа.	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
Этот человек живет в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Этот человек, или его супруг/супруга, или его родитель ветераны или служат в армии США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

Этот человек имеет инвалидность или потребность в специальном медицинском уходе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, какая инвалидность? (ответ по желанию)	Этот человек нуждается в помощи по оплате медицинских счетов за последние три месяца? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
--	---	---

Этот человек живет в медицинском учреждении или в доме с долгосрочным уходом, или у него физические, умственные или эмоциональные проблемы, ограничивающие его в выполнении определенных действий (например, купании, одевании, каждодневных обязанностях и тому подобное)? Да Нет

Вопросы для лиц моложе 26 лет:	Этот человек студент, обучающийся на дневном отделении? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Был ли этот человек на воспитании во временной семье (foster care) в возрасте 18 лет и старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	В каком штате?

РАСА (по желанию) (Подчеркните нужное)	<input type="checkbox"/> Чёрный или американец африканского происхождения	<input type="checkbox"/> Азиат	<input type="checkbox"/> Родом с Гавайских или Тихоокеанских островов
	<input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски (смотри Приложение А)	<input type="checkbox"/> Белый	<input type="checkbox"/> Другое _____

НАЦИОНАЛЬНОСТЬ (по желанию)	<input type="checkbox"/> Выходец из Испании или Латинской Америки	<input type="checkbox"/> Не выходец из Испании или Латинской Америки
---------------------------------------	---	--



Лицо 6

Пожалуйста, пишите печатными буквами

Имя и фамилия (имя, средний инициал, фамилия, суффикс – Jr/Sr и так далее):		Вы подаёте заявление на этого человека? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГОД)	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Семейное положение ▶ <input type="checkbox"/> Одинокий/Одинокая <input type="checkbox"/> Разведённый/Разведена <input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> Вдовец/Вдова <input type="checkbox"/> Женатый/Замужем	
Кем этот человек приходится Вам? <input type="checkbox"/> Супруг/супруга <input type="checkbox"/> Ребёнок <input type="checkbox"/> Пасынок/падчерица <input type="checkbox"/> Не родственник <input type="checkbox"/> Другое _____		Этот человек живет с Вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Этот человек беременный? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, дата родов?	Сколько младенцев ожидается?	

Ответьте на нижеследующие вопросы, если Вы подаёте заявление на этого человека.

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если он/она не отвечает критериям полного медицинского покрытия, желает ли этот человек пройти проверку для получения услуг только по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это человек моложе 21 года, мы будем учитывать только его доход при рассмотрении на программу планирования семьи. Если это человек хочет проверки на соответствие критериям на полное медицинское страховое покрытие, нам необходимо оценить доход его домохозяйства, включая доход его родителя/родителей. Хочет ли этот человек, чтобы мы рассмотрели его соответствие только на программу планирования семьи, а НЕ на полное медицинское страховое покрытие?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от его возраста, этот человек опасается, что информация о программе планирования семьи, полученная по месту жительства, может заставить его/ее супруга/ супругу, родителей или другого человека причинить ему/ей физический, эмоциональный или другой вред?

Это лицо является гражданином или подданным США? Да Нет

Если это лицо не является гражданином или подданным США, ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:

У него есть легальный иммиграционный статус? <input type="checkbox"/> Да	Если да, напишите, какой тип документа ему выдан и ID идентификационный номер документа. ▶	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
Этот человек живет в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Этот человек, или его супруг/супруга, или его родитель ветераны или служат в армии США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

Этот человек имеет инвалидность или потребность в специальном медицинском уходе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, какая инвалидность? (ответ по желанию)	Этот человек нуждается в помощи по оплате медицинских счетов за последние три месяца? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
--	---	---

Этот человек живет в медицинском учреждении или в доме с долгосрочным уходом, или у него физические, умственные или эмоциональные проблемы, ограничивающие его в выполнении определенных действий (например, купании, одевании, каждодневных обязанностях и тому подобное)? Да Нет

Вопросы для лиц моложе 26 лет:	Этот человек студент, обучающийся на дневном отделении? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Был ли этот человек на воспитании во временной семье (foster care) в возрасте 18 лет и старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	В каком штате?
---------------------------------------	--	---	----------------

РАСА (по желанию) (Подчеркните нужное)	<input type="checkbox"/> Чёрный или американец африканского происхождения	<input type="checkbox"/> Азиат	<input type="checkbox"/> Родом с Гавайских или Тихоокеанских островов
	<input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски (смотри Приложение А)	<input type="checkbox"/> Белый	<input type="checkbox"/> Другое _____

НАЦИОНАЛЬНОСТЬ (по желанию)	<input type="checkbox"/> Выходец из Испании или Латинской Америки	<input type="checkbox"/> Не выходец из Испании или Латинской Америки
------------------------------------	---	--



Информация о налогах

Предоставьте эту информацию о Вашем супруге/Вашей супруге/партнере и детях, живущих с Вами, а также обо всех других лицах, включенных в декларацию о налогах, если Вы ее заполняете.

Планирует ли кто-либо из лиц, указанных в Вашем заявлении, заполнять федеральную налоговую декларацию на **СЛЕДУЮЩИЙ ГОД**? Да Нет

Если да, укажите тех, кто заполняет налоговую декларацию и супругу/а заполнителя, если заполняется совместная декларация.

ИМЯ ЗАПОЛНИТЕЛЯ ДЕКЛАРАЦИИ О НАЛОГАХ	ПРИ СОВМЕСТНОМ ЗАПОЛНЕНИИ: ИМЯ СУПРУГА/СУПРУГИ

Будет ли кто-либо из лиц, указанных в заявлении, записывать на себя иждивенцев в налоговой декларации? Да Нет

Если да, укажите заполнителя и иждивенцев.

Один иждивенец может записываться только на одного заполнителя. Для тех, кто совместно заполняет декларацию, указывайте иждивенцев только того лица, кто подписывает налоговую декларацию.

ИМЯ ЗАПОЛНИТЕЛЯ ДЕКЛАРАЦИИ О НАЛОГАХ	ИЖДИВЕНЕЦ/ИЖДИВЕНЦЫ

Будет ли кто-либо из лиц, указанных в заявлении, записан иждивенцем в чью-либо налоговую декларацию? Да Нет

Если да, перечислите иждивенцев и заполнителей налоговых деклараций, которые их запишут на себя.

Нет необходимости предоставлять информацию в этой таблице, если иждивенец уже был записан выше.

ИМЯ ИЖДИВЕНЦА	ИМЯ ЗАПОЛНИТЕЛЯ ДЕКЛАРАЦИИ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАПОЛНИТЕЛЮ НАЛОГОВОЙ ДЕКЛАРАЦИИ

Налоговые вычеты

Если кто-нибудь оплачивает те вещи, стоимость которых затем высчитывается из уплачиваемых федеральных налогов, нам следует об этом знать, потому что это может немного снизить стоимость медицинского покрытия.

Примечание: При самозанятости, не включайте те расходы, которые Вы затем запишите в графе расходов в своей налоговой форме Schedule C (например, расходы на автомобиль и грузовик, амортизация, зарплата работникам, бенефиты сотрудникам и тому подобное).

Имеются ли расходы по: (✓)(Поставьте галочку в графе "Да")	Да	Чьи это расходы?	Как часто оплачиваются эти расходы? (один раз, ежемесячно, ежеквартально, два раза в год, ежегодно)	Сколько?
Вычеты процентов по студенческому займу				
Вычеты по медицинской страховке для самозанятых				
Вычитаемая часть налога на самозанятость				
Вычеты по медицинскому сберегательному счету				
Другое (конкретизируйте)				



Доход

Пожалуйста, сообщите нам о доходе всех детей и взрослых, включенных в данное заявление.

Перечислите все виды дохода:

- Занятость (зарплата, чаевые, комиссионные, бонусы)
- Самозанятость (включая присмотр за детьми, деньги, получаемые Вами за квартирование и питание)
- Компенсация по безработице
- Бенефиты по социальному страхованию
- Пенсия
- Алименты
- Дивиденды/проценты
- Фермерство/рыболовство
- Аренда/гонорар
- Выигрыши в лотерею и в азартных играх

Чей это доход?	Тип/источник дохода	Как часто получают этот доход? (еженедельно, каждые две недели, ежегодно)	Среднее количество рабочих часов в неделю:	Общий доход? (доход, получаемый до уплаты налогов и вычетов)

За последний год кто-нибудь: (выберите нужное)

Менял место работы? Кто? _____ Стал работать меньше часов? Кто? _____

Перестал работать? Кто? _____

Менялся чей-то доход от месяца к месяцу? Да Нет

Если да, назовите лицо/лиц, чей доход меняется и укажите их ожидаемый доход в этом и следующем году.

ИМЯ	ОБЩИЙ ОЖИДАЕМЫЙ ДОХОД В ЭТОМ ГОДУ	ОБЩИЙ ОЖИДАЕМЫЙ ДОХОД В СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ (если он изменится)



Медицинская страховка

Если кто-либо из перечисленных в данном заявлении лиц имеет медицинское покрытие или имел медицинское покрытие в недавнем прошлом, пожалуйста, заполните этот раздел.

Кто-нибудь из указанных в Вашем заявлении лиц имеет медицинское покрытие? Да Нет

Кто-нибудь из указанных в Вашем заявлении лиц имел медицинское покрытие в последние 90 дней? Да Нет

Если да, заполните, пожалуйста, следующий раздел и сообщите нам все сведения о страховке. Если нет, пропустите этот раздел.

Если у Вас есть (или было в последние 90 дней) более одного типа медицинского покрытия, пожалуйста, дайте информацию о **каждом** полисе. При наличии более трёх типов полисов, сделайте копию страниц и приложите их к заявлению.

Тип медицинского страхового покрытия

- Страховка работодателя Medicare TRICARE*
 Peace Corps Индивидуальный план Другое _____

СПИСОК ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ (ИЛИ ИМЕВШИХ) ПОКРЫТИЕ:

Имя держателя полиса:	Имя:	Фамилия:
Название страховой компании:	Имя:	Фамилия:
Номер полиса:	Имя:	Фамилия:
Имя группы/номер:	Имя:	Фамилия:

Что покрывается (или покрывалось)?

- Уход в госпитале Рецепты на лекарства
 Уход за глазами Визиты к врачам Стоматология

Это (или это был) план по лимитированным бенефитам (наподобие полиса по школьным происшествиям)?

Да Нет

Начало этой страховки?

Когда страховка закончилась (или закончится)?
(Не заполняйте, если у Вас она имеется на данный момент)

Эта медицинская страховка закончилась (или закончится) по причине того, что держатель этого полиса потерял работу (был уволен, сокращен, ушел) или поменял место работы? Если да, кто утратил покрытие?

Да Нет

Дети потеряли (или потеряют) медицинскую страховку, потому что работодатель перестал предлагать покрытие? Да Нет

*Не отмечайте, если у Вас есть покрытие по линии direct care или Line of Duty.

Тип медицинского страхового покрытия

- Страховка работодателя Medicare TRICARE*
 Peace Corps Индивидуальный план Другое _____

СПИСОК ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ (ИЛИ ИМЕВШИХ) ПОКРЫТИЕ:

Имя держателя полиса:	Имя:	Фамилия:
Название страховой компании:	Имя:	Фамилия:
Номер полиса:	Имя:	Фамилия:
Имя группы/номер:	Имя:	Фамилия:

Что покрывается (или покрывалось)?

- Уход в госпитале Рецепты на лекарства
 Уход за глазами Визиты к врачам Стоматология

Это (или это был) план по лимитированным бенефитам (наподобие полиса по школьным происшествиям)?

Да Нет

Начало этой страховки?

Когда страховка закончилась (или закончится)?
(Не заполняйте, если у Вас она имеется на данный момент)

Эта медицинская страховка закончилась (или закончится) по причине того, что держатель этого полиса потерял работу (был уволен, сокращен, ушел) или поменял место работы? Если да, кто утратил покрытие?

Да Нет

Дети потеряли (или потеряют) медицинскую страховку, потому что работодатель перестал предлагать покрытие? Да Нет

*Не отмечайте, если у Вас есть покрытие по линии direct care или Line of Duty.

(Продолжение по медицинской страховке на следующей странице)



Медицинская страховка (продолжение)

Тип медицинского
страхового покрытия

- Страховка работодателя Medicare TRICARE*
 Peace Corps Индивидуальный план Другое _____

СПИСОК ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ (ИЛИ ИМЕВШИХ) ПОКРЫТИЕ:

Имя держателя полиса:	Имя:	Фамилия:
Название страховой компании:	Имя:	Фамилия:
Номер полиса:	Имя:	Фамилия:
Имя группы/номер:	Имя:	Фамилия:

Что покрывается
(или покрывалось)?

- Уход в госпитале Рецепты на лекарства
 Уход за глазами Визиты к врачам Стоматология

Это (или это был) план по лимитированным бенефитам (наподобие полиса по школьным происшествиям)?

- Да Нет

Начало этой
страховки?

Когда страховка закончилась (или закончится)?
(Не заполняйте, если у Вас она имеется на данный момент)

Эта медицинская страховка закончилась (или закончится) по причине того, что держатель этого полиса потерял работу (был уволен, сокращен, ушел) или поменял место работы?

Если да, кто утратил покрытие?

- Да Нет

Дети потеряли (или потеряют) медицинскую страховку, потому что работодатель перестал предлагать покрытие? Да Нет

*Не отмечайте, если у Вас есть покрытие по линии direct care или Line of Duty.





Медицинская страховка от работодателя

Если человек, включённый в Ваше заявление, имеет или ему предлагается медицинская страховка на работе, пожалуйста, заполните этот раздел. Это включает покрытие, получаемое на работе кем-нибудь другим, например, родителем или супругом/супругой.

Кому-нибудь из лиц, включенных в Ваше заявление, предлагается медицинское страхование от работы? Да Нет
Отметьте "ДА", даже если покрытие даётся с работы другого человека, например, родителя или супруга/супруги.

Если "ДА", заполните этот раздел и предоставьте максимум информации в Приложении Б: "Медицинское покрытие от работы/работ".

Это план с бенефитами для государственного работника? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Это покрытие COBRA? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Это пенсионный план медицинского страхования? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если Вам предлагают медицинское покрытие от работы, Вы должны платить (будете платить) за это покрытие? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Вы должны (будете) платить за покрытие Вашего ребёнка/детей? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Какова стоимость покрытия Вашей семьи, полученного через групповой медицинский план от Вашего работодателя? 	Стоимость покрытия Вашего ребёнка (детей) через групповой медицинский план от работодателя? 	

Регистрация избирателя? (по желанию)

Если Вы не зарегистрированы для голосования по месту жительства, хотите подать на регистрацию здесь и сегодня? Да Нет
ЕСЛИ ВЫ НИЧЕГО НЕ ОТМЕТИЛИ, БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ, ЧТО НА ЭТОТ РАЗ ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ КАК ИЗБИРАТЕЛЬ.

Чтобы зарегистрироваться, Вы должны: 1) быть в возрасте 18 лет или старше на момент следующих выборов; 2) быть гражданином Соединенных Штатов, по крайней мере, за месяц до СЛЕДУЮЩИХ ВЫБОРОВ; 3) жить в Пенсильвании на одной из выборных территорий, по крайней мере, за 30 дней до проведения следующих выборов.

Заявление на регистрацию или отказ от регистрации в качестве избирателя не окажет никакого воздействия на размер помощи, предоставляемой данным агентством.

Если Вам нужна помощь для заполнения заявления на регистрацию в качестве избирателя, мы Вам поможем. Вы принимаете решение о том, чтобы попросить о помощи и принять ее. Пожалуйста, обратитесь в окружное отделение социальной помощи, если Вам она будет нужна. Если Вы считаете, что кто-то нарушает Ваше право регистрироваться или отказываться регистрироваться для голосования, Ваше право свободно выбрать политическую партию или вмешивается в Ваши политические предпочтения, Вы можете написать жалобу и подать ее по адресу: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120 (бесплатный телефон 1-877-VOTESPA).

СОТРУДНИКИ ОКРУЖНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЗАПОЛНЯТ ЭТОТ БОКС НА ОСНОВЕ ВАШИХ ОТВЕТОВ COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED ON YOUR RESPONSE ABOVE

<input type="checkbox"/> Given to Client ___/___/___	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration ___/___/___	<input type="checkbox"/> Mailed to Client ___/___/___
<input type="checkbox"/> Declined, not interested ___/___/___	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen ___/___/___	<input type="checkbox"/> Declined, already registered ___/___/___



Программа медицинского страхования (Medical Assistance)

- Я понимаю, что штат Пенсильвания получает информацию из системы Income Eligibility Verification System (IEVS, система проверки дохода на соответствие), от финансовых институтов, из потребительских отчетов, от штатовских и федеральных агентств для проверки предоставляемой мной информации. Информация из системы IEVS и других учреждений может запрашиваться, использоваться и проходить встречную проверку в случае обнаружения агентством штата противоречивых деталей, и такая информация может повлиять на то, примут ли мое домохозяйство в программу, а также на уровень льгот.
- Я понимаю, что подписав это заявление, я даю разрешение всем финансовым учреждениям передавать, через электронные или любые другие средства, любую и всю финансовую информацию, которой владеет данный институт, Департаменту социального обеспечения или его полномочному агенту или подрядчику с целью идентификации и проверки активов при необходимости определить и провести повторную проверку соответствия критериям программы Medical Assistance. Я понимаю, что финансовая информация включает информацию о вкладах, снятии денег, закрытии счетов, и другую соответствующую информацию, запрошенную или полученную из финансовых институтов, включая другие операции, предпринятые финансовым институтом в отношении счета или актива. Я понимаю, что данное разрешение имеет силу только до момента, когда соответствие критериям Medical Assistance не подтверждается или заканчивается срок их действия, или я приму решение об отзыве посредством письменного уведомления департаменту, в зависимости от того, что случится раньше. Я понимаю, что если я отзываю это разрешение, это может привести к тому, что мое домохозяйство не сможет участвовать в программе Medical Assistance.
- Я понимаю, что если я искажаю, скрываю или не упоминаю факты, которые могут повлиять на мое соответствие требуемым критериям на получение льгот, от меня могут потребовать возвращения полученных льгот, меня могут преследовать в судебном порядке, и я могу утратить возможность получения некоторых льгот в будущем.
- Я понимаю, что я могу назначить полномочного представителя, заполнив раздел "Полномочный представитель" (Authorized Representative) и предоставив его вместе с этим заявлением.
- Я понимаю и согласен принять на себя всю ответственность за любые мошеннические з, сделанные в данном заявлении, даже если кто-либо другой подаст это заявление от моего имени.
- Я получил экземпляр описания моих прав и обязанностей, ознакомился с ними или кто-то ознакомил меня с ними, и они мне известны.
- Я понимаю, что информация, включенная в данное заявление, будет конфиденциальной и будет использоваться только для предоставления льгот. Я разрешаю использование личной, финансовой и медицинской информации с целью определения соответствия критериям.
- Я понимаю, что я обязан докладывать обо всех изменениях, о которых я обязан сообщать, в течение первых 10 дней следующего месяца после месяца, в течение которого произошли изменения.
- Я понимаю, что обязан(а) сообщать о выигрышах в лотерею и в азартных играх.
- Я понимаю, что я получу письменное уведомление с объяснениями относительно льгот. Если мне откажут в получении льгот, или если льготы будут изменены, приостановлены или прекращены, объяснение будет дано в этом письменном уведомлении.
- Я понимаю, что я смогу подать просьбу о судебном разбирательстве в случае моего несогласия с вынесенным решением по этому заявлению в течение 30 дней от даты уведомления.
- Я понимаю, что моя ситуация подлежит проверке у работодателей, финансовых источников и третьих сторон.
- Я понимаю, что заявители обязаны предоставить номер социального страхования (Social Security Number) или подать заявление о его получении в случае его отсутствия.
- Я понимаю, что я должен использовать систему электронного начисления льгот (EBT) или карту PA ACCESS Card только в течение периода моего участия в программе. Я должен использовать EBT или PA ACCESS Card только для лица, имеющего право на участие, и я могу получить только те льготы, которые необходимы и разумны.
- Я понимаю, что я не обязан давать номер социального страхования тех, кто не подаёт на медицинское страховое покрытие. Если я предоставляю их номер социального страхования, это может послужить основанием для проверки информации, предоставленной в данном заявлении.
- Я подтверждаю, под страхом наказания за дачу ложных показаний, что вся предоставленная информация соответствует действительности.
- Я понимаю, что имею право на сертификат засчитываемого покрытия для подтверждения моего медицинского страхового покрытия. Федеральный закон лимитирует случаи, когда можно отказать в медицинском покрытии или ограничить медицинское покрытие по причине ранее поставленного медицинского диагноза. Если я зарегистрируюсь в групповом медицинском плане, который исключает лечение ранее диагностированного состояния, мне могут засчитать время, в течение которого я получал Medical Assistance.
- Я понимаю, что в случае признания моей правомочности на получение льгот в рамках программы Medical Assistance, я буду зачислен(а) в наиболее полный доступный мне пакет медицинского обслуживания. Я понимаю, что мне может понадобиться зачисление в план медицинского страхования. Я понимаю, что зачисление в план медицинского страхования может быть для меня по сниженной стоимости или бесплатно, поскольку Департамент оплачивает ежемесячный взнос за мой план медицинского страхования. Я понимаю, что ежемесячный взнос является платежом, осуществляемым исходя из фиксированной суммы на одного человека. Я понимаю, что в случае получения субсидированной медицинской помощи Medical Assistance, на которую я не имел(а) права, вследствие ошибки, мошеннических действий или по иной причине, мне необходимо будет возместить Департаменту сумму всех ежемесячных взносов, уплаченных от моего имени.
- Я понимаю, что если кто-либо из заявителей или все заявители не соответствуют критериям для получения Medical Assistance, они могут соответствовать критериям программы CHIP. В этом случае, я даю разрешение Департаменту социального обеспечения передать мое имя и всю информацию в отдел страхования или подрядчику CHIP. Я понимаю мои права и обязанности по программе CHIP.
- Я понимаю, что если кто-либо из заявителей или все заявители не соответствуют критериям на получение медицинского страхового покрытия от департамента, они могут отвечать требованиям для получения федеральных льгот и/или могут



Ваши права и обязанности (продолжение)

рассмотреть варианты, предоставляемые рынком частного медицинского страхования (Health Insurance Marketplace). В этом случае я даю разрешение департаменту передать мое имя и информацию, имеющуюся в данном заявлении, на рынок страхования (Health Insurance Marketplace). Я понимаю мои права и обязанности перед Health Insurance Marketplace.

CHIP

У Вас есть право на:

- Конфиденциальность – Вся информация в данном заявлении будет конфиденциальной. Данное заявление будет известно только правительственным программам, на участие в которых Вы претендуете и/или в которые можете быть включены, например, Medical Assistance и помощь по оплате премий на рынке частного медицинского страхования.
- Назначение личного представителя – Вы можете выбрать другого человека, который будет получать всю медицинскую информацию относительно Вас или Ваших несовершеннолетних детей/ ребёнка. Для этого надо заполнить форму “Назначение личного представителя” (Personal Representative Designation Form).
- Сертификат засчитываемого покрытия – При выходе из программы Вы получите сертификат засчитываемого покрытия для подтверждения медицинского покрытия, в случае Вашего соответствия.
- Уведомление в письменной форме – Вам дадут письменное уведомление, объясняющее Ваше соответствие критериям.
- Апелляция – Вы можете попросить провести беспристрастное рассмотрение, если Вы не согласны с каким-либо решением по этому заявлению, если просьба будет подана в течение 30 дней со дня принятия решения.

Ваши обязанности:

- Прочитать и полностью понять данное заявление.
- Предоставить правдивую, правильную и полную информацию, понимая, что Вы будете наказаны за предоставление заведомо ложной информации: это серьезное правонарушение и квалифицируется как преступные мошеннические действия со страховой.
- Помочь с рассмотрением данного заявления, что может означать собеседования и ознакомление с историями болезней.
- Знать, что определенная информация может быть проверена через работодателей, финансовые источники и третьи стороны.
- Предоставить доказательства своей личности и гражданства США, если информация об этом не была собрана в процессе подачи заявления.
- Подтвердить легальный иммиграционный статус, предоставив бумаги из агентства US Citizenship and Immigration Services, если Вы подаёте заявление на кого-нибудь, кто не является гражданином США.
- Немедленно сообщать обо всех изменениях относительно Вашего домохозяйства, включая доход, адрес и номер телефона.

Я понимаю:

- Я понимаю, что если кто-либо из заявителей или все заявители не соответствуют требованиям CHIP, они могут отвечать критериям Medical Assistance. В этом случае, я разрешаю отделу страхования (Insurance Department) передать часть или все информацию Департаменту социального обеспечения. Я знаю мои права и обязанности по Medical Assistance.

- Если кто-либо из заявителей или все заявители не отвечают критериям CHIP, они могут соответствовать требованиям для получения федеральных льгот и/ или рассмотреть варианты, предлагаемые рынком частных медицинских страховок Health Insurance Marketplace. В этом случае я разрешаю Департаменту передавать часть или всю информацию данного заявления на рынок Health Insurance Marketplace. Я знаю мои права и обязанности перед рынком медицинского страхования.
- Если мой ребёнок признан соответствующим требованиям или зарегистрирован на получение медицинских льгот для государственных служащих через государственное агентство, и агентство будет оплачивать стоимость даже незначительной части льгот или страховых премий, тогда мой ребёнок не имеет право на участие в программе CHIP. В этом случае, если мой ребёнок получает льготы по программе CHIP, эти льготы могут быть отменены задним числом.

Рынок медицинских страховок:

- Я подтверждаю, под страхом наказания за дачу ложных сведений, что вся предоставленная информация соответствует действительности. Я знаю, что я могу понести наказание согласно федеральному закону, если я заведомо предоставляю сфабрикованную или ложную информацию.
- Я знаю, что обязан известить рынок медицинского страхования Health Insurance Marketplace в случае любых изменений по сравнению с данным заявлением. Я могу зайти на сайт www.HealthCare.gov или позвонить по телефону 1-800-318-2596, чтобы сообщить об изменениях. Я понимаю, что изменения в моей информации могут повлиять на соответствие члена(ов) моего домохозяйства критериям для участия в программе.
- Я знаю, что согласно федеральному закону запрещена дискриминация на основании расы, цвета кожи, этнической принадлежности, пола, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентификации или инвалидности. Я могу подать жалобу на дискриминацию на сайте www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Я подтверждаю, что никто из указанных в этом заявлении лиц, подающих на получение медицинской страховки, не находится в заключении (не задержан и не находится в тюрьме).

Если нет, _____ находится в заключении.
(имя человека)

- **Обновление покрытия в будущем:** Чтобы облегчить подтверждение моего соответствия критериям для получения помощи в оплате медицинского покрытия в будущем, я согласен и разрешаю рынку использовать данные о моем доходе, включая информацию, полученную из налоговой декларации. Рынок пришлёт мне уведомление, позволит вносить любые изменения, и я смогу выйти из него в любое время.

Да, обновляйте автоматически мое соответствие на следующие:

(выберите одно)

- 5 лет (максимально разрешённое количество лет)
- 4 года
- 3 года
- 2 года
- 1 года
- Не используйте мою информацию, из налоговой декларации для обновления моего покрытия.



- Я подтверждаю, под страхом наказания за дачу ложных сведений, что, насколько мне известно, я понимаю свои права и обязанности, и что информация, представленная в этом заявлении, исчерпывающе полная и правдивая. Я также подтверждаю, что заведомо ложная или неполная информация, помещенная в данное заявление, квалифицируется как мошеннические действия со страховкой.
- Я понимаю, что я могу назначить полномочного представителя, заполнив раздел “Полномочный представитель” (Authorized Representative), и предоставив его вместе с этим заявлением.
- Я понимаю и согласен принять на себя всю ответственность за любые мошеннические декларации, сделанные в данном заявлении, даже если кто-либо другой подаст это заявление от моего имени.
- Я понимаю, что все заявители, получают доступ к покрытию по программе, критериям которой они соответствуют, если они будут отвечать критериям для получения Medical Assistance, CHIP или федеральных льгот через рынок медицинского страхования.
- Я разрешаю Департаменту социального обеспечения передать мое имя и информацию, предоставленную в данном заявлении, отделу страхования или подрядчику CHIP, если кто-либо из заявителей может соответствовать критериям CHIP.
- Я разрешаю отделу страхования передать часть или всю информацию, имеющуюся в данном заявлении, в Департамент социального обеспечения, если кто-либо из заявителей будет соответствовать критериям Medical Assistance.
- Я разрешаю Департаменту социального обеспечения штата Пенсильвания и отделу страхования штата Пенсильвания передать часть или всю информацию, имеющуюся в данном заявлении, на рынок медицинского страхования, если кто-либо из заявителей будет соответствовать критериям для получения федеральных льгот и/или пожелает рассмотреть варианты частного медицинского страхования.
- Я разрешаю передачу личной, финансовой и медицинской информации с целью определения соответствия критериям для участия в программах CHIP, Medical Assistance и Health Insurance Marketplace.
- Я подтверждаю, что лицо/лица, включенные в данное заявление, являются гражданами США или имеют легальный иммиграционный статус.

X

Подпись заявителя или лица, подающего заявление от имени заявителя

Дата

Если Вы полномочный представитель, Вы можете подписать здесь, если требуемая информация представлена в разделе “Полномочный представитель”.

Полномочный представитель

Вы можете дать разрешение человеку, которому Вы доверяете, разговаривать с нами о поданном заявлении, ознакомиться с Вашей информацией и действовать в Ваших интересах в сфере, связанной с данным заявлением, включая получение информации о Вашем заявлении, и подписать Ваше заявление от Вашего имени. Этот человек имеет статус “полномочного представителя”. Если Вам когда-нибудь потребуется заменить Вашего полномочного представителя, обратитесь в местное окружное отделение социальной помощи.

Если Вы являетесь законным представителем просителя, Вы можете предоставить доказательство этому вместо подписи заявителя внизу. В этом случае, предоставьте подтверждение вместе с заявлением.

Вы хотите назначить кого-либо Вашим полномочным представителем? Да Нет

Имя полномочного представителя:	Номер телефона ()	Тип телефона: (✓): <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный
---------------------------------	-----------------------	---

Домашний адрес (включая улицу, номер квартиры, город, штат, округ и почтовый индекс + 4):

Роль полномочного представителя:	<input type="checkbox"/> Лицо, ответственное за уход	<input type="checkbox"/> Легальный опекун	<input type="checkbox"/> Основное контактное лицо
	<input type="checkbox"/> Исполнитель “завещания о жизни”	<input type="checkbox"/> Член группы поддержки	<input type="checkbox"/> Представитель <input type="checkbox"/> Доверенное лицо

Подписав это, Вы разрешаете этому человеку подписать Ваше заявление, получать официальную информацию об этом заявлении и действовать в Ваших интересах по всем будущим вопросам с этим агентством.

Подпись заявителя

Дата

ПРОВЕРЬТЕ, ЧТОБЫ ЗАЯВЛЕНИЕ БЫЛО ПОДПИСАНО, ДАТА ПОСТАВЛЕНА И ПРИЛОЖЕНЫ ВСЕ НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ.





Американский индеец или уроженец Аляски (AI/AN)

Заполните данное приложение, если Вы или член Вашей семьи являетесь американским индейцем или уроженцем Аляски. Подайте это вместе с заявлением на получение медицинского покрытия.

Расскажите нам о члене/членах Вашей семьи - американском индейце или уроженце Аляски.

Американские индейцы или уроженцы Аляски могут получить услуги по линии медицинских услуг для индейцев (Indian Health Services), племенных медицинских программ или городских индейских медицинских программ. Они также могут не оплачивать часть стоимости медицинских услуг и им могут предлагаться специальные ежемесячные периоды для регистрации. Ответьте на следующие вопросы, чтобы сделать все возможное для получения максимально возможной помощи.

ПРИМЕЧАНИЕ: если Вам надо включить большее количество людей, сделайте копию этой страницы и приложите ее к заявлению.

AI/AN 1		Пожалуйста, пишите печатными буквами	
Имя (имя, среднее имя, фамилия):	Член федерально признаваемого племени? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, название племени: _____ Штат: _____		
Получал этот человек когда-либо услуги по программе Indian Health Services, по линии племенной медицинской программы или от городской индейской медицинской программы, или по направлению от одной из этих программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если нет, имеет ли право этот человек получать услуги по программе Indian Health Services, племенной медицинской программе или городской индейской медицинской программе, или по направлению от одной из этих программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Некоторая сумма полученных денег может не считаться оплатой медицинского обслуживания. В своём заявлении перечислите все виды дохода (сумма и частота поступления), которые включают деньги из этих источников: <ul style="list-style-type: none"> • Платежи от племени на одного человека, поступающие от природных ресурсов, права пользования, лизинга или гонораров. • Платежи, получаемые от природных ресурсов, фермерства, разведения скота, рыболовства, лизинга или гонораров, поступающие от земли, предоставленной индейцам в трастовое пользование Департаментом внутренних дел (включая резервации и бывшие резервации). • Деньги, получаемые от продажи предметов, имеющих культурное значение. 	\$ _____ Как часто? _____		

AI/AN 2		Пожалуйста, пишите печатными буквами	
Имя (имя, среднее имя, фамилия):	Член федерально признаваемого племени? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, название племени: _____ Штат: _____		
Получал этот человек когда-либо услуги по программе Indian Health Services, по линии племенной медицинской программы или от городской индейской медицинской программы, или по направлению от одной из этих программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если нет, имеет ли право этот человек получать услуги по программе Indian Health Services, племенной медицинской программе или городской индейской медицинской программе, или по направлению от одной из этих программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Некоторая сумма полученных денег может не считаться оплатой медицинского обслуживания. В своём заявлении перечислите все виды дохода (сумма и частота поступления), которые включают деньги из этих источников: <ul style="list-style-type: none"> • Платежи от племени на одного человека, поступающие от природных ресурсов, права пользования, лизинга или гонораров. • Платежи, получаемые от природных ресурсов, фермерства, разведения скота, рыболовства, лизинга или гонораров, поступающие от земли, предоставленной индейцам в трастовое пользование Департаментом внутренних дел (включая резервации и бывшие резервации). • Деньги, получаемые от продажи предметов, имеющих культурное значение. 	\$ _____ Как часто? _____		






Медицинское покрытие от работы/работ

Расскажите нам о работе, предоставляющей покрытие. НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО отвечать на эти вопросы, если никто из семьи не получает медицинское страховое покрытие от работы.

Напишите Ваше имя и номер социального страхования в разделе “Информация о работнике”. Вам может потребоваться помощь Вашего работодателя для заполнения раздела “Информация о работодателе”. Если Вы своевременно не сможете получить информацию от работодателя или Вы считаете, что заполнение этого раздела может отсрочить исполнение Вашего заявления, Вы можете подать заявление без заполнения Приложения Б.

Приложите копию этой страницы по каждому месту работы, на котором предлагается покрытие.

ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТНИКЕ		
Имя работника (имя, среднее имя, фамилия):		Номер социального страхования:
ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ		
Имя работодателя:		Идентификационный номер работодателя (EIN):
Адрес работодателя (включает улицу, номер, город, штат и почтовый индекс + 4):		Номер телефона работодателя: ()
Кто может нам сообщить о медицинском покрытии работника на данной работе? 	Номер телефона (если он другой): ()	Адрес эл. почты:
<p>Имеет ли в данное время работник право на покрытие, предоставляемое работодателем, или получит ли он/она такое право в следующие три месяца?</p> <p><input type="checkbox"/> Да (продолжайте заполнять форму) Если на данный момент работник не имеет на это право, в том числе по причине ожидания или испытательного срока, когда работник получит право на покрытие? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Нет (ОСТАНОВИТЕСЬ и верните это форму работнику)</p>		
<p>Расскажите нам о медицинском плане, предлагаемом этим работодателем.</p> <p>Предлагает работодатель план медицинского обслуживания, покрывающий супругу/супруга работника или иждивенца/иждивенцев?</p> <p><input type="checkbox"/> Да. Кого: <input type="checkbox"/> Супругу/супруга <input type="checkbox"/> Иждивенца/Иждивенцев</p> <p><input type="checkbox"/> Нет (переходите к следующему вопросу)</p>		
<p>Предлагает работодатель медицинский план, отвечающий стандарту минимальной стоимости?*</p> <p><input type="checkbox"/> Да (переходите к следующему вопросу) <input type="checkbox"/> Нет (ОСТАНОВИТЕСЬ и верните форму работнику)</p>		
<p>Для плана с минимальными издержками, отвечающего критериям стандарта минимальной стоимости*, предлагаемому только работнику (не включает семейные планы): если у работодателя есть программы по здоровому образу жизни, назовите сумму премии, которую работнику нужно выплатить, если он/она получает максимальный дисконт благодаря участию в какой-либо анти-табачной программе и не получает другого дисконта на основе программ по здоровому образу жизни.</p> <p>Сколько обычно должен платить работник за участие в этом плане? \$ _____</p> <p>Как часто? <input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Ежегодно</p>		
<p>Если Ваш план вскоре закончится, и Вы знаете, что предлагаемые планы изменятся, переходите к другому вопросу. Если Вы не знаете, ОСТАНОВИТЕСЬ и верните форму работнику.</p>		
<p>Какие изменения внесёт работодатель в новый планируемый год?</p> <p><input type="checkbox"/> Работодатель не предложит медицинское покрытие</p> <p><input type="checkbox"/> Работодатель начнет предлагать медицинское покрытие для работников или изменит страховые премии для плана с минимальными издержками, доступного только для работника и отвечающего стандартам минимальной стоимости*. (Премии должны отражать дисконт для участия в программах по здоровому образу жизни. Смотри вопрос выше.)</p> <p>Сколько обычно должен платить работник за участие в этом плане? \$ _____</p> <p>Как часто? <input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Ежегодно</p> <p>Дата изменения: (мм/дд/год) _____</p>		

*Медицинский план, финансируемый работодателем, соответствует «стандарту минимальной стоимости», если план покрывает не менее 60% от общей стоимости льгот (Раздел 36B (C)(2)(C)(ii), Кодекс внутренних доходов (Internal Revenue Code) от 1986 года).





Ваши права и обязанности

Программа медицинского страхования (Medical Assistance)

- Я понимаю, что штат Пенсильвания получает информацию из системы Income Eligibility Verification System (IEVS, система проверки дохода на соответствие), от финансовых институтов, из потребительских отчетов, от штатовских и федеральных агентств для проверки предоставляемой мной информации. Информация из системы IEVS и других учреждений может запрашиваться, использоваться и проходить встречную проверку в случае обнаружения агентством штата противоречивых деталей, и такая информация может повлиять на то, примут ли мое домохозяйство в программу, а также на уровень льгот.
- Я понимаю, что подписав это заявление, я даю разрешение всем финансовым учреждениям передавать, через электронные или любые другие средства, любую и всю финансовую информацию, которой владеет данный институт, Департаменту социального обеспечения или его полномочному агенту или подрядчику с целью идентификации и проверки активов при необходимости определить и провести повторную проверку соответствия критериям программы Medical Assistance. Я понимаю, что финансовая информация включает информацию о вкладах, снятии денег, закрытии счетов, и другую соответствующую информацию, запрошенную или полученную из финансовых институтов, включая другие операции, предпринятые финансовым институтом в отношении счета или актива. Я понимаю, что данное разрешение имеет силу только до момента, когда соответствие критериям Medical Assistance не подтверждается или заканчивается срок их действия, или я приму решение об отзыве посредством письменного уведомления департаменту, в зависимости от того, что случится раньше. Я понимаю, что если я отзываю это разрешение, это может привести к тому, что мое домохозяйство не сможет участвовать в программе Medical Assistance.
- Я понимаю, что если я искажаю, скрываю или не упоминаю факты, которые могут повлиять на мое соответствие требуемым критериям на получение льгот, от меня могут потребовать возвращения полученных льгот, меня могут преследовать в судебном порядке, и я могу утратить возможность получения некоторых льгот в будущем.
- Я понимаю, что я могу назначить полномочного представителя, заполнив раздел "Полномочный представитель" (Authorized Representative) и предоставив его вместе с этим заявлением.
- Я понимаю и согласен принять на себя всю ответственность за любые мошеннические з, сделанные в данном заявлении, даже если кто-либо другой подаст это заявление от моего имени.
- Я получил экземпляр описания моих прав и обязанностей, ознакомился с ними или кто-то ознакомил меня с ними, и они мне известны.
- Я понимаю, что информация, включенная в данное заявление, будет конфиденциальной и будет использоваться только для предоставления льгот. Я разрешаю использование личной, финансовой и медицинской информации с целью определения соответствия критериям.
- Я понимаю, что я обязан докладывать обо всех изменениях, о которых я обязан сообщать, в течение первых 10 дней следующего месяца после месяца, в течение которого произошли изменения.
- Я понимаю, что обязан(а) сообщать о выигрышах в лотерею и в азартных играх.
- Я понимаю, что я получу письменное уведомление с объяснениями относительно льгот. Если мне откажут в получении льгот, или если льготы будут изменены, приостановлены или прекращены, объяснение будет дано в этом письменном уведомлении.
- Я понимаю, что я смогу подать просьбу о судебном разбирательстве в случае моего несогласия с вынесенным решением по этому заявлению в течение 30 дней от даты уведомления.
- Я понимаю, что моя ситуация подлежит проверке у работодателей, финансовых источников и третьих сторон.
- Я понимаю, что заявители обязаны предоставить номер социального страхования (Social Security Number) или подать заявление о его получении в случае его отсутствия.
- Я понимаю, что я должен использовать систему электронного начисления льгот (EBT) или карту PA ACCESS Card только в течение периода моего участия в программе. Я должен использовать EBT или PA ACCESS Card только для лица, имеющего право на участие, и я могу получить только те льготы, которые необходимы и разумны.
- Я понимаю, что я не обязан давать номер социального страхования тех, кто не подает на медицинское страховое покрытие. Если я предоставлю их номер социального страхования, это может послужить основанием для проверки информации, предоставленной в данном заявлении.
- Я подтверждаю, под страхом наказания за дачу ложных показаний, что вся предоставленная информация соответствует действительности.
- Я понимаю, что имею право на сертификат засчитываемого покрытия для подтверждения моего медицинского страхового покрытия. Федеральный закон лимитирует случаи, когда можно отказать в медицинском покрытии или ограничить медицинское покрытие по причине ранее поставленного медицинского диагноза. Если я зарегистрируюсь в групповом медицинском плане, который исключает лечение ранее диагностированного состояния, мне могут засчитать время, в течение которого я получал Medical Assistance.
- Я понимаю, что в случае признания моей правомочности на получение льгот в рамках программы Medical Assistance, я буду зачислен(а) в наиболее полный доступный мне пакет медицинского обслуживания. Я понимаю, что мне может понадобиться зачисление в план медицинского страхования. Я понимаю, что зачисление в план медицинского страхования может быть для меня по сниженной стоимости или бесплатно, поскольку Департамент оплачивает ежемесячный взнос за мой план медицинского страхования. Я понимаю, что ежемесячный взнос является платежом, осуществляемым исходя из фиксированной суммы на одного человека. Я понимаю, что в случае получения субсидированной медицинской помощи Medical Assistance, на которую я не имел(а) права, вследствие ошибки, мошеннических действий или по иной причине, мне необходимо будет возместить Департаменту сумму всех ежемесячных взносов, уплаченных от моего имени.
- Я понимаю, что если кто-либо из заявителей или все заявители не соответствуют критериям для получения Medical Assistance, они могут соответствовать критериям программы CHIP. В этом случае, я даю разрешение Департаменту социального обеспечения передать мое имя и всю информацию в отдел страхования или подрядчику CHIP. Я понимаю мои права и обязанности по программе CHIP.
- Я понимаю, что если кто-либо из заявителей или все заявители не соответствуют критериям на получение медицинского страхового покрытия от департамента, они могут отвечать требованиям для получения федеральных льгот и/или могут рассмотреть варианты, предоставляемые рынком частного медицинского страхования (Health Insurance Marketplace). В этом случае я даю разрешение департаменту передать мое имя и информацию, имеющуюся в данном заявлении, на рынок страхования (Health Insurance Marketplace). Я понимаю мои права и обязанности перед Health Insurance Marketplace.



Ваши права и обязанности (продолжение)

CHIP

У Вас есть право на:

- Конфиденциальность – Вся информация в данном заявлении будет конфиденциальной. Данное заявление будет известно только правительственным программам, на участие в которых Вы претендуете и/или в которые можете быть включены, например, Medical Assistance и помощь по оплате премий на рынке частного медицинского страхования.
- Назначение личного представителя – Вы можете выбрать другого человека, который будет получать всю медицинскую информацию относительно Вас или Ваших несовершеннолетних детей/ ребёнка. Для этого надо заполнить форму “Назначение личного представителя” (Personal Representative Designation Form).
- Сертификат засчитываемого покрытия – При выходе из программы Вы получите сертификат засчитываемого покрытия для подтверждения медицинского покрытия, в случае Вашего соответствия.
- Уведомление в письменной форме – Вам дадут письменное уведомление, объясняющее Ваше соответствие критериям.
- Апелляция – Вы можете попросить провести беспристрастное рассмотрение, если Вы не согласны с каким-либо решением по этому заявлению, если просьба будет подана в течение 30 дней со дня принятия решения.

Ваши обязанности:

- Прочитать и полностью понять данное заявление.
- Предоставить правдивую, правильную и полную информацию, понимая, что Вы будете наказаны за предоставление заведомо ложной информации: это серьезное правонарушение и квалифицируется как преступные мошеннические действия со страховкой.
- Помочь с рассмотрением данного заявления, что может означать собеседования и ознакомление с историями болезней.
- Знать, что определенная информация может быть проверена через работодателей, финансовые источники и третьи стороны.
- Предоставить доказательства своей личности и гражданства США, если информация об этом не была собрана в процессе подачи заявления.
- Подтвердить легальный иммиграционный статус, предоставив бумаги из агентства US Citizenship and Immigration Services, если Вы подаёте заявление на кого-нибудь, кто не является гражданином США.
- Немедленно сообщать обо всех изменениях относительно Вашего домохозяйства, включая доход, адрес и номер телефона.

Я понимаю:

- Я понимаю, что если кто-либо из заявителей или все заявители не соответствуют требованиям CHIP, они могут отвечать критериям Medical Assistance. В этом случае, я разрешаю отделу страхования (Insurance Department) передать часть или всю информацию Департаменту социального обеспечения. Я знаю мои права и обязанности по Medical Assistance.
- Если кто-либо из заявителей или все заявители не отвечают критериям CHIP, они могут соответствовать требованиям для получения федеральных льгот и/или рассмотреть варианты,

предлагаемые рынком частных медицинских страховок Health Insurance Marketplace. В этом случае я разрешаю Департаменту передавать часть или всю информацию данного заявления на рынок Health Insurance Marketplace. Я знаю мои права и обязанности перед рынком медицинского страхования.

- Если мой ребёнок признан соответствующим требованиям или зарегистрирован на получение медицинских льгот для государственных служащих через государственное агентство, и агентство будет оплачивать стоимость даже незначительной части льгот или страховых премий, тогда мой ребёнок не имеет право на участие в программе CHIP. В этом случае, если мой ребёнок получает льготы по программе CHIP, эти льготы могут быть отменены задним числом.

Рынок медицинских страховок:

- Я подтверждаю, под страхом наказания за дачу ложных сведений, что вся предоставленная информация соответствует действительности. Я знаю, что я могу понести наказание согласно федеральному закону, если я заведомо предоставляю сфабрикованную или ложную информацию.
- Я знаю, что обязан известить рынок медицинского страхования Health Insurance Marketplace в случае любых изменений по сравнению с данным заявлением. Я могу зайти на сайт www.HealthCare.gov или позвонить по телефону 1-800-318-2596, чтобы сообщить об изменениях. Я понимаю, что изменения в моей информации могут повлиять на соответствие члена(ов) моего домохозяйства критериям для участия в программе.
- Я знаю, что согласно федеральному закону запрещена дискриминация на основании расы, цвета кожи, этнической принадлежности, пола, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентификации или инвалидности. Я могу подать жалобу на дискриминацию на сайте www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Я подтверждаю, что никто из указанных в этом заявлении лиц, подающих на получение медицинской страховки, не находится в заключении (не задержан и не находится в тюрьме).

Если нет, _____ находится в заключении.
(имя человека)

- **Обновление покрытия в будущем:** Чтобы облегчить подтверждение моего соответствия критериям для получения помощи в оплате медицинского покрытия в будущем, я согласен и разрешаю рынку использовать данные о моем доходе, включая информацию, полученную из налоговой декларации. Рынок пришлёт мне уведомление, позволит вносить любые изменения, и я смогу выйти из него в любое время.

Да, обновляйте автоматически мое соответствие на следующие:

(выберете одно)

- 5 лет (максимально разрешённое количество лет)
- 4 года
- 3 года
- 2 года
- 1 года
- Не используйте мою информацию, из налоговой декларации для обновления моего покрытия.

