



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

Отметьте все, в отношении чего Вы подаете заявление:

 Медицинское обслуживание в учреждении
 Обслуживание на дому и по месту жительства по альтернативной программе – тип/название программы/услуги _____
 Другое: _____

- Прочитайте форму целиком.
- Впишите запрашиваемую информацию печатными буквами в разделах без серого фона.
- Если Вам нужна помощь, Вам может помочь другое лицо либо Вы можете обратиться в свое окружное отделение социальной помощи.
- Проверьте всю информацию, внесенную в эту форму. Если какие-либо уже внесенные сведения неверны или неактуальны, зачеркните их и впишите правильные сведения. Просмотрите все вопросы, оставшиеся без ответов, и напишите ответ печатными буквами, за исключением вопросов с указанием, что на вопрос можно не отвечать.

Это заявление можете заполнить Вы или любой выбранный Вами представитель. Вашим представителем может стать Ваш (-а) супруг (-а), друг, родственник, лицо, у которого есть Ваша доверенность, или Ваш поставщик медицинских услуг. Такое лицо должно располагать информацией о Ваших доходах и ресурсах и быть в состоянии предоставить такую информацию. Если Вы состоите в браке, в некоторых разделах необходимо указать информацию как о Вас, так и о супруге.

Заполненную форму нужно принести в окружное отделение социальной помощи, попросить кого-либо сделать это или отправить по почте, если Вам не дали иных указаний. В окружном отделении социальной помощи Вам сообщат, если потребуется собеседование.

Если в нашем архиве еще нет соответствующих данных, Вам потребуется удостоверение личности и документы, подтверждающие информацию, имеющуюся в нашей базе данных. Если вам требуется помощь с получением какой-либо информации, обратитесь в окружное отделение социальной помощи. Подтверждающие документы следует приложить к этой форме.

Лица, которые в течение последних 60 месяцев передали свои активы (доход или ресурсы) либо разместили активы в трастовом фонде или перевели ак в пользование других лиц тивы в трастовый фонд в течение последних 60 месяцев до подачи заявления в программу Medical Assistance на получение услуг долговременной медицинской помощи или индивидуального ухода, поддержки и иных слуг, могут не соответствовать критериям получения льгот. Из-за этого требования Вам, возможно, понадобится представить документы, подтверждающие владение активами в течение последних 60 месяцев, даже если Вы более ими не владеете. Чтобы получить информацию о Ваших активах за 60 месяцев до подачи Вашего заявления, мы воспользуемся Вашим номером социального страхования.

Если информация полная и Вы предоставили необходимый подтверждающий документ (по возможности, вместе с этой формой), окружное отделение социальной помощи в течение 30 дней после получения Вашего заявления уведомит Вас о соответствии или несоответствии критериям либо о необходимости представить дополнительные сведения.

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.

នេះជាពាក្យដាក់សុំអន្តរាគមន៍សេវាប្រយោជន៍សុខភាព។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដែលស្ថិតនៅតាមសំបុត្រសំណាកអ្នក។
ការបកប្រែនិងផ្តល់សេវាដោយឥតគិតថ្លៃ។

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.

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.



Также можно подать заявление онлайн: www.compass.state.pa.us.

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
<input type="checkbox"/> AUTHORIZED REASON					CATEGORY	
<input type="checkbox"/> NOT AUTHORIZED REASON					DATE	

Начало

Ваш предпочтительный язык? Английский Испанский Другой (указать) _____
 Вам требуются услуги переводчика? Да Нет Если да, то какого языка? _____

Впишите в этом разделе всю информацию о себе, заявителе. Расскажите о себе. Просмотрите всю внесенную ниже информацию. Если информация неверна, зачеркните текст и напишите верные сведения.

ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ, СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ, ФАМИЛИЯ, МЛ./СТ. И Т. Д.):	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ:	ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)	ПОЛ: <input type="checkbox"/> МУЖСКОЙ <input type="checkbox"/> ЖЕНСКИЙ
--	--------------------------------	----------------------------	---

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: <input type="checkbox"/> НЕ СОСТОЮ В БРАКЕ <input type="checkbox"/> РАЗДЕЛЬНОЕ ПРОЖИВАНИЕ <input type="checkbox"/> ЖЕНАТ/ЗАМУЖЕМ <input type="checkbox"/> РАЗВЕДЕН (-А) <input type="checkbox"/> ВДОВЕЦ (ВДОВА)	ЕСЛИ ВЫ ОТМЕТИЛИ «РАЗДЕЛЬНОЕ ПРОЖИВАНИЕ», УКАЖИТЕ ДАТУ НАЧАЛА РАЗДЕЛЬНОГО ПРОЖИВАНИЯ.
<small>ПРИ РАЗДЕЛЬНОМ ПРОЖИВАНИИ ЗАПОЛНИТЕ РАЗДЕЛ О РОДСТВЕ ДЛЯ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕГО (-ЕЙ) СУПРУГА (-И).</small>	
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? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ШТАТ. УКАЖИТЕ ОКРУГ.	КАК ДОЛГО? НОМЕР ЗАПИСИ:
ВЫ РАНЬШЕ ПРОЖИВАЛИ В УЧРЕЖДЕНИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ:	АДРЕС: ДАТЫ:

ВЫ ГРАЖДАНИН ИЛИ ПОДДАННЫЙ США? ДА НЕТ **Если Вы не являетесь гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:**

ВАШ ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС СООТВЕТСТВУЕТ УСТАНОВЛЕННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ТИП И ИДЕНТ. НОМЕР ДОКУМЕНТА:	ТИП ДОКУМЕНТА:	ИДЕНТ. НОМЕР ДОКУМЕНТА:	РЕГ. НОМЕР ИНОСТРАНЦА:
ПРОЖИВАЛИ ЛИ ВЫ В США ДО 1996 г.? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	СТРАНА ПРОИСХОЖДЕНИЯ:			
ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ СПОНСОР, УКАЖИТЕ ЕГО ПОЛНОЕ ИМЯ И АДРЕС:				

Подпишите, чтобы подтвердить указанное выше гражданство или статус иностранца:

_____ ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____

В этом разделе внесите всю информацию о супруге, если Вы женаты/замужем или проживаете раздельно, 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:			
<input type="checkbox"/> ВЕТЕРАН <input type="checkbox"/> ДЕЙСТВУЮЩИЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИЙ <input type="checkbox"/> НАЦГВАРДИЯ <input type="checkbox"/> В ЗАПАСЕ <input type="checkbox"/> 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

<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 __/__/__

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: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЖИЛОЕ: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
КТО ЖИВЕТ В ДАННОМ ВЛАДЕНИИ?		ВЫ ПЛАНИРУЕТЕ ВЕРНУТЬСЯ В ЭТО ВЛАДЕНИЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		ВЫ ВЛАДЕЕТЕ ДРУГИМ НЕДВИЖИМЫМ ИМУЩЕСТВОМ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ВЛАДЕНИЕ ВЫСТАВЛЕНО НА ПРОДАЖУ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЖИЛОЕ: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
КТО ЖИВЕТ В ДАННОМ ВЛАДЕНИИ?		ВЫ ПЛАНИРУЕТЕ ВЕРНУТЬСЯ В ЭТО ВЛАДЕНИЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		ВЫ ВЛАДЕЕТЕ ДРУГИМ НЕДВИЖИМЫМ ИМУЩЕСТВОМ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ВЛАДЕНИЕ ВЫСТАВЛЕНО НА ПРОДАЖУ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЖИЛОЙ: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ГОД И МОДЕЛЬ:		КТО ЖИВЕТ В ДАННОМ ПЕРЕДВИЖНОМ ДОМЕ-ФУРГОНЕ?		
ВЛАДЕНИЕ ВЫСТАВЛЕНО НА ПРОДАЖУ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	МОЖНО ЛИ СНЯТЬ ПРОЦЕНТЫ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
У ВАС ЕСТЬ УЧАСТОК ДЛЯ ЗАХОРОНЕНИЯ В СОБСТВЕННОСТИ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	МОЖНО ЛИ СНЯТЬ ПРОЦЕНТЫ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
У ВАС ЕСТЬ УЧАСТОК ДЛЯ ЗАХОРОНЕНИЯ В СОБСТВЕННОСТИ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				

Ф. 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 пневмокониозу, 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 основании расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола и, в некоторых случаях, религиозных и политических убеждений.

Лицам с инвалидностью, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), следует обратиться в агентство (местное или на уровне штата), где они подавали заявление на получение льгот. Лица с глухотой, нарушениями слуха или речи могут обратиться в Министерство сельского хозяйства США (USDA) через федеральную службу коммутируемых сообщений по номеру (800) 877-8339. Кроме того, информация программы может быть доступна на других языках, помимо английского.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в связи с программой получения федеральной финансовой поддержки через Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (HHS), напишите по адресу: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 или позвоните по номеру (202) 619-0403 (голосовая связь) или (800) 537-7697 (линия TTY).

Учреждение предоставляет равные возможности.

ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы будем соблюдать конфиденциальность Вашей информации. Ваша информация будет использоваться только в целях установления Вашего соответствия критериям участия в программах. Окружное отделение социальной помощи (CAO) по запросу обязано предоставлять сотрудникам правоохранительных органов штата, а также федеральных и местных правоохранительных органов адрес, номер социального страхования (SSN) и фотографию (при наличии) лица, избегающего преследования, задержания или тюремного заключения за совершение тяжкого преступления, либо за нарушение условий испытательного срока или режима условно-досрочного освобождения. Любому лицу, сознательно нарушающему какие-либо правила и нормативные акты данного департамента, будет выдвинуто обвинение в правонарушении и после признания виновным такое лицо понесет наказание в виде штрафа в размере, не превышающем сто долларов (\$100), либо будет лишено свободы на срок до шести месяцев, либо будут применены обе меры (согласно требованиям раздела 483, титул 62 свода законов штата Пенсильвания).

ПРАВО НА ПИСЬМЕННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Мы отправим Вам письменное уведомление с разъяснением Ваших льгот. Если мы откажем в предоставлении, приостановим или прекратим предоставление льгот, мы отправим Вам письменное уведомление с объяснением причины. У Вас есть 30 дней после даты отправки уведомления, чтобы подать запрос о проведении слушания.

ПРАВО НА ОБЖАЛОВАНИЕ

У Вас есть право просить Департамент социального обеспечения (Department of Human Services, DHS) о проведении слушания с целью обжалования решения, если Вы считаете его несправедливым или ошибочным, либо если DHS не предпринял никаких действий по Вашему заявлению на получение льгот. Вы можете подать апелляцию в управлении CAO. В случае обжалования Вы также можете попросить провести предварительное разбирательство в организации до слушания. Во время слушания Вы можете представлять себя сами, либо Вас может представлять другое лицо, например адвокат, друг или родственник.

ПРАВО НА УВАЖИТЕЛЬНУЮ ПРИЧИНУ

Если Вы подаете заявление на получение наличных или льгот по программе Medical Assistance, по закону Вы обязаны проявить сотрудничество при установлении отцовства и поиске поддержки. Вы можете быть освобождены от этих требований, если докажете, что это может быть опасно для Вас и (или) Ваших детей. Это называется уважительной причиной. При отсутствии освобождения по уважительной причине Вы будете обязаны соответствовать требованиям в отношении трудовой занятости и обучения. Также от Вас потребуется выполнение требований полугодовой отчетности при отсутствии освобождения по уважительной причине.

ВОЗМЕЩЕНИЕ ЗА СЧЕТ ИМУЩЕСТВА

Если Вам уже исполнилось 55 лет и Вы получаете пособие по программе Medical Assistance, чтобы оплачивать услуги учреждения сестринского ухода, обслуживание на дому и по месту жительства по альтернативной программе, а также какие-либо связанные с ними услуги больницы и получение рецептурных лекарственных препаратов, от Вас потребуется возместить расходы на эти

услуги из Вашего завещанного имущества, контролируемого управляющим по делам наследства. Вы можете позвонить в программу возмещения затрат по программе Medical Assistance за счет имущества по номеру 1-800-528-3708.

ПРАВО НА СВИДЕТЕЛЬСТВО ЗАСЧИТЫВАЕМОГО СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

Федеральное законодательство ограничивает случаи, когда в страховом медицинском покрытии может быть отказано либо когда его объем может быть ограничен по причине существующего заболевания. Если Вы регистрируетесь в коллективном плане медицинского обслуживания, который не включает лечение заболевания, которое у Вас уже есть, Вам могут засчитать время, когда Вы получали страховое покрытие по программе Medical Assistance. Это может помочь Вам получить страховое покрытие. Чтобы запросить такое свидетельство, обратитесь к своему социальному работнику.

ОБЯЗАННОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ИНФОРМАЦИЮ

Вы должны предоставить правдивую, точную и полную информацию. Вы должны помочь проверить информацию, которую предоставляете. В льготах может быть отказано, если Вы не представите определенные доказательства. Если Вы не можете представить доказательства, Вам нужно попросить управление CAO помочь Вам получить его. Если к Вам обращаются сотрудники DHS или Управления главного инспектора, Вы обязаны в полной мере сотрудничать с этими лицами или инспекторами. Если Вам уже исполнилось 55 лет и Вы получаете пособие по программе Medical Assistance, чтобы оплачивать услуги учреждения сестринского ухода, обслуживание на дому и по месту жительства по альтернативной программе, а также какие-либо связанные с ними услуги больницы и получение рецептурных лекарственных препаратов, от Вас может потребоваться возместить расходы на эти услуги из Вашего завещанного имущества, контролируемого управляющим по делам наследства. Если Вы подаете заявление на получение пособия наличными, мы можем потребовать от Вас подписать договор о возмещении льгот, которые получили Вы, Ваш (-а) супруг (-а) и Ваши дети.

ОБЯЗАННОСТЬ ПРЕДОСТАВИТЬ НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Для получения пособия по программе Medical Assistance Вы обязаны предоставить номер SSN каждого лица, которое Вы включаете в заявление. Если у Вас нет номера SSN, Вы обязаны подать заявление на его получение. Если Вы не сообщите номер SSN, возможно, Вы не сможете получать льготы. Ваш номер SSN будет использоваться для удостоверения личности, для проверок доходов и ресурсов по компьютеру, а также чтобы не допустить дублирования льгот штата и федеральных льгот. Лицо, не являющееся гражданином, подающее заявление на получение пособия по программе Medical Assistance только для экстренных случаев, не обязано предоставлять номер SSN. (Титул 42 свода законов США, §C 1320b-7)

ОБЯЗАННОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КАРТУ ACCESS ШТАТА ПЕНСИЛЬВАНИЯ В ЗАКОННЫХ ЦЕЛЯХ

Как только будет установлено Ваше соответствие критериям получения льгот, Вам выдадут карту PA ACCESS. Этой картой может пользоваться только то лицо, которое соответствует критериям, и только в период такого соответствия. Вы можете использовать карту только для тех услуг, которые необходимы и обоснованы.

ОБЯЗАННОСТЬ СООБЩАТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Если Вы имеете право на льготы, от Вас потребуется сообщать об изменениях в Ваших жизненных обстоятельствах Вашему социальному работнику или в Центр обслуживания клиентов. Необходимо сообщать о следующих типах изменений: выселение или переезд кого-либо, смена адреса или работы, потеря работы, рождение ребенка, новые источники дохода или изменения в доходе, а также выигрыши в лотереях и азартных играх. Подробную информацию по конкретным программам и льготам, на которые Вы имеете право, Вы получите у своего социального работника и из соответствующих уведомлений. Если Вы не сообщите о таких изменениях в соответствии с указаниями программы, Вы можете потерять льготы, получить штрафные санкции, а также Вам могут предъявить обвинения в гражданском или уголовном преступлении. Вы можете сообщить об изменениях в управлении CAO лично, по телефону, факсу, почте или через учетную запись My COMPASS. Также Вы можете сообщить об изменениях в Центр обслуживания клиентов в любое время по телефону 1-877-395-8930 или 1-215-560-7226 для Филадельфии.

Понимание своих прав и обязанностей

Подписывая настоящую форму:

- Я понимаю, что штат Пенсильвания получает информацию от системы проверки соответствия уровня дохода критериям (Income Eligibility Verification System, IEVS), от финансовых учреждений, агентств по предоставлению информации о кредитоспособности клиентов, а также федеральных агентств и агентств штата, чтобы проверить информацию, которую я предоставляю. Информацию, доступную через систему IEVS и другие учреждения, будут запрашивать, использовать и, возможно, проверять через дополнительные организации, если агентство штата будет обнаружены противоречивые детали, и такая информация может отразиться на соответствии моего домохозяйства критериям для получения льгот и на объеме этих льгот.
- Я понимаю, что, подписывая данное заявление, я разрешаю любому финансовому учреждению раскрывать, в электронной или любой иной форме, любую и всю финансовую информацию, которой располагает это учреждение, Департаменту социального обеспечения или его уполномоченному агенту либо подрядчику для целей идентификации и проверки активов в случаях, когда нужно установить либо повторно установить соответствие критериям получения льгот по программе Medical Assistance. Я понимаю, что финансовая информация включает размещение на депозиты, снятие средств и закрытие счетов, а также иную связанную с этим информацию, запрошенную или полученную от финансового учреждения, включая другие транзакции, выполненные этим финансовым учреждением в отношении счета или актива. Я понимаю, что такое разрешение действительно до тех пор, пока соответствие критериям получения пособия по программе Medical Assistance не закончится, либо пока в нем не будет отказано, либо до тех пор, пока я не решу отозвать его путем письменного уведомления Департамента, в зависимости от того, что произойдет раньше. Я понимаю, что если я отзываю такое разрешение, это может привести к тому, что я или мое домохозяйство не будем соответствовать критериям получения пособия по программе Medical Assistance.
- Я понимаю, что если я представлю неверные факты, скрою или откажусь предоставить факты, которые могут отразиться на моем соответствии критериям для получения льгот, от меня могут потребовать возмещения полученных мной льгот, я могу понести наказание и мне могут отказать в получении определенных льгот в будущем.
- Я понимаю, что могу назначить представителя или составить доверенность, заполнив соответствующий раздел о представителе или доверенности.
- Я понимаю и соглашаюсь с тем, что несу ответственность за любые фальсифицированные сведения, представленные в этом заявлении, даже если заявление было подано кем-то от моего имени.
- Я понимаю, что любое лицо, обогатившееся в результате передачи активов или дохода, которые повлияли бы на мое соответствие критериям, будет нести ответственность за возмещение льгот, назначенных ошибочно.
- Я получил (-а) копию документа с указанием моих прав и обязанностей; я прочитал (-а) этот документ, или мне прочитали его, и его содержание мне понятно.
- Я понимаю, что представленная в этом заявлении информация останется конфиденциальной и будет использована только для администрирования льгот. Я разрешаю раскрытие личной, финансовой и медицинской информации в целях установления соответствия критериям.
- Я понимаю, что о любых изменениях, о которых требуется сообщить, необходимо сообщать в течение 10 дней после такого изменения.
- Я понимаю, что обязан(а) сообщать о выигрышах в лотерею и в азартных играх.
- Я понимаю, что получу письменное уведомление с разъяснением льгот. Если в предоставлении льгот будет отказано, льготы будут изменены, приостановлены или прекращены, будет отправлено письменное уведомление с объяснением причины.
- Я понимаю, что у меня будет 30 дней после даты уведомления, чтобы запросить проведение слушания в случае несогласия с решением, вынесенным по данному заявлению.
- Я понимаю, что моя ситуация подлежит проверке со стороны работодателей, финансовых источников и иных третьих сторон.
- Я понимаю, что заявители обязаны предоставить свой номер социального страхования или подать заявление на его получение в случае его отсутствия. Этот номер можно использовать для проверки информации в данном заявлении.
- Я понимаю, что я обязан (-а) использовать карту PAACCESS только в течение периода соответствия критериям. Я обязан (-а) использовать карту PAACCESS только для лица, которое соответствует критериям, и могу получать только необходимые и обоснованные льготы.
- Я понимаю, что мне не придется предоставлять номер социального страхования в отношении лиц, которые не подают заявление на получение пособия. Но если я представлю их номер социального страхования, его можно использовать для проверки информации в данном заявлении.
- Я удостоверяю под страхом наказания (уголовного) за лжесвидетельство, что предоставленная информация является достоверной.
- Я понимаю, что у меня есть право на свидетельство засчитываемого страхового покрытия для подтверждения моего медицинского страхового покрытия. Федеральное законодательство ограничивает случаи, когда в страховом покрытии медицинское обслуживание может быть отказано либо его объем может быть ограничен по причине существующего заболевания. Если я зарегистрируюсь в коллективном плане медицинского обслуживания, в котором есть положение о существующем заболевании, мне могут засчитать время, когда я получал (-а) пособие по программе Medical Assistance.
- Я понимаю, что если будет установлено мое соответствие критериям получения льгот по программе Medical Assistance, мне будет назначен наиболее комплексный пакет льгот медицинского обслуживания, который мне доступен. Я понимаю, что мне, возможно, потребуются зарегистрироваться в плане медицинского обслуживания. Я понимаю, что регистрация в плане медицинского обслуживания может быть для меня бесплатной или недорогой, поскольку Департамент уплачивает в план медицинского обслуживания ежемесячный взнос за меня. Я понимаю, что этот ежемесячный взнос делается в расчете на одного человека. Я понимаю, что если я получу льготы по программе Medical Assistance, на которые у меня нет права, в результате ошибки, мошенничества или по иной причине, от меня могут потребовать возместить Департаменту все ежемесячные взносы, уплаченные от моего имени.
- Я понимаю, что у штата есть право проверять все документы о медицинских услугах, оплаченных по программе Medical Assistance. Плата за услугу будет совершена непосредственно поставщику услуг, а не мне. Такая плата включает платежи по Medicare.
- Я даю штату право взыскивать, с возбуждением судебного иска или без него, платежи с частной или государственной медицинской страховки либо с ответственных третьих сторон. Учитываемая сумма не будет превышать сумму, выплаченную по программе Medical Assistance.
- Я понимаю, что у меня есть право обратиться в окружное отделение социальной помощи (CAO) за содействием в получении доказательств расходов и что управление CAO может обращаться к другим лицам, которые могут подтвердить мои затруднения в получении каких-либо доказательств.
- Я понимаю, что если некоторые или все лица, подающие заявление, не имеют права на медицинское обслуживание через Департамент, они могут соответствовать критериям получения федеральных льгот и (или) изучить варианты получения частной медицинской страховки, доступные через биржу медицинского страхования (Health Insurance Marketplace). В таком случае я разрешаю Департаменту предоставить мои имя и фамилию, а также информацию из этого заявления бирже медицинского страхования.
- **Продление страхового покрытия в последующие годы:** Чтобы облегчить установление моего соответствия критериям получения помощи в оплате медицинского страхового покрытия в последующие годы, я даю согласие позволить бирже медицинского страхования использовать мои данные о доходе, включая информацию из налоговых деклараций. Биржа отправит мне уведомление, позволит мне внести изменения, также я могу отказаться от этого в любой момент.

Да, автоматически повторно проверять мое соответствие критериям на следующие (-ий):
(Отметьте один вариант):

- Пять лет (максимальный разрешенный срок)
- Четыре года
- Три года
- Два года
- Один год
- Не использовать мою информацию из налоговых деклараций для продления моего страхового покрытия.

X

Подпись заявителя или уполномоченного представителя

Дата

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ. Если Ваша семья имеет право на участие в программе SNAP/LINEAP, Вы можете получить по почте форму согласия на ускоренную процедуру рассмотрения дела, которая, возможно, позволит Вам и членам Вашей семьи автоматически зарегистрироваться в программе Medical Assistance.

Полное имя уполномоченного представителя	Адрес уполномоченного представителя	Телефон:

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

ПРОВЕРЬТЕ ДАТУ И ПОДПИСЬ НА ДАННОМ ЗАЯВЛЕНИИ 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:		<input type="checkbox"/> ПРЕДСТАВИТЕЛЬ <input type="checkbox"/> 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 основании расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола и, в некоторых случаях, религиозных и политических убеждений.

Лицам с инвалидностью, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации в программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозаписи, американский язык жестов жестов и т. д.), следует обратиться в агентство (местное или на уровне штата), где они подавали заявление на получение льгот. Лица с глухотой, нарушениями слуха или речи могут обратиться в Министерство сельского хозяйства США (USDA) через федеральную службу коммутируемых сообщений по номеру (800) 877-8339. Кроме того, информация программы может быть доступна на других языках, помимо английского.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в связи с программой получения федеральной финансовой поддержки через Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (HHS), напишите по адресу: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 или позвоните по номеру (202) 619-0403 (голосовая связь) или (800) 537-7697 (линия TTY).

Учреждение предоставляет равные возможности.

ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы будем соблюдать конфиденциальность Вашей информации. Ваша информация будет использоваться только в целях установления Вашего соответствия критериям участия в программах. Окружное отделение социальной помощи (CAO) по запросу обязано предоставлять сотрудникам правоохранительных органов штата, а также федеральных и местных правоохранительных органов адрес, номер социального страхования (SSN) и фотографию (при наличии) лица, избегающего преследования, задержания или тюремного заключения за совершение тяжкого преступления, либо за нарушение условий испытательного срока или режима условно-досрочного освобождения. Любому лицу, сознательно нарушающему какие-либо правила и нормативные акты данного департамента, будет выдвинуто обвинение в правонарушении и после признания виновным такое лицо понесет наказание в виде штрафа в размере, не превышающем сто долларов (\$100), либо будет лишено свободы на срок до шести месяцев, либо будут применены обе меры (согласно требованиям раздела 483, титула 62 свода законов штата Пенсильвания).

ПРАВО НА ПИСЬМЕННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Мы отправим Вам письменное уведомление с разъяснением Ваших льгот. Если мы откажем в предоставлении, приостановим или прекратим предоставление льгот, мы отправим Вам письменное уведомление с объяснением причины. У Вас есть 30 дней после даты отправки уведомления, чтобы подать запрос о проведении слушания.

ПРАВО НА ОБЖАЛОВАНИЕ

У Вас есть право просить Департамент социального обеспечения (Department of Human Services, DHS) о проведении слушания с целью обжалования решения, если Вы считаете его несправедливым или ошибочным, либо если DHS не предпринял никаких действий по Вашему заявлению на получение льгот. Вы можете подать апелляцию в управлении CAO. В случае обжалования Вы также можете попросить провести разбирательство в организации до слушания. Во время слушания Вы можете представлять себя сами, либо Вас может представлять другое лицо, например адвокат, друг или родственник.

ПРАВО НА УВАЖИТЕЛЬНУЮ ПРИЧИНУ

Если Вы подаете заявление на получение наличных или льгот по программе Medical Assistance, по закону Вы обязаны проявить сотрудничество при установлении отцовства и поиске поддержки. Вы можете быть освобождены от этих требований, если докажете, что это может быть опасно для Вас и (или) Ваших детей. Это называется уважительной причиной. При отсутствии освобождения по уважительной причине Вы будете обязаны соответствовать требованиям в отношении трудовой занятости и обучения. Также от Вас потребуется выполнение требований по полугодовой отчетности при отсутствии освобождения по уважительной причине.

ВОЗМЕЩЕНИЕ ЗА СЧЕТ ИМУЩЕСТВА

Если Вам уже исполнилось 55 лет и Вы получаете пособие по программе Medical Assistance, чтобы оплачивать услуги учреждения сестринского ухода, обслуживание на дому и по месту жительства по альтернативной программе, а также какие-либо связанные с ними услуги больницы и получение рецептурных лекарственных препаратов, от Вас потребуется возместить расходы на эти услуги из Вашего завещанного имущества, контролируемого управляющим по делам наследства. Вы можете позвонить в программу возмещения затрат по программе Medical Assistance за счет имущества по номеру 1-800-528-3708.

ПРАВО НА СВИДЕТЕЛЬСТВО ЗАСЧИТЫВАЕМОГО СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

Федеральное законодательство ограничивает случаи, когда в страховом медицинском покрытии может быть отказано либо когда его объем может быть ограничен по причине существующего заболевания. Если Вы регистрируетесь в коллективном плане медицинского обслуживания, который исключает лечение заболевания, которое у Вас уже есть, Вам могут засчитать время, когда Вы получали страховое покрытие по программе Medical Assistance. Это может помочь Вам получить страховое покрытие. Чтобы запросить такое свидетельство, обратитесь к своему социальному работнику.

ОБЯЗАННОСТЬ ПРЕДОСТАВИТЬ ИНФОРМАЦИЮ

Вы должны предоставить правдивую, точную и полную информацию. Вы должны помочь проверить информацию, которую предоставляете. В льготах может быть отказано, если Вы не представите определенные доказательства. Если Вы не можете представить доказательства, Вам нужно попросить управление CAO помочь Вам получить его. Если к Вам обращаются сотрудники DHS или Управления главного инспектора, Вы обязаны в полной мере сотрудничать с этими лицами или инспекторами. Если Вам уже исполнилось 55 лет и Вы получаете пособие по программе Medical Assistance, чтобы оплачивать услуги учреждения сестринского ухода, обслуживание на дому и по месту жительства по альтернативной программе, а также какие-либо связанные с ними услуги больницы и получение рецептурных лекарственных препаратов, от Вас может потребоваться возместить расходы на эти услуги из Вашего завещанного имущества, контролируемого управляющим по делам наследства. Если Вы подаете заявление на получение пособия наличными, мы можем потребовать от Вас подписать договор о возмещении льгот, которые получили Вы, Ваш (-а) супруг (-а) и Ваши дети.

ОБЯЗАННОСТЬ ПРЕДОСТАВИТЬ НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Для получения пособия по программе Medical Assistance Вы обязаны предоставить номер SSN каждого лица, которое Вы включаете в заявление. Если у Вас нет номера SSN, Вы обязаны подать заявление на его получение. Если Вы не сообщите номер SSN, возможно, Вы не сможете получать льготы. Ваш номер SSN будет использоваться для удостоверения личности, для проверки доходов и ресурсов по компьютеру, а также чтобы не допустить дублирования льгот штата и федеральных льгот. Лицо, не являющееся гражданином, подающее заявление на получение пособия по программе Medical Assistance только для экстренных случаев, не обязано предоставлять номер SSN. (Титул 42 свода законов США, §C 1320b-7)

ОБЯЗАННОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КАРТУ ACCESS ШТАТА ПЕНСИЛЬВАНИЯ В ЗАКОННЫХ ЦЕЛЯХ

Как только будет установлено Ваше соответствие критериям получения льгот, Вам выдадут карту PA ACCESS. Этой картой может пользоваться только то лицо, которое соответствует критериям, и только в период такого соответствия. Вы можете использовать карту только для тех услуг, которые необходимы и обоснованы.

ОБЯЗАННОСТЬ СООБЩАТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Если Вы имеете право на льготы, от Вас потребуется сообщать об изменениях в Ваших жизненных обстоятельствах Вашему социальному работнику или в Центр обслуживания клиентов. Необходимо сообщать о следующих типах изменений: выселение или переезд кого-либо, смена адреса или работы, потеря работы, рождение ребенка, новые источники дохода или изменения в доходе, а также выигрыши в лотереях и азартных играх. Подробную информацию по конкретным программам и льготам, на которые Вы имеете право, Вы получите у своего социального работника и из соответствующих уведомлений. Если Вы не сообщите о таких изменениях в соответствии с указаниями программы, Вы можете потерять льготы, получить штрафные санкции, а также Вам могут предъявить обвинения в гражданском или уголовном преступлении. Вы можете сообщить об изменениях в управление CAO лично, по телефону, факсу, почте или через учетную запись My COMPASS. Также Вы можете сообщить об изменениях в Центр обслуживания клиентов в любое время по телефону 1-877-395-8930 или 1-215-560-7226 для Филадельфии.

Понимание своих прав и обязанностей

Подписывая настоящую форму:

- Я понимаю, что штат Пенсильвания получает информацию от системы проверки соответствия уровня дохода критериям (Income Eligibility Verification System, IEVS), от финансовых учреждений, агентств по предоставлению информации о кредитоспособности клиентов, а также федеральных агентств и агентств штата, чтобы проверить информацию, которую я предоставляю. Информацию, доступную через систему IEVS и другие учреждения, будут запрашивать, использовать и, возможно, проверять через дополнительные организации, если агентством штата будут обнаружены противоречивые детали, и такая информация может отразиться на соответствии моего домохозяйства критериям для получения льгот и на объеме этих льгот.
- Я понимаю, что, подписывая данное заявление, я разрешаю любому финансовому учреждению раскрывать, в электронной или любой иной форме, любую и всю финансовую информацию, которой располагает это учреждение, Департаменту социального обеспечения или его уполномоченному агенту либо подрядчику для целей идентификации и проверки активов в случаях, когда нужно установить либо повторно установить соответствие критериям получения льгот по программе Medical Assistance. Я понимаю, что финансовая информация включает размещение на депозиты, снятие средств и закрытие счетов, а также иную связанную с этим информацию, запрошенную или полученную от финансового учреждения, включая другие транзакции, выполненные этим финансовым учреждением в отношении счета или актива. Я понимаю, что такое разрешение действительно до тех пор, пока соответствие критериям получения пособия по программе Medical Assistance не закончится либо пока в нем не будет отказано, либо до тех пор, пока я не решу отозвать его путем письменного уведомления Департамента, в зависимости от того, что произойдет раньше. Я понимаю, что если я отзову такое разрешение, это может привести к тому, что я или мое домохозяйство не будем соответствовать критериям получения пособия по программе Medical Assistance.
- Я понимаю, что если я представлю неверные факты, скрою или откажусь предоставить факты, которые могут отразиться на моем соответствии критериям для получения льгот, от меня могут потребовать возмещения полученных мной льгот, я могу понести наказание и мне может отказать в получении определенных льгот в будущем.
- Я понимаю, что могу назначить представителя или составить доверенность, заполнив соответствующий раздел о представителе или доверенности.
- Я понимаю и соглашаюсь с тем, что несу ответственность за любые фальсифицированные сведения, представленные в этом заявлении, даже если заявление было подано кем-то от моего имени.
- Я понимаю, что любое лицо, обогатившееся в результате передачи активов или дохода, которые повлияли бы на мое соответствие критериям, будет нести ответственность за возмещение таких льгот, назначенных ошибочно.
- Я получил (-а) копию документа с указанием моих прав и обязанностей; я прочитал (-а) этот документ, или мне прочитали его, и его содержание мне понятно.
- Я понимаю, что представленная в этом заявлении информация останется конфиденциальной и будет использована только для администрирования льгот. Я разрешаю раскрытие личной, финансовой и медицинской информации в целях установления соответствия критериям.
- Я понимаю, что о любых изменениях, о которых требуется сообщать, необходимо сообщать в течение 10 дней после такого изменения.
- Я понимаю, что обязан(а) сообщать о выигрышах в лотерею и в азартных играх.
- Я понимаю, что получу письменное уведомление с разъяснением льгот. Если в предоставлении льгот будет отказано, льготы будут изменены, приостановлены или прекращены, будет отправлено письменное уведомление с объяснением причины.
- Я понимаю, что у меня будет 30 дней после даты уведомления, чтобы запросить проведение слушания в случае несогласия с решением, вынесенным по данному заявлению.
- Я понимаю, что моя ситуация подлечит проверке со стороны работодателей, финансовых источников и иных третьих сторон.
- Я понимаю, что заявители обязаны предоставить свой номер социального страхования или подать заявление на его получение в случае его отсутствия. Этот номер можно использовать для проверки информации в данном заявлении.
- Я понимаю, что я обязан (-а) использовать карту PA ACCESS только в течение периода соответствия критериям. Я обязан (-а) использовать карту PA ACCESS только для лица, которое соответствует критериям, и могу получать только необходимые и обоснованные льготы.
- Я понимаю, что мне не придется предоставлять номер социального страхования в отношении лиц, которые не подают заявление на получение пособия. Но если я предоставляю их номер социального страхования, его можно использовать для проверки информации в данном заявлении.
- Я удостоверяю под страхом наказания (уголовного) за лжесвидетельство, что предоставленная информация является достоверной.
- Я понимаю, что у меня есть право на свидетельство засчитываемого страхового покрытия для проверки моего медицинского страхового покрытия. Федеральное законодательство ограничивает случаи, когда в страховом покрытии медицинского обслуживания может быть отказано либо его объем может быть ограничен по причине существующего заболевания. Если я зарегистрируюсь в коллективном плане медицинского обслуживания, в котором есть положение о существующем заболевании, мне могут засчитать время, когда я получал (-а) пособие по программе Medical Assistance.
- Я понимаю, что если будет установлено мое соответствие критериям получения льгот по программе Medical Assistance, мне будет назначен наиболее комплексный пакет льгот медицинского обслуживания, который мне доступен. Я понимаю, что мне, возможно, потребуется зарегистрироваться в плане медицинского обслуживания. Я понимаю, что регистрация в плане медицинского обслуживания может быть для меня бесплатной или недорогой, поскольку Департамент уплачивает в план медицинского обслуживания ежемесячный взнос за меня. Я понимаю, что этот ежемесячный взнос делается в расчете на одного человека. Я понимаю, что если я получу льготы по программе Medical Assistance, на которые у меня нет права, в результате ошибки, мошенничества или по иной причине, от меня могут потребовать возместить Департаменту все ежемесячные взносы, уплаченные от моего имени.
- Я понимаю, что у штата есть право проверять все документы о медицинских услугах, оплаченных по программе Medical Assistance. Плата за услугу будет совершена непосредственно поставщику услуг, а не мне. Такая плата включает платежи по Medicare.
- Я даю штату право взыскивать, с возбуждением судебного иска или без него, платежи с частной или государственной медицинской страховки либо с ответственных третьих сторон. Учитываемая сумма не будет превышать сумму, выплаченную по программе Medical Assistance.
- Я понимаю, что у меня есть право обратиться в окружное отделение социальной помощи (CAO) за содействием в получении доказательств расходов и что управление CAO может обращаться к другим лицам, которые могут подтвердить мои затруднения в получении каких-либо доказательств.
- Я понимаю, что если некоторые или все лица, подающие заявление, не имеют права на медицинское обслуживание через Департамент, они могут соответствовать критериям получения федеральных льгот и (или) изучить варианты получения частной медицинской страховки, доступные через биржу медицинского страхования (Health Insurance Marketplace). В таком случае я разрешаю Департаменту предоставить мои имя и фамилию, а также информацию из этого заявления бирже медицинского страхования.
- **Продление страхового покрытия в последующие годы:** Чтобы облегчить установление моего соответствия критериям для получения помощи в оплате медицинского страхового покрытия в последующие годы, я даю согласие позволить бирже медицинского страхования использовать мои данные о доходе, включая информацию из налоговых деклараций. Биржа отправит мне уведомление, позволит мне внести изменения; также я могу отказаться от этого в любой момент.

Да, автоматически повторно проверять мое соответствие критериям на следующие (-ий):

(Отметьте один вариант):

- Пять лет (максимальный разрешенный срок)
- Четыре года
- Три года
- Два года
- Один год
- Не использовать мою информацию из налоговых деклараций для продления моего страхового покрытия.