



## Заявление на оплату страховых взносов, долей совместного страхования и нестрахуемого минимума по программе «Медикэйр» (Medicare).

Если у вас имеется инвалидность и вам необходима эта форма, напечатанная крупным шрифтом или составленная в другом формате, позвоните нам по линии оказания помощи по телефону 1-800-692-7462. Лица, страдающие отсутствием или недостатками слуха либо недостатками речи и желающие обратиться по линии оказания помощи, могут звонить по линии релейной связи штата Пенсильвания (PA Relay Services) по телефону 711.

This is an application for payment of your Medicare premiums, Coinsurance and Deductibles. If you need this application in a different language or someone to interpret, please contact your local county assistance office, CAO. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud para el pago de su Cobertura de Salud y/o primas de Medicare. Si necesita esta solicitud en otro idioma o servicios de interpretación, comuníquese con su oficina de asistencia del condado (CAO, por sus siglas en inglés) local. La asistencia para comunicarse en otro idioma se proporcionará gratuitamente.

Đây là một đơn xin thanh toán phí bảo hiểm, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ của chương trình Medicare của quý vị. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng một ngôn ngữ khác hoặc cần người phiên dịch, vui lòng liên hệ văn phòng hỗ trợ của hạt tại địa phương (CAO). Việc hỗ trợ về ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

هذا طلب لسداد أقساط الرعاية الطبية والتأمين والاقطاعات الخاصة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الطلب بلغة مختلفة أو إلى شخص لترجمته فوري، يرجى الاتصال بمكتب المعونة المحلي في مقاطعتك CAO ستقدم المساعدة اللغوية مجاناً.

នេះគឺជាពាក្យសុំសំរាប់ការបង់ប្រាក់ចំណាយលើថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា និង ការដកហូតយកធានារ៉ាប់រង ។ ប្រសិនបើ លោកអ្នកត្រូវការពាក្យសុំ នេះជាភាសាផ្សេង ឬ ត្រូវការអរណាម្នាក់ឱ្យជួយបកប្រែជូនលោកអ្នក សូមទាក់ទងមកកមិយាល័យជំនួយប្រចាំប្រទេស, CAO ។ ចំពោះជំនួយខាងវិជ្ជាភាសានឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយពុំគិតថ្លៃ ។

Данный документ является заявлением на оплату страховых премий программы Medicare, совместного страхования и нестрахуемого минимума. Если это заявление необходимо вам на другом языке, или если вам требуются услуги переводчика, обратитесь в местный окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения (County assistance office, CAO). Услуги переводчика будут предоставлены вам бесплатно.

这是用于支付您医疗 (Medicare) 保险费用、共负保险额和自负额的申请书。如果您需要另一语言版本的申请书，或者需要他人加以解释，请与您当地的县援助办公室 (CAO) 联系。将免费提供语言援助。

## Информация о вашем медицинском страховом покрытии

### Следует ли мне подать заявление?

Да, вам следует подать заявление. Каждый имеет право подать заявление и всем рекомендуется сделать это.

### Каковы льготы?

Имеется несколько различных льгот. В зависимости от вашего дохода и имущества вы можете иметь право на получение льгот в одной из следующих категорий:

#### Льготы для лиц, имеющих соответствующие права (QI)

- Оплата ваших страховых взносов по программе Medicare Part B. Ежемесячный доход не может превышать 135% уровня бедности, установленного Федеральным руководством по доходам (Federal Poverty Income Guideline). Ограничения по имуществу выше, чем для большинства программ медицинского страхования Medical Assistance. Для того чтобы узнать ограничения, установленные на настоящий момент, обратитесь в местное окружное отделение социальной помощи (CAO), или в Центр обслуживания клиентов (CSC) по телефону 1-877-395-8930. Жителям Филадельфии следует звонить по телефону 1-215-560-7226.

#### Определенные получатели медицинского страхования по программе Medicare для лиц с низким доходом (SLMB)

- Оплата ваших страховых взносов по программе Medicare Part B. Ежемесячный доход не может превышать 120% уровня бедности, установленного Федеральным руководством по доходам (Federal Poverty Income Guideline). Ограничения по имуществу выше, чем для большинства программ медицинского страхования Medical Assistance. Для того чтобы узнать ограничения, установленные на настоящий момент, обратитесь в местное окружное отделение социальной помощи (CAO), или в Центр обслуживания клиентов (CSC) по телефону 1-877-395-8930. Жителям Филадельфии следует звонить по телефону 1-215-560-7226.

### Получатели медицинского страхования по программе Medicare, имеющие соответствующее право (QMB)

- Оплата ваших страховых взносов по программе Medicare Part A (если вы должны оплачивать их самостоятельно), страховых взносов по программе Medicare Part B, доли совместного страхования и неоплачиваемого минимума. Ежемесячный доход не может превышать 100% уровня бедности, установленного Федеральным руководством по доходам (Federal Poverty Income Guideline). Ограничения по имуществу выше, чем для большинства программ медицинского страхования Medical Assistance. Для того чтобы узнать ограничения, установленные на настоящий момент, обратитесь в местное окружное отделение социальной помощи (CAO), или в Центр обслуживания клиентов (CSC) по телефону 1-877-395-8930. Жителям Филадельфии следует звонить по телефону 1-215-560-7226.
- Получатели медицинского страхования по программе Medicare, имеющие соответствующее право, также могут иметь право на получение льгот по программе медицинского страхования Medical Assistance, включая транспорт для визитов к врачам и оплату страховых взносов по программе Medicare. Ограничения по имуществу составляют 2000 долларов США для отдельных лиц или 3000 долларов США для супружеских пар.

Даже если ваш заработанный или незаработанный доход либо стоимость имущества превышают указанные выше Medicare, вам следует подавать заявление, поскольку не весь доход учитывается. Некоторые виды имущества (например, ваше жилье) не учитываются. Ограничения по имуществу могут изменяться каждый год.

Ваше заявление будет рассматриваться на предмет оплаты ваших страховых взносов по программе Medicare Part B за предыдущие три месяца.



# Заявление на оплату страховых взносов , долей совместного страхования и нестрахуемого минимума по программе «Медикэйр» (Medicare).



## Как мне подать заявление?

Заполните это заявление. Полностью прочтите форму заявления, включая инструкции. Напишите печатными буквами ответы на вопросы, имеющиеся в заявлении. Если вам необходима помощь для ответов на вопросы, позвоните в местное окружное отделение социальной помощи (CAO) или на линию оказания помощи (HELPLINE) по телефону **1-800-842-2020** (если у вас имеются нарушения слуха, воспользуйтесь телетайпом по номеру **1-800-451-5886**).

Вы можете подать заявление по Интернету по ссылке **www.compass.state.pa.us.**, по почте на линию, обратившись в местное окружное отделение социальной помощи (CAO).

## Куда мне отправить заявление?

Отправьте заполненное заявление в местное окружное отделение социальной помощи (CAO). Обращайтесь за правильным адресом в Центр обслуживания клиентов (CSC) по телефону **1-877-395-8930**.

Жителям Филадельфии следует звонить по телефону **1-215-560-7226**.

**Сколько времени уйдет на то, чтобы узнать, признали ли меня имеющим соответствующее право?** На это должно уйти 30 дней. Если необходима дополнительная информация, это может занять до 45 дней.

**Нужен ли вам переводчик для устного перевода?**  Да  Нет

**Если да, то с какого языка?**

PROVIDER USE ONLY				
PROVIDER NAME		PROVIDER NUMBER		
<input type="checkbox"/> INPATIENT	<input type="checkbox"/> OUTPATIENT	<input type="checkbox"/> EMERGENCY		
<input type="checkbox"/> NON-APPLICABLE				
COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE				
<input type="checkbox"/> MAIL	<input type="checkbox"/> WALK-IN	FILE CLEAR BY DATE	SCREEN BY DATE	
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG #	DATE STAMP	CAT
WORKER I.D.	CASELOAD	RECORD NUMBER	2ND DATE	CAT
NAME				
APPOINTMENT DATE/TIME				AM PM
<input type="checkbox"/> APPLICATION		<input type="checkbox"/> RENEWAL		
AUTHORIZED		NOT AUTHORIZED		
DATE				
BY				
CAT				
REASON CODE				

## Пожалуйста, пишите печатными буквами

**Вопрос 1 - Расскажите нам о себе, заявителе:** Нам необходимо собрать информацию о вас (лице, подающем заявление на получение льгот).

Office Use Line #	Фамилия, имя, инициал второго имени	Мл./ст. и так далее	Дата рождения (ММ/ДД/ГОД)	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Номер социального страхования:	
Номер заявления по программе «Medicare»	Являетесь ли вы гражданином США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Регистрационный номер для лиц, не являющихся гражданами США	Есть ли у вас карточка Access, выданная штатом Пенсильвания? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Степень родства <b>Я САМ</b>		
<b>РАСА</b> (по желанию)	Лица могут подпадать под несколько групп. Отметьте все те из них, которые применимы. Если вы не ответите, это не повлияет на ваши льготы.	1 Чёрный или американец африканского происхождения <input type="checkbox"/>	2 Выходец из Испании или Латинской Америки <input type="checkbox"/>	3 Американский индеец или коренной житель Аляски <input type="checkbox"/>	4 Азиат <input type="checkbox"/>	5 Белый (не выходец из Испании или Латинской Америки) <input type="checkbox"/>
6 Другое <input type="checkbox"/>	7 Родом с Гавайских или Тихоокеанских островов <input type="checkbox"/>	<b>Семейное положение</b>	<input type="checkbox"/> Одинокий/Одинокая <input type="checkbox"/> Гражданский брак	<input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> Разведённый/Разведена	<input type="checkbox"/> Женатый/Замужем <input type="checkbox"/> Вдовец/Вдова	
Домашний адрес (включая улицу, номер квартиры, город, штат, округ и почтовый индекс + 4):				Номер телефона:		
Почтовый адрес (включая улицу, номер квартиры, город, штат, округ и почтовый индекс + 4):						
Город или административная единица			Школьный округ			

**Вопрос 2 - расскажите нам о своем(ей) супруге, если он(а) проживает вместе с вами.** Нам необходима информация о проживающем(ей) с вами супруге для того, что установить, имеете ли вы право на получение льгот.



Подаете ли вы заявление на своего(ую) супруга(у)?  ДА  НЕТ

Office Use Line #	Фамилия, имя, инициал второго имени	Мл./ст. и так далее	Дата рождения (ММ/ДД/ГОД)	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Номер социального страхования:	Номер заявления по программе Medicare		
Является ли ваш(а) супруг(а) гражданином США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Регистрационный номер для лиц, не являющихся гражданами США		Если ли у вашего(ей) супруга(и) карточка Access, выданная штатом Пенсильвания? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Степень родства <b>СУПРУГ(А)</b>		
<b>РАСА (по желанию)</b> Лица могут подпадать под несколько групп. Отметьте все те из них, которые применимы. Если вы не ответите, это не повлияет на ваши льготы.		1 Чёрный или африканец африканского происхождения <input type="checkbox"/>	2 Выходец из Испании или Латинской Америки <input type="checkbox"/>	3 Американский индеец или коренной житель Аляски <input type="checkbox"/>	4 Азиат <input type="checkbox"/>	5 Белый (не выходец из Испании или Латинской Америки) <input type="checkbox"/>	6 Другое <input type="checkbox"/>	7 Родом с Гавайских или Тихоокеанских островов <input type="checkbox"/>

**Вопрос 3 - Дети возрастом до 21 года.** Нам необходима информация обо всех проживающих с вами детей возрастом до 21 года.

Есть ли у вас дети возрастом до 21 года, проживающие с вами?  ДА  НЕТ

Office Use Line #	Фамилия, имя, инициал второго имени	Мл./ст. и так далее	Дата рождения (ММ/ДД/ГОД)	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Номер социального страхования:	Номер заявления по программе Medicare		
Является ли это лицо гражданином США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Регистрационный номер для лиц, не являющихся гражданами США			Степень родства			
<b>РАСА (по желанию)</b> Лица могут подпадать под несколько групп. Отметьте все те из них, которые применимы. Если вы не ответите, это не повлияет на ваши льготы.		1 Чёрный или африканец африканского происхождения <input type="checkbox"/>	2 Выходец из Испании или Латинской Америки <input type="checkbox"/>	3 Американский индеец или коренной житель Аляски <input type="checkbox"/>	4 Азиат <input type="checkbox"/>	5 Белый (не выходец из Испании или Латинской Америки) <input type="checkbox"/>	6 Другое <input type="checkbox"/>	7 Родом с Гавайских или Тихоокеанских островов <input type="checkbox"/>

Office Use Line #	Фамилия, имя, инициал второго имени	Мл./ст. и так далее	Дата рождения (ММ/ДД/ГОД)	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Номер социального страхования:	Номер заявления по программе Medicare		
Является ли это лицо гражданином США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Регистрационный номер для лиц, не являющихся гражданами США			Степень родства			
<b>РАСА (по желанию)</b> Лица могут подпадать под несколько групп. Отметьте все те из них, которые применимы. Если вы не ответите, это не повлияет на ваши льготы.		1 Чёрный или африканец африканского происхождения <input type="checkbox"/>	2 Выходец из Испании или Латинской Америки <input type="checkbox"/>	3 Американский индеец или коренной житель Аляски <input type="checkbox"/>	4 Азиат <input type="checkbox"/>	5 Белый (не выходец из Испании или Латинской Америки) <input type="checkbox"/>	6 Другое <input type="checkbox"/>	7 Родом с Гавайских или Тихоокеанских островов <input type="checkbox"/>

**Вопрос 4 - Служба в Вооруженных силах США.**

Является или являлся ли кто-либо военнослужащим Вооруженных сил США?  ДА  НЕТ

Является ли кто-либо вдовой(цом), супругой(ом) или ребенком (возрастом до 21 года) военнослужащего Вооруженных сил США или лица, которое ранее было военнослужащим Вооруженных сил США?  ДА  НЕТ

ВОЕННОСЛУЖАЩИЙ	РОД ВОЙСК (пример: Сухопутные силы, ВМФ, Корпус морской пехоты, ВВС, Служба береговой охраны)	ДАТЫ СЛУЖБЫ



### Вопрос 5 - Регистрация избирателя.

## 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 влияния 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 ЗАПОЛНЯЮТ ЭТОТ БОКС НА ОСНОВЕ ВАШИХ ОТВЕТОВ  
COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON 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 __/__/__

**Вопрос 6 - Доход.** Мы хотели бы узнать ваш доход, а также доход вашего(ей) супруга(и). Включите доход детей возрастом до 21 года. Не весь доход учитывается. Например, мы не учитываем, как минимум, 20 долларов США дохода, а также у нас есть другие возможные вычеты. Укажите всю сумму дохода до вычетов (таких как налоги или страховка). (При необходимости приложите дополнительные страницы).

Есть у кого-либо, включая супруга(у) или ребенка, доход?  ДА  НЕТ

Если ДА, укажите весь доход, который вы уже получили или рассчитываете получить в этом месяце.

- Заработная плата
- Выплаты от профсоюза
- Выплаты по больничным листам
- Пособие по безработице или пособие работникам
- Доход от сдачи внаем
- Оплата проживания и питания
- Деньги на обучение
- Комиссионные
- Дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI)
- Доход от работы на себя
- Дивиденды или проценты
- Алименты
- Социальное обеспечение (Social security)
- Пенсии
- Прочее (укажите)

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ТИП/ИСТОЧНИК ДОХОДА	РАЗМЕР ДОХОДА	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ ДОХОДА?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	



**Вопрос 7 - Расходы для получения дохода.** Некоторые лица должны оплачивать расходы для получения дохода. Этот вопрос задается для того, чтобы выяснить, должны ли какие-либо лица оплачивать рабочие расходы, связанные с нарушениями здоровья, гонорары адвокатов, судебные издержки или транспортные расходы для получения дохода, указанного в ответе на Вопрос #6.

Оплачивал ли кто-либо, включая супруга(у) и ребенка, расходы на гонорары адвокатов, банковские сборы, судебные издержки, транспортные расходы или рабочие расходы, связанные с нарушением здоровья, для того, чтобы получить свой доход?  ДА  НЕТ

Если кто-либо нес такие расходы, укажите их здесь.

КТО НЕС РАСХОДЫ?	ВИД РАСХОДОВ	СУММА	ПЕРИОДИЧНОСТЬ РАСХОДОВ
		\$	
		\$	
		\$	

**Вопрос 8 - Имущество.** Этот вопрос задается, потому что мы хотели бы узнать, какое имущество принадлежит каждому лицу. Имущество - это те активы, которые у вас, возможно, имеются. Обратите внимание, что не все активы учитываются для установления права заявителей на получение тех или иных льгот. Например, мы не учитываем стоимость вашего жилья. Ответьте «Да» или «Нет» на вопрос о каждом принадлежащем вам виде имущества. В отведенном в таблице месте приведите дополнительную информацию по каждому виду имущества, о котором вы ответили «Да», указав тем самым, что вы или кто-либо еще имеет этот вид имущества.

Есть ли у кого-либо, включая супруга(у) и ребенка, следующее имущество?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Наличные деньги на руках (01) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Недвижимая собственность, в которой вы не проживаете (98) | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Акции или облигации (05)  |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Сберегательный счет (02)      | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Места на кладбище, резервы или фонды (97)                 | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Доверительный фонд (06)   |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Банковский текущий счет (03)  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Государственные облигации США (05)                        | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Индивидуальный пенсионный счет (IRA), пенсионная программа Keoga (KEOGH) или иная пенсионная программа (27) |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Срочный вклад (26)            | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Членство в рождественском или отпуском клубе (04)         |  |

КАКОЕ ИМУЩЕСТВО?	ВИД И МЕСТО НАХОЖДЕНИЯ/ФИНАНСОВОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ	НОМЕР СЧЕТА	ТЕКУЩАЯ СУММА
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

**Вопрос 9 - Транспортные средства.** Этот вопрос задается, потому что мы хотели бы узнать о ваших автомобилях. Обратите внимание, что не все транспортные средства учитываются для установления права заявителей на получение тех или иных льгот. Например, мы не учитываем первый легковой автомобиль.

Принадлежит ли кому-либо, включая вашего(у) супруга(у) и ребенка, легковой автомобиль, грузовой автомобиль или мотоцикл?  ДА  НЕТ

КОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО?	ГОД ВЫПУСКА, ПРОИЗВОДИТЕЛЬ И МАРКА АВТОМОБИЛЯ	ЗАРЕГИСТРИРОВАНО?	СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$

**Вопрос 10 - Страхование жизни.** Этот вопрос задается, потому что мы хотели бы узнать обо всех полисах страхования жизни, а также их номинальной и денежной стоимости в той степени, в которой вы располагаете соответствующей информацией.



Есть ли у кого-либо, включая вашего(у) супруга(у) и ребенка, полис страхования жизни?  ДА  НЕТ

Если да, укажите в этом разделе информацию, которой вы располагаете. Эта информация может быть неполной, и мы не возражаем против этого.

НА КОГО ОФОРМЛЕНА СТРАХОВКА?	НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	НОМЕР СТРАХОВОГО ПОЛИСА	НОМИНАЛЬНАЯ СТОИМОСТЬ	ДЕНЕЖНАЯ СТОИМОСТЬ	НА КОГО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ СТРАХОВКА?
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	

**Вопрос 11 - Медицинская страховка.** Этот вопрос задается, потому что мы хотели бы узнать обо всех имеющихся у вас медицинских страховках, если они существуют.

Есть ли у кого-либо, включая вашего(у) супруга(у) и ребенка, какая-либо иная медицинская страховка, включая Medicare или страховое покрытие, купленное третьим лицом? Если да, заполните следующие графы и представьте копию карточки и (или) уведомление о сумме страхового сбора.

ДА  НЕТ

НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	НОМЕР СТРАХОВОГО ПОЛИСА	НА КОГО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ СТРАХОВКА?	СУММА СТРАХОВОГО СБОРА	ПЕРИОДИЧНОСТЬ УПЛАТЫ

**Вопрос 12 - Изменения дохода или имущества.** Если вы или ваш(а) супруг(а) платили страховые взносы по программе Medicare Part B за какой-либо из последних трех месяцев, вы можете получить компенсацию за эти платежи.

Укажите, произошли ли за последние три месяца какие-либо изменения дохода или имущества.

НЕТ, изменений нет.

ДА, имеются изменения дохода или имущества. Просим пояснить:

---



---

**Вопрос 13 - Подтверждение.** Для обработки вашего заявления нам потребуется доказательство представленной вами информации. Если вы не можете получить доказательство этой информации, местное окружное отделение социальной помощи (CAO) поможет вам.



Отметьте здесь, если вам необходима помощь в получении подтверждения вашего адреса, дохода и (или) имущества.

Есть ли у вас копии всей представленной вами информации?  ДА  НЕТ

**ПРОСИМ ПРИСЫЛАТЬ КОПИИ, А НЕ ОРИГИНАЛЫ**

<b>Удостоверение личности</b> (Только один источник)	Водительские права, паспорт, удостоверение личности с фотографией.
<b>Статус иностранца</b> (Только для лиц, не являющихся гражданами США)	Последние иммиграционные документы.
<b>Доход</b>	Корешки квитанций о заработной плате, доказательства пенсии, уведомления о праве на получение пособия по безработице на основании финансового положения, налоговые формы и прочие документы о доходе от работы на себя, копии корешков чеков или заявления от источника дохода.
<b>Имущество</b>	Выписки из банковских счетов, страховые полисы, уведомления об оценке имущества с целью определения налога.



### Программа медицинского страхования Medical Assistance

- Я понимаю, что штат Пенсильвания получает информацию из системы Income Eligibility Verification System (IEVC, система проверки дохода на соответствие) от финансовых институтов, из потребительских отчетов, от штатовских и федеральных агентств для проверки предоставляемой мной информации. Информация из системы IEVC 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 (Department of Human Services) 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 до момента, когда 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 утверждения, сделанные в данном заявлении, даже если кто-либо другой подаст это заявление от моего имени.
- 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 месяца, следующего за месяцем, в течение которого произошли изменения.
- 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 (Department of Human Services) 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



## Ваши права и обязанности (продолжение)

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 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 документы, удостоверяющие вашу личность и гражданство 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 (Department of Human Services). 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](http://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](http://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.

- 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, помещённая в данном заявлении, 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 утверждения, 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 (Department of Human Services) 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 (Department of Human Services), если кто-либо из заявителей будет соответствовать критериям Medical Assistance.
- Я разрешаю Департаменту социального обеспечения штата Пенсильвания (Pennsylvania Department of Human Services) и отделу страхования штата Пенсильвания (Pennsylvania Insurance Department) 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, включённые 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 подтверждение 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: (✓):

( )

Домашний  Рабочий  Мобильный

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

Роль полномочного представителя:

Лицо, ответственное за уход

Легальный опекун

Основное контактное лицо

Исполнитель «завещания о жизни»

Член группы поддержки

Представитель

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.**

## Ваши права и обязанности

### Программа медицинского страхования Medical Assistance

- Я понимаю, что штат Пенсильвания получает информацию из системы Income Eligibility Verification System (IEVC, система проверки дохода на соответствие) от финансовых институтов, из потребительских отчетов, от штатовских и федеральных агентств для проверки предоставляемой мной информации. Информация из системы IEVC 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 (Department of Human Services) 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, предпринимаемые 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 до момента, когда 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 утверждения, сделанные в данном заявлении, даже если кто-либо другой подаст это заявление от моего имени.
- 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 месяца, следующего за месяцем, в течение которого произошли изменения.
- 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 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 (Department of Human Services) 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



## Ваши права и обязанности (продолжение)

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 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 документы, удостоверяющие вашу личность и гражданство 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 (Department of Human Services). 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](http://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](http://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.