PENNSYLVANIA

Заявление на получение льгот по программе Medical Assistance для работников с инвалидностью

Программа медицинской помощи для работников с инвалидностью (Medical Assistance for Workers with Disabilities, MAWD) предлагает страховое покрытие медицинского обслуживания для трудоустроенных лиц с инвалидностью. Для получения данного страхового покрытия, возможно, потребуется внести номинальный взнос.

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

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.

នេះជាពាក្យដាក់សុំអត្ថប្រយោជន៍សំបុត្រពេទ្យ។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែវា
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យជំរឿនក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក។
ការបកប្រែនឹងផ្តល់អោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

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.

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。

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

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

Каким критериям необходимо соответствовать, чтобы получить право на участие в программе?

1. Вам должно быть не менее 16 и не более 65 лет.
2. Ваши исчислимые ресурсы, такие как банковские счета, акции и облигации, не должны превышать 10 000 долларов.
3. Ваш исчислимый доход после законных вычетов и удержаний должен составлять менее 250% от федерального прожиточного минимума.
4. Ваша инвалидность должна соответствовать определению Администрации социального обеспечения (Social Security Administration). Для этого вы должны отвечать одному из следующих требований:
   - ☐ Вы должны в настоящий момент получать пособие по программе «Социальное страхование на случай потери трудоспособности» (Social Security Disability Insurance, SSDI).
   - ☐ В течение последних 12 месяцев вы должны были получать пособие по программе «Дополнительный доход по социальному обеспечению» (Supplemental Security Income, SSI) или SSDI.
   - ☐ Если вы не отвечаете ни одному из указанных выше условий, департамент рассмотрит вашу инвалидность, чтобы определить, соответствует ли она необходимым критериям.
5. Вы также должны быть трудоустроены и получать компенсацию как работник с инвалидностью.

Как подать заявление на участие в программе?

1. Заполните прилагаемое заявление. (Если вам нужна помощь, позвоните по телефону 1-800-842-2020 или по номеру линии TDD 711 для лиц с нарушениями слуха.) Вы также можете обратиться в ваше окружное отделение социальной помощи (CAO) или посетить веб-сайт департамента социального обеспечения (DHS) по адресу: www.dhs.pa.gov. Вы также можете подать заявление через Интернет по адресу: www.compass.state.pa.us.
2. Приложите к заявлению документы, подтверждающие ваш доход, рабочие расходы, связанные с нарушением здоровья, ресурсы, номер социального обеспечения, адрес и удостоверение личности.
3. Прочтите раздел «Права и обязанности» и подпишите заявление.
4. Отправьте заявление по почте в ваш CAO. Если потребуется дополнительная информация, сотрудник CAO свяжется с вами. CAO сообщит вам о вашем правомочии на получение льгот.

На получение денежного пособия или пособия по программе SNAP необходимо заполнить другое заявление. Позвоните в ваше окружное отделение социальной помощи, и они пришлют вам нужную форму.

COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE ONLY				AUTHORIZED	UNAUTHORIZED
☐ MAIL ☐ WALK IN		FILE CLEAR BY/DATE	SCREEN BY/DATE	DATE	
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG. NUMBER	DATE STAMP	BY	
WORKER ID	CASE LOAD	RECORD NUMBER	CAT	CAT	
NAME			APPOINTMENT DATE/TIME ☐ AM ☐ PM	REASON CODE	

ПРЕДОСТАВЬТЕ ИНФОРМАЦИЮ О СЕБЕ, Т. Е. О ЗАЯВИТЕЛЕ

ВАШЕ ИМЯ (фамилия, имя, инициал среднего имени)			НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	
АДРЕС		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ПЛЮС 4
НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ	РАЙОН (ГРАЖДАНСКОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ)		

Вы получаете пособие по программе социального страхования на случай потери трудоспособности (Social Security Disability Insurance, SSDI)? ☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

Если нет, сообщите нам о вашей инвалидности и предоставьте соответствующую документацию.

При заполнении данного заявления приложите отдельные листы бумаги, если потребуется дополнительное место.

Регистрация избирателя (по желанию)

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

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

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

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

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

1. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ, ГРАЖДАНСТВЕ И УДОСТОВЕРЕНИИ ЛИЧНОСТИ

Пожалуйста, укажите всех людей, проживающих с вами, начиная с себя. Коды расы (код расы необязательно указывать, эта информация только для статистических целей, и отсутствие ответа в данной графе не повлияет на ваше право на льготы) и коды гражданства указаны ниже. При необходимости приложите дополнительные страницы.

Вы понимаете по-английски? ☐ Да ☐ Нет Если нет, какой язык (языки) вы понимаете?

_____

_____

ГРАЖДАНСТВО. Используйте один из следующих кодов:	**1.** Гражданин США **2.** Иностранец, имеющий постоянный вид на жительство **3.** Иностранец, имеющий временный вид на жительство **4.** Беженец **5.** Нелегальный иностранец **6.** Несовершеннолетний беженец без присмотра взрослого

РАСА (необязательно): используйте все подходящие коды из указанных ниже. Отсутствие ответа не повлияет на ваши льготы. Для некоторых лиц можно указать более одной группы.

1. Темнокожий **2.** Испанец/латиноамериканец **3.** Североамериканский индеец или уроженец Аляски **4.** Азиат **5.** Белый (не латиноамериканец) **6.** Другое **7.** Уроженец Гавайев или островов Тихого океана

ИМЯ (Фамилия, имя, второй инициал)	Мл./ст. и т. п.	Дата рождения	Пол ☐ Мужской ☐ Женский	Номер социального обеспечения	Номер иска Medicare
ИМЯ В СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О РОЖДЕНИИ (Фамилия, имя, второй инициал)	Штат рождения	Округ рождения	Город рождения	Регистрационный номер иностранца	Вы подаете заявление для данного лица? ☐ Да ☐ Нет
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ (имя, фамилия)	Код расы	Код гражданства	Имеет ли данное лицо карточку Pa Access? ☐ Да ☐ Нет	Водительское удостоверение (штат и номер) или номер удостоверения личности государственного образца.	Кем вам приходится заявитель

ИМЯ (Фамилия, имя, второй инициал)	Мл./ст. и т. п.	Дата рождения	Пол ☐ Мужской ☐ Женский	Номер социального обеспечения	Номер иска Medicare
ИМЯ В СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О РОЖДЕНИИ (Фамилия, имя, второй инициал)	Штат рождения	Округ рождения	Город рождения	Регистрационный номер иностранца	Вы подаете заявление для данного лица? ☐ Да ☐ Нет
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ (имя, фамилия)	Код расы	Код гражданства	Имеет ли данное лицо карточку Pa Access? ☐ Да ☐ Нет	Водительское удостоверение (штат и номер) или номер удостоверения личности государственного образца.	Кем вам приходится заявитель

ИМЯ (Фамилия, имя, второй инициал)	Мл./ст. и т. п.	Дата рождения	Пол ☐ Мужской ☐ Женский	Номер социального обеспечения	Номер иска Medicare
ИМЯ В СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О РОЖДЕНИИ (Фамилия, имя, второй инициал)	Штат рождения	Округ рождения	Город рождения	Регистрационный номер иностранца	Вы подаете заявление для данного лица? ☐ Да ☐ Нет
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ (имя, фамилия)	Код расы	Код гражданства	Имеет ли данное лицо карточку Pa Access? ☐ Да ☐ Нет	Водительское удостоверение (штат и номер) или номер удостоверения личности государственного образца.	Кем вам приходится заявитель

ИМЯ (Фамилия, имя, второй инициал)	Мл./ст. и т. п.	Дата рождения	Пол ☐ Мужской ☐ Женский	Номер социального обеспечения	Номер иска Medicare
ИМЯ В СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О РОЖДЕНИИ (Фамилия, имя, второй инициал)	Штат рождения	Округ рождения	Город рождения	Регистрационный номер иностранца	Вы подаете заявление для данного лица? ☐ Да ☐ Нет
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ (имя, фамилия)	Код расы	Код гражданства	Имеет ли данное лицо карточку Pa Access? ☐ Да ☐ Нет	Водительское удостоверение (штат и номер) или номер удостоверения личности государственного образца.	Кем вам приходится заявитель

ИМЯ (Фамилия, имя, второй инициал)	Мл./ст. и т. п.	Дата рождения	Пол ☐ Мужской ☐ Женский	Номер социального обеспечения	Номер иска Medicare
ИМЯ В СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О РОЖДЕНИИ (Фамилия, имя, второй инициал)	Штат рождения	Округ рождения	Город рождения	Регистрационный номер иностранца	Вы подаете заявление для данного лица? ☐ Да ☐ Нет
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ (имя, фамилия)	Код расы	Код гражданства	Имеет ли данное лицо карточку Pa Access? ☐ Да ☐ Нет	Водительское удостоверение (штат и номер) или номер удостоверения личности государственного образца.	Кем вам приходится заявитель

2. ДОХОД

Пожалуйста, сообщите нам, имеет ли кто-либо из лиц, указанных в заявлении, какой-либо доход или ожидает его поступления. Укажите сумму дохода до вычетов и удержаний (например, налогов или страховых взносов). Доход включает в себя помимо прочего:

☐ Зарплату ☐ Услуги по уходу за ребенком ☐ Арендную плату ☐ Ветеранские льготы ☐ Пособие по болезни
☐ Дивиденды или проценты ☐ Предпринимательство ☐ Проживание и питание
☐ Пособие по социальному обеспечению (SSI) ☐ Содержание или алименты ☐ Пособие по безработице или компенсация работнику
☐ Пенсии ☐ Комиссионные выплаты ☐ Средства на обучение

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	РАБОТОДАТЕЛЬ ИЛИ ИСТОЧНИК ДОХОДА	АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ	ТЕЛЕФОН

ОТРАБОТАННЫХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ	ПОЧАСОВАЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ ДОХОДА (ОБВЕДИТЕ ОДИН ВАРИАНТ)	РАЗМЕР ЗАРПЛАТЫ ДО ВЫЧЕТОВ И УДЕРЖАНИЙ
		Еженедельно / раз в две недели / ежемесячно / другое (поясните)	
		Еженедельно / раз в две недели / ежемесячно / другое (поясните)	
		Еженедельно / раз в две недели / ежемесячно / другое (поясните)	
		Еженедельно / раз в две недели / ежемесячно / другое (поясните)	
		Еженедельно / раз в две недели / ежемесячно / другое (поясните)	

3. РАСХОДЫ

Возможно, вы понесли определенные расходы для получения дохода. Если это так, укажите расходы ниже:
☐ Судебные издержки или адвокатское вознаграждение ☐ Транспортные расходы
☐ Расходы, связанные с нарушением здоровья (например, на устройства медицинского назначения или уход на дому)

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ВИД РАСХОДОВ	СУММА	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВЫПЛАТЫ

4. РЕСУРСЫ

Кто-либо из лиц, указанных в данном заявлении, владеет какими-либо из следующих ресурсов?

☐ Да ☐ Нет Наличные денежные средства (01)
☐ Да ☐ Нет Сберегательный счет (02)
☐ Да ☐ Нет Чековый счет (03)
☐ Да ☐ Нет Рождественский или отпускной клуб (04)
☐ Да ☐ Нет Акции или облигации (05)
☐ Да ☐ Нет Сберегательные облигации США (05)
☐ Да ☐ Нет Доверительные средства (06)
☐ Да ☐ Нет Депозитный сертификат (26)
☐ Да ☐ Нет Индивидуальный пенсионный счет, счет КЕОГа (KEOGH) или другой пенсионный план (27)
☐ Да ☐ Нет Похоронные сбережения или доверительные фонды (97)
☐ Да ☐ Нет Нежилая недвижимость (98)

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ОПИШИТЕ ТИП/НОМЕР СЧЕТА/МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ РЕСУРСА	ТЕКУЩАЯ СТОИМОСТЬ

☐ Да ☐ Нет Кто-либо из лиц, указанных в данном заявлении, ожидает поступления денежных средств или какого-либо вида ресурсов, включая, помимо прочего, компенсацию в связи с несчастным случаем, наследство, доверительные средства или другие ресурсы? Если да, вид ресурса: _____ Стоимость: _____ Ожидаемая дата поступления: _____

☐ Да ☐ Нет С 8 февраля 2006 г. вы или любое лицо, указанное в заявлении, отдавали, продавали или передавали какие-либо активы, например дом, землю, личное имущество, полисы страхования жизни, аннуитеты, банковские счета, депозитные свидетельства, акции, индивидуальные пенсионные счета (IRA), облигации или право на доход? Если да, опишите вид имущества: _____ Стоимость: _____ Дата продажи, дарения или передачи: _____

Кто-либо из лиц, указанных в данном заявлении, владеет каким-либо транспортным средством (легковым автомобилем, грузовым автомобилем, мотоциклом) или выплачивает кредит в счет его покупки? ☐ Да ☐ Нет

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ГОД	МАРКА	МОДЕЛЬ	НАЛИЧИЕ ЛИЦЕНЗИИ	СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ
				☐ Да ☐ Нет	
				☐ Да ☐ Нет	

Кто-либо из лиц, указанных в данном заявлении, владеет полисом страхования жизни? ☐ Да ☐ Нет

ВЛАДЕЛЕЦ ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ/НОМЕР ПОЛИСА	НОМИНАЛЬНАЯ СТОИМОСТЬ	СТОИМОСТЬ НАЛИЧНЫМИ	ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Кто-либо из лиц, указанных в данном заявлении, имеет медицинскую страховку (кроме Medical Assistance)? ☐ Да ☐ Нет

ВЛАДЕЛЕЦ ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ/НОМЕР ПОЛИСА	ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

5. ЛЬГОТЫ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Для беременных женщин предусмотрены дополнительные льготы. Заполните данный раздел, если вы хотите указать беременную женщину, являющуюся членом вашей семьи.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	АДРЕС	ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОДОВ

6. ВОИНСКАЯ СЛУЖБА США

Кто-либо состоит или состоял на воинской службе США? ☐ Да ☐ Нет

Кто-либо является вдовцом (вдовой), супругом (супругой) или ребенком (в возрасте до 18 лет) лица, состоявшего или состоящего на воинской службе США? ☐ Да ☐ Нет

ВОЕННОСЛУЖАЩИЙ	ВИД ВОЙСК (АРМИЯ, ВОЕННО-МОРСКОЙ ФЛОТ, МОРСКАЯ ПЕХОТА, ВОЕННО-ВОЗДУШНЫЕ СИЛЫ, БЕРЕГОВАЯ ОХРАНА)	ПЕРИОД СЛУЖБЫ

7. ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ НЕОПЛАЧЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СЧЕТА

Если у вас есть неоплаченные медицинские счета за период до трех месяцев до даты подачи заявления, эти счета могут быть оплачены. Это так называемое ретроактивное покрытие. При установлении правомочия на ретроактивное покрытие вы, возможно, должны будете оплатить страховые взносы за каждый месяц ретроактивного периода. Примите к сведению, что пока нами не будут получены платежи за страховые взносы, ваши ретроактивные счета не будут оплачены. Если вы считаете, что сумма вашего неоплаченного счета меньше суммы страхового взноса, вы можете не претендовать на ретроактивное покрытие. Если вы хотите воспользоваться услугой ретроактивного покрытия, заполните раздел ниже. Пожалуйста, перечислите все дополнительные счета на отдельном листе бумаги.

Примечание. Вы должны представить подтверждение вашего дохода и ресурсов за все месяцы, на которые запрашиваете ретроактивное покрытие.

ДАТА ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ	БОЛЬНИЦА / ВРАЧ / РЕЦЕПТ	СУММА СЧЕТА

8. ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ

Для рассмотрения вашего заявления нам необходимо подтверждение предоставленной вами информации. Если вы не можете получить документы, подтверждающие вашу информацию, САО может помочь вам.

☐ Поставьте отметку здесь, если вам нужна помощь в получении подтверждения вашего адреса, дохода и (или) ресурсов.

У вас имеются копии предоставленной вами информации? ☐ Да ☐ Нет

ПОЖАЛУЙСТА, ПРИСЫЛАЙТЕ КОПИИ, А НЕ ОРИГИНАЛЫ.	
Удостоверение личности (только один источник)	водительское удостоверение, паспорт, удостоверение личности с фотографией
Гражданство	свидетельство о рождении или паспорт
Статус иностранца (только для неграждан США)	самые свежие иммиграционные документы
Адрес (только один источник)	квитанция об оплате аренды, счет за коммунальные услуги, водительское удостоверение (с текущим адресом), счет или квитанция о погашении ипотечного кредита, почтовая и налоговая документация и т. п.
Доход	корешок квитанции о начислении заработной платы за последний месяц, документ о начислении пенсии, уведомление о финансовом правомочии на получение пособия по безработице, налоговые формы или другие документы о доходе от индивидуальной трудовой деятельности, копии корешков чеков или выписок от источника дохода.
Ресурсы	выписка из банковского счета, страховые полисы, платежное извещение налогового органа

Если вы не можете получить документы, подтверждающие предоставленную вами информацию, окружное отделение социальной поможет вам. Пожалуйста, приложите записку с объяснением, почему вы не можете представить подтверждающие документы.

9. КОГДА НАЧНУТ ДЕЙСТВОВАТЬ ЛЬГОТЫ?

Вы можете выбрать месяц, с которого вы хотите начать получать льготы по программе Medical Assistance. Поставьте отметку (✓) в одной из ячеек ниже:

☐ Поставьте отметку (✓) здесь, и вы будете иметь право на льготы начиная с месяца подачи заявления. Вы должны будете оплачивать страховые взносы начиная с месяца подачи заявления.

☐ Поставьте отметку (✓) здесь, и вы будете иметь право на льготы, начиная с месяца, следующего за месяцем подачи заявления. Вы должны будете оплачивать страховые взносы начиная с месяца, следующего за месяцем подачи заявления.

10. КАК ОПЛАЧИВАТЬ СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ?

Для участия в данной программе вы должны оплачивать ежемесячные страховые взносы. Предпочтительный способ оплаты — удержание суммы взноса из заработной платы. При данном способе оплаты ваш работодатель будет вычитать сумму месячного взноса непосредственно из чека на заработную плату. Если вы хотите оплачивать страховые взносы путем их удержания из заработной платы, поставьте отметку в окошке ниже.

☐ ДА, я хочу, чтобы страховые взносы вычитались из моей заработной платы.

Если вы занимаетесь индивидуальной трудовой деятельностью, не хотите, чтобы страховые взносы вычитались из вашей заработной платы либо ваш работодатель не использует такой метод, вам будет отправлена ежемесячная выписка. Вы должны будете ежемесячно отправлять данную выписку вместе с платежом. Поставьте отметку в окошке ниже, если вы хотите оплачивать страховые взносы при помощи ежемесячной выписки, а не путем удержания из заработной платы.

☐ НЕТ, я не хочу, чтобы страховые взносы вычитались из моей заработной платы.

ПРИМЕЧАНИЕ. В некоторых случаях от вас не требуется оплата страховых взносов.

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, 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 отзову 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, включённая 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 предоставлю их номер социального страхования, это может послужить основанием для проверки информации, предоставленной в данном заявлении.
- Я подтверждаю, под страхом наказания за дачу ложных показаний, что вся предоставленная информация соответствует действительности.
- Я понимаю, что имею право на сертификат засчитываемого покрытия для подтверждения моего медицинского страхового покрытия. Федеральный закон лимитирует случаи, когда можно отказать в медицинском покрытии или ограничить медицинское покрытие по причине ранее поставленного медицинского диагноза. Если я зарегистрируюсь в групповом медицинском плане, который исключает лечение ранее диагностированного состояния, мне могут засчитать время, в течение которого я получал Medical Assistance.
- Я понимаю, что в случае признания моей правомочности на получение льгот в рамках программы Medical Assistance, я буду зачислен(а) в наиболее полный доступный мне пакет медицинского обслуживания. Я понимаю, что мне может понадобиться зачисление в план медицинского страхования. Я понимаю, что зачисление в план медицинского страхования может быть для меня по сниженной стоимости или бесплатно, поскольку Департамент оплачивает ежемесячный взнос за мой план медицинского страхования. Я понимаю, что ежемесячный взнос является платежом, осуществляемым исходя из фиксированной суммы на одного человека. Я понимаю, что в случае получения субсидированной медицинской помощи Medical Assistance, на которую я не имел(а) права, вследствие ошибки, мошеннических действий или по иной причине, мне необходимо будет возместить Департаменту сумму всех ежемесячных взносов, уплаченных от моего имени.
- Я понимаю, что если кто-либо из заявителей или все заявители не соответствуют критериям для получения Medical Assistance, они могут соответствовать критериям программы CHIP. В этом случае, я даю разрешение Департаменту социального обеспечения (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 если кто-либо из заявителей или все заявители не соответствуют критериям на получение медицинского страхового покрытия от департамента, они могут отвечать требованиям для получения федеральных льгот и/или могут рассмотреть варианты, предоставляемые рынком частного медицинского страхования (Health Insurance Marketplace). В этом случае я даю разрешение департаменту передать мое имя и информацию, имеющуюся в данном заявлении, на рынок страхования (Health Insurance Marketplace). Я понимаю мои права и обязанности перед Health Insurance Marketplace.

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.
- Не забывайте вносить ежемесячные страховые взносы за участие в программе. В случае несвоевременного внесения страхового взноса, вы можете лишиться медицинской страховки. Вы можете быть освобождены от уплаты страхового взноса в случае длительных заболеваний, временного освобождения от занимаемой должности или увольнения, дискриминации либо вследствие иных, не зависящих от вас обстоятельств. Вы также обязаны добросовестно предпринять все необходимые меры для того, чтобы вернуться на прежнюю должность либо найти другую работу.
- Свяжитесь с поставщиком услуг для получения компенсации на погашение всех медицинских счетов, оплаченных вами в период с даты подачи заявления до момента признания вашего права на получение льгот.

Я понимаю:

- Я понимаю, что если кто-либо из заявителей или все заявители не соответствуют требованиям CHIP, они могут отвечать критериям Medical Assistance. В этом случае, я разрешаю отделу страхования (Insurance Department) передать часть или все информацию Департаменту социального обеспечения (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 или позвонить по телефону 1-800-318-2596, чтобы сообщить об изменениях. Я понимаю, что изменения в моей информации могут повлиять на соответствие члена(ов) моего домохозяйства критериям для участия в программе.
- Я знаю, что согласно федеральному закону запрещена дискриминация на основании расы, цвета кожи, этнической принадлежности, пола, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентификации или инвалидности. Я могу подать жалобу на дискриминацию на сайте www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Я подтверждаю, что никто из указанных в этом заявлении лиц, подающих на получение медицинской страховки, не находится в заключении (не задержан и не находится в тюрьме).

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

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

  Да, обновляйте автоматически мое соответствие на следующие:

  (выберете одно)

  ☐ 5 лет (максимально разрешённое количество лет)

  ☐ 4 года

  ☐ 3 года

  ☐ 2 года

  ☐ 1 года

  ☐ Не используйте мою информацию, из налоговой декларации для обновления моего покрытия.

- 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 получат 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 доказательство этому вместо подписи заявителя внизу. В этом случае, предоставьте подтверждение вместе с заявлением.

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

Имя полномочного представителя:	Номер телефона: ( )	Тип телефона: (✓): ☐ 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.

Это копия Ваших прав и обязанностей. Пожалуйста, сохраните ее для Ваших документов.

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, 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 отзову 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, включённая 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 предоставлю их номер социального страхования, это может послужить основанием для проверки информации, предоставленной в данном заявлении.
- Я подтверждаю, под страхом наказания за дачу ложных показаний, что вся предоставленная информация соответствует действительности.
- Я понимаю, что имею право на сертификат засчитываемого покрытия для подтверждения моего медицинского страхового покрытия. Федеральный закон лимитирует случаи, когда можно отказать в медицинском покрытии или ограничить медицинское покрытие по причине ранее поставленного медицинского диагноза. Если я зарегистрируюсь в групповом медицинском плане, который исключает лечение ранее диагностированного состояния, мне могут засчитать время, в течение которого я получал Medical Assistance.
- Я понимаю, что в случае признания моей правомочности на получение льгот в рамках программы Medical Assistance, я буду зачислен(а) в наиболее полный доступный мне пакет медицинского обслуживания. Я понимаю, что мне может понадобиться зачисление в план медицинского страхования. Я понимаю, что зачисление в план медицинского страхования может быть для меня по сниженной стоимости или бесплатно, поскольку Департамент оплачивает ежемесячный взнос за мой план медицинского страхования. Я понимаю, что ежемесячный взнос является платежом, осуществляемым исходя из фиксированной суммы на одного человека. Я понимаю, что в случае получения субсидированной медицинской помощи Medical Assistance, на которую я не имел(а) права, вследствие ошибки, мошеннических действий или по иной причине, мне необходимо будет возместить Департаменту сумму всех ежемесячных взносов, уплаченных от моего имени.
- Я понимаю, что если кто-либо из заявителей или все заявители не соответствуют критериям для получения Medical Assistance, они могут соответствовать критериям программы CHIP. В этом случае, я даю разрешение Департаменту социального обеспечения (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 если кто-либо из заявителей или все заявители не соответствуют критериям на получение медицинского страхового покрытия от департамента, они могут отвечать требованиям для получения федеральных льгот и/или могут рассмотреть варианты, предоставляемые рынком частного медицинского страхования (Health Insurance Marketplace). В этом случае я даю разрешение департаменту передать мое имя и информацию, имеющуюся в данном заявлении, на рынок страхования (Health Insurance Marketplace). Я понимаю мои права и обязанности перед Health Insurance Marketplace.

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/

Ваши права и обязанности (продолжение)

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.
- Не забывайте вносить ежемесячные страховые взносы за участие в программе. В случае несвоевременного внесения страхового взноса, вы можете лишиться медицинской страховки. Вы можете быть освобождены от уплаты страхового взноса в случае длительных заболеваний, временного освобождения от занимаемой должности или увольнения, дискриминации либо вследствие иных, не зависящих от вас обстоятельств. Вы также обязаны добросовестно предпринять все необходимые меры для того, чтобы вернуться на прежнюю должность либо найти другую работу.
- Свяжитесь с поставщиком услуг для получения компенсации на погашение всех медицинских счетов, оплаченных вами в период с даты подачи заявления до момента признания вашего права на получение льгот.

Я понимаю:

- Я понимаю, что если кто-либо из заявителей или все заявители не соответствуют требованиям CHIP, они могут отвечать критериям Medical Assistance. В этом случае, я разрешаю отделу страхования (Insurance Department) передать часть или все информацию Департаменту социального обеспечения (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 или позвонить по телефону 1-800-318-2596, чтобы сообщить об изменениях. Я понимаю, что изменения в моей информации могут повлиять на соответствие члена(ов) моего домохозяйства критериям для участия в программе.
- Я знаю, что согласно федеральному закону запрещена дискриминация на основании расы, цвета кожи, этнической принадлежности, пола, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентификации или инвалидности. Я могу подать жалобу на дискриминацию на сайте www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Я подтверждаю, что никто из указанных в этом заявлении лиц, подающих на получение медицинской страховки, не находится в заключении (не задержан и не находится в тюрьме).

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

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

  Да, обновляйте автоматически мое соответствие на следующие:

  (выберете одно)

  ☐ 5 лет (максимально разрешённое количество лет)

  ☐ 4 года

  ☐ 3 года

  ☐ 2 года

  ☐ 1 года

  ☐ Не используйте мою информацию, из налоговой декларации для обновления моего покрытия.