

**ЗАЯВЛЕНИЕ о
медицинском
страховании**

**access
NY**

**для детей,
взрослых
и семей**

health care



ЗАЯВЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ Все сведения, представленные вами в настоящем заявлении, останутся конфиденциальными. Доступ к данным сведениям будет иметь только посредники-оформители, органы власти штата или местные учреждения и ответственные за планы медицинского обслуживания, которым необходимы данные сведения, чтобы определить, что вы (заявитель) и члены вашего домашнего хозяйства имеете право на участие в программе. Лицо, которое помогает вам заполнить настоящее заявление, не вправе обсуждать сведения с кем-либо помимо руководителя, органов власти штата или местных учреждений или ответственных за планы медицинского обслуживания, которым необходимы данные сведения.

ЦЕЛЬ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ Заполните настоящее заявление, если вы хотите покрыть медицинские расходы за счет медицинского страхования. Настоящее заявление может быть использовано для участия в программах Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, Family Planning Benefit Program или для получения помощи в уплате взносов медицинского страхования. Вы можете подать заявление от своего имени и/или от имени ближайших родственников, проживающих вместе с вами.

ЕСЛИ ВАМ НЕОБХОДИМА ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ ВСПЕЛДСТВИЕ ИНВАЛИДНОСТИ, ОБРАТИТЕСЬ В МЕСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES. ЕГО СОТРУДНИКИ ПРИМУТ ВСЕ МЕРЫ, ЧТОБЫ ОБЕСПЕЧИТЬ ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ, ОТВЕЧАЮЩИЕ ВАШИМ ПОТРЕБНОСТЯМ.

ПРЕЖДЕ ЧЕМ ЗАПОЛНЯТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ, полностью ознакомьтесь с брошюрой о подаче заявления. Если вы подаете заявление ТОЛЬКО от имени детей или если вы беременны и подаете заявление от своего имени, вам необходимо заполнить только **Разделы с А по G и Разделы I и J**. Другие заявители должны заполнить все разделы.

Если вы в возрасте 65 лет или старше, имеете медицинское заключение о слепоте, медицинское заключение об инвалидности или помещены в лечебное учреждение и подаете заявление на предоставление страхования для оплаты содержания в учреждении по уходу за престарелыми, **вам также необходимо заполнить Дополнение А**. Дополнение включает вопросы о ваших ресурсах, таких как денежные средства в банке или недвижимость, которой вы владеете.

Когда в заявлении указано **ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ** см. раздел «Документы, необходимые при подаче заявления о медицинском страховании», где перечислены приемлемые подтверждающие документы.

КАК ПОЛУЧИТЬ ПОМОЩЬ При подаче заявления на получение государственного медицинского страхования вам НЕ НУЖНО являться в местное отделение department of social services или на собеседование к посреднику-оформителю, но вы **МОЖЕТЕ** явиться или обратиться к посреднику-оформителю за помощью в заполнении настоящего заявления. **Список посредников-оформителей можно получить там же, где вы получили настоящее заявление, или по телефону 1-800-698-4543. ВСЯ ПОМОЩЬ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО.**

(Телетайпная линия для лиц с нарушениями слуха: 1-877-898-5849)

РАЗДЕЛ А Сведения о заявителе

У нас должна быть возможность связаться с лицами, которые подают заявление на медицинское страхование. Домашний адрес означает место жительства лиц, которые подают заявление на медицинское страхование. Почтовый адрес, если он отличается, означает адрес, на который вы хотите получать карты медицинского страхования и уведомления по вашему делу. Вы также можете указать, хотите ли вы, чтобы кто-либо другой получал информацию по вашему делу и/или мог обсуждать ваше дело.

РАЗДЕЛ В Сведения о домашнем хозяйстве

Укажите сведения о всех проживающих с вами лицах, даже если они не обращаются с заявлением о медицинском страховании. Важно перечислить всех проживающих с вами лиц, чтобы мы могли принять правильное решение о вашем праве на участие в программе. При необходимости укажите девичью фамилию (официальную фамилию до замужества) соответствующего лица. Также укажите город, штат и страну рождения. Если место рождения находится за пределами США, укажите только страну рождения. Помимо этого необходимо указать полное девичье имя матери каждого заявителя (имя и фамилию). При некоторых обстоятельствах данная информация может быть использована для подтверждения даты рождения заявителя.

- **Являются ли данное лицо беременным?** Если да, когда ожидается роды? Данная информация позволяет определить размеры вашей семьи. Беременная женщина принимается за двух человек.
- **Степень родства с лицом, указанным в строке 1.** Поясните, в каких родственных отношениях каждое лицо находится с лицом, указанным в строке 1 (например, супруг (супруга), ребенок, приемный ребенок, брат, сестра, племянница, племянник, и т.д.)
- **Государственное медицинское страхование.** Если вы или кто-либо проживающий вместе с вами уже зарегистрированы или были ранее зарегистрированы в программе Medicaid,

Family Health Plus, Child Health Plus, Family Planning Benefit Program или любой другой программе предоставления государственного пособия, например в программе получения Food Stamps, сообщите об этом. Также укажите идентификационный номер New York State Benefit Identification Card или удостоверение участника программы Child Health Plus.

- **Номер Social Security.** Следует указать номер Social Security для всех заявителей, если такой номер имеется. Если номер Social Security отсутствует, оставьте данную графу пустой.
- **Гражданство и иммиграционный статус.** Данные сведения следует указывать только тем, кто подает заявление на медицинское страхование. Беременным женщинам не нужно отвечать на данный вопрос. Чтобы иметь право на медицинское страхование, другие лица в возрасте 19 лет и старше должны быть гражданами США или относиться к иммиграционной категории, которая соответствует критериям. Необходимо представить оригиналы документов, подтверждающих гражданство США и личность, или заверенные копии этих документов. Обратитесь в местное отделение department of social services или позвоните по телефону 1-800-698-4543, чтобы узнать, куда можно принести эти документы. Обратите внимание, что если вы участвуете в программе Medicare или получаете пособие Social Security по Disability, но еще не имеете права на участие в программе Medicare, документально подтверждать гражданство или личность не требуется.

Начиная с 1 июля 2010 года дети, являющиеся гражданами, которые указывают номер Social Security, не обязаны представлять документы, подтверждающие личность или гражданство, если они имеют право на участие в программе Child Health Plus.

Дети, проживающие в штате Нью-Йорк и не имеющие другого медицинского страхования, имеют право на участие в программе вне зависимости от их иммиграционного статуса.

СВЕДЕНИЯ О ЛИЦАХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГОСУДАРСТВЕННОМ ПОПЕЧЕНИИ

Служба United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) постановила, что участие в программах Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus или Family Planning Benefit Program НЕ МОЖЕТ повлиять на способность лица получить «гринкарту», стать гражданином или спонсором члена семьи, ни на возможность въезда в страну или выезда из нее. Исключением являются те случаи, когда по программе Medicaid оплачивается долговременный уход в учреждении по уходу за престарелыми или в психиатрической больнице.

Штат не передает никакую информацию, содержащуюся в настоящем заявлении, в USCIS.

- **Расовая или этническая принадлежность.** Данные сведения являются факультативными и позволяют обеспечить всем заявителям равный доступ к программам. Если вы решите указать данную информацию, выберите в заявлении код, который наиболее точно описывает расовую или этническую принадлежность каждого лица. Вы можете выбрать несколько кодов.

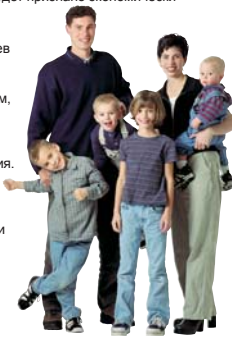
РАЗДЕЛ C Доход домашнего хозяйства (получаемые средства)

- В данном разделе перечислите все виды дохода (получаемые средства) и суммы, получаемые лицами, которых вы указали в Разделе B.
- Укажите ваш доход до вычета налогов.
- Если у вас нет дохода, объясните, каким образом вы оплачиваете свои расходы на проживание, например, на продовольствие и жилье.
- Если вы сменили место работы или являетесь студентом, укажите это.
- Также укажите, платите ли вы другому лицу или учреждению, например детскому учреждению пансионного типа, которое обеспечивает уход за вашим ребенком, супругом-инвалидом или родителем, пока вы находитесь на работе или учебе. Если такие выплаты производятся, укажите суммы. Может оказаться возможным вычесть часть суммы, которая идет на оплату данных расходов, из суммы, рассматриваемой в качестве вашего дохода.

РАЗДЕЛ D Медицинское страхование

Важно, чтобы вы указали соответствующие сведения в том случае, если на какого-либо заявителя распространяется или может распространяться действие медицинского страхования другого лица. Их право на страхование может зависеть от данных сведений; в отношении некоторых заявителей сумма, которую вы выплачиваете на медицинское страхование, может быть вычтена из суммы, рассматриваемой в качестве вашего дохода; или ваши расходы на уплату взносов медицинского страхования могут быть оплачены, если это будет признано экономически рентабельным.

Некоторые дети, на которых в течение последних шести месяцев распространялось действие медицинского страхования, предоставляемого работодателем, могут зарегистрироваться в программе Child Health Plus только по истечении установленного периода ожидания. Продолжительность периода ожидания будет зависеть от дохода вашего домохозяйства и от причины, по которой ваши дети утратили право на медицинское страхование, предоставляемое работодателем.



ПРИМЕЧАНИЕ. Планы State Health Benefits Plans предоставляют медицинское страхование в рамках Программы New York State Health Insurance Program (NYSHIP). Страхование предоставляется служащим/бывшим служащим исполнительных органов, Законодательного собрания и Судебной системы штата Нью-Йорк. Некоторые органы местного самоуправления и школьные округа также участвуют в программе NYSHIP. При наличии сомнений проконсультируйтесь по месту работы. Если ваш ребенок получает пособие в рамках State Health Insurance Benefits через программу NYSHIP, он не будет иметь права на страхование в рамках программы Child Health Plus.

Мы можем помочь с уплатой взносов медицинского страхования, если вам предоставлено или может быть предоставлено страхование по месту работы. Нам понадобятся дополнительные сведения о страховании, и анкета страхования будет вам выслана по почте.



РАЗДЕЛ E Расходы на жилье

Укажите свои ежемесячные расходы на жилье. В них необходимо учесть арендную плату, ежемесячный ипотечный платеж или иную плату за жилье. Если вы выплачиваете ипотеку, включите в указанную сумму налоги на недвижимость. Если вы несете расходы на жилье совместно с кем-либо или получаете субсидии на арендную плату, укажите только ту сумму, которую платите за аренду или ипотеку лично Вы. Если вы платите за воду, укажите размер и периодичность платежей.

РАЗДЕЛ F Спелота, инвалидность, хронические заболевания, содержание в учреждении по уходу за престарелыми

Данные вопросы позволяют нам определить оптимальную программу и необходимые услуги для каждого заявителя. Лица с инвалидностью, тяжелыми заболеваниями или крупными суммами медицинских счетов могут получить более широкий спектр медицинских услуг. Вы можете быть признаны инвалидом, если ваша повседневная деятельность ограничена вследствие болезни или состояния, которое длится или может длиться не менее 12 месяцев. Лица, страдающие спелотой, инвалидностью, хроническим заболеванием или находящиеся в учреждении по уходу за престарелыми должны заполнить Дополнение А. Если ни вы, ни любой другой заявитель не страдаете спелотой, инвалидностью, хроническим заболеванием и не находитесь в учреждении по уходу за престарелыми, перейдите к Разделу G.

РАЗДЕЛ G Дополнительные вопросы о медицинском обслуживании

Если у вас есть оплаченные или неоплаченные медицинские счета за последние три месяца, Medicaid может оплатить данные расходы. Укажите, на что были проведены расходы по данным счетам и за какие месяцы. Приложите к настоящему заявлению копии медицинских счетов. Примечание. Данный трехмесячный период начинается с момента получения вашего заявления местным отделением Department of Social Services или с момента вашей встречи посредником-оформителем. Вам потребуется указать ваш доход за любой прошедший месяц, к которому относятся медицинские счета, чтобы подтвердить ваше соответствие критериям в течение указанного периода времени. Также необходимо указать, где вы проживали в течение последних трех месяцев, поскольку от этого может зависеть возможность оплатить счета за ранее предоставленное обслуживание. Нам необходима информация о любых судебных делах, ожидающих решения, или проблемах здоровья, причиненных другими лицами, чтобы выяснить, должны ли другие лица оплатить какую-либо часть ваших расходов на медицинское обслуживание.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ НА ОБОРОТЕ ►

РАЗДЕЛ Н Родители или супруги, которые проживают отдельно или умерли

- Если у каких-либо заявителей отсутствуют супруги или родители, необходимо заполнить настоящий раздел, чтобы мы могли понять, доступно ли медицинское обслуживание вам или вашему ребенку.
- Беременные женщины могут ответить на данные вопросы через 60 дней после родов. Все прочие заявители в возрасте 21 года и старше должны быть согласны представить сведения о родителе несовершеннолетнего заявителя или о супруге, проживающих вне дома, чтобы иметь право на медицинское страхование, за исключением случаев наличия уважительной причины. Примером «уважительной причины» может быть опасение физического или эмоционального ущерба вам или члену семьи. Вопрос 2 относится к РОДИТЕЛЮ несовершеннолетнего заявителя в возрасте до 21 года. Вопрос 3 относится к СУПРУГЕ (СУПРУГУ) заявителя.
- Если родители отказываются представить такие сведения, несовершеннолетний заявитель может сохранять право на Medicaid или Child Health Plus.

РАЗДЕЛ I Выбор плана медицинского обслуживания

Что такое план медицинского обслуживания? Подача заявления на участие в программах через Access NY Health Care может подразумевать получение услуг медицинского страхования в рамках плана контролируемого медицинского обслуживания. После регистрации вы выбираете из данного плана одного врача (поставщика первичного медицинского обслуживания или PCP), который будет осуществлять ваше постоянное медицинское сопровождение. Если вы хотите, чтобы вас по-прежнему обслуживал определенный врач, вам необходимо выбрать план, в рамках которого данный врач ведет свою деятельность. Основной задачей планов контролируемого медицинского обслуживания является профилактическое лечение, которое не позволяет незначительным недомоганиям перерасти в серьезные проблемы здоровья. Если вам понадобится специалист, поставщик первичного медицинского обслуживания направит вас к нему.

Кто должен выбирать план медицинского обслуживания? Лица, имеющие право участвовать в программе Family Health Plus и Child Health Plus, **ОБЯЗАНЫ** выбрать план медицинского обслуживания, чтобы получать медицинские услуги. **БОЛЬШИНСТВУ** лиц, имеющих право участвовать в программе Medicaid, **ТРЕБУЕТСЯ** выбрать план медицинского обслуживания, чтобы получить наиболее полный спектр льгот Medicaid. Дополнительная информация по данному вопросу изложена в следующих разделах настоящего документа.



Как узнать, какой план медицинского обслуживания нужно и можно выбрать? Для программ Medicaid и Family Health Plus, если вы хотите получить подробную информацию о порядке работы планов контролируемого медицинского обслуживания, о необходимости участвовать и о том, как выбрать план, позвоните в Medicaid CHOICE по телефону 1-800-505-5678; вы также можете позвонить или обратиться лично в местное отделение Department of Social Services. Попросите предоставить пакет информационных документов по регулируемому медицинскому обслуживанию. С информацией о планах медицинского обслуживания также можно ознакомиться на веб-сайте NYSDOH по адресу health.ny.gov. Вы также можете зарегистрироваться по телефону, позвонив по номеру 1-800-505-5678.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы или член вашей семьи будете признаны имеющими право на Medicaid и проживаете в округе, получатели Medicaid в котором не обязаны выбирать план медицинского обслуживания, вы будете зачислены в выбранный вами план медицинского обслуживания, если он предусматривает Medicaid, кроме случаев, когда вы укажете в соответствующем пункте заявления о своем нежелании участвовать или сообщите об этом в местное отделение Department of Social Services по телефону или в письменном виде.

План Child Health Plus

Для получения информации о планах в рамках программы Child Health Plus звоните по телефону 1-800-698-4543.

Взносы по программ Child Health Plus

Программа Medicaid или Family Health Plus не предусматривает взносов. Программа Child Health Plus может предусматривать ежемесячный взнос. Прилагаемая таблица позволяет определить необходимость выплаты взноса, исходя из ежемесячного дохода. Вы должны приложить взнос за первый месяц к заполненному заявлению; в противном случае ваш ребенок не будет зарегистрирован.

РАЗДЕЛ J Подпись

Внимательно ознакомьтесь с данным пунктом настоящего раздела и с разделом «Условия, права и обязанности». Затем поставьте в заявлении подпись и дату.

ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Имя заявителя _____

Дата заявления _____

*** Ваша регистрация не может быть завершена, пока не будут получены все НЕОБХОДИМЫЕ документы.**

ВЫ НЕ ДОЛЖНЫ ПРЕДЪЯВЛЯТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ. Требуются только документы, относящиеся к вам или к другим лицам, указанным в заявлении. Необходимо представить оригиналы или заверенные копии документов, подтверждающих личность и гражданство США. Пожалуйста, обратитесь в местное отделение Department of Social Services или позвоните по телефону 1-800-698-4543, чтобы узнать, куда можно принести документы, подтверждающие личность и гражданство США. Многие местные отделения Department of Social Services и планов медицинского обслуживания в рамках программы Child Health Plus не принимают оригиналы документов по почте, поэтому узнайте у них об этом, прежде чем отправлять документы. Копии других документов можно отправить по почте, приложив к заявлению.

Необходимо представить документы, подтверждающие личность, гражданство или иммиграционный статус в США и дату рождения.

Начиная с 1 июля 2010 года дети, являющиеся гражданами, которые указывают номер Social Security, не обязаны представлять документы, подтверждающие личность или гражданство, если они имеют право на участие в программе Child Health Plus. Вы можете представить ОДИН из следующих документов, одновременно подтверждающих гражданство США, вашу личность и дату рождения:

- Паспорт/карточку гражданина США **ИЛИ**
- Свидетельство о натурализации США (документы DHS N-550 или N-570) **ИЛИ**
- Свидетельство о гражданстве США (документы DHS N-560 или N-561) **ИЛИ**
- Водительские права штата Нью-Йорк с указанием гражданства (EDL).

Если отсутствует один из перечисленных документов, для подтверждения гражданства и (или) личности можно представить по ОДНОМУ документу из КАЖДОГО из приведенных ниже списков. Данный список не является исчерпывающим. Если у вас нет одного из этих документов, см. инструкции в разделе «Как получить помощь».

В документах, помеченных звездочкой (*), также указана дата рождения.

Гражданство США

- Свидетельство о рождении в США*
- Свидетельство о рождении, выданное Государственным департаментом США (документы FS-545 или DS-1350)*
- Справка о рождении за границей (FS-240)
- Удостоверение личности жителя США (документ I-197 или I-179)
- Удостоверение коренного американца*
- Документы из религиозного/учебного учреждения*
- Официальная справка о службе в вооруженных силах США с указанием места рождения в США
- Окончательное постановление суда об усыновлении/удочерении
- Подтверждение права на гражданство США в соответствии с Законом о гражданстве несовершеннолетних лиц 2000 года

Личность

- Выданные штатом водительские права или удостоверение личности с фотографией*
- Удостоверение личности, выданное органами власти федерального уровня, штата или местного самоуправления
- Удостоверение военнослужащего США или свидетельство о призыве в вооруженные силы или удостоверение служащего Береговой охраны США торгового флота США
- Удостоверение личности с фотографией, выданные учебным заведением (также может указывать дату рождения)
- Свидетельство о доле индейской крови или другой документ с фотографией, свидетельствующий о принадлежности к племенам коренных американцев / коренных жителей Аляски
- Проверенные документы из учебного заведения, яслей или детского сада (для детей до 16 лет) (также может указывать дату рождения)
- Документы из поликлиники, больницы или кабинета врача (для детей до 16 лет)*

Если в представленном вами документе не указана дата рождения, вы также должны представить один из следующих документов:

- Свидетельство о браке
- NYS Benefit Identification Card

***Просьба вернуть все необходимые документы до: _____**

в противном случае заявление может быть отклонено.

ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Если Вы не являетесь гражданином США

Ниже указаны наиболее распространенные документы, выдаваемые United States Citizenship and Immigration Services (USCIS), позволяющие продемонстрировать ваш иммиграционный статус. Данный список не является исчерпывающим. Если у вас нет одного из этих документов, см. инструкции в разделе «Как получить помощь».

Необходимо представить **ОДИН** из следующих документов, одновременно подтверждающих иммиграционный статус, вашу личность и дату рождения:

В документах, помеченных звездочкой (*), также указана дата рождения.

Иммиграционный статус/личность

- Документ I-551 Вид на постоянное жительство («гринкарта»)*
- Документ I-688B или I-766 Разрешение на трудоустройство*

Иммиграционный статус, но требуется дополнительный документ, удостоверяющий личность

- I-94 Регистрационная карточка прибытия/убытия*
- Документ USCIS I-797 Уведомление о решении
- Подтверждение непрерывного проживания в США в период до 1 января 1972 года.

Домашний адрес: Данный адрес должен совпадать с домашним адресом, который вы указали в Разделе А заявления. Подтверждающий документ должен быть выдан не более чем за 6 месяцев до подписания заявления.

- Договор аренды / справка / квитанция об оплате аренды, выданная домовладельцем, с указанием вашего домашнего адреса
- Счет за коммунальные услуги (газ, электричество, телефон, кабельная связь, отопление, водоснабжение)
- Документы по налогу на недвижимость или выписка по ипотечной ссуде
- Водительские права (если выданы в течение последних 6 месяцев)
- Официальное удостоверение личности, с указанием адреса
- Простемпелеванный конверт или почтовая карточка (не может использоваться, если отправлено на адрес почтового ящика)

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО ДОХОДА ИЛИ ДОХОДА, КОТОРЫЙ ВЫ ОЖИДАЕТЕ В БУДУЩЕМ, НАПРИМЕР, ПОСОБИЯ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ ИЛИ КОМПЕНСАЦИИ ПО СУДУ: Вы должны представить справку, заявление или копии чеков или платежных корешков с места работы, от лица или учреждения, являющегося источником дохода. НЕ ТРЕБУЕТСЯ ПРЕДЪЯВЛЯТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ, но только те, которые имеют отношение к вам и проживающим вместе с вами лицам. Необходимо представить один подтверждающий документ по каждому виду дохода. Представьте последние по времени документы, подтверждающие доход до удержания налогов и прочих вычетов. Подтверждающие документы должны быть датированы, с указанием наименования работодателя и валового дохода за период оплаты. Подтверждающие документы должны охватывать последние четыре недели, независимо от периодичности выплаты заработной платы: еженедельно, раз в две недели или ежемесячно. Эти документы должны быть за текущий период.

Заработная плата

- Корешок чека о выплате зарплаты
- Справка с места работы на официальном бланке, за подписью и с указанием даты
- Декларация о подоходном налоге за текущий период за подписью и с указанием даты, со всеми Приложениями**
- Документы о о коммерческой деятельности/ заработной плате

Индивидуальная трудовая деятельность

- Декларация о подоходном налоге за текущий период за подписью и с указанием даты, со всеми Приложениями**
- Документы, свидетельствующие о доходах и расходах/ документы о коммерческой деятельности

Пособие по безработице

- Письмо / свидетельство о назначении пособия
- Месячная справка о получаемых пособиях из NYS Department of Labor
- Распечатка с данными счета получателя с веб-сайта NYS Department of Labor (www.labor.state.ny.us)
- Копия карты Direct Payment Card, с распечаткой
- Корреспонденция из NYS Department of Labor

Персональные пенсии/пенсионные платежи

- Выписка о начислении пенсии/пенсионных платежей

Номер Social Security

- Письмо / свидетельство о назначении пособия
- Ежегодная справка о получаемых пособиях
- Корреспонденция из Social Security Administration

Workers' Compensation

- Письмо о назначении пособия
- Корешок чека на пособие

Платежи на содержание ребенка / Алименты

- Письмо от лица, предоставляющего поддержку
- Письмо из суда
- Корешки чеков по платежам на содержание ребенка / Алименты
- Копия карточки NY Epicard с распечаткой
- Копия с данными счета по содержанию ребенка с веб-сайта www.newyorkchildsupport.com
- Копии выписок с банковского счета с указанием прямого депозита

Пособия ветеранам

- Письмо о назначении пособия
- Корешок чека на пособие
- Корреспонденция из Управления Veterans Affairs

Заработная плата военнослужащих

- Письмо о назначении пособия
- Корешок чека на пособие

Доход от арендной платы или предоставления комнаты и пансиона

- Письмо от жильца, квартиранта, квартиросъемщика
- Корешок чека

Выплаты процентов/дивидендов/роялти

- Последняя выписка из банка, кредитного союза или финансового учреждения
- Справка от брокера
- Справка от агента
- Форма 1099 или налоговая декларация (если другие документы отсутствуют)

**От заявителей кроме лиц, занятых индивидуальной трудовой деятельностью, налоговые декларации могут использоваться при подаче заявлений до 1 апреля следующего года.

ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Если вы осуществляете оплату в целях обеспечения ухода за вашими детьми или родителями в то время, пока вы работаете, представьте один из следующих документов:

- Справка из учреждения пансионного типа или другого учреждения по уходу за детьми или взрослыми
- Погашенные чеки или квитанции, подтверждающие произведенные вами платежи

Подтверждение наличия медицинского страхования, представить все соответствующие документы:

- Документ, подтверждающий действующее страхование (страховой полис, страховое свидетельство или карту страхования)
- Уведомление о прекращении медицинского страхования
- Карточка Medicare (карточка с красной, белой и синей полосами)

Только беременные: подтверждение беременности на основании одного из следующих документов:

- Бланк Presumptive Eligibility Screening Worksheet, заполняемый квалифицированным поставщиком, с указанием предполагаемой даты родов
- Справка от медработника (врача или медсестры) с указанием предполагаемой даты родов
- Бланк WIC Medical Referral Form с указанием предполагаемой даты родов

Если у вас есть медицинские счета за последние три месяца, представьте все перечисленные ниже документы:

Для установления права на возмещение медицинских расходов за последние три месяца:

- Подтверждение дохода за месяц(ы), в которые были понесены расходы
- Подтверждение адреса проживания/домашнего адреса за месяц(ы), в которые были понесены расходы
- Медицинские счета за последние три месяца, как оплаченные, так и неоплаченные

Ресурсы (только если вы старше 65 лет или вы инвалид и не имеете детей в возрасте до 21 года, проживающих вместе с вами):

- Выписки с банковских счетов: чековых, сберегательных, пенсионных (IRA и Keogh)
- Выписки об акциях, облигациях, депозитных сертификатах
- Копия полиса страхования жизни
- Копия погребального траста или фонда, договора на участок на кладбище или погребение
- Документ о приобретении недвижимости, кроме занимаемого жилья

Подтверждение статуса студента для работающих учащихся колледжей:

- Копия расписания занятий
- Справка из колледжа или университета
- Прочая корреспонденция из колледжа с указанием статуса студента



■ Медицинское страхование

Для большинства незастрахованных детей в возрасте до 19 лет, проживающих в штате Нью-Йорк, медицинское страхование предоставляется в рамках одной из двух программ: Medicaid или Child Health Plus. Почти все дети имеют право участвовать в этих программах, независимо от дохода семьи или иммиграционного статуса ребенка.

Для большинства лиц в возрасте от 19 до 64 лет, которые имеют ограниченный доход и являются гражданами или попадают в одну из нескольких иммиграционных категорий, медицинское страхование предоставляется в рамках программ Medicaid и Family Health Plus. Кроме того, для лиц в возрасте 65 лет или старше, имеющих медицинское заключение о слепоте или инвалидности, ограниченный доход и ограниченные ресурсы, и являющихся гражданами или относящихся к одной из нескольких иммиграционных категорий, медицинское страхование предоставляется в рамках программы Medicaid.

■ В каких программах я имею право участвовать?

Одно заявление подается на участие в следующих программах: Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus и Family Planning Benefit Program. На основании представляемой вами информации будет определено, в какой программе вы и/или ваши дети сможете принять участие.

■ Какие услуги предусматриваются?

Предусматриваются такие важные услуги, как регулярные медицинские осмотры, рецептурные препараты, стационарное лечение, проверка зрения, предоставление очков, услуги психотерапевта и многое другое. Программы Medicaid и Family Health Plus предусматривают дополнительную гарантию для лиц в возрасте до 21 года, которая обеспечивает все необходимое лечение в рамках программы Child/Teen Health Program. Медицинское страхование детей не предусматривает вычетов или доплат.

■ Нужно ли что-либо платить, чтобы принять участие в программе?

Размер выплаты зависит от дохода вашей семьи. Для большинства семей

В таблице ниже представлена сумма дохода (до вычета налогов), дающая право на бесплатное или субсидированное медицинское страхование. Если у вас есть дети в возрасте до 19 лет и ваш доход превышает данные суммы, вашему ребенку может быть предоставлено медицинское страхование по более высокой стоимости.

МАКСИМАЛЬНЫЕ СУММЫ МЕСЯЧНОГО ДОХОДА			МАКСИМАЛЬНЫЕ СУММЫ РЕСУРСОВ
РАЗМЕР СЕМЬИ	ВЗРОСЛЫЕ	ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ ДО 19 ЛЕТ	БЕРЕМЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ
1	\$958	\$3 830	*
2	\$1 939	\$5 170	\$2 585
3	\$2 442	\$6 510	\$3 255
4	\$2 944	\$7 850	\$3 925
5	\$3 447	\$9 190	\$4 595
6	\$3 949	\$10 530	\$5 265
7	\$4 452	\$11 870	\$5 935
8	\$4 954	\$13 210	\$6 605

Примечание. Уровни дохода меняются ежегодно. Данные цифры являются ориентировочными. Уровень дохода взрослых получателей, не имеющих детей, может быть ниже. *При определении размера семьи беременные женщины принимаются за двух человек.

ТАБЛИЦА УРОВНЕЙ ВЗНОСОВ ПО ПРОГРАММЕ CHILD HEALTH PLUS В 2013 Г.*

Размер семьи	Бесплатное страхование	\$9 за ребенка в месяц (макс. \$27)	\$15 за ребенка в месяц (макс. \$45)	\$30 за ребенка в месяц (макс. \$90)	\$45 за ребенка в месяц (макс. \$135)	\$60 за ребенка в месяц (макс. \$180)	Полный взнос за одного ребенка
1	\$1 531	\$2 126	\$2 394	\$2 873	\$3 352	\$3 830	БОЛЕЕ \$3 830
2	\$2 067	\$2 870	\$3 232	\$3 878	\$4 524	\$5 170	БОЛЕЕ \$5 170
3	\$2 603	\$3 614	\$4 069	\$4 883	\$5 697	\$6 510	БОЛЕЕ \$6 510
4	\$3 139	\$4 357	\$4 907	\$5 888	\$6 869	\$7 850	БОЛЕЕ \$7 850
5	\$3 675	\$5 101	\$5 744	\$6 893	\$8 042	\$9 190	БОЛЕЕ \$9 190
6	\$4 211	\$5 845	\$6 582	\$7 898	\$9 214	\$10 530	БОЛЕЕ \$10 530
7	\$4 747	\$6 585	\$7 419	\$8 903	\$10 387	\$11 870	БОЛЕЕ \$11 870
8	\$5 283	\$7 332	\$8 257	\$9 908	\$11 559	\$13 210	БОЛЕЕ \$13 210
Для каждого дополнительного лица Дополнительно:							
	\$536	\$744	\$838	\$1 005	\$1 173	\$1 340	

Примечание. Уровни дохода меняются ежегодно. Обратите внимание, что при более высоких уровнях дохода страхование для детей в возрасте до одного года является бесплатным.

медицинское страхование предоставляется бесплатно. Другим семьям приходится выплачивать небольшую сумму.

■ Каким образом мне будет предоставляться медицинские услуги?

Медицинское обслуживание лиц, которые имеют право на участие в программах Family Health Plus и Child Health Plus, будет осуществляться посредством планов медицинского обслуживания, предусматривающих собственные группы врачей и больниц. Прежде чем выбрать план, убедитесь, что в нем предусмотрены ваши врачи. Большинство лиц, имеющих право на участие в программе Medicaid, также ДОЛЖНЫ выбрать план медицинского обслуживания. Их медицинское обслуживание будет осуществляться посредством плана медицинского обслуживания. В некоторых районах штата планы медицинского обслуживания могут отсутствовать. В данных районах можно обращаться к любому врачу, работающему по программе Medicaid. Уточните у вашего врача, с каким видом медицинского страхования он работает.

■ Что необходимо сделать, чтобы зарегистрироваться?

Процедура подачи заявления о медицинском страховании в настоящее время максимально упрощена. В вашем районе имеется множество отделений, в которых можно получить помощь. Опытные и дружелюбные сотрудники отделений могут ответить на все ваши вопросы и помочь в оформлении заявления даже в выходные дни и в вечернее время.

Для регистрации в программе Medicaid или Family Health Plus больше не нужно проходить личное собеседование. Заполненное заявление можно отправить по почте или оставить в местном отделении Department of Social Services. Если вы подаете заявление только на участие в программе Child Health Plus, вы можете отправить заполненное заявление по почте непосредственно в отделение плана медицинского обслуживания Child Health Plus.

■ Какие услуги предусмотрены для беременных женщин?

Штат Нью-Йорк предоставляет бесплатное медицинское страхование в рамках программы Medicaid для многих беременных женщин с ограниченным доходом, независимо от их иммиграционного статуса. Беременные женщины, участвующие в программе Medicaid, могут получить широкий набор услуг, которые направлены на обеспечение здоровой беременности, включая дородовые осмотры, санитарное просвещение и специальное медицинское обслуживание. Оказание услуг продолжается в течение двух месяцев после окончания беременности. Услуги Family Planning Services предоставляются в течение не более чем 24 месяцев после окончания беременности. После рождения ребенка автоматически предоставляется медицинское страхование в течение года.

■ Что такое Family Planning Benefit Program?

Данная программа предусматривает медицинское обслуживание и предоставление связанных с ним препаратов и принадлежностей для поддержания хорошего репродуктивного здоровья. Право на участие в программе могут иметь мужчины и женщины детородного возраста.

■ Телефон справочной службы:

Чтобы узнать адрес ближайшего отделения, в котором можно получить помощь в оформлении заявления в вашем районе, позвоните по телефону:

Для взрослых: 1-877-9FHPLUS

Для детей: 1-800-698-4543

ACCESS NY HEALTH CARE

Medicaid / Family Health Plus / Child Health Plus

Прежде чем заполнять заявление, ПРОЧИТЕ весь его текст и ИНСТРУКЦИИ. Заполните печатными буквами синими или черными чернилами. Заявление, заполненное не полностью, не может быть обработано и приведет к задержке в принятии решения по вашему заявлению.

Раздел А Сведения о заявителе

Сообщите сведения о себе и свои контактные данные.

Официальное имя		Инициал второго имени	Официальная фамилия	
Основной номер телефона <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Другой		Дополнительный номер телефона <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Другой		Язык, на котором вы говорите _____ читаете _____
ДОМАШНИЙ АДРЕС лиц, подающих заявления о медицинском страховании <input type="checkbox"/> Отметить здесь, если бездомный		Улица и номер дома		кв. №
ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ		Город	Штат	Почтовый индекс Округ
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС лиц, подающих заявления о медицинском страховании, если отличается от указанного выше.		Улица и номер дома		кв. №
		Город	Штат	Почтовый индекс
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Если есть другое лицо, которому следует направлять уведомления, связанные с программой Medicaid, укажите контактные данные такого лица. Я хочу, чтобы это лицо: <input type="checkbox"/> Подало заявление об участии и/или о продлении участия в программе Medicaid от моего имени <input type="checkbox"/> Обсуждало мое заявление об участии в программе Medicaid или мое дело, если это необходимо <input type="checkbox"/> Получало уведомления и корреспонденцию		Имя		Штат
<input type="checkbox"/> Отметить все соответствующие пункты		Улица и номер дома		Почтовый индекс
		Город	кв. №	Телефон: <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Другой

Раздел В

Сведения о домашнем хозяйстве Если вы проживаете в данном домашнем хозяйстве, начните с себя. Если нет, начните с любых совершеннолетних лиц, проживающих в данном домашнем хозяйстве. Укажите полные официальные имена заявителей или получателей услуг в рамках Medicaid, Family Health Plus или Child Health Plus и укажите номера их карточек-удостоверений получателей пособий или карточек плана медобслуживания. Вы должны представить информацию о членах домашнего хозяйства, включая: родителей, приемных родителей и супругов. Вы можете представить информацию о других членах домашнего хозяйства (например, о ребенке, не достигшем 21 года, находящемся на иждивении). Указание других членов домашнего хозяйства может позволить нам предоставить вам более высокий уровень льготности. Беременные женщины и дети, не достигшие 19 лет, могут иметь право на получение медицинского страхования независимо от иммиграционного статуса.

	Дата рождения	Подает ли данное лицо заявление на получение медицинского страхования?	Является ли данное лицо беременным?	Является ли данное лицо родителем несовершеннолетнего заявителя?	Какова степень родства по отношению к лицу, указанному в пункте 1?	Предоставляется или предоставлялось ли ранее данному лицу государственное медицинское страхование? (Отметить соответствующий пункт).	Номер Social Security (если есть)	Отметьте один пункт, указывающий ваше гражданство или иммиграционный статус. Беременные женщины не должны отвечать на этот вопрос	Раса/ этническая принадлежность
01	____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Предполагаемая дата - родов ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	CAM ЗАЯВИТЕЛЬ	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Номер карточки-удостоверения получателя пособий/карточки плана медобслуживания, если известен:	_____ Месяц День Год	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Иммигрант/не гражданин Укажите дату получения иммиграционного статуса ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Не иммигрант (обладатель визы) <input type="checkbox"/> Ни один из перечисленных пунктов	<input type="checkbox"/> Предъявить подтверждение
02	____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Предполагаемая дата - родов ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Номер карточки-удостоверения получателя пособий/карточки плана медобслуживания, если известен:	_____ Месяц День Год	<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Иммигрант/не гражданин Укажите дату получения иммиграционного статуса ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Не иммигрант (обладатель визы) <input type="checkbox"/> Ни один из перечисленных пунктов	

Начиная с 1 июля 2010 года дети, являющиеся гражданами, которые указывают номер социального обеспечения, не обязаны представлять документы, подтверждающие личность или гражданство, если они имеют право на участие в программе Child Health Plus. **ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ** См. раздел «Документы, необходимые при подаче заявления о медицинском страховании» в инструкциях на стр. 1-3, «Список документов для оформления медицинского страхования», где перечислены документы, подтверждающие личность гражданство или иммиграционный статус.

* Коды расовой/этнической принадлежности (по желанию): **A**-уроженец Азии, **B**-негр или афро-американец, **I**- коренной американец или коренной житель Аляски, **P**- коренной житель Гавайских островов или др. островов Тихого океана, **W**- белый, **U**- не известно. Также укажите, являетесь ли вы испаноязычным или латиноамериканцем-**H**

	Дата рождения	Подает ли данное лицо заявление на получение медицинского страхования?	Является ли данное лицо беременным?	Является ли данное лицо родителем несовершеннолетнего заявителя?	Какова степень родства по отношению к лицу, указанному в пункте 1?	Предоставляется ли ранее данному лицу государственное медицинское страхование? (Отметить соответствующий пункт).	Номер Social Security (если есть)	Отметьте один пункт, указывающий ваше гражданство или иммиграционный статус. Беременные женщины не должны отвечать на этот вопрос	Раса/этническая принадлежность
Официальное имя, второе имя, фамилия	ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ		ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ					ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ	
03	/ /	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Номер карточки-удостоверения получателя пособий/карточки плана медобслуживания, если известен:		<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Иммигрант/не гражданин Укажите дату получения иммиграционного статуса / / Месяц День Год <input type="checkbox"/> Не иммигрант (обладатель визы) <input type="checkbox"/> Ни один из перечисленных пунктов	
	Полное девичье имя (имя лица при рождении, до брака)	<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.	Предполагаемая дата -розов						
	Город рождения Штат рождения Страна рождения		/ /						
	Полное девичье имя матери данного лица								
04	/ /	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Номер карточки-удостоверения получателя пособий/карточки плана медобслуживания, если известен:		<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Иммигрант/не гражданин Укажите дату получения иммиграционного статуса / / Месяц День Год <input type="checkbox"/> Не иммигрант (обладатель визы) <input type="checkbox"/> Ни один из перечисленных пунктов	
	Полное девичье имя (имя лица при рождении, до брака)	<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.	Предполагаемая дата -розов						
	Город рождения Штат рождения Страна рождения		/ /						
	Полное девичье имя матери данного лица								
05	/ /	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Номер карточки-удостоверения получателя пособий/карточки плана медобслуживания, если известен:		<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Иммигрант/не гражданин Укажите дату получения иммиграционного статуса / / Месяц День Год <input type="checkbox"/> Не иммигрант (обладатель визы) <input type="checkbox"/> Ни один из перечисленных пунктов	
	Полное девичье имя (имя лица при рождении, до брака)	<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.	Предполагаемая дата -розов						
	Город рождения Штат рождения Страна рождения		/ /						
	Полное девичье имя матери данного лица								
06	/ /	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Номер карточки-удостоверения получателя пособий/карточки плана медобслуживания, если известен:		<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Иммигрант/не гражданин Укажите дату получения иммиграционного статуса / / Месяц День Год <input type="checkbox"/> Не иммигрант (обладатель визы) <input type="checkbox"/> Ни один из перечисленных пунктов	
	Полное девичье имя (имя лица при рождении, до брака)	<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.	Предполагаемая дата -розов						
	Город рождения Штат рождения Страна рождения		/ /						
	Полное девичье имя матери данного лица								
07	/ /	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Номер карточки-удостоверения получателя пособий/карточки плана медобслуживания, если известен:		<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Иммигрант/не гражданин Укажите дату получения иммиграционного статуса / / Месяц День Год <input type="checkbox"/> Не иммигрант (обладатель визы) <input type="checkbox"/> Ни один из перечисленных пунктов	
	Полное девичье имя (имя лица при рождении, до брака)	<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.	Предполагаемая дата -розов						
	Город рождения Штат рождения Страна рождения		/ /						
	Полное девичье имя матери данного лица								
Есть ли в вашем домашнем хозяйстве ветераны? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите имя: _____									

Начиная с 1 июля 2010 года дети, являющиеся гражданами, которые указывают номер социального обеспечения, не обязаны представлять документы, подтверждающие личность или гражданство, если они имеют право на участие в программе Child Health Plus. **ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ** См. раздел «Документы, необходимые при подаче заявления о медицинском страховании» в инструкциях на стр. 1-3, «Список документов для оформления медицинского страхования», где перечислены документы, подтверждающие личность гражданство или иммиграционный статус.

* Коды расовой/этнической принадлежности (по желанию): **A**-уроженец Азии, **B**-негр или афро-американец, **I**- коренной американец или коренной житель Аляски, **P**- коренной житель Гавайских островов или др. островов Тихого океана, **W**- белый, **U**- не известно. Также укажите, являетесь ли вы испаноязычным или латиноамериканцем-**H**

Раздел С Доход домашнего хозяйства

Укажите виды денежного дохода и суммы, получаемые каждым из лиц, перечисленных в Разделе В, и

**ПРЕДЪЯВИТЬ
ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**

Трудовой доход: включает заработную плату, комиссионное вознаграждение, чаевые, плату за сверхурочную работу и доход от индивидуальной трудовой деятельности. Если вы заняты индивидуальной трудовой деятельностью, отметьте данный пункт: Отметить данный пункт, если нет трудового дохода:

Имя	Вид дохода/Название места работы	Сумма (до налогов)	Периодичность (еженедельно, ежемесячно)

Доход, не связанный с трудовой деятельностью: включает пособия Social Security, пособия по нетрудоспособности, пособия по безработице, проценты и дивиденды, ветеранские пособия, Workers' Compensation, платежи на содержание ребенка/алименты, доход от аренды, пенсию, пенсионные платежи и доход от трастовых операций. Отметить данный пункт, если нет дохода, не связанного с трудовой деятельностью:

Имя	Вид дохода/источник	Сумма (до налогов)	Периодичность (еженедельно, ежемесячно)

Взносы: денежные средства, поступающие от родственников или друзей, жильцов или квартирантов (включая денежные средства, ежемесячно предоставляемые вам кем-либо для покрытия расходов на проживание). Отметить данный пункт, если нет взносов:

Имя	Вид дохода/источник	Сумма (до налогов)	Периодичность (еженедельно, ежемесячно)

Другое: Временная (материальная) помощь, пособия Supplemental Security Income (SSI), гранты или кредиты на обучение. Отметить здесь, если нет ничего из перечисленного:

Имя	Вид дохода/источник	Сумма (до налогов)	Периодичность (еженедельно, ежемесячно)

1. Отсутствует ли у вас или у любого совершеннолетнего заявителя, указанного в разделе В, доход? Нет Да Кто? _____

2. В случае отсутствия вышеперечисленных видов дохода укажите источники средств к существованию:
(Например, проживание с друзьями или родственниками)

3. Сменили ли вы или кто-либо из заявителей, работу или прекратили работать за последние 3 месяца? Нет Да

Если да: Ваша последняя работа: Дата ____/____/____ Место работы:

4. Проходите ли вы или кто-либо из заявителей обучение по программе профессионально-технической подготовки, подготовки бакалавров или магистров? Нет Да

Если да: Полная занятость Неполная занятость Бакалавр Магистр Имя студента:

5. Должны ли вы оплачивать услуги по уходу за детьми (или по уходу за совершеннолетними лицами, являющимися инвалидами) для того, чтобы работать или учиться? Нет Да

Имя ребенка/взрослого:	Сумма \$	Периодичность (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)
Имя ребенка/взрослого:	Сумма \$	Периодичность (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)
Имя ребенка/взрослого:	Сумма \$	Периодичность (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)

6. Если вы не имеете права на участие в программе Medicaid или Family Health Plus, вы, тем не менее, можете иметь право на участие в программе Family Planning Benefit Program. Заинтересованы ли вы в получении страхования только для оплаты услуг Family Planning Services? Нет Да

Раздел D Медицинское страхование

У вас и членов вашей семьи может сохраниться право, даже если у вас есть другое медицинское страхование.

1. Получает ли кто-либо из заявителей Medicare? Нет Да **Если да, приложите копию вашей карточки (карточка с красной, белой и синей полосами) для каждого получателя Medicare. Заполните остальные разделы настоящего заявления и заполните Дополнение А.** **ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**
2. Есть ли у кого-либо из заявителей другое коммерческое медицинское страхование, в том числе страхование по долгосрочному уходу? Нет Да **Если да, следует приложить к настоящему заявлению копию лицевой и оборотной сторон карты страхования.** **ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**
 Имя застрахованного лица (основного) _____ Застрахованные лица _____ Стоимость полиса _____
 Дата окончания действия страхового покрытия, если оно скоро заканчивается _____ / _____ / _____
 Месяц День Год
- Примечание. Если вы подаете заявление на участие только в программе Medicare Savings Program (MSP), перейдите к Разделу G. Вам НЕ НУЖНО заполнять Дополнение А.
3. Является ли родитель/приемный родитель несовершеннолетнего заявителя государственным служащим, который может получить семейное страховое покрытие в рамках state health benefits plan? (см. инструкции) Нет Да
 Если да, оплачивает ли государственное учреждение, в котором работает данное лицо, полностью или частично стоимость плана медицинского обслуживания? Нет Да
4. Было ли право на какой-либо вид медицинского страхования, предоставленный работодателем, утрачено или аннулировано кем-либо за последние 6 месяцев? Нет Да (Если нет, перейдите к вопросу 5)
 Если да, когда вы утратили право на страхование? _____ / _____ / _____
 Месяц День Год

Ваш ответ на данный вопрос поможет нам понять причины замены полиса медицинского страхования.

Почему данное лицо (лица) больше не имеет полиса медицинского страхования? (Отметить один пункт)

1. Лицо, имевшее страховой полис, больше не работает у работодателя, предоставившего страхование.
2. Работодатель прекратил обеспечивать медицинское страхование.
3. Работодатель прекратил обеспечивать медицинское страхование в отношении ребенка (детей) или прекратил оплачивать медицинское страхование в отношении ребенка (детей), но продолжил обеспечивать страхование работающего родителя.
4. Расходы на медицинское страхование увеличились, и оно стало недоступным.
5. Расходы в рамках программ Child Health Plus или Family Health Plus составляют меньше предусмотренных страхованием, которое ранее предоставлялось данному лицу (лицам).
6. Программы Child Health Plus или Family Health Plus обеспечивают больше льгот, чем страхование, которое ранее предоставлялось данному лицу (лицам).

5. Обеспечивается ли на вашем текущем месте работы медицинское страхование? **Мы можем помочь осуществлять его оплату.** Нет Да
 Если да, вам будет выслан документ «Запрос информации — Медицинское страхование, оплачиваемое работодателем».

Раздел E Расходы на жилье

1. Ежемесячная плата за жилье, например, арендная плата или ипотечные платежи, включая налоги на недвижимость (только ваша доля). \$ _____
2. Если вы платите за воду отдельно, то в каком размере? \$ _____ **ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ** Периодичность платежей. ежемесячно 2 раза в год ежеквартально (4 раза в год) один раз в год
3. Предоставляется ли вам бесплатное жилье в счет заработной платы? Нет Да

Раздел F Слепота, инвалидность, хронические заболевания, содержание в учреждении по уходу за престарелыми

Эти вопросы помогают нам определить, какая программа лучше всего подходит заявителям.

Если никто из заявителей не страдает слепотой, инвалидностью, хроническим заболеванием и не находится в учреждении по уходу за престарелыми, **СТОП перейдите к Разделу G.**

1. Находитесь ли вы или кто-либо, проживающий вместе с вами и являющийся заявителем, на лечебном пансионе, или получаете ли вы услуги по уходу за престарелыми в больнице, учреждении по уходу за престарелыми или ином медицинском учреждении? Нет Да
 Если да, закончите заполнять настоящее заявление **И ЗАТЕМ** заполните Дополнение А.
2. Являетесь ли вы или кто-либо, проживающий вместе с вами, слепым, инвалидом или хронически больным? Нет Да
 Если да, закончите заполнять настоящее заявление **И ЗАТЕМ** заполните Дополнение А.
- Примечание. Если вы подаете заявление на участие только в программе Medicare Savings Program (MSP), перейдите к Разделу G. Вам не нужно заполнять Дополнение А.

Раздел G Дополнительные вопросы о медицинском обслуживании

1. Имеются ли у кого-либо из заявителей оплаченные или неоплаченные счета за лечение или рецептурные лекарства за текущий месяц или за три месяца, предшествующих текущему месяцу? Medicaid может оплатить эти счета или возместить вам их сумму. Нет Да Если да: Имя: _____ За какой из предшествующих трех месяцев у вас есть медицинские счета? _____
- ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ** дохода в любой месяц в течение трехмесячного периода, за который у вас есть счета. Если вы оплатили медицинские счета, за которые вы хотите получить возмещение, необходимо представить копии счетов и подтверждение оплаты.
2. Имеются ли у вас или у кого-либо из заявителей неоплаченные счета за лечение или рецептурные лекарства за период, предшествующий последним трем месяцам? Нет Да
3. Переехали ли вы или кто-либо из проживающих вместе с вами заявителей в этот округ из другого штата или другого округа штата Нью-Йорк в течение последних трех месяцев? Нет Да
Если да, кто? _____ Какой штат? _____ Какой округ? _____
4. Ожидает ли кто-либо из заявителей решения суда по иску в связи с травмой? Нет Да Если да, указать: _____
5. Есть ли у кого-либо из заявителей иск по Workers' Compensation, травма, заболевание или инвалидность, вызванные третьим лицом (которые могут подлежать страховому покрытию)? Нет Да
Если да, указать? _____

Раздел H

Родители или супруги, которые проживают отдельно или умерли Семьи, подающие заявление от имени своих детей, и беременные женщины **НЕ ОБЯЗАНЫ** заполнять данный раздел. Все прочие заявители в возрасте 21 года и старше должны быть согласны представить сведения о родителе несовершеннолетнего заявителя или о супруге, проживающих вне дома, чтобы иметь право на медицинское страхование, за исключением случаев наличия уважительной причины. Дети могут сохранять право, даже если родитель отказывается представить такие сведения. Если вы опасаетесь физического или эмоционального ущерба в результате передачи сведений о родителе или супруге, проживающих вне дома, вы можете быть освобождены от подачи таких сведений. Это называется «уважительной причиной». Вам может быть предложено продемонстрировать наличие уважительной причины ваших опасений.

1. Скончался ли супруг (супруга) или родитель заявителя? Нет Да
Указать имя заявителя, у которого умер родитель или супруг (супруга): _____ (если супруг (супруга) или родитель умер, перейдите к вопросу 3.)
2. Проживает ли родитель несовершеннолетнего заявителя вне дома? (Если нет, перейдите к вопросу 3) Нет Да
Если вы опасаетесь физического или эмоционального ущерба в результате предоставления информации о супруге, не проживающем дома, отметьте данный пункт
- | | | |
|---------------------|--|---|
| Имя ребенка: | Имя родителя, проживающего вне дома

Дата рождения (если известна): ____/____/____ | Текущий или последний известный адрес:
Улица: _____ Город/штат: _____
Номер SSN (если известен): _____ |
| Имя ребенка: | Имя родителя, проживающего вне дома

Дата рождения (если известна): ____/____/____ | Текущий или последний известный адрес:
Улица: _____ Город/штат: _____
Номер SSN (если известен): _____ |
3. Состоит ли кто-либо из заявителей в браке с лицом, проживающим вне дома? Нет Да Если да, указать имя заявителя, продолжающего состоять в браке: _____
Если вы опасаетесь физического или эмоционального ущерба в результате предоставления информации о супруге, не проживающем дома, отметьте данный пункт

Официальное имя супруга (супруги), проживающего вне дома:	Дата рождения (если известна): ____/____/____	Текущий или последний известный адрес: Улица: _____ Город/штат: _____ Номер SSN (если известен): _____
--	---	---

Раздел I Выбор плана медицинского обслуживания

Если вы являетесь получателем Medicare, **СТОП** пропустите данный раздел.

ВНИМАНИЕ! Лица, участвующие в программе Family Health Plus и Child Health Plus, **обязаны** выбрать план медицинского обслуживания, чтобы получать медицинские услуги. Большинство получателей Medicaid **обязаны** выбрать план медицинского обслуживания; если вы не выберете такой план, вы можете быть автоматически включены в него, кроме случаев, когда будет установлено, что на вас это правило не распространяется. **Получатели Medicaid и Family Health Plus:** Если вам необходима информация о планах, предлагаемых в вашем округе, о том, в каких планах участвует ваш врач, и обязаны ли вы регистрироваться, звоните в **New York Medicaid CHOICE** по телефону 1-800-505-5678. Вы также можете позвонить или обратиться лично в местное отделение Department of Social Services. Для получения информации о планах в рамках программы Child Health Plus звоните по телефону 1-800-698-4543. Если вы уже знаете, в каком плане вы хотите участвовать, укажите свой выбор в данном разделе.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы или члены вашей семьи будете признаны имеющими право на Medicaid, вы будете зачислены в выбранный вами план медицинского обслуживания, если он предусматривает Medicaid. Если вы проживаете в округе, получатели Medicaid в котором не обязаны выбирать план медицинского обслуживания, вы можете сообщить о своем нежелании участвовать в плане медицинского обслуживания, позвонив или написав в местное отделение Department of Social Services или отметив данный пункт

Официальная фамилия	Официальное имя	Дата рождения	Номер Social Security	Наименование плана медицинского обслуживания, который вы выбрали	Предпочитаемый врач или медицинский центр (по желанию) Отметить данный пункт, если это ваш поставщик в настоящее время	Гинеколог (по желанию)
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	

Раздел J Подпись

Я согласен с тем, что доступ к сведениям в настоящем заявлении и в заявлении о ежегодном продлении будут иметь только Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, планы медицинского обслуживания, указанные в разделе I, районное отделение Department of Social Services, а также посредническая организации, оказывающая помощь в оформлении заявления. Я также даю согласие на передачу этих сведений любому центру здравоохранения на базе школы, который предоставляет услуги заявителю (-ям). Я понимаю, что данная информация передается с целью определения права заявителей на участие в программах Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, а также для оценки эффективности этих программ. Каждый совершеннолетний заявитель должен подписать настоящее заявление в отведенном для этого месте ниже. Подписывая настоящее заявление, я понимаю, что каждое лицо, подающее заявление на участие в Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, будет зарегистрировано в соответствующей программе при наличии права. **С «Условиями, правами и обязанностями», приводимыми на следующей странице настоящей брошюры-заявления, ознакомился, и мне понятно их содержание.** Я заявляю, под страхом наказания за лжесвидетельство, что все сведения, приведенные в настоящем заявлении, насколько мне известно, являются достоверными.

Дата

Подпись совершеннолетнего заявителя или уполномоченного представителя заявителя

Дата

Подпись совершеннолетнего заявителя или уполномоченного представителя заявителя

УСЛОВИЯ, ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Заполнив и подписав настоящее заявление, я обращаюсь за пособием Medicaid, Family Health Plus и Child Health Plus. Я понимаю, что настоящее заявление, уведомление и прочая вспомогательная информация будут переданы программам, на участие в которых я хочу подать заявление. Я согласен на раскрытие личных и финансовых сведений, содержащихся в настоящем заявлении, и любой другой информации, необходимой для определения права на участие в этих программах. Я понимаю, что мне может быть предложено представить дополнительную информацию. Я согласен незамедлительно сообщать о любых изменениях сведений, указанных в настоящем заявлении.

- Мне известно об обязанности представлять информацию, необходимую для подтверждения моего права на участие в каждой программе. Если получить информацию о Medicaid или Family Health Plus не представляется возможным, я сообщу об этом в районное отделение Department of Social Services. Районное отделение Department of Social Services может оказать помощь в получении информации.
- Если я подаю заявление в любом месте, кроме местного отделения Department of Social Services, и мои дети не будут признаны имеющими право на Medicaid на основании настоящего заявления, я могу обратиться в местное отделение Department of Social Services, чтобы проверить, не имеют ли мои дети право на Medicaid на каком-либо другом основании.
- Я понимаю, что работники программ, на участие в которых члены моей семьи или я подали заявление, могут проверить сведения, указываемые мною в настоящем заявлении. Организации, проводящие данные программы, будут соблюдать конфиденциальность этих сведений в соответствии с положениями 42 U.S.C. 1396a (a) (7) и 42 CFR 431.300-431.307 и в соответствии с законами и нормативными актами федерального правительства и штатов.
- Подавая заявление на участие в программе Child Health Plus, я согласен оплатить соответствующую сумму премии, не оплачиваемую штатом Нью-Йорк.
- Я понимаю, что по программам Medicaid, Family Health Plus и Child Health Plus не оплачиваются медицинские расходы, подлежащие оплате в рамках страхования или другим лицом, и что в случае обращения за пособием Medicaid или Family Health Plus я передаю данному учреждению все свои права по взысканию и получению оплаты медицинской помощи от супруга (супруги) или родителей лиц в возрасте до 21 года, а также мое право по взысканию и получению платежей от третьих лиц в течение всего времени получения мною пособий.
- Я буду обращаться с требованием о получении пособий по страхованию здоровья или по страхованию от несчастного случая или любые другие ресурсы, на которые я имею право. Я понимаю, что я имею право, ссылаясь на уважительные причины, не пользоваться страхованием здоровья, если это использование может причинить ущерб моему здоровью или безопасности или здоровью и безопасности лица, за которого я несу юридическую ответственность.
- Я понимаю, что мое право на участие в этих программах не будет зависеть от расовой принадлежности, цвета кожи или национального происхождения. Я также понимаю, что в зависимости от требований этих отдельных программ, мой возраст, пол, инвалидность или статус гражданства может послужить фактором при определении моего права.
- Я понимаю, что, если мой ребенок зарегистрирован в программе Medicaid или Family Health Plus, он имеет право на все услуги первичного и профилактического лечения, включая все необходимое лечение в рамках программы Child/Teen Health. Я могу получить дополнительную информацию об этой программе в местном отделении Department of Social Services.
- Я понимаю, что лицо, умышленно сообщающее ложную информацию или скрывает факты с целью получить услуги в рамках этих программ, совершает преступление и подлежит наказанию в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата, и такому лицу также может быть предъявлено требование вернуть полученную сумму пособий и оплатить гражданско-правовые санкции. Департамент New York State Department of Tax and Finance имеет право проверить информацию о доходах, указанную в настоящем документе.

HOMEP SOCIAL SECURITY

Child Health Plus: номера Social Security не требуются для регистрации в программе Child Health Plus. При наличии таких номеров, я укажу их при подаче заявления на Child Health Plus. Medicaid или Family Health Plus: У всех заявителей, кроме беременных женщин и иностранцев, не удовлетворяющих требованиям, должны быть номера Social Security. Не требуется указывать номера Social Security членов моего домашнего хозяйства, не обращающимся с заявлением о пособиях. Я понимаю, что данное требование предусмотрено положениями 42 U.S.C. 1320b-7 (a) федерального законодательства и правилами Medicaid 42 CFR 435.910. Номера Social Security используются в самых различных целях, как в самом Department of Social Services (DSS), так и между DSS и федеральными, штатными и местными органами власти, как в штате Нью-Йорк, так и в других юрисдикциях. Примеры использования номеров Social Security: проверка личности заявителя, выявление и проверка дохода от трудовой деятельности и иного дохода, проверка возможности родителей, проживающих отдельно, получить медицинское страхование для заявителей, проверка возможности заявителей получить медицинское пособие и проверка возможности заявителей получить денежную или иную помощь. Номера Social Security также могут использоваться для установления личности получателя внутри центральных государственных учреждений Medicaid и в отношениях между ними, с тем чтобы обеспечить предоставление получателю соответствующих услуг. Кроме того, при регистрации на другие программы в настоящем совместном заявлении данные программы будут иметь доступ к моему номеру SSN и возможность использовать его в процессе реализации программы.

ТОЛЬКО ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЕЙ MEDICAID

- **Получение сведений из учебных заведений**
Я даю разрешение местному отделению Department of Social Services и штату Нью-Йорк получать любые сведения из учебных заведений в отношении моего ребенка (детей), указанных в настоящем документе, необходимые для подачи заявления в Medicaid о возмещении расходов на оказываемые образовательные услуги в сфере здравоохранения, и предоставлять соответствующим федеральным учреждениям доступ к этой информации исключительно с целью проверки.
- **Early Intervention Program**
Если мой ребенок проходит освидетельствование для участия или участвует в Программе New York State Early Intervention Program, я даю разрешение местному отделению Department of Social Services и штату Нью-Йорк передавать информацию о праве моего ребенка на участие в программе Medicaid в распоряжение Программы Early Intervention Program моего округа с целью выставления счетов программе Medicaid.
- **Возмещение медицинских расходов**
Я понимаю, что при подаче заявления на участие в программе Medicaid или в последствии я имею право требовать возмещения расходов, понесенных в связи с оплатой предусмотренных видов медицинского лечения, услуг и материалов, полученных в течение трех месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления. После даты моего заявления возмещение предусмотренных видов расходов на оплату медицинского лечения, услуг и материалов производится только при их получении от зарегистрированных поставщиков Medicaid.

FAMILY HEALTH PLUS AND MEDICAID MANAGED CARE

Я понимаю, что условием получения пособий в рамках программы Family Health Plus является участие в плане регулируемого медицинского обслуживания. Мне также известно, что в некоторых округах участие в плане медицинского обслуживания может являться условием получения льгот Medicaid. Я ознакомился с информацией о том, как определить, требуется ли от участников Medicaid в моем округе регистрация в плане медицинского обслуживания, и как узнать, какие планы медицинского обслуживания предлагаются мне в рамках медицинского обслуживания по программам Family Health Plus и Medicaid. Я понимаю, что если будет признано мое право на участие в программе Family Health Plus, я буду зарегистрирован в выбранном мною плане в рамках программы Family Health Plus. Я (мы) также понимаем, что, если будет признано мое (наше) право на участие в программе Medicaid вместо Family Health Plus и я (мы)

УСЛОВИЯ, ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

проживаем в округе, в котором от участников Medicaid не требуется регистрации в плане регулируемого медицинского обслуживания, я (мы) будем зарегистрированы в выбранном плане, кроме случаев, когда такой план медицинского обслуживания не участвует в системе регулируемого медицинского обслуживания Medicaid.

Если я (мы) проживаем в округе, в котором от участников не требуется регистрации в плане регулируемого медицинского обслуживания Medicaid, я (мы) также будем зарегистрированы в выбранном плане медицинского обслуживания, если я (мы) не уведомим местное отделение Department of Social Services в письменном виде, или не отметим соответствующий пункт в Разделе I, о том, что я (мы) не хотим участвовать в этом плане.

Я ознакомился с тем, как узнать о правах и льготах участников плана регулируемого медицинского обслуживания и об ограничениях в отношении льгот, предусмотренных участием в плане регулируемого медицинского обслуживания. Я понимаю, что в планах регулируемого медицинского обслуживания Family Health Plus и Medicaid я должен выбрать первичного поставщика услуг (PCP), и что в плане медицинского обслуживания мне будет предложено на выбор не менее трех PCP. Я понимаю, что после поступления в план медицинского обслуживания, я должен использовать своего PCP и других поставщиков, предусмотренных моим планом медицинского обслуживания, за исключением некоторых особых случаев.

Я понимаю, что если у меня родится ребенок в период регистрации в плане регулируемого медицинского обслуживания Medicaid, мой ребенок также будет зарегистрирован в моем плане медицинского обслуживания. Я понимаю, что если у меня родится ребенок в период регистрации в плане Family Health Plus, который также входит в систему медицинского обслуживания Medicaid, мой ребенок также будет зарегистрирован в моем плане медицинского обслуживания.

- Передача медицинской информации**

я выражаю согласие на передачу любых медицинских сведений обо мне и членах моей семьи, в отношении которых я выражаю согласие:

- моим основным поставщиком медицинских услуг, любым другим поставщиком медицинских услуг или Департаментом New York State Department of Health (SDOH) в распоряжение поставщиков плана здравоохранения и медицинского обслуживания, участвующих в уходе

за мной или членами моей семьи, если это целесообразно для моего плана здравоохранения или моих поставщиков, для лечения, оплаты или ухода. Сведения могут включать информацию из аптек и другие медицинские документы, необходимые для организации моего медицинского обслуживания;

- Моим планом медицинского обслуживания и любыми поставщиками Департаменту New York State Department of Health и другим уполномоченным федеральным, штатным и местным учреждениям в целях реализации программ Medicaid, Child Health Plus и Family Health Plus; и
- Моим планом медицинского обслуживания другим лицам или организациям при наличии обоснованной необходимости осуществления лечения, оплаты или иных здравоохранительных действий в рамках моего плана медицинского обслуживания.

Я также признаю, что информация, раскрываемая для целей лечения, оплаты и иных здравоохранительных действий может содержать сведения о ВИЧ, психическом здоровье или злоупотреблении алкоголем и психоактивными веществами в отношении меня и членов моей семьи, в допустимых законом пределах, пока я не отзову такое согласие.

Если к участию в программе Family Health Plus или Medicaid присоединяется больше одного совершеннолетнего члена семьи, для согласия на раскрытие информации требуется подпись каждого совершеннолетнего члена семьи, подающего заявление.

- Возмещение медицинских расходов**

Я понимаю, что в случае определения моего права на участие в программе Family Health Plus оно вступит в силу не ранее чем через 90 дней с даты подачи заполненного заявления. В случае ошибки или задержки регистрации Medicaid может найти возможность возместить мне обоснованные медицинские расходы, оплаченные мной в результате ошибки или задержки. Medicaid может оплатить моему поставщику непогашенные расходы, только в том случае, если поставщик является зарегистрированным поставщиком Medicaid.

ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК**Заполняется лицом, помогающим с заявлением**

Подпись лица, получившего информацию о наличии права: X _____	Состоящий на службе: (отметьте одно) <input type="checkbox"/> Community-Based Facilitated Enrollment Agency <input type="checkbox"/> Health Plan <input type="checkbox"/> Social Services District <input type="checkbox"/> Поставщик услуг <input type="checkbox"/> Правомочные субъекты Имя нанимателя: _____
--	---

Заполняется сотрудниками социальных служб

Сотрудник социальных служб:		Ведущее учреждение/название программы:		Ведущая организация/ID программы:
Язык, используемый для помощи с заявлением:	Дата начала действия заявления:	Идентификационный номер заявления:	Дата окончания действия заявления:	Введите код обращающегося ребенка: Medicaid _____ CHPlus _____

Используется местным Отделом по предоставлению социальных услуг

Наличие оправа определено (кем):	Дата:	Наличие оправа утверждено (кем):	Дата:
Центральный офис:	Дата заявления:	ID отделения:	ID сотрудника:
Название дела:	Отдел:	Тип дела:	Дело №:
Дата вступления в силу:	Код причины отказа МА: <input type="checkbox"/> Код отказа <input type="checkbox"/> Отзыв	Представитель: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Книга №: Редакция:

Используется программами

Решение относительно CHPlus: <input type="checkbox"/> Утверждено <input type="checkbox"/> Отклонено	Код отказа:	Дата вступления в силу:	№ записанных детей (CHPlus):
--	-------------	-------------------------	------------------------------