РАЗДЕЛ H 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 программе Child Health Plus

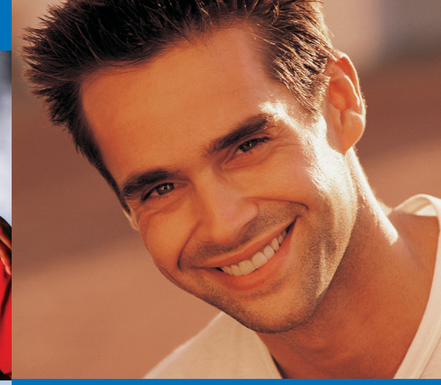
Программа Medicaid или Family Health Plus не предусматривает взносов. Программа Child Health Plus может предусматривать ежемесячный взнос. Прилагаемая таблица позволяет определить необходимость выплаты взноса, исходя из ежемесячного дохода. Вы должны приложить взнос за первый месяц к заполненному заявлению;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

Medicaid | Child Health Plus | family health plus

State of New York
Department of Health



ЗАЯВЛЕНИЕ о медицинском страховании

access NY health care

для детей, взрослых и семей

Medicaid | Child Health Plus | family health plus

ИНСТРУКЦИИ

ЗАЯВЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ Все сведения, представленные вами в настоящем заявлении, останутся конфиденциальными. Доступ к данным сведениям будут 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 ВСЛЕДСТВИЕ 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 A 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 A.** 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 A 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 B 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.

- **Является ли данное лицо беременным?** Если да, когда ожидаются 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 ни 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 сумму. 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, смогут 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 Слепота, 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 слепотой, инвалидностью, хроническим заболеванием или находящиеся в учреждении по уходу за престарелыми должны заполнить Дополнение A. Если ни вы, ни любой другой заявитель не страдаете слепотой, 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 кого были произведены 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 встречис 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 ▶