

WNIOSKODAWCA

Prosimy pisać czytelnie drukowanymi literami i nie wypełniać szarych pól.

|   |         |        |                |              |          |
|---|---------|--------|----------------|--------------|----------|
| Imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko  |         |        | Telefon domowy |              |          |
| Adres domowy Ulica  | Nr lok. | Miasto | Stan           | Kod pocztowy | Hrabstwo |
| Czy to jest schronisko? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |         |        |                |              |          |
| Adres korespondencyjny Ulica/Skr. pocztowa (jeśli inny niż podany powyżej)        | Nr lok. | Miasto | Stan           | Kod pocztowy | Hrabstwo |

DANE OSÓB

Proszę najpierw podać swoje imię i nazwisko. Proszę podać przydomki i nazwisko panięskie. W razie potrzeby proszę dołączyć dodatkowy arkusz i podać dane wszystkich dzieci.

| Imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko | Data urodzenia (MM/DD/RR) | Płeć | Numer ubezpieczenia społecznego (SSN) | Rasa / grupa etniczna (Zob. kody poniżej) |
|--|---------------------------|------|---------------------------------------|---|
| Wnioskodawca                             |                           |      |                                       |   |
| Małżonek                                 |                           |      |                                       |   |
| Dziecko*                                 |                           |      |                                       |   |
| Dziecko*                                 |                           |      |                                       |   |

\* Osoby poniżej 18. roku życia. Kody dla rasy / przynależności do grupy etnicznej:

Kody dla rasy / przynależności do grupy etnicznej: B: Czarna, pochodzenie inne niż latynoskie W: Biała, pochodzenie inne niż latynoskie H: Latynoska A: Azjata lub mieszkaniec Wysp Pacyfiku I: Rdzenny Amerykanin lub rdzenny mieszkaniec Alaski U: Nieznana O: Inna

INFORMACJE O OBYWATELSTWIE

Czy jest Pan/Pani obywatelem Stanów Zjednoczonych?  Tak  Nie

Jeśli nie, czy ma Pan/Pani odpowiedni status imigracyjny?  Tak  Nie Proszę podać numer rejestracji cudzoziemca (alien number), datę uzyskania statusu oraz datę wjazdu do kraju, o ile dotyczy.

|                               |                              |                            |
|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Numer rejestracji cudzoziemca | Data uzyskania statusu (DOS) | Data wjazdu do kraju (DEC) |
|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|

Czy Pana/Pani małżonek jest obywatelem Stanów Zjednoczonych?  Tak  Nie

Jeśli nie, czy ma Pan/Pani małżonek odpowiedni status imigracyjny?  Tak  Nie Proszę podać numer rejestracji cudzoziemca (alien number), datę uzyskania statusu oraz datę wjazdu do kraju, o ile dotyczy.

|                               |                              |                            |
|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Numer rejestracji cudzoziemca | Data uzyskania statusu (DOS) | Data wjazdu do kraju (DEC) |
|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|

INFORMACJE O MEDICARE

|   |                      |   |                       |
|---|----------------------|---|-----------------------|
| Numer Medicare wnioskodawcy (na czerwonej i niebieskiej karcie Medicare)                                  |                      |   |                       |
| Czy posiada Pan/Pani Medicare Part A? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie           | Data wejścia w życie | Czy posiada Pan/Pani Medicare Part B? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie           | Data wejścia w życie: |
| Numer Medicare małżonka (na czerwonej i niebieskiej karcie Medicare)                                      |                      |   |                       |
| Czy Pana/Pani małżonek posiada Medicare Part A? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Data wejścia w życie | Czy Pana/Pani małżonek posiada Medicare Part B? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Data wejścia w życie: |

Czy życzy sobie Pan/Pani zwrotu wstecz składki Medicare?  Tak  Nie

Czy Pan/Pani lub Pana/Pani małżonek opłacają jakiegokolwiek inne składki na ubezpieczenie zdrowotne niż Medicare?  Tak  Nie

|      |                     |
|------|---------------------|
| Kto? | Kwota miesięczna \$ |
|------|---------------------|

Czy Pan/Pani lub Pana/Pani małżonek płaci świadczenie alimentacyjne na rzecz dziecka/małżonka?  Tak  Nie

|      |                     |
|------|---------------------|
| Kto? | Kwota miesięczna \$ |
|------|---------------------|

Czy Pan/Pani lub Pana/Pani małżonek otrzymuje płatności z trustu lub jest beneficjentem trustu?  Tak  Nie

|      |            |
|------|------------|
| Kto? | Wartość \$ |
|------|------------|

DOCHÓD

Proszę podać poniżej źródła dochodu np.: wynagrodzenie, emerytura, ubezpieczenie społeczne, odprawa, dochód z wynajmu lub prowadzenia działalności gospodarczej itp. W razie potrzeby proszę dołączyć dodatkowy arkusz i podać wszystkie źródła dochodu.

| Imię i nazwisko wnioskodawcy, małżonka lub dziecka poniżej 18. roku życia | Kto zapewnia środki pieniężne? (Imię i nazwisko/źródło dochodu) | Jaka kwota? | Jak często? (tygodniowo, co dwa tygodnie, miesięcznie, inna częstotliwość) |
|---|---|-------------|--|
|   |   |             |  |
|   |   |             |  |
|   |   |             |  |

Czy chce Pan/Pani otrzymywać powiadomienia:  wyłącznie w języku angielskim  w języku hiszpańskim i angielskim

ZGODA

Rozumiem, że podpisując niniejszy wniosek/formularz certyfikacyjny, zgadzam się na przeprowadzenie dochodzenia przez Wydział Usług Społecznych (Department of Social Services) w celu sprawdzenia i potwierdzenia podanych informacji lub innego dochodzenia w związku z wnioskiem o Medicaid. W razie potrzeby przekazę dodatkowe informacje.

PODPISY

|                                     |                       |              |
|-------------------------------------|-----------------------|--------------|
| Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela | Data                  |              |
| Podpis małżonka                     | Data                  |              |
| Adres przedstawiciela               |                       |              |
| Miasto                              | Stan                  | Kod pocztowy |
| Numer telefonu                      | Stopień pokrewieństwa |              |

## INSTRUKCJE

### PROSZĘ WYPEŁNIĆ WNIOSEK

Należy udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania. Jeśli jest Pan/Pani w związku małżeńskim i mieszka Pan/Pani z małżonkiem, należy udzielić odpowiedzi na pytania we wniosku dotyczące Pana/Pani i Pana/Pani małżonka (nawet jeśli małżonek nie ubiega się o MSP).

### PODPIS I DATA NA WNIOSKU

Jeśli obydwoje małżonkowie ubiegają się o MSP, obydwoje muszą złożyć podpisy.

### DOŁĄCZENIE PONIŻSZYCH DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH

Proszę zapoznać się z listą i przedłożyć dokumenty, które są wymagane w celu ustalenia, czy w ramach programu Medicaid jest Pan/Pani uprawniony(-a) do MSP. Jeśli żąda Pan/Pani zwrotu kosztów wstec składek Medicare, należy wysłać dowód dochodu z trzech poprzednich miesięcy. Jeśli składa Pan/Pani wniosek z małżonkiem, małżonek również jest zobowiązany do dostarczenia dokumentacji.

- Kserokopia obu stron **karty Medicare**.
- **Dowód dochodu:** odcinki wynagrodzenia, pismo od pracodawcy, zwrot podatku dochodowego, pismo przyznające wszelkie świadczenia nie pochodzące z pracy, takie jak ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, świadczenia dla weteranów lub pismo od najemcy, pensjonariusza lub dzierżawcy.
- **Składki na ubezpieczenie zdrowotne inne niż na Medicare:** pismo od pracodawcy, zestawienie składek lub odcinek wynagrodzenia.
- **Dowód daty urodzenia:** stanowe prawo jazdy, amerykański akt urodzenia, karta stałego pobytu (zielona karta) lub karta identyfikacyjna świadczeń stanu Nowy Jork.
- **Dowód miejsca zamieszkania:** rachunek najmu / pismo / rachunek za czynsz z adresem miejsca zamieszkania od osoby wynajmującej, prawo jazdy, (o ile wydane w ciągu ostatnich 6 miesięcy), rachunek za media (gaz, energia elektryczna, telefon, cable, paliwo grzewcze lub woda), dowód tożsamości z adresem wydany przez władze rządowe, dokumentacja podatku od nieruchomości lub opatrzona stemplem pocztowym koperta lub kartka pocztowa (nie można użyć, jeśli wysłana do skrytki pocztowej)
- Osoby niebędące obywatelami USA muszą przedstawić dokumenty wskazujące obecny status imigracyjny.

**Proszę wysłać wniosek i wymagane dokumenty do lokalnego Wydziału Usług Społecznych (LDSS) lub Wydziału Zasobów Ludzkich (Human Resource Administration, HRA).**

**Adres w danym hrabstwie można wyszukać pod adresem: [http://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss.htm](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm)**

### WARUNKI, PRAWA I OBOWIĄZKI

Niniejszym składam wypełniony i podpisany formularz wniosku o uczestnictwo w Programie oszczędnościowym Medicare. **OPLACENIE SKŁADKI MEDICARE TO ŚWIADCZENIE MEDICAID.**

### KARY

Rozumiem, że mój wniosek może zostać zbadany i wyrażam zgodę na współpracę w takim dochodzeniu. Prawo federalne i stanowe przewiduje kary grzywny, pozbawienia wolności lub obie kary, jeśli wnioskodawca poda niezgodne z prawdą informacje przy składaniu wniosku o świadczenia Medicaid lub w dowolnym czasie, gdy zostanie zapytany o uprawnienia, lub jeśli za jego sprawą ktoś inny powie nieprawdę o wniosku lub dalszych uprawnieniach.

### ZMIANY

Zobowiązuję się do natychmiastowego zgłaszania wszelkich zmian w informacjach zawartych w niniejszym wniosku.

### NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SSN)

Jeśli ubiega się Pan/Pani o uczestnictwo w Programie oszczędnościowym Medicare, należy podać swój numer ubezpieczenia społecznego SSN. Wymóg ten nie dotyczy kobiet w ciąży. Wymóg ten wynika z przepisów: 18NYCRR art. 351.2, 360-1.2 i 360-3.2(j)(3); 42USC 1320b-7. SSN są stosowane na wiele sposobów, zarówno w lokalnych wydziałach usług społecznych, jak również pomiędzy lokalnymi wydziałami usług społecznych a instytucjami federalnymi, stanowymi i lokalnymi, zarówno w Nowym Jorku, jak i innych jurysdykcjach. Niektóre sposoby wykorzystania numerów SSN to: sprawdzenie tożsamości, wskazanie i sprawdzenie dochodu pochodzącego z pracy i spoza niej, czy nieobecny rodzic może uzyskać ubezpieczenie zdrowotne dla wnioskodawców, sprawdzenie, czy wnioskodawcy mogą uzyskać alimenty na dziecko, oraz sprawdzenie, czy wnioskodawcy mogą uzyskać pieniądze lub inną pomoc.

### POTWIERDZENIE STATUSU OBYWATELA I IMIGRANTA

Podpisując ten wniosek, oświadczam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że ja i/lub jakakolwiek osoba, w imieniu której składam podpis, jestem/jest obywatelem Stanów Zjednoczonych lub mam/ma satysfakcjonujący status imigracyjny. Rozumiem, że wszystkie informacje o mojej osobie będą przekazane do United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) celem weryfikacji mojego statusu imigracyjnego, o ile jest to stosowne. Ponadto rozumiem, że wykorzystanie lub ujawnienie tych informacji o mnie jest ograniczone do osób i organizacji bezpośrednio związanych z weryfikacją statusu imigracyjnego oraz administrowaniem i egzekwowaniem przepisów dotyczących programu Medicaid.

### UWAGA DOT. BRAKU DYSKRYMINACJI

Wniosek zostanie rozpatrzony bez uwzględnienia rasy, koloru skóry, płci, niepełnosprawności, wyznania, pochodzenia narodowego lub przekonań politycznych.

### OŚWIADCZENIE

Podpisując niniejszy wniosek, przysięgam i potwierdzam, że informacje, których udzieliłem(-am) i udzielię pracownikom Wydziału Usług Społecznych będące podstawą ubezpieczenia Medicaid są poprawne. Przenoszę również na Wydział Usług Społecznych wszelkie przysługujące mi prawa do uzyskiwania wsparcia od osób, które odpowiadają prawnie za zapewnienie mi wsparcia oraz do pozyskiwania innych zasobów zewnętrznych. Rozumiem, że płatności dokonane przez Medicaid w moim imieniu mogą być uzyskane od osób prawnie zobowiązanych do zapewnienia mi wsparcia w czasie otrzymywania usług medycznych.

**Jeśli po zapoznaniu się z wnioskiem i wypełnieniu niniejszego formularza zdecyduje Pan/Pani NIE ubiegać się o uczestnictwo w Programie oszczędnościowym Medicare, złożyć poniżej swój czytelny podpis:**

**Wyrażam zgodę na wycofanie mojego wniosku:**

|                     |      |
|---------------------|------|
| Podpis wnioskodawcy | Data |
|---------------------|------|

|  |                  |          |            |                              |  |            |
|--|------------------|----------|------------|------------------------------|--|------------|
| Signature of Person Who Obtained Eligibility Information |                  |          | Date       | Employed By                  |  |            |
| Date Eligibility Determined By Worker                    |                  |          |            | Date Eligibility Approved By |  |            |
| Central/Office   | Application Date | Unit ID  | Worker ID  | Case Type                    | Case No.   | Reuse Ind. |
| Case Name  |                  | District |            | Registry No.                 | Ver.   |            |
| Effective Date   | MA Disp.         | Denial   | Withdrawal | Reason Code                  | Proxy <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |            |