



Department
of Health

access
NY
health care

Медицинское страхование для пожилых людей, людей с инвалидностью и других групп населения

ЗАЯВЛЕНИЕ

ИНСТРУКЦИИ

ЗАЯВЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ Все сведения, предоставленные Вами в настоящем заявлении, останутся конфиденциальными. Доступ к этим сведениям будут иметь только Assistors (консультанты), органы власти штата или местные учреждения и ответственные за планы медицинского обслуживания, которым необходимы эти сведения, чтобы определить, что Вы (заявитель) и члены Вашей семьи 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 эти сведения.

ЦЕЛЬ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ Заполните настоящее заявление, если хотите покрыть медицинские расходы за счет медицинской страховки. Настоящее заявление может быть использовано для участия в программе Medicaid, программе Family Planning Benefit Program или для получения помощи в уплате страховых взносов на медицинское страхование. 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 СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ. ЕГО СОТРУДНИКИ ПРИМУТ ВСЕ МЕРЫ, ЧТОБЫ ОБЕСПЕЧИТЬ ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ, ОТВЕЧАЮЩИЕ ВАШИМ ПОТРЕБНОСТЯМ.

ПРЕЖДЕ ЧЕМ ЗАПОЛНЯТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ, полностью ознакомьтесь с брошюрой о подаче заявления. Настоящее заявление и приложение А необходимо полностью заполнить, если Вам исполнилось 65 лет, у Вас есть справка о незрячести, инвалидности или лечении в специальном учреждении, и (или) если Вы подаете заявку на страховое покрытие услуг учреждения сестринского ухода. В приложение А включены вопросы о Ваших ресурсах, таких как денежные средства в банке или недвижимость, которой Вы владеете. Этот бланк заявления также могут использовать беременные женщины и лица младше 19 лет при подаче заявления через поставщика услуг. Беременные женщины и дети младше 19 лет заполняют только разделы А — G, I, и J.

Другие заявители на участие в программе Medicaid должны подавать заявление через NY State of Health. Обратиться в NY State of Health можно с помощью сайта <https://nystateofhealth.ny.gov/> или по телефону 1-855-355-5777.

Если в заявлении указано **ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**, см. раздел «Документы, необходимые при подаче заявления о медицинском страховании» на стр. 4–6, где перечислены приемлемые подтверждающие документы.

КАК ПОЛУЧИТЬ ПОМОЩЬ При подаче заявления на получение государственного медицинского страхования Вам **НЕ НУЖНО** являться в местное отделение социальной службы или на собеседование к Assistor, но Вы **МОЖЕТЕ** явиться или обратиться к Assistor за помощью в заполнении настоящего заявления. **Список Assistors можно получить там же, где Вы получили настоящее заявление, или по телефону 1-800-698-4543. Кроме того, Вы можете позвонить в справочную службу Medicaid по номеру 1-800-541-2831. СПРАВКА ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО.**

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

Заполнив заявление, отправьте его по почте или верните в местное отделение социальной службы в округе по месту Вашего проживания.

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

РАЗДЕЛ А Информация 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 Информация о семье

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 официальное имя и фамилию соответствующего лица до замужества. Также укажите город, штат и страну рождения. Если место рождения находится за пределами США, укажите только страну рождения.

- **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 состоит каждый человек с лицом, указанным в строке 1 (например, супруг, супруга, ребенок, приемный ребенок, брат, сестра, внук, внучка 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 Planning Benefit Program или любой другой программе предоставления государственного пособия, например Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), укажите программу. Также укажите идентификационный номер карточки-удостоверения получателя пособий New York State.
- **Номер социального обеспечения.** Следует указать номер социального обеспечения для всех заявителей, если такой номер имеется. Если номер социального обеспечения отсутствует, оставьте данную графу пустой.
- **Гражданство и иммиграционный статус.** Эти сведения следует указывать только тем, кто подает заявление на медицинское страхование. Чтобы иметь право на медицинское страхование, лица в возрасте 19 лет и старше должны быть гражданами США или пребывать на территории страны на законных основаниях. Если мы не сможем проверить Ваше американское гражданство и личность электронным способом с помощью федеральных баз данных, нам потребуется увидеть документы, подтверждающие американское гражданство и личность. Обратитесь в местное отделение социальной службы или позвоните по номеру 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 Disability, но еще не имеете права на участие в программе Medicare, документально подтверждать гражданство или личность не требуется.
- **Расовая или этническая принадлежность.** Эти 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 С Доход семьи (получаемые средства)

- В данном разделе перечислите все виды дохода (получаемые средства) и суммы, получаемые лицами, которых Вы указали в разделе В.
- 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. В некоторых случаях сумма, которую Вы выплачиваете на медицинское страхование, может быть вычтена из суммы, рассматриваемой в качестве Вашего дохода; или мы можем выплатить сумму Ваших взносов на медицинское страхование, если это будет признано экономически рентабельным. 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 отправлена Вам 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 ипотеки 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 сестринского ухода

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 требующие ухода в учреждении сестринского ухода, должны заполнить приложение А. Если ни Вы, ни любой другой заявитель не страдаете слепотой, инвалидностью, хроническим заболеванием и не находитесь в учреждении сестринского ухода, 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 расходы за какие месяцы включены в счета. Приложите к настоящему заявлению копии медицинских счетов. Обратите внимание на то, что данный трехмесячный период начинается с момента получения Вашего заявления местным отделением социальной службы или с момента Вашей встречи с Assistor для подачи заявления. 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 оплаты счетов 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.

Если Вам уже исполнилось 65 лет или исполнится в ближайшие три месяца, Вы можете иметь право на дополнительное медицинское пособие по программе Medicare. Вам нужно подать заявку на предоставление Medicare — это условие участия в программе Medicaid. Medicare — федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте 65 лет и старше, а также для некоторых лиц с инвалидностью независимо от уровня дохода. Если лицо участвует и в программе Medicare, и в программе Medicaid, платеж в первую очередь осуществляет Medicare, а затем Medicaid. Вы должны подать заявление на Medicare, если:

- у Вас хроническая почечная недостаточность (почечная недостаточность в терминальной стадии, ESRD) или амиотрофический латеральный склероз (ALS); **ИЛИ**



- Вам исполнится 65 лет в течение ближайших 3 месяцев или Вам уже исполнилось 65 лет или больше **И** Ваш доход составляет не более 120% от федерального прожиточного минимума (исходя из размера семьи для одного человека или супружеской пары) или соответствует стандарту Medicaid. В таком случае Ваши взносы по Medicare могут оплачиваться или возмещаться из программы Medicaid. Если Ваши страховые взносы могут оплачиваться или возмещаться из программы Medicaid, Вам необходимо подать заявление на получение Medicare. Это условие получения права на участие в программе Medicaid. Подавать заявки на участие в программе Medicare должны только лица с гражданством или постоянным видом на жительство, проживающие в США в течение пяти лет без перерыва. Многие иммигранты и лица без гражданства не обязаны подавать заявку на участие в программе Medicare.

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 предоставить 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 подающие заявление родители отказываются предоставить такие сведения, несовершеннолетний заявитель может сохранять право на Medicaid.

РАЗДЕЛ I Выбор плана медицинского обслуживания

Что такое план медицинского обслуживания? Если будет установлено, что Вы имеете право на участие в программе Medicaid, возможно, Вы будете должны получать страховое покрытие медицинского обслуживания с помощью плана управляемого медицинского обслуживания. Такой план работает с сетью врачей, клиник, больниц и аптек, чтобы обеспечить качественное медицинское обслуживание своих участников. 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 управляемого медицинского обслуживания является профилактическое лечение, которое не позволяет незначительным недомоганиям перерасти в серьезные проблемы здоровья. В случае необходимости PCP может направить Вас к специалисту, включенному в сеть Вашего плана.

Кто должен выбирать план медицинского обслуживания? **БОЛЬШИНСТВУ** лиц, имеющих право участвовать в программе Medicaid, **ТРЕБУЕТСЯ** выбрать план медицинского обслуживания, чтобы получить наиболее полный спектр услуг Medicaid. Дополнительная информация по данному вопросу изложена в следующих разделах настоящего документа.

Как узнать, какой план медицинского обслуживания нужно и можно выбрать?

Если речь идет о программе Medicaid и Вы хотите получить подробную информацию о порядке работы планов регулируемого медицинского обслуживания, о необходимости участвовать и о том, как выбрать план, позвоните в **Medicaid CHOICE** по номеру **1-800-505-5678**. Вы также можете позвонить или обратиться лично в местное отделение социальной службы. Попросите предоставить пакет информационных документов по управляемому медицинскому обслуживанию. С информацией о планах медицинского обслуживания также можно ознакомиться на веб-сайте Департамента здравоохранения штата Нью Йорк: **www.health.ny.gov**. Вы также можете зарегистрироваться по телефону, позвонив по номеру **1-800-505-5678**.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если будет установлено, что Вы или член Вашей семьи имеете право на участие в программе Medicaid и являетесь американскими индейцами / коренными жителями Аляски, Вы не обязаны участвовать в плане медицинского обслуживания. Вы все равно **будете** зарегистрированы в выбранном Вами плане медицинского обслуживания, если не отметите поле заявления, в котором указано, что Вы не желаете регистрироваться, либо если не сообщите об этом по телефону или письмом в местное отделение социальной службы.

РАЗДЕЛ J Подпись

Внимательно ознакомьтесь с данным пунктом настоящего раздела и с разделом **«Условия, права и обязанности»**. Затем поставьте в заявлении подпись и дату. Не забудьте отправить заявление в local department of social services в округе, в котором проживаете.

ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Имя и фамилия заявителя _____

Дата заявления _____

*** Ваша регистрация не может быть завершена, пока не будут получены все НЕОБХОДИМЫЕ документы.** Если Вам нужна помощь в сборе этих документов, сообщите нам об этом. НЕ НУЖНО ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ. Требуется только документы, относящиеся к Вам или к другим лицам, указанным в заявлении. Если мы не сможем проверить Ваше американское гражданство и личность электронным способом с помощью федеральных баз данных, нам потребуется увидеть документы, подтверждающие американское гражданство и личность. Не отправляйте почтой оригиналы документов, подтверждающих американское гражданство или личность. Экземпляры других документов, необходимых для установления права на участие в программе, можно отправить по почте вместе с заявлением или доставить в local department of social services. Обратитесь в local department of social services или позвоните по номеру 1-800-698-4543, чтобы узнать, куда можно принести документы.

Необходимо предоставить документы, подтверждающие личность, американское гражданство, иммиграционный статус в США и дату рождения.

Вы можете предоставить ОДИН из следующих документов, одновременно подтверждающих гражданство США, Вашу личность и дату рождения:

- Паспорт / удостоверение личности, выданные в США
- Свидетельство о натурализации (формы DHS N-550 или N-570)
- Свидетельство о гражданстве США (формы DHS N-560 или N-561)
- Водительское удостоверение штата Нью-Йорк с подтверждением гражданства (Enhanced Driver's License, EDL)
- Свидетельство о принадлежности к коренным племенам Америки (выданное признанным федеральным правительством индейским племенем)

Если ни одного из вышеуказанных документов нет в наличии, то для подтверждения гражданства и (или) личности можно использовать ОДИН документ из перечня документов, подтверждающих гражданство США, и ОДИН — из перечня документов, подтверждающих личность.

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 (предоставьте один документ)

- Свидетельство о рождении в США*
- Свидетельство о рождении, выданное Государственным департаментом (формы FS-545 или DS-1350)*
- Справка о рождении за границей (FS-240)
- Идентификационная карточка гражданина США (форма I-197 или I-179)
- Документы религиозных организаций / школьные документы*
- Официальная справка о службе в вооруженных силах США с указанием места рождения в США
- Окончательное решение об усыновлении/удочерении
- Подтверждение права на получение гражданства США на основании принятого в 2000 г. Закона о получении гражданства для детей

И

Личность (предоставьте один документ)

- Водительское удостоверение, выданное данным штатом, или идентификационная карточка с фотографией*
- Удостоверение личности, выданное федеральными, местными органами управления или органами управления штата
- Удостоверение личности военнослужащего США или свидетельство о призыве или удостоверение моряка, выданное Береговой Охраной США
- Удостоверение личности с фотографией, выданные учебным заведением (также может быть указана дата рождения)
- Удостоверение наличия в роду индейцев или другой документ американских индейцев / коренных жителей Аляски с фотографией
- Проверенные документы из учебного заведения, яслей или детского сада (для детей до 18 лет) (также может быть указана дата рождения)
- Документы клиники, врача или больницы (для ребенка в возрасте до 18 лет)*

Если в представленном Вами документе не указана дата рождения, Вы также должны предоставить один из следующих документов:

- Свидетельство о браке
- NYS Benefit Identification Card (удостоверение личности получателя пособий в штате Нью-Йорк)

* Просим направить 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 предоставить **ОДИН** из следующих документов, подтверждающих иммиграционный статус, Вашу личность и дату рождения. Необходимо подтвердить все три пункта.

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

Иммиграционный статус / удостоверение личности

- I-551 Постоянный вид на жительство («грин-карта»)*
- I-688В или I-766 Карточка разрешения на трудоустройство*

Иммиграционный статус, но требуется дополнительный документ, удостоверяющий личность

- I-94 Запись о прибытии / отбытии*
- Документ USCIS I-797 «Уведомление о решении»

Дата рождения / личность. Требуется дополнительный документ, подтверждающий иммиграционный статус

- Виза
- Паспорт гражданина США

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 от арендодателя / квитанция об арендной плате от домовладельца с адресом места проживания
- Квитанции об оплате коммунальных услуг (газ, электричество, телефон, кабельное телевидение, энергоносители или водоснабжение)
- Документы об оплате налога на недвижимость или об ипотечном кредите
- Водительские права (если выданы в течение последних 6 месяцев)
- Официальное удостоверение личности с указанием адреса
- Пришедшие по почте конверт или открытка (не могут использоваться, если отправлены на адрес почтового ящика)

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ТЕКУЩИХ ДОХОДОВ ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМЫХ БУДУЩИХ ДОХОДОВ, ТАКИХ КАК ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ ИЛИ УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ИСКОВЫХ ПРЕТЕНЗИЙ: Вы должны предоставить справку, письменное подтверждение или копию чека или квитанции о начислении заработной платы с места работы, от лица или учреждения, являющихся источниками дохода. НЕ НУЖНО ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ. Только те, которые применимы к Вам и проживающим с Вами лицам.

Необходимо предоставить один подтверждающий документ по каждому виду дохода. Необходимо предоставить самые последние подтверждения доходов без вычета налогов и прочих отчислений. В подтверждающих документах должны быть указаны дата, имя и фамилия работника, а также валовой доход за отчетный период. Подтверждающие документы должны охватывать последние четыре недели, независимо от периодичности выплаты заработной платы: еженедельно, раз в две недели или ежемесячно. Важно, чтобы данные документы были актуальными.

Оплата труда

- Корешки чеков на заработную плату
- Справка с места работы на фирменном бланке с датой и подписью
- Ведомости хозяйственных операций / заработной платы

Индивидуальная трудовая деятельность

- Декларация о подоходном налоге за текущий период с подписью и указанием даты, со всеми приложениями
- Ведомости прибыли и расходов / хозяйственных операций

Пособие по безработице

- Справка / письмо о назначении пособия
- Ежемесячная выписка по выплатам пособия от NYS Department of Labor
- Распечатка с данными счета получателя с веб-сайта NYS Department of Labor (www.labor.ny.gov)
- Копия карточки для осуществления прямых выплат с распечаткой
- Корреспонденция из NYS Department of Labor

Персональная пенсия / Аннуитет

- Справка из компании, выплачивающей пенсию / аннуитет

Социальное обеспечение

- Справка / письмо о назначении пособия
- Годовой отчет о полученных пособиях
- Письма от Social Security Administration

Компенсационные выплаты работникам

- Справка о предоставлении компенсации
- Корешок чека

Алименты на содержание ребенка/супруга (-и)

- Справка от лица, предоставляющего финансовую поддержку
- Справка из суда
- Корешок чека о выплате алиментов на содержание ребенка / супруги / супруга
- Копия карты NY EPICard (Нью-Йорк) с распечаткой
- Копия с данными счета по содержанию ребенка с веб-сайта www.childsupport.ny.gov
- Копии выписок с банковского счета с указанием безналичного зачисления

Пособия для ветеранов

- Письмо о назначении пособия
- Корешок чека о выплате пособия
- Корреспонденция из Управления по делам ветеранов

Денежное довольствие военнослужащих

- Письмо о назначении пособия
- Корешок чека

Доход от аренды или сдачи внаем жилья/ предоставления питания

- Справка от квартиранта, пансионера, арендатора
- Корешок чека

Проценты / дивиденды / авторские гонорары

- Ведомости о недавних платежах из банка, кредитного союза или финансового учреждения
- Справка от брокера
- Справка от агента
- Форма 1099 или налоговая декларация (если другие документы отсутствуют)

ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Если Вы оплачиваете уход за Вашими детьми или взрослыми членами семьи в то время, пока работаете, предоставьте 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

Если Вы или Ваш супруг (супруга) обязаны выплачивать алименты по постановлению суда, предоставьте следующие документы:

- Постановление суда

Подтверждение наличия медицинского страхования (предоставить все применимые документы):

- Документ, подтверждающий действующее страхование (страховой полис, страховое свидетельство или карта страхования)
- Уведомление о прекращении медицинского страхования
- Карта Medicare (красно-бело-синяя карта)
- Подтверждение заявления на участие в Medicare
- Письмо с положительным или отрицательным решением об участии в программе Medicare

Если у Вас есть медицинские счета за последние три месяца, предоставьте все перечисленные ниже документы (если применимо):

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

- Подтверждение дохода за месяцы, в которых возникли расходы
- Подтверждение места жительства / домашнего адреса за месяцы, в которых возникли расходы (если отличается от указанного в разделе А настоящего заявления)
- Медицинские счета за последние три месяца, как оплаченные, так и неоплаченные

Ресурсы (только для лиц в возрасте 65 лет и старше, лиц, имеющих подтвержденную потерю зрения или инвалидность и не имеющих детей в возрасте до 21 года, проживающих вместе с ними):

- Выписки по банковским счетам: текущим, сберегательным, пенсионным (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

ACCESS NY HEALTH CARE Medicaid

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

Информация о заявителе

Сообщите сведения о себе и свои контактные данные.

Официальное имя		Средний инициал	Официальная фамилия	
Основной телефон	<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	На каком языке Вы: говорите? читаете?
ДОМАШНИЙ АДРЕС лиц, подающих заявления о медицинском страховании		Улица и номер дома	№ квартиры	
ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ		Город	Штат	Почтовый индекс Округ
<input type="checkbox"/> Отметьте здесь, если у Вас нет дома				
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС лиц, подающих заявления о медицинском страховании, если отличается от указанного выше.		Улица и номер дома	№ квартиры	
		Город	Штат	Почтовый индекс
НЕОБЯЗАТЕЛЬНО. Если есть другое лицо, которому следует направлять уведомления, связанные с программой Medicaid, укажите контактные данные такого лица. Я хочу, чтобы этот человек:		Имя и фамилия	Штат	
		Улица и номер дома	№ квартиры	Почтовый индекс
<input type="checkbox"/> подавал заявление об участии и (или) продлении участия в программе Medicaid от моего имени		Город	Телефон	<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Другой
<input type="checkbox"/> обсуждал мое заявление об участии в программе Medicaid или мое дело, если это необходимо				
<input type="checkbox"/> получал уведомления и корреспонденцию				

Важная информация

Варианты уведомления для слепых или слабовидящих заявителей

Слепых или слабовидящих заявителей, желающих получать информацию в альтернативном формате, просим отметить предпочтительный тип почтового уведомления. Отправьте данную форму вместе со своим заявлением.

- Стандартное уведомление и уведомление, набранное крупным шрифтом
- Стандартное уведомление и уведомление на компьютерном компакт-диске (CD) Стандартное уведомление и уведомление на компактном аудиодиске (CD)
- Стандартное уведомление и уведомление, набранное шрифтом Брайля, если никакой другой альтернативный формат Вам не подходит
- Если Вам требуются особые условия, просим обратиться в районное отделение социальной службы.

ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОСОБИЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ NEW YORK STATE MEDICAID (ВКЛЮЧАЯ MEDICARE SAVINGS PROGRAM И FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM) ИМЕЮТСЯ В ФОРМАТЕ С КРУПНЫМ ШРИФТОМ И В КОМПЬЮТЕРНОМ ФОРМАТЕ. ВЕРСИИ ЗАЯВЛЕНИЙ В ФОРМАТЕ АУДИОЗАПИСИ И НАПЕЧАТАННЫЕ ШРИФТОМ БРАЙЛЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ТОЛЬКО ДЛЯ ОЗНАКОМИТЕЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ.

РАЗДЕЛ В

Информация о семье

Если Вы проживаете в данной семье, начните с себя. Если нет, начните с любых совершеннолетних лиц, проживающих в данной семье. Укажите полные официальные имена заявителей или получателей услуг в рамках Medicaid и **укажите номера их карточек Benefit Card или карточек плана медобслуживания**. Вы **должны** предоставить сведения о членах семьи, включая родителей, отчима, мачеху и супругов. Вы можете предоставить информацию о других членах семьи (например, о ребенке, не достигшем 21 года, находящемся на иждивении). **Указание других членов семьи может позволить нам предоставить Вам более высокий уровень участия в программе. Заявители, не достигшие 19 лет или беременные, могут иметь право на страхование независимо от иммиграционного статуса.** New York State обеспечивает право на получение льгот и (или) услуг от штата независимо от Вашего пола, гендерной идентичности или самовыражения. Вы можете также указать гендерную идентичность, если желаете предоставить эту информацию о себе или членах Вашей семьи.

Официальное имя, второе имя, фамилия	Дата рождения ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ *Пол	**Гендерная идентичность (необязательно)	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 социального обеспечения (если есть)	Отметьте одно поле, которое соответствует Вашему гражданству или иммиграционному статусу в настоящий момент. ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ	[†] Расовая или этническая принадлежность	^{**} Получали ли услуги от IHS или другой программы здравоохранения для индейцев?
1 Официальное имя, второе имя, фамилия Имя и фамилия при рождении соответствующего лица до вступления в брак Город Штат рождения Страна рождения	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Гендерквир / гендерно неконформные <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Трансгендер <input type="checkbox"/> Другая идентичность Опишите свою идентичность (необязательно).	<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	САМ 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:		<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Иммигрант / без гражданства Укажите дату получения иммиграционного статуса _/_/___ ДД ММ ГГГГ <input type="checkbox"/> Не иммигрант (обладатель визы) <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2 Официальное имя, второе имя, фамилия Имя и фамилия при рождении соответствующего лица до вступления в брак Город Штат рождения Страна рождения	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Гендерквир / гендерно неконформные <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Трансгендер <input type="checkbox"/> Другая идентичность Опишите свою идентичность (необязательно).	<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:		<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Иммигрант / без гражданства Укажите дату получения иммиграционного статуса _/_/___ ДД ММ ГГГГ <input type="checkbox"/> Не иммигрант (обладатель визы) <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ См. раздел «Документы, необходимые при подаче заявления на получение медицинского страхования» на стр. 4–6, где перечислены документы, подтверждающие личность, гражданство или иммиграционный статус.

* Пол, указанный здесь, должен соответствовать данным, имеющимся в Social Security Administration. Указываемые здесь данные о поле требуются исключительно для использования в нашей компьютерной системе и не будут указаны в Вашей карте получателя пособий или другом общедоступном документе. Это необходимо для обработки Вашего заявления. Если Вы определяете свой пол по-другому, Вы можете добавить эту информацию в поле «Гендерная идентичность».

** Гендерная идентичность — это то, кем Вы себя ощущаете и как себя называете. Ваша гендерная идентичность может совпадать с полом при рождении или отличаться от него.

[†]Коды расовой или этнической принадлежности (по желанию): **A** - Выходцы из Азии, **B** - Чернокожие или афроамериканцы, **I** - Американские индейцы или коренные жители Аляски, **P** - Коренные жители Гавайев или других островов Тихого океана, **W** - Белые, **U** - Неизвестно. Также укажите, является ли Вы испаноязычным или латиноамериканцем — **H**.

^{**}Получали ли Вы медицинские услуги по программам Indian Health Services (IHS), Tribal Health Program, Urban Indian Health Program или через направление на медицинское обслуживание, полученное в рамках IHS или одной из этих программ?

Официальное имя, второе имя, фамилия	Дата рождения ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ *Пол	**Гендерная идентичность (необязательно)	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?	Предоставлялся ли ранее данному лицу государственное медицинское страхование? (отметить соответствующий пункт)	Номер социального обеспечения (если есть)	Отметьте одно поле, которое соответствует Вашему гражданству или иммиграционному статусу в настоящий момент. ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ	*Расовая или этническая принадлежность	†Получали ли услугу от IHS или другой программы здравоохранения для индейцев?
Официальное имя, второе имя, фамилия Имя и фамилия при рождении соответствующего лица до вступления в брак Город Штат рождения Страна рождения	__/__/____ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Гендерквир / гендерно неконформные <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Трансгендер <input type="checkbox"/> Другая идентичность Опишите свою идентичность (необязательно).	<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:		<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Иммигрант / без гражданства Укажите дату получения иммиграционного статуса __/__/____ ДД ММ ГГГГ <input type="checkbox"/> Не иммигрант (обладатель визы) <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Официальное имя, второе имя, фамилия Имя и фамилия при рождении соответствующего лица до вступления в брак Город Штат рождения Страна рождения	__/__/____ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Гендерквир / гендерно неконформные <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Трансгендер <input type="checkbox"/> Другая идентичность Опишите свою идентичность (необязательно).	<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:		<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Иммигрант / без гражданства Укажите дату получения иммиграционного статуса __/__/____ ДД ММ ГГГГ <input type="checkbox"/> Не иммигрант (обладатель визы) <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Официальное имя, второе имя, фамилия Имя и фамилия при рождении соответствующего лица до вступления в брак Город Штат рождения Страна рождения	__/__/____ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Гендерквир / гендерно неконформные <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Трансгендер <input type="checkbox"/> Другая идентичность Опишите свою идентичность (необязательно).	<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:		<input type="checkbox"/> Гражданин США <input type="checkbox"/> Иммигрант / без гражданства Укажите дату получения иммиграционного статуса __/__/____ ДД ММ ГГГГ <input type="checkbox"/> Не иммигрант (обладатель визы) <input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Есть ли в Вашем домашнем хозяйстве ветераны? Да Нет Если да, укажите: _____

ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ См. раздел «Документы, необходимые при подаче заявления на получение медицинского страхования» на стр. 4–6, где перечислены документы, подтверждающие личность, гражданство или иммиграционный статус.

* Пол, указанный здесь, должен соответствовать данным, имеющимся в Social Security Administration. Указываемые здесь данные о поле требуются исключительно для использования в нашей компьютерной системе и не будут указаны в Вашей карте получателя пособий или другом общедоступном документе. Это необходимо для обработки Вашего заявления. Если Вы определяете свой пол по-другому, Вы можете добавить эту информацию в поле «Гендерная идентичность».

** Гендерная идентичность — это то, кем Вы себя ощущаете и как себя называете. Ваша гендерная идентичность может совпадать с полом при рождении или отличаться от него.

†Коды расовой или этнической принадлежности (по желанию): **A** - Выходцы из Азии, **B** - Чернокожие или афроамериканцы, **I** - Американские индейцы или коренные жители Аляски, **P** - Коренные жители Гавайев или других островов Тихого океана, **W** - Белые, **U** - Неизвестно. Также укажите, является ли Вы испаноязычным или латиноамериканцем — **N**.

††Получали ли Вы медицинские услуги по программам Indian Health Services (IHS), Tribal Health Program, Urban Indian Health Program или через направление на медицинское обслуживание, полученное в рамках IHS или одной из этих программ?

РАЗДЕЛ С**Доход семьи**

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: Отметьте данный пункт, если нет трудового дохода:

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

Доход, не связанный с трудовой деятельностью.Включает пособия Social Security Benefits, по нетрудоспособности, безработице, проценты и дивиденды, ветеранские пособия, компенсацию в связи с травмой на рабочем месте, платежи на содержание ребенка или алименты, доход от аренды, пенсию, аннуитет и доход от трастовых операций. Если нет дохода, не связанного с трудовой деятельностью, отметьте данный пункт:

Имя и фамилия лица	Вид дохода / источник	Сумма (до вычета налогов)	Периодичность (еженедельно, ежемесячно)

Поступления.Денежные средства, поступающие от родственников или друзей, квартирантов или пансионеров (включая денежные средства, ежемесячно предоставляемые Вам кем-либо для покрытия расходов на проживание). Если поступлений нет, отметьте данный пункт:

Имя и фамилия лица	Вид дохода / источник	Сумма (до вычета налогов)	Периодичность (еженедельно, ежемесячно)

Другое.Выплаты Temporary (cash) Assistance, Supplemental Security Income (SSI), гранты или кредиты на обучение. Если ничего нет, отметьте здесь:

Имя и фамилия лица	Вид дохода / источник	Сумма (до вычета налогов)	Периодичность (еженедельно, ежемесячно)

Если у Вас или любого совершеннолетнего заявителя, указанного в разделе В, отсутствует доход, укажите, у кого именно.

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

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

Если да: Ваша последняя работа: Дата / / Название места работы:

3. Проходите ли Вы или кто-либо из заявителей обучение по программе профессионально-технической подготовки, подготовки бакалавров или магистров? Нет ДаЕсли да: Полная академическая нагрузка Частичная академическая нагрузка Подготовка бакалавров Подготовка магистров Имя и фамилия учащегося: _____4. 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 и фамилия ребенка/взрослого:	Сумма долл.	Периодичность (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)
Имя и фамилия ребенка/взрослого:	Сумма долл.	Периодичность (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)
Имя и фамилия ребенка/взрослого:	Сумма долл.	Периодичность (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)

5. Если Вы не имеете права на участие в программе Medicaid, Вы, тем не менее, можете иметь право на участие в программе Family Planning Benefit Program. Заинтересованы ли Вы в получении страхования только для Family Planning Services? Нет Да6. Вы, Ваш муж или жена (другой родитель) обязаны выплачивать алименты по постановлению суда? Нет Да Кто Сумма долл.

РАЗДЕЛ D**Медицинское страхование**

Вы и члены Вашей семьи имеете право участвовать в этой программе, даже если участвуете в другой программе медицинского страхования.

1. Участвует ли кто-либо из заявителей в программе Medicare? Нет Да

ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Если да, приложите копию карточки (красно-бело-синяя карточка) для каждого получателя Medicare. Заполните остальные разделы настоящего заявления и приложение А.

Если нет и у Вас хроническая почечная недостаточность (почечная недостаточность в терминальной стадии, ESRD) или амиотрофический латеральный склероз (ALS), либо Вам уже исполнилось 65 лет или исполнится в течение трех месяцев, и Вы не участвуете в программе Medicare, Вы должны подать заявку на участие в Medicare и предъявить документ, подтверждающий подачу заявления. Некоторые лица должны подать заявку на участие в программе MEDICARE, чтобы получить право на участие в программе Medicaid.

Дополнительная информация о требованиях программы указана на стр. 2 и 3 (Раздел G).

Примечание. Если Вы подаете заявление на участие только в программе Medicare Savings Program (MSP), перейдите к разделу G. Заполнять приложение А НЕ требуется.

2. Есть ли у кого-либо из заявителей другое коммерческое медицинское страхование, в том числе страхование долгосрочного ухода? Нет Да

ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Если да, следует приложить к настоящему заявлению копию лицевой и оборотной сторон карты страхования.

Имя и фамилия страхователя (основного):

Застрахованные лица:

Стоимость полиса:

Дата окончания действия страхового покрытия, если оно скоро заканчивается _____ / _____ / _____
День / Месяц / Год

3. Обеспечивается ли на Вашем текущем месте работы медицинское страхование? Нет Да

Мы можем помочь осуществлять его оплату.

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) долл.

2. Если Вы платите за воду отдельно, то какую сумму? долл.

ПРЕДЪЯВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Периодичность платежей. каждый месяц 2 раза в год каждый квартал (4 раза в год) один раз в год

3. Вы получаете бесплатное жилье в счет зарплаты? Нет Да

РАЗДЕЛ F**Слепота, инвалидность, хронические заболевания, услуги учреждения сестринского ухода**

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 сестринского ухода, перейдите к разделу G. **ОСТАНОВИТЕСЬ**

1. Вы или кто-либо, проживающий вместе с Вами и являющийся заявителем, находитесь в лечебном учреждении пансионного типа или получаете услуги сестринского ухода в больнице, учреждении сестринского ухода или ином медицинском учреждении? Нет Да

Если да, закончите заполнять настоящее заявление И заполните приложение 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 заполните приложение А.

Примечание. Если Вы подаете заявление на участие только в Medicare Savings Program (MSP), перейдите к разделу G. Заполнять приложение А не требуется.

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, укажите имя и фамилию:

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 хотите получить возмещение, необходимо предоставить 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 New York State в течение последних трех месяцев?

Нет Да

Если да, кто?

Укажите штат

Укажите округ

4. Ожидает ли кто-либо из заявителей решения суда по иску в связи с травмой?

Нет Да

Если да, кто?

5. Есть ли у кого-либо из заявителей иск Workers' Compensation, травма, заболевание или инвалидность, возникшие по вине третьего лица (которые могут подлежать страховому покрытию)?

Нет Да

Если да, кто?

РАЗДЕЛ Н

Родители или супруги, которые проживают отдельно или умерли

Беременные женщины, а также семьи, подающие заявление только от имени своих детей, НЕ обязаны заполнять этот раздел. Все прочие заявители в возрасте 21 года и старше должны быть согласны предоставить 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 предоставить 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 передачи таких сведений. Это называется «уважительной причиной». Вам может быть предложено продемонстрировать наличие уважительной причины Ваших опасений.

1. Скончался ли супруг (супруга) или родитель заявителя? (Если да, перейдите к вопросу № 3.)

Нет Да

Если да, укажите имя заявителя, у которого умер родитель или супруг (супруга)

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 родителе, не проживающем дома, отметьте данный пункт

Полное имя ребенка:

Имя и фамилия родителя, проживающего вне дома:

Текущий или последний известный адрес:

Улица и номер дома:

Город/штат:

Дата рождения (если известна): / /

Номер SSN (если известен):

Полное имя ребенка:

Имя и фамилия родителя, проживающего вне дома:

Текущий или последний известный адрес:

Улица и номер дома:

Город/штат:

Дата рождения (если известна): / /

Номер SSN (если известен):

3. Состоит ли кто-либо из заявителей в браке с лицом, проживающим вне дома?

Нет Да

Если да, укажите 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:

Текущий или последний известный адрес:

Улица и номер дома:

Город/штат:

Дата рождения (если известна): / /

Номер SSN (если известен):

РАЗДЕЛ I**Выбор плана медицинского страхования**

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

Если Вы являетесь получателем Medicare, ОСТАНОВИТЕСЬ пропустите данный раздел.

ВНИМАНИЕ! 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. 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 номеру 1-800-505-5678. Вы также можете позвонить или обратиться лично в local department of social services. 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 Вы являетесь американскими индейцами / коренными жителями Аляски, Вы не обязаны участвовать в плане медицинского обслуживания. Вы можете сообщить нам о своем нежелании участвовать в плане медицинского обслуживания, позвонив или написав в местное отделение социальной службы 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) Отметьте 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 соглашаюсь с тем, что доступ к сведениям в настоящем заявлении и в заявлении о ежегодном продлении будут иметь только Medicaid, планы медицинского обслуживания, указанные в разделе I, local department of social services, а также посредническая организация, 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 программе Medicaid, а также для оценки эффективности этой программы. Каждый совершеннолетний заявитель должен подписать настоящее заявление в отведенном для этого месте ниже.

Я ознакомился (-ась) с «Условиями, правами и обязанностями», приводимыми на следующей странице настоящей брошюры-заявления, и мне понятно их содержание. 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

Медицинская доверенность

Закон New York Health Care Proxy Law позволяет Вам выбрать доверенное лицо, которое примет за Вас решение о медицинском лечении, если Вы не сможете принимать решения самостоятельно. Это лицо называется представителем по вопросам медицинского обслуживания.

Вы можете больше узнать о законе New York State Health Care Proxy Law и получить форму для назначения представителя по вопросам медицинского обслуживания (форму доверенности) на веб-сайте New York State Department of Health www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy.

Для получения экземпляра формы по почте позвоните в New York State Medicaid Help Line по номеру 1-800-541-2831.

УСЛОВИЯ, ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Заполнив и подписав настоящее заявление, я обращаюсь за пособием Medicaid. Я понимаю, что настоящее заявление и прочая вспомогательная информация будут переданы программам, на участие в которых я хочу подать заявление. Я соглашаюсь 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 сообщить дополнительную информацию. Я соглашаюсь незамедлительно сообщать о любых изменениях сведений, указанных в настоящем заявлении.

- Я понимаю, что необходимо предоставить информацию для подтверждения своего права на участие в каждой из программ. Если получить информацию о Medicaid не представляется возможным, я сообщу об этом в местное отделение социальной службы. Возможно, местное отделение социальной службы сможет оказать помощь в получении информации.
- Если я подаю заявление в любом месте, кроме местного отделения социальной службы, и мои дети не будут признаны имеющими право на Medicaid на основании настоящего заявления, я могу обратиться в местное отделение социальной службы, 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.
- Я понимаю, что по программе Medicaid не оплачиваются медицинские расходы, подлежащие оплате в рамках страхования или другим лицом, и что в случае обращения за пособием Medicaid 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 подавать заявления на получение всех выплат по медицинскому страхованию и страхованию от несчастных случаев или иных ресурсов, 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 программе Medicaid не будет зависеть от расовой принадлежности, цвета кожи или национального происхождения. Я также понимаю, что в зависимости от требований программы, мой возраст, инвалидность или статус гражданства могут послужить решающими факторами при определении моего права.
- Я понимаю, что если мой ребенок участвует в программе Medicaid, он может получать комплексное первичное и профилактическое медицинское обслуживание, включая все необходимое лечение через программу охраны здоровья детей и подростков. Я могу получить дополнительную информацию об этой программе в local department of social services.
- Я понимаю, что любое лицо, которое предоставляет заведомо ложную информацию или скрывает информацию для получения услуг по этим программам, совершает преступление и может быть привлечено к ответственности в соответствии с федеральным законодательством или законодательством штата, и его могут обязать оплатить полученные льготы и уплатить штрафы в рамках административных санкций. New York State Department of Tax and Finance имеет право проверить информацию о доходах, указанную в настоящем документе.

Номер социального обеспечения (SSN)

У всех заявителей, кроме лиц без гражданства, не удовлетворяющих требованиям, должны быть номера социального обеспечения (Social Security Number, SSN). Я понимаю, что данное требование предусмотрено положениями 42 U.S.C. 1320b-7 (a) федерального законодательства и правилами Medicaid 42 CFR 435.910. Не требуется указывать номера социального обеспечения членов моей семьи, не обращающихся с заявлением о получении льгот. Если мое право на участие в программе зависит от величины ресурсов, находящихся в собственности супруга (-и), то ресурсы могут быть проверены при условии предоставления номера социального обеспечения супруга (-и). Номера социального обеспечения используются в самых различных целях, как в самом местном отделении социальной службы (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 социального обеспечения: проверка личности заявителя, выявление и проверка дохода от трудовой деятельности и иного дохода, проверка возможности родителей, проживающих отдельно, получить медицинское страхование для своих детей, проверка возможности заявителей получить медицинское пособие, проверка возможности заявителей получить денежную или иную помощь и проверка в финансовых организациях ресурсов заявителей и их супругов, не являющихся заявителями. Номера социального обеспечения 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.

Только для заявителей Medicaid

- **Получение сведений из учебных заведений**
Я даю разрешение местному отделению социальной службы и New York State получать любые сведения из учебных заведений в отношении моего ребенка (детей), указанных в настоящем документе, которые необходимы 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.
- **Программа раннего вмешательства**
Если мой ребенок проходит освидетельствование для участия или участвует в программе New York State Early Intervention Program, я даю разрешение местному отделению социальной службы и штату New York 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 покрываемых видов медицинского обслуживания, услуг и материалов, полученных в течение трех месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления. Я понимаю, что со дня подачи заявления до дня получения карточки Medicaid benefit card (Common Benefit Identification Card (CBIC)) расходы на необходимые по медицинским показаниям покрываемые виды медицинского обслуживания, услуг и материалов будут возмещены, **только** если они получены у зарегистрированных поставщиков Medicaid, и что возмещение не превышает тарифы Medicaid, действующие во время обслуживания, даже если я заплатил (-а) больше. Я понимаю, что после получения карточки Medicaid (CBIC) benefit card я должен (должна) посещать только зарегистрированных поставщиков Medicaid или поставщиков сети моего плана регулируемого медицинского обслуживания Medicaid для получения покрываемого обслуживания; что мой поставщик должен подать в программу Medicaid или в мой план управляемого медицинского обслуживания Medicaid заявление на получение выплат за необходимые по медицинским показаниям услуги и что расходы, понесенные мной после этого, не будут возмещены.

Управляемое медицинское обслуживание Medicaid

Я ознакомился (-ась) с тем, как узнать, в каких планах управляемого медицинского обслуживания Medicaid моего округа я могу участвовать. Я понимаю, что если я и подающие заявление члены моей семьи будем признаны имеющими право на Medicaid и должны участвовать в плане управляемого медицинского обслуживания, я и имеющие право заявители-члены моей семьи зарегистрируемся в выбранном мной плане медицинского обслуживания.

Я ознакомился (-ась) с тем, как узнать о правах и льготах участников плана управляемого медицинского обслуживания и об ограничениях в отношении льгот, предусмотренных участием в плане управляемого медицинского обслуживания. Я понимаю, что в плане управляемого медицинского обслуживания Medicaid я должен (должна) выбрать Primary Care Provider (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 (должна) 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 управляемого 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 могу выражать согласие, указанными ниже лицами.

- Моим PCP, любым другим поставщиком медицинских услуг или New York State Department of Health (NYSDOH) в распоряжение плана медицинского обслуживания и поставщиков медицинских услуг, которые участвуют в оказании услуг для меня или моей семьи, если это целесообразно для того, чтобы мой план медицинского обслуживания или мои поставщики услуг могли проводить лечение, оплату или оказывать медицинские услуги. Сюда относится информация из аптек и другая медицинская информация, необходимая для организации моего медицинского обслуживания.
- Моим планом медицинского обслуживания и любыми поставщиками медицинских услуг в распоряжение NYSDOH и других уполномоченных федеральных органов, органов штата и местных органов в целях реализации программ Medicaid.
- Моим планом медицинского обслуживания в распоряжение других лиц или организаций, если это целесообразно для того, чтобы мой план медицинского обслуживания мог проводить лечение, оплату или оказывать медицинские услуги.

Я также признаю, что, если это разрешено законом, информация, раскрываемая для целей лечения, оплаты и оказания медицинских услуг, может содержать сведения о ВИЧ, психическом здоровье или злоупотреблении алкоголем и психоактивными веществами в отношении меня и членов моей семьи, пока я не отзываю данное согласие.

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

Уведомление о политике недопущения дискриминации

Программа New York Medicaid соблюдает соответствующие законы штата и федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации по таким признакам, как расовая принадлежность, цвет кожи, национальное происхождение, вероисповедание или религия, пол, возраст, семейное положение, инвалидность, наличие арестов или судимостей, гендерная идентичность, сексуальная ориентация, генетическая предрасположенность к определенным заболеваниям, отношение к военной службе, статус жертвы бытового насилия и (или) репрессий.

Если Вы считаете, что New York Medicaid предпринимает в отношении Вас дискриминационные действия, Вы можете подать жалобу, посетив веб-страницу http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ или отправив письмо в отдел по управлению многообразием (Diversity Management Office, DMO) на электронный адрес DMO@health.ny.gov.

Кроме того, Вы можете подать жалобу о нарушении Ваших гражданских прав в Управление защиты гражданских прав (Office for Civil Rights) Министерства здравоохранения и социальных служб США (Department of Health and Human Services) на сайте <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, а также по почте или по телефону: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; тел. 800-368-1019 (TTY: 800-537-7697). Бланки жалоб доступны по адресу <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Особые условия

Программа New York Medicaid предоставляет бесплатную помощь и услуги людям с инвалидностью для обеспечения эффективного общения с нами, например:

- услуги телетайпа (TTY) от NY Relay Service;
- уведомления и другие письменные материалы в альтернативном формате (набранные крупным шрифтом или шрифтом Брайля, в виде аудиозаписи или на компакт-диске) для слепых и слабовидящих лиц, проживающих в округе за пределами New York City. Чтобы получить их, позвоните в local department of social services. Если Вы проживаете в одном из пяти боро New York City, позвоните Human Resources Administration's Office of Constituent Services по номеру 212-331-4640. Либо укажите это в разделе А на стр. 1 настоящего заявления.

Лицам, чей родной язык не английский, программа NY Medicaid также предоставляет бесплатные услуги перевода, в частности:

- услуги квалифицированных переводчиков;
- письменную информацию на других языках.

Если Вам нужны указанные услуги или дополнительная информация об особых условиях, и Вы проживаете в округе за пределами New York City, позвоните в местное отделение социальной службы. Если Вы проживаете в одном из пяти боро New York City, позвоните Human Resources Administration's Office of Constituent Services по номеру 212-331-4640.

Только для служебного пользования

Заполняется лицом, оказывающим содействие в оформлении данного заявления

Подпись лица, получившего информацию о праве на участие в программе

Место работы: (Отметьте одно поле) План медицинского обслуживания Местное отделение социальной службы
 Учреждение, предоставляющее услуги Правомерные лица

X

Наименование места работы:

Используется социальной службой района

Кем определено соответствие критериям участия в программе:

Дата:

Кем утверждено соответствие критериям участия в программе:

Дата:

Отделение Центра:

Дата подачи заявления:

Идентификационный номер отдела:

Идентификационный номер сотрудника:

Имя и фамилия клиента:

Район:

Тип дела:

Дело №:

Дата вступления в силу:

Код причины повреждения

Код отказа Код аннулирования

Представитель:

Нет Да

Реестр №:

Ред.:

