

ЗАЯВИТЕЛЬ

Заполняйте разборчиво печатными буквами. Область, выделенную темным цветом, оставьте пустой.

Имя, средний инициал, фамилия			Домашний телефон		
Домашний адрес Улица	Кв.	Город	Штат	Почтовый индекс	Округ

Данное место жительства является приютом? Да Нет

Почтовый адрес Улица / Абонентский ящик (если не совпадает с указанным выше)	Кв.	Город	Штат	Почтовый индекс	Округ
--	-----	-------	------	-----------------	-------

ИМЕНА И ФАМИЛИИ

Начните перечисление со своих имени и фамилии. Укажите также девичью фамилию и псевдонимы. При необходимости приложите дополнительный лист для перечисления данных всех детей.

Имя, средний инициал, фамилия	Дата рождения (ММ/ДД/ГГ)	Пол	Номер социального обеспечения	Расовая или этническая принадлежность (См. коды ниже)
Я сам(а)				
Супруг(а)				
Ребенок*				
Ребенок*				

*Если младше 18 лет.

Коды расовой или этнической принадлежности: **B** — Чернокожий (-ая) не латиноамериканского происхождения **W** — Представитель (ница) белой расы не латиноамериканского происхождения **H** — Латиноамериканец (-ка) **A** — Уроженец Азии или островов Тихого океана **I** — Индеец или коренной житель Аляски **U** — Неизвестна **O** — Другая

СВЕДЕНИЯ О ГРАЖДАНСТВЕ

Вы являетесь гражданином США? Да Нет

Если нет, имеете ли вы удовлетворительный иммиграционный статус? Да Нет Укажите регистрационный номер иностранца, дату присвоения статуса и дату въезда в страну, если это применимо.

Регистрационный номер иностранца	Дата присвоения статуса (DOS)	Дата въезда в страну (DEC)
----------------------------------	-------------------------------	----------------------------

Является ли ваш(а) супруг(а) гражданином США? Да Нет

Если нет, имеет ли ваш(а) супруг(а) удовлетворительный иммиграционный статус? Да Нет Укажите регистрационный номер иностранца, дату присвоения статуса и дату въезда в страну, если это применимо.

Регистрационный номер иностранца	Дата присвоения статуса (DOS)	Дата въезда в страну (DEC)
----------------------------------	-------------------------------	----------------------------

СВЕДЕНИЯ ПРОГРАММЫ MEDICARE

Номер Medicare заявителя (указан на красно-синей карточке Medicare)			
Подписаны ли вы на часть A Medicare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Дата вступления в силу	Подписаны ли вы на часть B Medicare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Дата вступления в силу
Номер Medicare супруга (-и) (указан на красно-синей карточке Medicare)			
Подписан(а) ли ваш супруг(а) на часть A Medicare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Дата вступления в силу	Подписан(а) ли ваш супруг(а) на часть B Medicare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Дата вступления в силу

Хотите ли вы, чтобы мы рассмотрели вопрос о возмещении вам расходов на взносы Medicare за предыдущий период? Да Нет

Платите ли вы или ваш(а) супруг(а) какие-либо взносы медицинского страхования, кроме Medicare? Да Нет

Кто осуществляет платежи?	Ежемесячная сумма платежей (\$)
---------------------------	---------------------------------

Платите ли вы или ваш(а) супруг(а) алименты ребенку или бывшему (-ей) супругу (-е)? Да Нет

Кто осуществляет платежи?	Ежемесячная сумма платежей (\$)
---------------------------	---------------------------------

Получаете ли вы или ваш(а) супруг(а) выплаты от траста или являетесь бенефициаром траста? Да Нет

Кто получает платежи?	Сумма (\$)
-----------------------	------------

ДОХОД

Укажите ниже сведения обо всех получаемых доходах, а именно о заработной плате, пенсии, социальном обеспечении, выходном пособии, доходе от сдачи имущества в аренду или от коммерческой деятельности и т. п. При необходимости приложите дополнительный лист для перечисления всех источников дохода.

Имя и фамилия заявителя, ее (его) супруга (-и) или ребенка до 18 лет	Кто предоставляет денежные средства? (Имя и фамилия / источник дохода)	Сумма	Периодичность (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно, другая)

Вы хотите получать уведомления только на английском языке на испанском и английском языках

СОГЛАСИЕ

Я понимаю, что, подписывая настоящее заявление/подтверждение, я соглашаюсь на проведение Департаментом социального обеспечения любой проверки, направленной на то, чтобы убедиться в достоверности предоставленной мной информации или подтвердить ее, либо любой другой проверки с его стороны в связи с моим запросом на участие в программе Medicaid. Если потребуется дополнительная информация, я ее предоставляю.

ПОДПИСИ

Подпись заявителя / его (ее) представителя	Дата	
Подпись супруга (-и)	Дата	
Адрес представителя		
Город	Штат	Почтовый индекс
Номер телефона	Кем приходится заявителю	

ИНСТРУКЦИИ

ЗАПОЛНИТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ

Обязательно ответьте на все вопросы. Если вы состоите в браке и проживаете со своим (-ей) супругом (-ой), вы должны заполнить и раздел, касающийся вас лично, и раздел, касающийся вашего (-ей) супруга (-и), даже если ваш(а) супруг(а) не подает заявление на участие в программе MSP.

ПОСТАВЬТЕ НА ЗАЯВЛЕНИИ ПОДПИСЬ И ДАТУ

Если заявление на участие в программе MSP подают оба супруга, они оба должны подписать это заявление.

ПРИЛОЖИТЕ УКАЗАННЫЕ НИЖЕ ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ

Просмотрите этот список и подайте те документы, которые вы должны предоставить, чтобы представители Medicaid могли определить, соответствуете ли вы критериям участия в программе MSP. Если вы запрашиваете возмещение расходов на взносы Medicare за предшествующий период, то должны предоставить документы, подтверждающие ваш доход за предыдущие три месяца. Если ваш(а) супруг(а) подает заявление, он(а) также должен (-на) предоставить документы.

- Копию лицевой и обратной сторон вашей **карты Medicare**.
- **Документы, подтверждающие доход:** квитанции о начислении зарплаты, справку с места работы, налоговую декларацию о доходах, уведомление о назначении любого нетрудового пособия, например, социального обеспечения, пособия по безработице или пособия ветерана, либо справку от квартиросъемщика, квартиранта или арендатора.
- **Документы, подтверждающие выплату вами взносов медицинского страхования, помимо Medicare:** справку с места работы, ведомость внесения страховых взносов или платежную квитанцию.
- **Подтверждение даты рождения:** водительское удостоверение, выданное властями штата; свидетельство о рождении США; разрешение на постоянное проживание (грин-карту) или удостоверение личности получателя пособий в штате Нью-Йорк.
- **Подтверждение места проживания:** договор аренды / справку / квитанцию об оплате аренды, выданную домовладельцем, с указанием вашего домашнего адреса; водительское удостоверение (выданное в течение последних 6 месяцев); счет за коммунальные услуги (газ, электроэнергию, телефон, кабельное ТВ, отопление или водоснабжение); официальное удостоверение личности с указанием адреса; документы по налогу на недвижимость или выписку по ипотечной ссуде; конверт с почтовым штемпелем или почтовую карточку (не может использоваться, если корреспонденция отправляется на адрес абонентского ящика).
- Если вы не являетесь гражданином США, то должны предоставить копии документов, подтверждающих ваш текущий иммиграционный статус.

Направьте заявление и требуемые документы по почте в местное отделение Департамента социальных служб (local Department of Social Services, LDSS) или Управление трудовых ресурсов (Human Resource Administration, HRA). Адреса отделений в своем округе вы найдете на странице http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/lds.htm

УСЛОВИЯ, ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Заполняя и подписывая данную форму, я подаю заявление на участие в программе накоплений Medicare. **ОПЛАТА ВАШИХ ВЗНОСОВ В MEDICARE ЯВЛЯЕТСЯ ЛЬГОТОЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ MEDICAID.**

САНКЦИИ

Я понимаю, что по моему заявлению может быть проведена проверка, и соглашаюсь оказывать содействие в рамках такой проверки. Федеральные законы и законы штата предусматривают санкции в виде штрафа и/или тюремного заключения, если вы сообщите ложные сведения при подаче заявления на пособие Medicaid или в любой момент, когда вам зададут вопрос относительно ваших прав на них, либо заставите другое лицо сообщить ложные сведения о вашем заявлении или действительности вашего права на участие.

ИЗМЕНЕНИЯ

Я соглашаюсь незамедлительно сообщать о любых изменениях сведений, указанных в настоящем заявлении.

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN)

Если вы подаете заявление на участие в программе накоплений Medicare, то должны сообщить свой номер социального обеспечения, за исключением тех случаев, когда вы беременны. Данное требование определено в следующих законах: части 18 Свода законов и правил штата Нью-Йорк (NYCRR), разделах 351.2, 360-1.2 и 360-3.2(j)(3); части 42 Кодекса законов США (USC), § 1320b-7. Номера социального обеспечения используются во многих случаях как в работе местных подразделений социальных служб, так и для их совместной деятельности с государственными и местными учреждениями и учреждениями уровня штата в Нью-Йорке и других юрисдикциях. Примеры использования номеров социального обеспечения: проверка личности; выявление и проверка дохода от трудовой деятельности и иного дохода; проверка возможности родителей, проживающих отдельно, получать медицинское страхование для заявителей; проверка возможности заявителей получать алименты на содержание детей и проверка возможности заявителей получать денежную или иную помощь.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ГРАЖДАНСТВА И ИММИГРАЦИОННОГО СТАТУСА

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, понимая ответственность за предоставление заведомо ложных сведений, что я и/или любое лицо, за которое я ставлю подпись, является гражданином США либо уроженцем одной из территорий США или имеет удовлетворительный иммиграционный статус. Я понимаю, что сведения обо мне будут переданы в Бюро по делам гражданства и иммиграции США (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) для проверки моего иммиграционного статуса, если это применимо. Я также понимаю, что право использовать и разглашать сведения обо мне есть только у лиц и организаций, имеющих непосредственное отношение к проверке иммиграционного статуса и администрированию и реализации положений программы Medicaid.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

Данное заявление будет рассмотрено без учета расы, цвета кожи, пола, инвалидности, религиозных убеждений, национального происхождения и политических убеждений.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Подписывая данное заявление, я клянусь и утверждаю, что сведения, которые я предоставил(а) или предоставлю Департаменту социального обеспечения в качестве основания для участия в программе Medicaid, являются верными. Я также передаю Департаменту социального обеспечения все имеющиеся у меня права на то, чтобы добиваться помощи от лиц, несущих юридическую ответственность за оказание мне помощи, и добиваться предоставления других ресурсов третьими лицами. Я понимаю, что суммы страхового покрытия, выплаченные от моего имени по программе Medicaid, могут быть взысканы с лиц, которые несли юридическую ответственность за оказание мне помощи в период предоставления медицинских услуг.

Если после прочтения и заполнения данной формы вы решите, что НЕ хотите подавать заявление на участие в программе накоплений Medicare, поставьте свою подпись ниже.

Я согласен (-на) отозвать свое заявление:

Подпись заявителя	Дата
-------------------	------

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