

Заявка на страхове покриття лікування (та для визначення, чи ви можете отримувати допомогу з витратами)

За допомогою цієї форми визначте, вимогам якого медичного страхового покриття ви відповідаєте:

- Безкоштовне або економічне медичне страхове покриття від Washington Apple Health (Medicaid), у тому числі за програмою Apple Health for Kids зі страховими внесками, також відомою як Програма страхування здоров'я дітей (CHIP)
- Нові податкові кредити, які допоможуть вам виплачувати ваші внески за медичне страхування за затвердженим планом охорони здоров'я
- Повновартісні приватні затверджені плани медичного та стоматологічного обслуговування

Заявку швидше подати онлайн

- Краще й оперативніше подати заявку онлайн за адресою wahealthplanfinder.org

Інформація, необхідна для подання заявки від вашого імені та від імені іншої особи:

- Номери соціального забезпечення
- Дати народження кожного члена вашого домогосподарства
- Іноземний паспорт, номер іноземця (номер «А») або інші імміграційні номери для будь-яких іммігрантів, які претендують на медичне страхове покриття
- Інформація про доходи для всіх дорослих та неповнолітніх, які отримують достатньо доходу щоб подавати податкові декларації
- Інформація про медичне страхування, яке доступне вам і вашій родині

Чому нам потрібно стільки інформації?

Ця інформація потрібна нам для того, щоб визначити, на яке медичне страхування ви можете розраховувати. Ми зберігатимемо інформацію, яку ви нам надасте, згідно з законом.

Надішліть заповнену та підписану заявку за адресою:

Washington Healthplanfinder

PO Box 946

Olympia, Washington, 98507

або за факсом 1-855-867-4467

Якщо ви не маєте всієї інформації, яку ми просимо, ви можете почати подання заявки, вказавши своє ім'я, дату народження, адресу, вказавши адресу та поставивши підпис, та відправивши її на вказану вище адресу.

Отримайте допомогу з заявкою:

- Онлайн: wahealthplanfinder.org
- Телефон: Зателефонуйте до центру обслуговування клієнтів за номером 1-855-WAFINDER (855-923-4633) або 1-855-627-9604 (TTY)
- Особисто: Щоб отримати допомогу із заявкою, знайдіть навігатора або брокера через службу підтримки клієнтів за посиланням wahealthplanfinder.org.
- Мова або обмежені можливості: Щоб отримати безкоштовну допомогу вашою мовою (у тому числі допомогу усного перекладача або послуги з перекладу друкованих матеріалів), зателефонуйте за номером 1-855-WAFINDER (855-923-4633) або 1-855-627-9604 (TTY).

Визначення

Податкові кредити на внески (премії) в рамках користування медичним страховим планом: Податкові кредити можуть зменшити ваші витрати у зв'язку із виплатою страхових внесків.

Washington Healthplanfinder: Платформа електронної торгівлі для фізичних осіб, сімей і малих підприємств штату Вашингтон, яка дає змогу порівняти плани медичного страхування й оформити страховку, а також надає доступ до податкових кредитів, можливостей часткової оплати вартості страховки державою та державних програм страхування, таких як Washington Apple Health.

Внесок / страхова премія: Кошти, які ви сплачуєте щомісяця, користуючись страховим планом, якщо вони передбачені. Ви маєте сплачувати внески, щоб зберегти за собою право на покриття, навіть тоді, коли ви не отримуєте медичного обслуговування.

Затверджений план медичного страхування: Приватне медичне страхування через Washington Healthplanfinder.

Мінімальне покриття необхідних послуг: Це тип покриття, необхідний особі для задоволення вимог індивідуальної відповідальності згідно з законом про доступне медичне обслуговування. Сюди входять поліси індивідуального й родинного страхування, покриття на базі роботи, Medicare, Medicaid, Програма медичного страхування дітей (CHIP), TRICARE та інші типи покриття, що покривають 10 основних видів медичного страхування.

Основні медичні послуги, що покриваються: Усі сучасні плани медичного страхування обов'язково мають покривати 10 медичних послуг, зокрема візити до лікарів, перебування на стаціонарному лікуванні (у лікарні) та рецептурні медикаменти. Деякі послуги надаються безкоштовно, деякі передбачають доплати та участь у страхуванні.

Washington Apple Health: Публічні програми медичного страхування для повноправних резидентів штату Вашингтон. Washington Apple health — це назва, що використовується в штаті Вашингтон для Medicaid, Програми страхування здоров'я дітей (CHIP) та для інших програм страхування, фінансованих штатом Вашингтон.

Для самозайнятих громадян

Ви можете відняти допустимі витрати, вказані нижче, із вашого валового доходу, щоб отримати суму чистого доходу від самостійної зайнятості. Більш детальну інформацію шукайте в «Інструкціях до Додатку Плану С та Додатку F» на веб-сайті www.irs.gov.

Приклади деяких допустимих витрат:

- Витрати на автомобіль та вантажні перевезення
- Комісійні винагороди, мита та втрати на підрядні роботи
- Виснаження ресурсів
- Амортизація
- Програми виплат працівникам, пенсійні плани та плани участі у прибутках
- Страхування (крім медичного) та іпотечні відсотки
- Юридичні та професійні послуги
- Офісні витрати, оренда, лізинг
- Власність, відповідальність або страхування від простою виробництва
- Матеріальні запаси, ремонт та обслуговування
- Проїзд, харчування та розваги
- Комунальні послуги, податки та ліцензії
- Заробітна платня (за вирахуванням кредитів на працевлаштування)

Права та обов'язки щодо медичного страхового покриття

Ваші права для всіх програм медичного страхового покриття – ми мусимо:

Допомагати вам ознайомлюватися та заповнювати всі необхідні бланки. За допомогою ви можете звернутися до Washington Healthplanfinder або, якщо ви є людиною похилого віку, з вадами зору або обмеженими можливостями, або потребуєте довгострокового догляду та підтримки (LTSS), ви можете звернутися до Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб (DSHS).

Безкоштовно та негайно надати вам послуги усного або письмового перекладача, коли ви спілкуєтесь із Washington Healthplanfinder, Управління охорони здоров'я (Health Care Authority) або DSHS.

Дотримуватися конфіденційності вашої особистої інформації, але ми можемо відкрити деяку інформацію федеральним агенціям або агенціям іншого штату з метою оцінки правомірності та включення вас до програми.

Давати вам можливість оскаржувати, якщо ви незгодні з розпорядженням, наданим Washington Healthplanfinder або DSHS, що впливає на ваше право на отримання покриття лікування, LTSS, план медичного страхування, податкову знижку на премію медичного страхування або зниження розподіленні витрат. Якщо ви подаєте апеляцію, вашу справу буде переглянуто. Більш детальну інформацію щодо процесу подання апеляцій у системі Washington Healthplanfinder ви знайдете на сторінці апеляцій системи Washington Healthplanfinder за адресою <http://www.wahbexchange.org/appeals/> або зателефонувавши до Центру підтримки клієнтів Washington Healthplanfinder за номером 1-855-923-4633. Щоб отримати інформацію щодо апеляцій за DSHS програмами, ви можете звернутися до центру обслуговування клієнтів DSHS за номером 1-877-501-2233 або навідатися до місцевого представництва служби з обслуговування на дому та у громаді (Home and Community Services). Якщо апеляція пов'язана із рішенням щодо покриття Washington Apple Health та її неможливо вирішити переглядом справи, вам буде призначено адміністративне слухання.

Відноситися до вас чесно. Дискримінація протизаконна. Організація Washington Health Benefit Exchange/Управління охорони здоров'я не порушує Федеральне законодавство з громадянських прав та не дискримінує за расою, кольором шкіри, національністю, віком, недієздатністю або статтю. Організація Washington Health Benefit Exchange/управління охорони здоров'я не відмовляє людям та не відноситься до них по-різному через їх расу, колір шкіри, національність, вік, недієздатність або стать.

Організація Washington Health Benefit Exchange/Управління охорони здоров'я також дотримується всіх застосовних законів штату та не допускає дискримінації на основі віросповідання, а також за гендерною приналежністю, гендерним самовираженням або ідентичністю, сексуальною орієнтацією, сімейним станом, релігійними переконаннями, у зв'язку зі статусом ветерана, який звільнився із військових сил із позитивною характеристикою, або зі статусом військовослужбовця або у зв'язку із фактом використання спеціально навченого собаки або іншої тварини особою з ознаками інвалідності.

Організація Washington Health Benefit Exchange/Управління охорони здоров'я:

- **Безкоштовно надає наступну допомогу та послуги людям з інвалідністю, щоб вони могли рівнозначно спілкуватися з нами, зокрема:**
 - Послуги кваліфікованих спеціалістів, що володіють мовою жестів
 - Письмову інформацію в іншій формі (більший шрифт, аудіо, допустимі електронні формати, інші формати)
- **Послуги перекладача особам, чия основна мова спілкування — не англійська**
 - Послуги кваліфікованих усних перекладачів
 - Письмову інформацію іншими мовами

Якщо вам потрібні такі послуги, зв'яжіться з нами за номером 1-855-923-4633.

Якщо ви вважаєте, що Washington Health Benefit Exchange/Управління охорони здоров'я не надає таких послуг або іншим чином дискримінує вас, ви можете надіслати скаргу на таку поштову адресу:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Washington Health Benefit Exchange
Legal Department
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity
Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
Факс: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org | <ul style="list-style-type: none">• Health Care Authority Division of Legal Services
ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
Факс: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov |
|--|---|

Ви можете принести скаргу особисто або надіслати її на поштову адресу, факсом або електронною поштою. Якщо ви потребуєте допомоги із заповненням скарги, юридичний відділ Washington Health Benefit Exchange та служба юридичних послуг Управління охорони здоров'я можуть вам допомогти.

Ви можете також подати скаргу про порушення громадянських прав до Управління з цивільних прав Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США в електронній формі за посиланням <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, або поштою чи за телефоном за наступними реквізитами:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (текстовий телефон).

Форми скарг доступні на сайті www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Ваші зобов'язання у межах участі в усіх програмах медичного страхового покриття – ви мусите:

Розкрити номер соціального страхування SSN та дані імміграційного статусу. За деякими виключеннями, ви маєте надати свій номер соціального страхування (SSN) або номер імміграційного документу або номер члена вашої родини, який хоче отримати страхове покриття лікування. SSN необхідний для подання заяви на податкові знижки на премії страхування здоров'я. Ми використовуємо цю інформацію для визначення вашого права на покриття, підтверджуючи вашу особу, громадянство, імміграційний статус, дату народження та доступність іншого медичного страхового покриття.

Ми не передаємо цю інформацію жодній імміграційній службі.

Ви можете подавати заявку на покриття для деяких членів вашої родини, але не для інших осіб. Якщо ви не маєте SSN або номеру імміграційного документу для всіх членів родини, вони все одно можуть подати заяву та отримати покриття. Приміром, ви можете подати заявку щодо вашої дитини, навіть якщо ви самі не маєте права на покриття. Подання заявки не вплине на ваш імміграційний статус та на можливість отримати право на постійне проживання або громадянство.

Також існують програми Washington Apple Health для осіб, які не можуть довести, що вони знаходяться в країні легально. Але якщо ви вирішите не надавати SSN або номер імміграційного документу для декого з вашої родини, ми будемо зобов'язані перевірити вас, щоб отримати інформацію щодо доходів такої особи.

Якщо агенція цього вимагає, надати будь-яку інформацію або докази, необхідні для визначення вашого права на покриття.

Стосовно всіх програм медичного страхового покриття ви маєте знати таке

Існують певні закони штату та федеральні закони, які регулюють роботу Washington Healthplanfinder та керованих штатом систем подачі заяв, ваші права та обов'язки як особи, яка користується ними, та покриття, яке ви отримуєте через них. Користуючись цими системами, ви погоджуєтесь дотримуватись законів, які застосовуються до осіб, що ними користуються, та покриття, яке вони отримують в результаті.

Національний закон 1973 року про реєстрацію осіб, які мають право голосу, вимагає від усіх штатів забезпечення допомоги у реєстрації таких осіб у своїх офісах суспільної допомоги.

Надання заяви з метою реєстрації для участі в голосуванні або відмова від реєстрації для участі в голосуванні не вплине на послуги або на пільги, що вам надає агенція. Ви можете зареєструватися для участі у голосуванні за адресою www.vote.wa.gov або замовити форми реєстрації для участі у голосуванні, зателефонувавши за номером 1-800-448-4881.

Закон про безперервність дії та прозорість медичного страхування (HIPAA) та його обмеження запобігають тому, щоб Health Care Authority (HCA) та DSHS обговорювали медичну інформацію про вас та будь-яких членів вашої родини з будь-якими особами, включаючи вповноважених представників, якщо тільки така особа не має повноважень або ви не підписали згоду, за якою дозволяєте розголошення цієї інформації. Сюди входить розголошення інформації про психічне здоров'я, результати аналізів на ВІЛ, СНІД, ХПСШ, а також про лікування та послуги щодо залежності від речовин.

Додаткова інформація щодо політики конфіденційності системи Washington Healthplanfinder наведена за адресою https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html

Закон про доступне медичне обслуговування запобігає тому, щоб Washington Healthplanfinder та DSHS передавали персональну інформацію (PII) про вас або будь-яких членів вашої родини будь-яким особам, які не вповноважені отримувати таку інформацію, та без вашої згоди.

Інформація, яку ви надаєте Washington Healthplanfinder та DSHS, є предметом уточнення федеральними офіційними особами та такими особами в штаті. Уточнення може включати контакти для подальшого спостереження, що будуть здійснювати співробітники агенції.

Якщо ви почали заповнювати заяву на страхове покриття у Washington Healthplanfinder та не закінчили процес з будь-якої причини, ваша інформація зберігатиметься у Washington Healthplanfinder та буде доступною вам протягом 90 днів. Якщо ви не заповните заяву протягом 90 днів, вашу інформацію буде видалено із системи Washington Healthplanfinder.

Washington Healthplanfinder, HCA та DSHS не несуть відповідальності за адміністрування вашого плану медичного страхування. Ваш постачальник медичного страхування надасть вам більш детальну інформацію про ваше покриття.

Якщо у вас виникли питання щодо умов вашого плану медичного страхування, включаючи те, на які пільги ви маєте право, поточні витрати згідно з вашим планом, та подання претензії щодо пільг або оскарження відхилення пільг, вам слід звернутися до постачальника медичного страхування. Якщо ви маєте право на COBRA після припинення будь-якого страхового покриття лікування, придбаного через Washington Healthplanfinder, адміністрування COBRA та надання вам відповідних повідомлень щодо COBRA та строки виборів є відповідальністю вашого роботодавця.

Не скасовуйте будь-які поточні страхові покриття та не відмовляйтеся від будь-яких пільг COBRA, доки не отримаєте лист-підтвердження та страховий поліс, також відомий як страховий контракт або сертифікат, від обраного Вами постачальника страхових послуг. Переконайтеся, що ви розумієте умови політики та погоджуєтесь з ними, особливу увагу приділіть строку дії, строкам очікування, розміру премії, пільгам, обмеженням, виключенням та додатковим положенням.

Ви можете подати заяву на послуги підтримки через Відділ допомоги дітям (DCS).

Щоб отримати бланк на такі послуги, перейдіть за посиланням www.childsupportonline.wa.gov або зверніться до місцевого представництва DCS.

Тільки для програми Washington Apple Health – ми мусимо:

Пояснити вам ваші права та обов'язки, якщо ви запитаєте.

Дозволити вам надати часткову заяву, яка включає щонайменше ваше ім'я, адресу та підпис або підпис вашого вповноваженого представника. День, коли ми отримаємо часткову заяву, вважатиметься днем подання заявки, що може вплинути на те, коли ваше покриття набере чинності. Ми не прийматимемо остаточного рішення про ваше покриття, поки ви не заповните заяву.

Дозволити вам подати повну або часткову заяву, використовуючи будь-який спосіб, описаний у WAC 182-503-0005.

Обробити вашу заяву якнайшвидше та не пізніше строків, вказаних у WAC 182-503-0060.

Надати вам 10 календарних днів для представлення інформації, потрібної для оцінки вашого права на покриття. Якщо ви попросите про більший строк, ми дамо вам більше часу. Якщо ви не надасте нам інформацію або просите більше часу, ми можемо відмовити, закрити вашу справу або змінити ваше страхове покриття.

Допомогти вам, якщо у вас виникли складнощі з наданням будь-якої інформації або доказів, необхідних нам для прийняття рішення щодо вашого права на покриття. Якщо вам потрібний документ, що коштує грошей, ми надішлемо запит на цей документ і сплатимо кошти.

Повідомити вас, у більшості випадків, принаймні за 10 днів перед тим, як ми зупинимо дію вашого страхового покриття.

Надати вам письмове рішення, у більшості випадків, в межах 45-денного терміну. Страхове покриття лікування, що стосується деяких випадків інвалідності, може зайняти до 60 днів. Ми надаємо письмове рішення щодо покриття вагітності протягом 15 днів.

Дозволити вам відмовитися розмовляти зі слідчим, якщо ми перевіряємо вашу справу. Ви не повинні дозволяти слідчому входити у вашу домівку. Ви можете просити слідчого прийти знову в інший час. Такий запит не вплине на ваші права щодо отримання страхового покриття.

Продовжувати надавати вам покриття Washington Apple Health, коли ми вирішимо, що ви відповідаєте вимогам для іншої програми згідно з WAC 182-504-0125.

Надавати вам рівні послуги доступу згідно з WAC 182-503-0120, якщо ви маєте на це право.

Ваші обов'язки тільки для програми Washington Apple Health – ви мусите:

Повідомляти про зміни згідно з WAC 182-504-0105 та WAC 182-504-0110 протягом 30 днів з моменту зміни. Ознайомтеся з листом-підтвердженням, щоб знати, про які зміни ви маєте повідомляти.

Виконувати оновлення, коли ми про це просимо.

Надавати постачальникам медичних послуг інформацію, необхідну для виставлення нам рахунків за медичне обслуговування.

Подавати заяву на Medicare, якщо ви маєте на це право.

Співпрацювати з робітниками відділу забезпечення якості, коли ми про це просимо.

Подавати заяву та докладати доречних зусиль, щоб отримати потенційний дохід із інших джерел, коли ви просите надати вам або отримуєте покриття Washington Apple Health.

Для програми Washington Apple Health – про що ви маєте знати

Коли ви просите надати вам або отримуєте покриття Washington Apple Health, ви надаєте штату Вашингтон всі права на будь-яке медичне обслуговування та на будь-які сторонні виплати на медичне обслуговування.

Агенція може розкривати інформацію щодо імунізації вашої дитини в систему моніторингу профілю імунізації дитини (Child Profile Immunization Tracking System).

Інформацію, яку ви повідомляєте, може бути надано DSHS для визначення вашого права на покриття та щомісячних пільг за програмами, такими як страхове покриття лікування, грошова допомога, продовольча допомога та субсидії з догляду за дитиною.

За законом, штат Вашингтон може відшкодувати кошти, витрачені на певні види медичного обслуговування, за рахунок вашої нерухомості через Estate Recovery (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, та Розділ 182-527 WAC). Повернення майна не відбувається до моменту вашої смерті, смерті вашого чоловіка або дружини та поки вашим дітям не виповниться 21 рік. Також воно не відбувається, якщо ваша дитина, що вас пережила, була сліпою/з обмеженими можливостями на момент вашої смерті. Кошти, що відшкодовуються, включають:

- Певні довгострокові послуги та обслуговування Washington Apple Health, якщо вам виповнилося 55 або більше років на момент отримання таких послуг;
- Певні послуги, фінансовані тільки штатом, незалежно від вашого віку на момент отримання цих послуг.

Ви можете знайти перелік послуг, що підлягають відшкодуванню, у WAC 182-527-2742. Ви можете знайти перелік активів, які виключено із відшкодування, у WAC 182-527-2746.

Штат також може висунути право застави на вашу нерухомість до вашої смерті, в будь-якому віці, якщо вас перевели до медичної застави на постійне проживання (WAC 182-527-2734). Штат може відшкодувати кошти через продаж майна або вашої нерухомості, за виключенням випадків, коли:

- Ваш чоловік або дружина проживає у цій нерухомості;
- Ваш брат або сестра проживає у цій нерухомості, є її співвласником, або задовольняє певним критеріям.
- Ваша дитина проживає у цій нерухомості та є сліпою/з обмеженими можливостями; або
- Ваша дитина проживає у цій нерухомості та їй ще не виповнився 21 рік.

Ви можете знайти перелік послуг, що підлягають відшкодуванню за заставою до вашої смерті, у WAC 182-527-2734.

Вам можуть надати тільки одного постачальника медичних послуг, одну аптеку та/або лікарню, якщо ви звертаєтесь за медичною допомогою, яка вам не потрібна.

Речі, які варто знати — тільки для затверджених планів медичного обслуговування

Ми перевіримо інформацію про вас: Ми звіримо інформацію за вашою заявою з федеральною базою даних. Якщо інформація, яку ви вказали у своїй заяві, не збігатиметься з інформацією у федеральній базі даних, ви матимете надати відповідні підтверджувальні документи протягом 95 днів. Відсутність відповіді на наш(і) запит(и) може спричинити припинення дії вашого страхового покриття або податкових пільг. Ви маєте дати відповідь на наш запит, зв'язатися з нами, якщо у вас виникнуть питання, і надати необхідну інформацію, що ми її запитуємо, до встановленого терміну.

Номер у системі соціального забезпечення (SSN): Ви зобов'язані надати нам номер(и) соціального страхування для всіх членів домогосподарства, які мають такі номери. Якщо у когось немає номера соціального страхування, він або вона все одно може отримати медичне покриття.

Негайно повідомляйте про зміни в доходах: Дохід, який ви вказуєте у своїй заяві, визначається за вашим припущенням щодо суми, яку ви, на вашу думку, заробите в цьому році. У разі зміни доходів ви маєте внести у ваш розрахунок відповідні зміни. Зміни у вашому доході можуть призвести до змін щодо вашого права на податкові пільги та призвести таким чином до зміни суми вашої франшизи та зменшення частки участі у витратах. Оцінюючи ваші доходи будьте максимально точними та оперативно повідомляйте про всі суттєві зміни.

Необхідна звірка податкових кредитів: Ви зобов'язані передавати в податкову службу IRS відомості про отримані податкові пільги. Для цього ви маєте подавати до IRS щорічну податкову декларацію, додаючи до неї відповідні податкові форми. Неповідомлення про податкові пільги до податкової служби IRS позбавить вас можливості отримувати податкові пільги IRS в майбутньому. Щоб отримати додаткову інформацію ознайомтеся з інструкціями, що додаються до форм IRS 1095 та 8962.

Наведені витрати на медичне страхування можуть змінитися: Витрати можуть змінитися, базуючись на практиках андеррайтингу постачальника медичного страхування та вашого вибору доступних варіантів.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍລິຄຳ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

Заявка на страхове покриття лікування ЧАСТИНА 1

1

Ім'я, прізвище та контактна інформація основного заявника

Ім'я

ІНІЦІАЛ ДРУГОГО ІМ'Я.

Прізвище та суфікс

Дата народження (ММ/ЧЧ/РРРР)

Номер за системою соціального забезпечення (SSN)*

Стать, визначена при народженні

Ч Ж

Підпис заявника або уповноваженого представника .

Чи маєте ви домашню адресу?

Ні Так

Якщо ні, в якому окрузі ви хочете отримувати медичне обслуговування?

Ви все одно маєте надати поштову адресу.

Адреса мешкання

Місто

Штат

Поштовий індекс

Поштова адреса (якщо відмінна від основної адреси)

Місто

Штат

Поштовий індекс

Основний номер телефону

Додатковий номер телефону

Адреса електронної пошти

Washington Healthplanfinder може знадобитися зв'язатися з вами стосовно статусу вашої заявки та/або додаткової інформації щодо запиту. Яким чином з вами краще зв'язатися? Телефон Електронна пошта Поштова адреса USPS

***Управління охорони здоров'я (НСА) не передає цю інформацію жодній імміграційній службі для примусового застосування до вас імміграційних законів. Залиште це поле порожнім, якщо у вас немає SSN.**

2

Інформація щодо мови

Чи хочете ви або людина, за яку ви подаєте заявку, користуватися послугами перекладача або отримувати документи мовою, відмінною від англійської?

Ні Так

Якщо так, перекладач якої мови / який інший формат вам потрібен? Вкажіть всі варіанти: _____

Чи хтось серед осіб, на яких ви подаєте заявку, потребують документів в альтернативному форматі?

Ні Так

Якщо так, то в якому альтернативному форматі ми маємо надсилати вам документацію?

Англійською мовою, великим шрифтом

Шрифтом Брайля



18001

3**Інформація щодо вагітності**

Чи є хтось у домогосподарстві вагітною? Ні Так

4**Інформація щодо вповноваженого представника**

1. Вповноважений представник (AREP) — це будь-яка доросла людина, яка в достатній мірі обізнана про домашні обставини та вповноважена родиною виступати від особи родини з метою оцінки права на послуги. Ці відносини відрізняються від партнерських відносин, які встановлюються з навігатором або брокером.
 2. Якщо заявник не може призначити вповноваженого представника (AREP) через власний медичний стан, інша особа може визначити себе вповноваженим представником самостійно, заповнивши форму призначення уповноваженого представника AREP (Authorization Representative Designation Form) (DSHS 14-532), яка доступна за адресою dshs.wa.gov/authorized-rep-form.
 3. Призначаючи вповноваженого представника, ви даєте своєму представникові дозвіл:
 - Підписувати заявку від вашого імені;
 - Отримувати повідомлення, пов'язані з вашою заявкою та рахунком; та
 - Діяти від вашого імені стосовно всіх питань, пов'язаних із заявкою та рахунком.
- a. Чи призначаєте ви вповноваженого представника? Ні Так
- b. чи ви хочете, щоб ваш уповноважений представник також отримував повідомлення, пов'язані з вашою заявкою та рахунком? Ні Так

Ім'я та прізвище / назва організації вповноваженого представника

Номер телефону

Поштова адреса вповноваженого представника

Адреса електронної пошти

5**Інформація про вашу родину**

Ви маєте вказати в своїй заявці наступних осіб: вашого чоловіка/дружину, ваших дітей, які проживають з вами, всіх батьків, які проживають в будинку зі своїми дітьми, а також будь-яких інших осіб, яких ви можете вказати у вашій федеральній податковій декларації, якщо ви її подаєте. **Надайте інформацію про вашу родину на сторінках 9–16.**

Якщо вас можуть визнати утриманцем, вказаним у податковій декларації іншої особи, ви маєте включити всіх членів родини, що подають податкові декларації, та вказують в них вас та будь-яких інших членів родини, що проживають з вами.

Вам не потрібно подавати податкову декларацію для того, щоб подати заявку на страхове покриття лікування.

6**Основний заявник (ви)**

Ім'я

ІНІЦІАЛ ДРУГОГО ІМ'Я

Прізвище

Дата народження (ММ/ЧЧ/РРРР)

Чи ця особа подає заявку на страхове покриття лікування? Ні Так

Відношення до вас:

(Для осіб, які не подають заявку на страхове покриття, вказувати номер соціального забезпечення (SSN) або громадянський статус не обов'язково)

Статус громадянина США або іноземного громадянина: (виберіть один варіант)

Громадянин або підданий США

Не громадянин США, що законно перебуває у країні.

Інше

Якщо ви не є громадянином, але законно перебуваєте у країні, вкажіть наступну інформацію:

Тип імміграційного документу:

Номер «А»:

Номер квитанції або інший номер:

Номер паспорта іншої країни:

Країна, у якій видано паспорт:

Дата прибуття: (ММ/ЧЧ/РРРР)

Паспорт дійсний до: (ММ/ЧЧ/РРРР)

Очікуваний статус у рамках подання податкової декларації на поточний рік (обрати один варіант)

Неодружена особо, що подає декларацію

Особа, що є утриманцем однієї із осіб, вказаних в заявці

Голова домогосподарства

Особа, що є утриманцем однієї із осіб, не вказаних в заявці

Вдова (вдовець), що має право на страхування та має неповнолітнього утриманця

Особа, що не подавала податкові декларації та не є податковим утриманцем

Одружені, що подають декларації окремо

Одружені, що подають декларації разом:

Ім'я та прізвище основного відповідача: _____

Чи був ваш статус у рамках подання податкової декларації в минулому році таким самим, як у цьому році?

Ні Так

Якщо ні, вкажіть статус у рамках подання податкової декларації за минулий рік:

(Ваша відповідь на це питання не вплине на ваше право на послуги Apple Health)

Якщо ви подасте цю заявку в період з 1 листопада по 31 грудня цього календарного року, чи очікуєте ви, що в наступному році подаватимете податкову декларацію з таким самим статусом, як цього року?

Ні Так

Раса (ЗА БАЖАННЯМ – відмітьте усі варіанти відповіді, які підходять до вашої ситуації)

Американський індіанець або корінний мешканець Аляски

Філіппінець

Лаосець

В'єтнамець

Індус

Гуаманієць

Інший представник народів Азії та Тихоокеанських островів

Білошкірий

Чорношкірий або афроамериканець

Гавасць

Представник іншої раси

Камбоджієць

Японець

Самоанець

Китаєць

Кореєць

Таєць

Ви південноамериканського, латиноамериканського або іспанського походження?

Кубинець

Мексиканець/американець(-ка) мексиканського походження/чикано

Людина не іспанського/латиноамериканського походження

Інша людина іспанського/латиноамериканського походження

Пуерториканець

Навіщо ми збираємо цю інформацію – Ми використовуємо цю інформацію, щоб стимулювати рівноправ'я у сфері охорони здоров'я та розширити доступ до медичної допомоги для всіх людей. Надана вами інформація не впливатиме негативно на вашу можливість зареєструватися в плані медичного страхування.

Ви – американський індіанець або корінний житель Аляски?

Ні Так

Ім'я _____ ІНІЦІАЛ ДРУГОГО ІМ'Я. _____ Прізвище _____ Дата народження (ММ/ЧЧ/РРРР) _____

Чи ця особа подає заявку на страхове покриття лікування? Ні Так Стать, визначена при народженні Ч Ж

Відношення до вас (наприклад, чоловік/дружина, співмешканець, партнер)

(Для осіб, які не подають заявку на страхове покриття, вказувати номер соціального забезпечення (SSN) або громадянський статус не обов'язково)

Статус громадянина США або іноземного громадянина: (виберіть один варіант)

Громадянин або підданий США Не громадянин США, що законно перебуває у країні. Інше

Номер за системою соціального страхування (SSN):

Якщо ви не є громадянином, але законно перебуваєте у країні, вкажіть наступну інформацію:

Тип імміграційного документу: _____ Номер «А»: _____ Номер квитанції або інший номер: _____

Номер паспорта іншої країни: _____ Країна, у якій видано паспорт: _____

Дата прибуття: (ММ/ЧЧ/РРРР) _____ Паспорт дійсний до: (ММ/ЧЧ/РРРР) _____

Очікуваний статус у рамках подання податкової декларації на поточний рік (обрати один варіант)

- Неодружена особою, що подає декларацію Особа, що є утриманцем однієї із осіб, вказаних в заявці
- Голова домогосподарства Особа, що є утриманцем однієї із осіб, не вказаних в заявці
- Вдова (вдовець), що має право на страхування та має неповнолітнього утриманця
- Особа, що не подавала податкові декларації та не є податковим утриманцем
- Одружені, що подають декларації окремо
- Одружені, що подають декларації разом:

Ім'я та прізвище основного відповідача: _____

Чи був ваш статус у рамках подання податкової декларації в минулому році таким самим, як у цьому році? Ні Так

Якщо ні, вкажіть статус у рамках подання податкової декларації: **(Ваша відповідь на це питання не вплине на ваше право на послуги Apple Health)**

Якщо ви подаєте цю заявку в період з 1 листопада по 31 грудня цього календарного року, чи очікуєте ви, що в наступному році подаватимете податкову декларацію з таким самим статусом, як цього року? Ні Так

Раса (ЗА БАЖАННЯМ – відмітьте усі варіанти відповіді, які підходять до вашої ситуації)

Американський індіанець або корінний мешканець Аляски	Філіппінець	Лаосець	В'єтнамець
Індус	Гуаманієць	Інший представник народів Азії та Тихоокеанських островів	Білошкірий
Чорношкірий або афроамериканець	Гавасць	Представник іншої раси	
Камбоджієць	Японець	Самоанець	
Китаєць	Корєць	Таєць	

Ви південноамериканського, латиноамериканського або іспанського походження?

- Кубинець Мексиканець/американець(-ка) мексиканського походження/чикано
- Людина не іспанського/латиноамериканського походження
- Інша людина іспанського/латиноамериканського походження Пуерториканець

Навіщо ми збираємо цю інформацію – Ми використовуємо цю інформацію, щоб стимулювати рівноправ'я у сфері охорони здоров'я та розширити доступ до медичної допомоги для всіх людей. Надана вами інформація не впливатиме негативно на вашу можливість зареєструватися в плані медичного страхування.

Ви – американський індіанець або корінний житель Аляски? Ні Так

8

**Перелік дітей / податкових утриманців / інших членів родини,
що проживають з вами #1**

Ім'я ІНІЦІАЛ ДРУГОГО ІМ'Я. Прізвище Дата народження (ММ/ЧЧ/РРРР)

Чи ця особа подає заявку на страхове покриття лікування? Ні Так Стать, визначена при народженні Ч Ж

Відношення до вас (наприклад, дитина, онук, племінниця, племінник, брат або сестра)

(Для осіб, які не подають заявку на страхове покриття, вказувати номер соціального забезпечення (SSN) або громадянський статус не обов'язково)

Статус громадянина США або іноземного громадянина: (виберіть один варіант)

- Громадянин або підданий США Не громадянин США, що законно перебуває у країні. Інше

Номер за системою соціального забезпечення (SSN):

Якщо ви не є громадянином, але законно перебуваєте у країні, вкажіть наступну інформацію:

Тип імміграційного документу: Номер «А»: Номер квитанції або інший номер:

Номер паспорта іншої країни: Країна, у якій видано паспорт:

Дата прибуття: (ММ/ЧЧ/РРРР) Паспорт дійсний до: (ММ/ЧЧ/РРРР)

Очікуваний статус у рамках подання податкової декларації на поточний рік (обрати один варіант)

- Неодружена особо, що подає декларацію
Особа, що є утриманцем однієї із осіб, вказаних в заявці
- Голова домогосподарства
Особа, що є утриманцем однієї із осіб, не вказаних в заявці
- Вдова (вдовець), що має право на страхування та має неповнолітнього утриманця
- Особа, що не подавала податкові декларації та не є податковим утриманцем
- Одружені, що подають декларації окремо
- Одружені, що подають декларації разом:

Ім'я та прізвище основного відповідача: _____

Чи був ваш статус у рамках подання податкової декларації в минулому році таким самим, як у цьому році? Ні Так

Якщо ні, вкажіть статус у рамках подання податкової декларації: **(Ваша відповідь на це питання не вплине на ваше право на послуги Apple Health)**

Якщо ви подасте цю заявку в період з 1 листопада по 31 грудня цього календарного року, чи очікуєте ви, що в наступному році подаватимете податкову декларацію з таким самим статусом, як цього року? Ні Так

Раса (ЗА БАЖАННЯМ – відмітьте усі варіанти відповіді, які підходять до вашої ситуації)

Американський індіанець або корінний мешканець Аляски	Філіппінець	Лаосець	В'єтнамець
Індус	Гуаманієць	Інший представник народів Азії та Тихоокеанських островів	Білошкірий
Чорношкірий або афроамериканець	Гаваєць	Представник іншої раси	
Камбоджієць	Японець	Самоанець	
Китаєць	Кореєць	Таєць	

Ви південноамериканського, латиноамериканського або іспанського походження?

Кубинець Мексиканець/американець(-ка) мексиканського походження/чикано

Людина не іспанського/латиноамериканського походження

Інша людина іспанського/латиноамериканського походження Пуерториканець

Навіщо ми збираємо цю інформацію – Ми використовуємо цю інформацію, щоб стимулювати рівноправ'я у сфері охорони здоров'я та розширити доступ до медичної допомоги для всіх людей. Надана вами інформація не впливатиме негативно на вашу можливість зареєструватися в плані медичного страхування.

Ви – американський індіанець або корінний житель Аляски? Ні Так

8

Перелік дітей / податкових утриманців / інших членів родини, що проживають із вами #2

Ім'я ІНІЦІАЛ ДРУГОГО ІМ'Я Прізвище Дата народження (ММ/ЧЧ/РРРР)

Чи ця особа подає заявку на страхове покриття лікування? Ні Так Стать, визначена при народженні Ч Ж

Відношення до вас (наприклад, дитина, онук, племінниця, племінник, брат або сестра)

(Для осіб, які не подають заявку на страхове покриття, вказувати номер соціального забезпечення (SSN) або громадянський статус не обов'язково)

Статус громадянина США або іноземного громадянина: (виберіть один варіант)

Громадянин або підданий США

Не громадянин США, що законно перебуває у країні.

Інше

Номер за системою соціального забезпечення (SSN):

Якщо ви не є громадянином, але законно перебуваєте у країні, вкажіть наступну інформацію:

Тип імміграційного документу:

Номер «А»:

Номер квитанції або інший номер:

Номер паспорта іншої країни:

Країна, у якій видано паспорт:

Дата прибуття: (ММ/ЧЧ/РРРР)

Паспорт дійсний до: (ММ/ЧЧ/РРРР)

Очікуваний статус у рамках подання податкової декларації на поточний рік (обрати один варіант)

Неодружена особо, що подає декларацію

Особа, що є утриманцем однієї із осіб, вказаних в заявці

Голова домогосподарства

Особа, що є утриманцем однієї із осіб, не вказаних в заявці

Вдова (вдовець), що має право на страхування та має неповнолітнього утриманця

Особа, що не подавала податкові декларації та не є податковим утриманцем

Одружені, що подають декларації окремо

Одружені, що подають декларації разом:

Ім'я та прізвище основного відповідача: _____

Чи був ваш статус у рамках подання податкової декларації в минулому році таким самим, як у цьому році?

Ні Так

Якщо ні, вкажіть статус у рамках подання податкової декларації:

(Ваша відповідь на це питання не вплине на ваше право на послуги Apple Health)

Якщо ви подаєте цю заявку в період з 1 листопада по 31 грудня цього календарного року, чи очікуєте ви, що в наступному році подаватимете податкову декларацію з таким самим статусом, як цього року?

Ні Так

Раса (ЗА БАЖАННЯМ – відмітьте усі варіанти відповіді, які підходять до вашої ситуації)

Американський індіанець або корінний мешканець Аляски

Філіппінець

Лаосець

В'єтнамець

Індус

Гуаманієць

Інший представник народів Азії та Тихоокеанських островів

Білошкірий

Чорношкірий або афроамериканець

Гаваєць

Представник іншої раси

Камбоджієць

Японець

Самоанець

Китаєць

Корець

Таєць

Ви південноамериканського, латиноамериканського або іспанського походження?

Кубинець Мексиканець/американець(-ка) мексиканського походження/чикано

Людина не іспанського/латиноамериканського походження

Інша людина іспанського/латиноамериканського походження Пуерториканець

Навіщо ми збираємо цю інформацію – Ми використовуємо цю інформацію, щоб стимулювати рівноправ'я у сфері охорони здоров'я та розширити доступ до медичної допомоги для всіх людей. Надана вами інформація не впливатиме негативно на вашу можливість зареєструватися в плані медичного страхування.

Ви – американський індіанець або корінний житель Аляски? Ні Так

8

Перелік дітей / податкових утриманців / інших членів родини, що проживають із вами #3

Ім'я ІНІЦІАЛ ДРУГОГО ІМ'Я Прізвище Дата народження(ММ/ЧЧ/РРРР)

Чи ця особа подає заявку на страхове покриття лікування? Ні Так Стать, визначена при народженні Ч Ж

Відношення до вас (наприклад, дитина, онук, племінниця, племінник, брат або сестра)

(Для осіб, які не подають заявку на страхове покриття, вказувати номер соціального забезпечення (SSN) або громадянський статус не обов'язково)

Статус громадянина США або іноземного громадянина: (виберіть один варіант)

Громадянин або підданий США Не громадянин США, що законно перебуває у країні. Інше

Номер за системою соціального забезпечення (SSN):

Якщо ви не є громадянином, але законно перебуваєте у країні, вкажіть наступну інформацію:

Тип імміграційного документу: Номер «А»: Номер квитанції або інший номер:

Номер паспорта іншої країни: Країна, у якій видано паспорт:

Дата прибуття: (ММ/ЧЧ/РРРР) Паспорт дійсний до: (ММ/ЧЧ/РРРР)

Очікуваний статус у рамках подання податкової декларації на поточний рік (обрати один варіант)

- Неодружена особа, що подає декларацію Особа, що є утриманцем однієї із осіб, вказаних в заявці
- Голова домогосподарства Особа, що є утриманцем однієї із осіб, не вказаних в заявці
- Вдова (вдовець), що має право на страхування та має неповнолітнього утриманця
- Особа, що не подавала податковій декларації та не є податковим утриманцем
- Одружені, що подають декларації окремо
- Одружені, що подають декларації разом:

Ім'я та прізвище основного відповідача: _____

Чи був ваш статус у рамках подання податкової декларації в минулому році таким самим, як у цьому році? Ні Так

Якщо ні, вкажіть статус у рамках подання податкової декларації:

(Ваша відповідь на це питання не вплине на ваше право на послуги Apple Health)

Якщо ви подаєте цю заявку в період з 1 листопада по 31 грудня цього календарного року, чи очікуєте ви, що в наступному році подаватимете податкову декларацію з таким самим статусом, як цього року?

Ні Так

Раса (ЗА БАЖАННЯМ – відмітьте усі варіанти відповіді, які підходять до вашої ситуації)

Американський індіанець або корінний мешканець Аляски	Філіппінець	Лаосець	В'єтнамець
Індус	Гуаманієць	Інший представник народів Азії та Тихоокеанських островів	Білошкірий
Чорношкірий або афроамериканець	Гаваєць	Представник іншої раси	
Камбоджієць	Японець	Самоанець	
Китаєць	Кореєць	Таєць	

Ви південноамериканського, латиноамериканського або іспанського походження?

Кубинець Мексиканець/американець(-ка) мексиканського походження/чикано

Людина не іспанського/латиноамериканського походження

Інша людина іспанського/латиноамериканського походження Пуерториканець

Навіщо ми збираємо цю інформацію – Ми використовуємо цю інформацію, щоб стимулювати рівноправ'я у сфері охорони здоров'я та розширити доступ до медичної допомоги для всіх людей. Надана вами інформація не впливатиме негативно на вашу можливість зареєструватися в плані медичного страхування.

Ви – американський індіанець або корінний житель Аляски? Ні Так

Щоб вказати додаткових членів родини, додайте аркуші, зазначивши на них необхідну інформацію для кожної особи.

9

Інформація про ваше домогосподарство

Інформація для американських індіанців та корінних жителів Аляски

Американські індіанці та корінні жителі Аляски мають право на особливий захист Apple Health та на особливі пільги від Washington Healthplanfinder. Заповніть таблицю нижче за кожного члена домогосподарства, на якого ви подаєте заявку, що є американським індіанцем або корінним жителем Аляски.

Ім'я та прізвище особи

Назва племені

Член племені, визнаного на федеральному рівні, групи, індіанського поселення або ранчо;

акціонер регіональної або сільської корпорації Аляски

Ні Так

Ім'я та прізвище особи

Назва племені

Член племені, визнаного на федеральному рівні, групи, індіанського поселення або ранчо;

Акціонер регіональної або сільської корпорації Аляски Ні Так

Ім'я та прізвище особи

Назва племені

Член племені, визнаного на федеральному рівні, групи, індіанського поселення або ранчо;

Акціонер регіональної або сільської корпорації Аляски Ні Так

Ім'я та прізвище особи

Назва племені

Член племені, визнаного на федеральному рівні, групи, індіанського поселення або ранчо;

акціонер регіональної або сільської корпорації Аляски Ні Так

Мешкання

Мешканець штату Вашингтон — це особа, яка на даний момент проживає у штаті Вашингтон, планує жити у Вашингтоні, включаючи осіб без постійної адреси; або в'їхала до штату із запрошенням на роботу або в пошуках роботи.

Чи всі особи, що подають заявку на медичне страхове покриття, є резидентами штату Вашингтон? Ні Так

Якщо ні, вкажіть осіб, які не є резидентом:

Вживання тютюну

Чи хтось із членів вашої родини, вказаних в цій заявці, вживав регулярно тютюн протягом останніх 6 місяців?

Ні Так

Якщо так, вкажіть їх імена:

(Ваша відповідь на це питання не вплине на ваше право на послуги Apple Health)

Доросла особа з обмеженими можливостями, яка є податковим утриманцем

Доросла особа з обмеженими можливостями, яка є податковим утриманцем — це особа, яка неспроможна працювати через обмежені можливості та залежить від членів родини.

Чи є у вас доросла дитина з обмеженими можливостями, яка є вашим утриманцем, віком від 26 і більше років?

Ні Так

Якщо так, вкажіть імена:

(Ваша відповідь на це питання не вплине на ваше право на послуги Apple Health)

Інформація щодо перебування в місцях позбавлення волі

1. Чи є серед осіб, на яких ви подаєте заявку, ув'язнені? Ні Так

Якщо так, вкажіть імена:

2. Чи очікується винесення рішення по справі? Ні Так
3. Дата визволення очікується протягом 30 днів? Ні Так

Реєстрація осіб, які мають право голосу

Якщо ви не зареєстровані для участі у голосуванні за місцем поточного проживання, чи хочете ви подати заявку на реєстрацію для участі у голосуванні? Ні Так

Якщо ви вказали «Так», вам нададуть реєстраційну форму для осіб, які мають право голосу.

Надання заяви з метою реєстрації для участі в голосуванні або відмова від реєстрації для участі в голосуванні не вплине на обсяг допомоги, яку вам буде надано, або ваші права.

Якщо ви хочете отримати допомогу при заповненні заяви для реєстрації осіб, які мають право голосу, ви можете зателефонувати на безкоштовну гарячу лінію для осіб, що мають право голосу, штату Вашингтон за номером 1-800-448-4881. Реєстрація осіб, які мають право голосу Ви можете заповнити заявку особисто.

Якщо ви вважаєте, що будь-яка особа втручається у ваші права зареєструватися для участі в голосуванні або відмовитися від реєстрації для участі в голосуванні, або у ваші права на прийняття приватного рішення стосовно реєстрації, ви можете направити скаргу за адресою: Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, електронна пошта elections@sos.wa.gov, або зателефонувати на номер 1-800-448-4881.

Підписи заявників на затверджений план страхування здоров'я

УВАГА: Ви можете мати право на безкоштовне або бюджетне покриття. Якщо ви не бажаєте, щоб ваш дохід враховувався, та хочете стати учасником затвердженого плану охорони здоров'я (QHP), поставте підпис нижче та надішліть заяву. Ви сплачуватимете повну вартість медичного страхування, і вам не потрібно заповнювати Частина 2 заяви.

Я прочитав(-ла) про або мені пояснили мої права та обов'язки.

Підписавши цю заявку, ви погоджуєтесь, що Washington Healthplanfinder може передавати вашу інформацію іншим агенціям штату або федеральним агенціям.

Підпис

Дата

ПРОДОВЖЕННЯ: Щоб подати заявку на участь у програмі Washington Apple Health (Medicaid) або отримати податкових пільг для зниження страхових внесків, ви маєте заповнити частину 2 цієї заяви.

ЧАСТИНА 2

1

Інформація про медичне страхування

Чи маєте ви або інша особа, на яку ви подаєте заявку, медичне страхування окрім Washington Apple Health (Medicaid або CHIP)?
(Прикладами такого страхування є приватне страхування або страхування від роботодавця, індивідуальне медичне страхування, страхування з обмеженими перевагами, Medicare, страхування ветеранів, страхування учасників Корпусу миру (Peace Corps), страхування Tri-Care та інші типи страхування) Ні Так

Якщо так, вкажіть інформацію в таблиці, наведеній нижче. Якщо більше однієї особи мають іншу страховку, докладіть додатковий аркуш паперу.

Назва страхової компанії або роботодавця:

Номер поліса:

Номер групи:

Тримач поліса/ім'я робітника:

Дата народження тримача поліса:

Зазначте всіх членів родини, що покриваються цим планом:

Зазначте всіх членів родини, що покриваються цим планом:

Зазначте всіх членів родини, що покриваються цим планом:

Зазначте всіх членів родини, що покриваються цим планом:

Зазначте всіх членів родини, що покриваються цим планом:

Зазначте всіх членів родини, що покриваються цим планом:

2

Страхування здоров'я дітей

Пропустіть це питання та перейдіть до наступного розділу (Інформація про неоплачений рахунок за лікування), якщо ви не подаєте заявку на страхування дитини.

Чи поширюється ваша медична страховка на ваших дітей? Ні Так

Якщо так, вкажіть ім'я дитини:

Чи скасовували ви страхове покриття ваших дітей віком до 19 років протягом останніх чотирьох місяців? Ні Так

Якщо так, коли закінчилася дія покриття?

3

Інформація про неоплачені рахунки за лікування

Чи потребуєте ви або інші особи, на яких ви подаєте заявку, допомоги з оплатою неоплачених рахунків за отримані вами медичні послуги, виставлених протягом 3 місяців до початку цього місяця? Ні Так

Якщо так, вкажіть ім'я особи:

Ви або інший член вашої родини може мати право на страхове покриття для надзвичайних станів, навіть якщо ви не маєте право на інше страхове покриття через ваш імміграційний статус.

Відмітьте всі поля, які стосуються осіб, що не є громадянами, та на яких ви подаєте заяву, та вкажіть їхні імена у відповідних полях:

Лікувався(-лась) від критичного стану цього місяця або протягом останніх трьох місяців:

Ім'я та прізвище: _____

Потребує діалізу або лікування раку: Ім'я та прізвище: _____

Потребує лікування, що попереджує відторгнення, в результаті трансплантації органів:

Ім'я та прізвище: _____

Потребує проживання в спеціальній установі, установі для осіб похилого віку або догляду на дому:

Ім'я та прізвище: _____

Чи є ви або хтось із членів вашої родини, які проживають з вами, вагітною? Ні Так (Використовуйте другий рядок, якщо в вашій родині вагітність закінчилося більше ніж для однієї особи.) Якщо так,

Зазначте ім'я та прізвище: _____

Запланована дата: _____

Очікувана кількість новонароджених: _____

Зазначте ім'я та прізвище: _____

Запланована дата: _____

Очікувана кількість новонароджених: _____

Чи була у вас або у будь-кого з членів домогосподарства, зазначених у цій заяві, вагітність протягом останніх 12 місяців? Ні Так

(Використовуйте другий рядок, якщо в вашій родині вагітність закінчилося більше ніж для однієї особи.) Якщо так,

Зазначте ім'я та прізвище : _____

Дата закінчення вагітності: _____

Зазначте ім'я та прізвище : _____

Дата закінчення вагітності: _____

Цей розділ допомагає нам визначити суму валового доходу з поправками і змінами (MAGI) вашої родини. Дохід MAGI повинен використовуватися з метою визначення того, чи ви маєте право на більшість програм медичного страхового покриття. Будь ласка, максимально точно дайте відповіді на наступні запитання по кожному члену родини, на якого ви подаєте заявку. Зазначте лише інформацію про дохід вказаних типів.

Ви маєте зазначити поточну інформацію про валовий дохід, яка стосується вас, вашої(-го) дружини / чоловіка та всіх неповнолітніх дітей та податкових утриманців будь-якого віку за виключенням неповнолітніх осіб або податкових утриманців, які не подають податкову звітність. Додаткова інформація щодо декларування доходів наведена за адресою wahbexchange.org/how-to-report-income

Пам'ятайте: Американські індіанці / корінні жителі Аляски (AI/AN) не зобов'язані повідомляти про будь-які доходи AI/AN, які Федеральна податкова служба виключає з оподаткованого валового доходу AI/AN. Крім того, AI/AN не зобов'язані повідомляти про певні види доходу Washington Apple Health (Medicaid) згідно з WAC 182-509-0340.

Дохід від працевлаштування: Чи є серед осіб, на яких ви подаєте заявку, працевлаштовані? Ні Так

Якщо так, вкажіть ім'я працевлаштованої особи, назву роботодавця та **поточну** місячну суму валового доходу, отриману у вигляді заробітної плати або у вигляді чайових. Не вказуйте в цьому розділі дохід від самостійної зайнятості. Ви можете, за бажанням, зазначити середній дохід, якщо ви, із високою долею вірогідності, передбачаєте зміни доходу в майбутньому. Визначте середній рівень місячного доходу за репрезентативний період згідно з інструкціями у розділі WAC 182-509-0310.

Ім'я та прізвище працевлаштованої особи

Ім'я та прізвище/назва роботодавця

Адреса роботодавця

Місто

Штат

Поштовий індекс

У ДОЛАРАХ: _____

Валовий (до відрахування податків) місячний дохід (заробітна платня, чайові, корпорація, S-корпорація)

Чи пропонував цій особі роботодавець медичну страховку? Ні Так

Якщо так, перерахуйте всіх членів домогосподарства, яким було запропоновано страхування

У ДОЛАРАХ: _____

Який найнижчий щомісячний страховий внесок пропонував цей роботодавець для покриття лише робітника?

У ДОЛАРАХ: _____

Який найнижчий щомісячний страховий внесок пропонував цей роботодавець для покриття домогосподарства?*

Ім'я та прізвище працевлаштованої особи

Ім'я та прізвище/назва роботодавця

Адреса роботодавця

Місто

Штат

Поштовий індекс

У ДОЛАРАХ: _____

Валовий (до відрахування податків) місячний дохід (заробітна платня, чайові, корпорація, S-корпорація)

Чи пропонував цій особі роботодавець медичну страховку? Ні Так

Якщо так, перерахуйте всіх членів домогосподарства, яким було запропоновано страхування

У ДОЛАРАХ: _____

Який найнижчий щомісячний страховий внесок пропонував цей роботодавець для покриття лише робітника?

У ДОЛАРАХ: _____

Який найнижчий щомісячний страховий внесок пропонував цей роботодавець для покриття домогосподарства?*

Ім'я та прізвище працевлаштованої особи

Ім'я та прізвище/назва роботодавця

Адреса роботодавця

Місто

Штат

Поштовий індекс

У ДОЛАРАХ: _____

Валовий (до відрахування податків) місячний дохід (заробітна платня, чайові, корпорація, S-корпорація)

Чи пропонував цій особі роботодавець медичну страховку?

Ні

Так

Якщо так, перерахуйте всіх членів домогосподарства, яким було запропоновано страхування

У ДОЛАРАХ: _____

Який найнижчий щомісячний страховий внесок пропонував цей роботодавець для покриття лише робітника?

У ДОЛАРАХ: _____

Який найнижчий щомісячний страховий внесок пропонував цей роботодавець для покриття домогосподарства?*

***Зазначте цю інформацію, навіть якщо ви не плануєте брати страхування від роботодавця для інших членів вашого домогосподарства. Ваша відповідь на ці запитання не вплине на ваше право на участь у програмі Apple Health.**

Дохід від самостійної зайнятості: Чи є серед осіб, на яких ви подаєте заявку, ті, що мають самостійну зайнятість?

Ні

Так

Якщо так, вкажіть поточний розрахований місячний чистий прибуток (доходи після виплати службових витрат) від самостійної діяльності. Допустимі службові витрати вказано на сторінці ii. Ви можете, за бажанням, зазначити середній дохід, якщо ви, із високою долею вірогідності, передбачаєте зміни доходу в майбутньому. Визначте середній рівень місячного доходу за репрезентативний період згідно з інструкціями у розділі WAC 182-509-0370.

Ім'я та прізвище самозайнятої особи

Назва компанії (за наявності)

Чистий місячний дохід (не вказуйте тут дохід від корпорації або закритого акціонерного товариства (S-корпорації))

Ім'я та прізвище самозайнятої особи

Назва компанії (за наявності)

Чистий місячний дохід (не вказуйте тут дохід від корпорації або закритого акціонерного товариства (S-корпорації))

Ім'я та прізвище самозайнятої особи

Назва компанії (занаявності)

Чистий місячний дохід (не вказуйте тут дохід від корпорації або закритого акціонерного товариства (S-корпорації))

Соціальне забезпечення: Чи є серед осіб, на яких ви подаєте заявку, ті, що отримують соціальну допомогу?

Ні Так

Якщо так, вкажіть дохід, отриманий від Адміністрації соціального забезпечення у вигляді пенсії, допомоги по інвалідності або у зв'язку з втратою годувальника. Не декларуйте тут додатковий соціальний дохід (SSI).

Ім'я та прізвище особи, яка отримує соціальну допомогу (не SSI)

Загальний місячний дохід

Ім'я та прізвище особи, яка отримує соціальну допомогу (не SSI)

Загальний місячний дохід

Ім'я та прізвище особи, яка отримує соціальну допомогу (не SSI)

Загальний місячний дохід

Дохід від оренди: Чи є серед осіб, на яких ви подаєте заявку, ті, що отримують дохід від оренди? Ні Так

Якщо так, вкажіть щомісячний дохід, отриманий від здачі в оренду нерухомості або особистого майна. Введіть чистий дохід, після відрахування допустимих витрат на ведення бізнесу.

Ім'я та прізвище особи, яка отримує дохід від оренди

Назва об'єкту майна (за наявності)

Загальний місячний дохід

Ім'я та прізвище особи, яка отримує дохід від оренди

Назва об'єкту майна (за наявності)

Загальний місячний дохід

Ім'я та прізвище особи, яка отримує дохід від оренди

Назва об'єкту майна (за наявності)

Загальний місячний дохід

Ви маєте зазначити поточну інформацію про валовий дохід, яка стосується вас, вашої(-го) дружини / чоловіка та всіх неповнолітніх дітей та податкових утриманців будь-якого віку за виключенням неповнолітніх осіб або податкових утриманців, які не подають податкову звітність. Додаткова інформація щодо декларування доходів наведена за адресою wahbexchange.org/how-to-report-income

Пам'ятайте: Американські індіанці / корінні жителі Аляски (AI/AN) не зобов'язані повідомляти про будь-які доходи AI/AN, які Федеральна податкова служба виключає з оподаткованого валового доходу AI/AN. Крім того, AI/AN не зобов'язані повідомляти про певні види доходу Washington Apple Health (Medicaid) згідно з WAC 182-509-0340.

Дохід від працевлаштування: Чи є серед осіб, на яких ви подаєте заявку, працевлаштовані? Ні Так

Якщо так, вкажіть ім'я працевлаштованої особи, назву роботодавця та **поточну** місячну суму валового доходу, отриману у вигляді заробітної плати або у вигляді чайових. Не вказуйте в цьому розділі дохід від самостійної зайнятості. Ви можете, за бажанням, зазначити середній дохід, якщо ви, із високою долею вірогідності, передбачаєте зміни доходу в майбутньому. Визначте середній рівень місячного доходу за репрезентативний період згідно з інструкціями у розділі WAC 182-509-0310.

Ім'я та прізвище працевлаштованої особи

Ім'я та прізвище/назва роботодавця

Адреса роботодавця

Місто

Штат

Поштовий індекс

Валовий (до відрахування податків) місячний дохід (заробітна платня, чайові, корпорація, S-корпорація)

Ім'я та прізвище працевлаштованої особи

Ім'я та прізвище/назва роботодавця

Адреса роботодавця

Місто

Штат

Поштовий індекс

Валовий (до відрахування податків) місячний дохід (заробітна платня, чайові, корпорація, S-корпорація)

Ім'я та прізвище працевлаштованої особи

Ім'я та прізвище/назва роботодавця

Адреса роботодавця

Місто

Штат

Поштовий індекс

Валовий (до відрахування податків) місячний дохід (заробітна платня, чайові, корпорація, S-корпорація)

Дохід від самостійної зайнятості: Чи є серед осіб, на яких ви подаєте заявку, ті, що мають самостійну зайнятість?

Ні Так

Якщо так, вкажіть поточний розрахований місячний чистий прибуток (доходи після виплати службових витрат) від самостійної діяльності. Допустимі службові витрати вказано на сторінці ii. Ви можете, за бажанням, зазначити середній дохід, якщо ви, із високою долею вірогідності, передбачаєте зміни доходу в майбутньому. Визначте середній рівень місячного доходу за репрезентативний період згідно з інструкціями у розділі WAC 182-509-0370.

Ім'я та прізвище самозайнятої особи

Назва компанії (за наявності)

Чистий місячний дохід (не вказуйте тут дохід від корпорації або закритого акціонерного товариства (S-корпорації))

Ім'я та прізвище самозайнятої особи

Назва компанії (за наявності)

Чистий місячний дохід (не вказуйте тут дохід від корпорації або закритого акціонерного товариства (S-корпорації))

Ім'я та прізвище самозайнятої особи

Назва компанії (за наявності)

Чистий місячний дохід (не вказуйте тут дохід від корпорації або закритого акціонерного товариства (S-корпорації))

Соціальне забезпечення: Чи є серед осіб, на яких ви подаєте заявку, ті, що отримують соціальну допомогу?

Ні Так

Якщо так, вкажіть дохід, отриманий від Адміністрації соціального забезпечення у вигляді пенсії, допомоги по інвалідності або у зв'язку з втратою годувальника. Не декларуйте тут додатковий соціальний дохід (SSI).

Ім'я та прізвище особи, яка отримує соціальну допомогу (не SSI)

Загальний місячний дохід

Ім'я та прізвище особи, яка отримує соціальну допомогу (не SSI)

Загальний місячний дохід

Ім'я та прізвище особи, яка отримує соціальну допомогу (не SSI)

Загальний місячний дохід

Дохід від оренди: Чи є серед осіб, на яких ви подаєте заявку, ті, що отримують дохід від оренди? Ні Так

Якщо так, вкажіть щомісячний дохід, отриманий від здачі в оренду нерухомості або особистого майна. Введіть чистий дохід, після відрахування допустимих витрат на ведення бізнесу.

Ім'я та прізвище особи, яка отримує дохід від оренди	Назва об'єкту майна (за наявності)	Загальний місячний дохід
Ім'я та прізвище особи, яка отримує дохід від оренди	Назва об'єкту майна (за наявності)	Загальний місячний дохід
Ім'я та прізвище особи, яка отримує дохід від оренди	Назва об'єкту майна (за наявності)	Загальний місячний дохід

7

Інший дохід

Не включаєте аліменти на дитину або непенсійні виплати ветеранам. Відмітьте всі відповідні варіанти та вкажіть, хто отримує цей дохід, в якому розмірі та як часто.

Аліменти на дитину/
чоловіка/дружину

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Страхова пенсія
або пенсія за віком

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Приріст капіталу

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Дивіденди,
цінні папери або акції

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Дохід від
фермерської діяльності

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Дохід з-за кордону

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Дохід від траст-фондів:

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Дохід від відсотків

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Дохід від IRA

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Інший оподаткований
дохід

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

Соціальні виплати до пенсії
робітника залізниці

Ім'я та прізвище: _____ У ДОЛАРАХ: _____ Як часто: _____

	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
Дохід від роялті	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
Оподатковані племінні надходження	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
Допомога безробітним робітника залізниці	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____

Чи будуть члени домогосподарств у віці до 19 років або податкові утриманці за цією заявою відповідати пороговій вимозі щодо подання федеральної податкової декларації в цьому році?

_____	Ні	Так
Прізвище та ім'я		
_____	Ні	Так
Прізвище та ім'я		
_____	Ні	Так
Прізвище та ім'я		

8

Відрахування

Відповідні витрати можуть зменшити обсяг вашого доходу, який ми враховуємо для деяких видів страхового покриття, так само, як IRS використовує їх для зменшення обсягу виплачуваних вами податків. Якщо ви вирішите не відповідати, ви, все одно, можете претендувати на безкоштовне або бюджетне страхове покриття.

Виплати аліментів на дитину/чоловіка/дружину	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
Певні прийнятні витрати на підприємницьку діяльність	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
Витрати робітника освіти	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
Внески на медичний накопичувальний рахунок	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
Витрати на офіційного військовий переїзд	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
Штраф за передчасне зняття коштів на строковому вкладі	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____

	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
Внески на пенсійні рахунки, які не оподатковуються	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
Витрати у рамках медичного страхування при самостійній зайнятості	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
Пенсійний план для самозайнятих осіб	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
Податки на самостійну зайнятість	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
Відсотки по кредиту на навчання	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____
	Ім'я та прізвище: _____	У ДОЛАРАХ: _____	Як часто: _____

9

Додаткова інформація:

Чи потребує будь-хто з учасників, які звертаються за покриттям, будь-яких з цих послуг?

а. Довгострокове медичне обслуговування через те, що ви на даний момент проживаєте або збираєтесь переїхати до медичної установи, такої як дім-інтернат для осіб похилого віку. Ні Так

Якщо так, зазначте ім'я особи: _____

Тип установи: _____

б. Наглядач-помічник на дому? Ні Так Якщо так, зазначте ім'я такої особи: _____

в. Самостійне проживання з допомогою? Ні Так Якщо так, зазначте ім'я такої особи: _____

г. Послуги через відділ по роботі з особами, що мають інвалідність через вади розвитку? Ні Так

Якщо так, зазначте ім'я особи: _____

д. Догляд у хоспісі? Ні Так Якщо так, зазначте ім'я такої особи: _____

ж. Особи під дією медичного покриття у зв'язку з непрацездатністю за станом здоров'я або інвалідністю? Ні Так

Якщо так, зазначте ім'я особи(осіб): _____

Ви маєте заповнити бланк HCA 18-005 (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf) якщо вас стосується будь-яке з наступних стверджень:

- Вам 65 або більше років, або ви маєте Medicare.
- Ви відповіли «так» на будь-яке питання від «а» до «ж» вище.
- Ви подаєте заявку як особа, що потребує медичної допомоги (MN) або медичного обслуговування за програмою Apple Health для робітників з інвалідністю (HWD).

10

Перед тим, як підписати, уважно прочитайте

Розкриття інформації іншим агенціям штату або федеральним агенціям:

Я дозволяю системі Washington Healthplanfinder в електронному режимі перевіряти надані мною дані у рамках процедури щорічного подовження дії мого страхового покриття на наступні 5 років. Я розумію, що можу відкликати цю згоду в будь-який час. Відмітивши це поле, я підтверджую дозвіл на запити щодо податкових кредитів у рамках процедури щорічного подовження дії мого страхового покриття без додаткових заходів із мого боку у зв'язку із цим.

Ні Так

Я прочитав(-ла) або мені пояснили мої права та обов'язки, і я отримав(-ла) примірник *Права та обов'язки клієнта*.

11

Декларація та підпис

Щоб подати заявку на безкоштовне або бюджетне покриття Washington Apple Health (Medicaid) або податкові пільги для зниження страхового внеску, поставте підпис нижче.

Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) інформацію у цій заяві. Я заявляю під страхом покарання за надання неправдивих свідчень, що інформація, яку я надав(-ла) у цій заяві, є правдивою, вірною та повною, наскільки мені це відомо.

Підпис

Дата