Washington State Health Care Authority

washington healthplanfinder
click. compare. covered.

Заявление на медицинское страхование

(с проверкой права на финансовую помощь, которая поможет нести соответствующие расходы)

Заполните это заявление для определения того, на какую помощь с медицинским страхованием вы можете претендовать:	• Бесплатное медицинское страхование или страхование по сниженной стоимости в рамках программы Washington Apple Health (Medicaid), в том числе по Программе медицинского страхования для детей (Children's Health Insurance Program, CHIP) • Налоговый кредит, который поможет вам оплачивать стоимость медицинского страхования • Частные утвержденные планы страхования медицинских и стоматологических услуг
Заявление можно более быстро подать онлайн:	Заявление можно более быстро подать на веб-сайте **www.wahealthplanfinder.org**
Сведения, которые потребуются для подачи заявления:	• Номера по системе социального обеспечения • Даты рождения • Номер паспорта другой страны, регистрационный номер иностранца (номер «А») или номер иного иммиграционного документа для всех законных иммигрантов, которые подают заявление на медицинское страхование • Сведения о доходах для всех взрослых и несовершеннолетних лиц, которые обязаны подавать налоговые декларации • Сведения о медицинском страховании, на которое может претендовать ваша семья
Почему мы просим о предоставлении всех этих сведений?	Эти сведения необходимы нам для решения вопроса о том, на какую помощь с медицинским страхованием вы можете претендовать. В соответствии с законом будет обеспечена конфиденциальность предоставленных вами сведений.
Заполненное и подписанное заявление необходимо отправить по адресу:	Washington Healthplanfinder PO Box 946 Olympia, Washington, 98507 или по факсу 1-855-867-4467 Если у вас нет всех запрашиваемых нами сведений, вы можете начать процесс подачи заявления, указав имя и фамилию, дату рождения, адрес, подписав эту форму и отправив ее нам.
Как получить помощь в заполнении заявления:	• Онлайн по адресу **www.wahealthplanfinder.org** • Телефон: свяжитесь с центром поддержки клиентов по телефону 1-855-WAFINDER (855-923-4633) или 855-627-9604 (телетайп) • **Лично**: Чтобы получить помощь по вопросу подачи заявки, отыщите навигатора или брокера посредством ресурса поддержки клиентов, который находится по адресу **www.wahealthplanfinder.org**. • Язык или инвалидность: Чтобы получить помощь на своем языке или специальное обслуживание для лиц с инвалидностью, позвоните 1-855-WAFINDER (855-923-4633) или 855-627-9604 (телетайп)

Определения

Налоговые кредиты плательщикам взносов на медицинское страхование: Налоговые льготы могут использоваться для сокращения суммы ваших ежемесячных страховых платежей — суммы, которую вы выплачиваете ежемесячно, чтобы иметь право пользоваться страховым планом.

Washington Healthplanfinder: Сетевой рынок для индивидуальных лиц, семей и предприятий бизнеса позволяет сравнить имеющиеся возможности страхового покрытия, зарегистрироваться в соответствующих планах и получить доступ к налоговым кредитам, экономии за счет распределения затрат и государственным программам, таким как Washington Apple Health.

Страховой взнос (премия): Это сумма, выплачиваемая вами ежемесячно плану медицинского страхования. Вы должны выплачивать взносы даже если вы не получаете медицинское обслуживание.

Утвержденный план медицинского страхования: Полис медицинского страхования, который можно приобрести через систему Washington Healthplanfinder.

Минимальное / базовое покрытие: Покрытие, обеспечивающее лицу удовлетворение требования об индивидуальной ответственности в соответствии с Законом о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act). К такому типу страхования относят индивидуальные полисы, реализуемые на рынке, покрытие, обеспечиваемое работодателем, страховые продукты Medicare, Medicaid, программ медицинского страхования детей Children's Health Insurance Program (CHIP), TRICARE и прочие виды покрытия, обеспечивающие 10 основных льготных условий медицинского страхования (10 Essential Health Benefits).

Основные страховые условия: В настоящее время все планы медицинского страхования в обязательном порядке покрывают 10 видов медицинских услуг, в частности приемы у врача, пребывание на стационарном лечении (в больнице) и рецептурные лекарственные препараты. Некоторые услуги предоставляются бесплатно, некоторые могут предусматривать доплаты и участие в страховании.

Washington Apple Health: Государственные программы медицинского страхования для жителей штата Вашингтон, отвечающих необходимым требованиям. Washington Apple Health — это общее наименование, используемое в штате Вашингтон для программы Medicaid, Программы медицинского страхования детей (Children's Health Insurance Program, CHIP) и программ медицинского обслуживания, финансируемых исключительно из фондов штата.

Для лиц, занимающихся индивидуальной предпринимательской деятельностью

Для вычисления суммы чистого дохода от индивидуальной предпринимательской деятельности вы можете вычесть из своего валового дохода следующие расходы. За дополнительной информацией обращайтесь к инструкциям по заполнению «Приложения C» (Schedule C) и «Приложения F» (Schedule F) федеральной налоговой декларации на веб-сайте **www.irs.gov**. Некоторые примеры расходов:

- Расходы на автотранспортные средства (поездки в течение рабочего дня, исключая проезд к месту работы и возвращение домой)
- Амортизация
- Зарплата и дополнительные выплаты сотрудникам
- Стоимость страхования имущества, страхования ответственности и страхования от простоя производства
- Проценты (включая проценты по ипотечному кредиту и т.п.)
- Юридические и профессиональные услуги
- Стоимость аренды производственных помещений и коммунальные услуги для целей бизнеса
- Комиссионные, налоги, стоимость лицензий и взносов
- Реклама
- Стоимость наемной рабочей силы
- Стоимость технического обслуживания и ремонта
- Расходы на некоторые категории поездок по служебным делам и питание

Оплата страхования медицинской помощи: права и обязанности сторон

Мы обязаны:

в рамках всех программ медицинского страхования

Обеспечить помощь при чтении и в заполнении всех требуемых форм. Если вам необходима помощь, обратитесь в Washington Healthplanfinder; либо, если вы — лицо пожилого возраста, с серьезными нарушениям зрения или признаками инвалидности, или же если вы нуждаетесь в долгосрочном уходе и поддержке (long-term services and supports, LTSS), обратитесь в Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS).

Предоставлять вам бесплатно и без задержек **услуги устного или письменного перевода** во время контактов со специалистами системы Washington Healthplanfinder, Управления здравоохранения (Health Care Authority) или Департамента DSHS.

Обеспечить конфиденциальность вашей личной информации; однако для проверки вашего права участия и зачисления вас в программы мы можем обмениваться сведениями с другими ведомствами штата и федеральными ведомствами.

Обеспечить возможность подачи апелляции, если вы не согласны с решениями, принятыми Washington Healthplanfinder или DSHS, которые могут повлиять на ваши права на медицинское страхование, долгосрочный уход и поддержку (LTSS), статус участника страхового плана, а также на ваши права на получение налоговых кредитов с целью выплаты взносов в рамках медицинского страхования, а также в контексте сокращения вашей доли в рамках распределения затрат. Подача апелляции приведет к повторному рассмотрению вашего дела. Более подробную информацию о порядке подачи апелляций решений, принятых на уровне системы Washington Healthplanfinder, можно получить на веб-сайте системы Washington Healthplanfinder с описанием процедуры подачи апелляций (Healthplanfinder Appeals Page) по адресу http://www.wahbexchange.org/appeals/ или позвонив в центр помощи клиентам Washington Healthplanfinder (Washington Healthplanfinder Call Center) по телефону 1-855-923-4633. Чтобы получить информацию в отношении апелляций в отношении программ Департамента DSHS, вы можете связаться с Контактным центром поддержки клиентов (Customer Service Contact Center) Департамента DSHS по телефону 1-877-501-2233 либо посетить местное отделения Управления по вопросам предоставления услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Services).

Если апелляция касается решения о страховом покрытии по программе Washington Apple Health, которое осталось без изменений по результатам повторного рассмотрения дела, для вас запланируют проведение административного слушания.

Обеспечить справедливое отношение к вам.

Дискриминация является противозаконной. Деятельность Биржи пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (Washington Health Benefit Exchange) / Управления здравоохранения (Health Care Authority) соответствует применимым федеральным законам, защищающим гражданские права; в ее рамках не применяются практики дискриминации по расовому признаку, цвету кожи, этническому происхождению, возрасту, наличию инвалидности или по половой принадлежности. В рамках деятельности Биржи пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (Washington Health Benefit Exchange) / Управления здравоохранения (Health Care Authority) не применяются практики, являющиеся исключающими или предполагающие отличное отношение к кому бы то ни было из-за расы, цвета кожи, этнического происхождения, возраста, наличия инвалидности или половой принадлежности.

Биржа пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (Washington Health Benefit Exchange) / Управление здравоохранения (Health Care Authority) также обеспечивает соответствие всем применимым законам штата и не допускает дискриминации на основе вероисповедания, а также по гендерной принадлежности, гендерному самовыражению или идентичности, сексуальной ориентации, семейному положению, религиозным убеждениям, статусу ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой или статусу военнослужащего или по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с признаками инвалидности.

Биржа пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (Washington Health Benefit Exchange) / Управление здравоохранения (Health Care Authority):

- Обеспечивает бесплатную помощь и услуги лицам с инвалидностью с тем, чтобы последние могли эффективно взаимодействовать с нами, в частности:
  - Предоставляет услуги квалифицированных переводчиков языка жестов
  - Предоставляет письменную информацию в альтернативных форматах (набранную крупным шрифтом, в аудиоформате, в доступных электронных форматах, в других форматах)
- Предоставляет бесплатные языковые услуги лицам, чей основной язык общения — не английский, в частности:
  - Предоставляет услуги квалифицированных переводчиков
  - Предоставляет информацию, изложенную в письменном виде на других языках

Если вам нужны эти услуги, позвоните по телефону 1-855-923-4633.

Если вы считаете, что Биржа пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (Washington Health Benefit Exchange) / Управление здравоохранения (Health Care Authority) не предоставляет соответствующие услуги или применила иную практику дискриминации, вы можете подать жалобу по почте в адрес:

- **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
  По факсу: 1-360-841-7653
  appeals@wahbexchange.org

- **Health Care Authority Division of Legal Services**
  ATTN: Compliance Officer
  PO Box 42700
  Olympia, WA 98501-2700
  1-855-682-0787
  По факсу: 1-360-586-9551
  compliance@hca.wa.gov

Подать жалобу можно лично, или по обычной почте, по факсу или по электронной почте. Если вам необходима помощь с подачей жалобы, вы можете обратиться за помощью в Юридический департамент Биржи пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (Washington Health Benefit Exchange) / Управления здравоохранения (Health Care Authority).
Вы также можете подать жалобу по вопросу несоблюдения гражданских прав в Управление гражданских прав (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services) в электронном виде по адресу https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf либо в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США по обычной почте или телефону:

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 (текстовый телефон).
Формы жалоб приведены по адресу
www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Ваши обязанности (вы обязаны) в рамках всех программ медицинского страхования

Сообщать свой номер в системе социального обеспечения (SSN). За некоторыми исключениями вы обязаны предоставить свой номер в системе социального страхования (Social Security Number, SSN) или номер документа о статусе иммигранта для себя и всех членов вашей семьи, желающих обеспечить собственное медицинское страховое покрытие. Номер SSN также необходим для подачи заявки на получение налоговых кредитов с целью выплаты взносов в рамках медицинского страхования. Мы используем эти данные для проверки вашего права на участие в программе медицинского страхования, в рамках которой предполагается подтверждение ваших персональных данных, гражданства, иммиграционного статуса, даты рождения и доступности для вас различных возможностей страхового покрытия. Мы не раскрываем такую информацию иммиграционным органам.

Существует возможность претендовать на страховое покрытие для некоторых, но не всех, членов вашей семьи. Если у вас нет номеров по системе социального страхования (SSN) или иммиграционных документов для всех членов семьи, остальные также имеют право подавать заявки и получать страховое покрытие. К примеру, вы можете подать заявление от имени вашего ребенка, даже если вы не имеете права на страховое покрытие. Подача заявления не повлияет на ваш иммиграционный статус или возможности получить право постоянного проживания на территории страны или гражданства.

Существует также ряд программ Washington Apple Health для лиц, которые не могут подтвердить легальность пребывания на территории страны. При этом, если вы решите не сообщать номер по системе социального страхования (SSN) или иммиграционного документа любого члена вашей семьи, мы направим вам дополнительный запрос о предоставлении данных о доходе лица, не подающего заявку на получение покрытия.

Если требует агентство, предоставить всю информацию, в том числе подтверждающую, которая нужна для принятия решения о вашем соответствии критериям для участия в программе.

Вы должны знать следующее: в рамках всех программ медицинского страхования

Существуют определенные законы штата и федеральные законы, регламентирующие работу системы оформления медицинского покрытия (Washington Healthplanfinder) и управляемых штатом систем подачи заявлений / регистрации в программах и планах, ваши права и обязанности как пользователя таких систем, а также покрытие, получаемое вами в рамках пользования ими. Ваше пользование этими системами автоматически означает, что вы согласны соблюдать законы, применимые к лицам, пользующимися ими и обеспечиваемым ими покрытием. **Национальный закон о регистрации избирателей от 1973** года требует от всех штатов предоставления избирателям содействия в регистрации для голосования на выборах через соответствующие агентства по предоставлению государственных льгот. Подача заявки на регистрацию для голосования или отказ от регистрации для голосования на выборах не повлияют на услуги и объем льгот, которые вы будете получать из данного ведомства. Вы можете зарегистрироваться для голосования на веб-сайте **www.vote.wa.gov** или заказать формы регистрации для голосующего, позвонив по номеру телефона 1-800-448-4881.

В законе о преемственности и подотчетности страхования здоровья (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) есть ограничения, которые предупреждают Управление здравоохранения (HCA) или Департамент DSHS о недопустимости обсуждения информации о вашем здоровье или о здоровье любого члена вашей семьи с каким-либо лицом, в том числе с официальным представителем, за исключением случаев, когда у этой особы есть доверенность, или же вы подписали форму согласия на раскрытие такой информации. Это ограничение распространяется на информацию о психическом здоровье, результаты анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), сведения о лечении этих заболеваний, а также лечении от алкогольной или лекарственной зависимости и связанные с ним услуги.

Дополнительная информация в отношении политики конфиденциальности, применяемой на уровне системы Washington Healthplanfinder, приведена на веб-сайте по адресу:
https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html.

Закон о доступном медицинском обслуживании (The Affordable Care Act) предписывает системе Washington Healthplanfinder и Департаменту DSHS не передавать личную информацию (personally identifiable information, PII), которая относится к вам или к членам вашей семьи, любому лицу, которое не имеет права на ее получение, без вашего разрешения.

Информация, передаваемая вами в систему Washington Healthplanfinder и Департамент DSHS, подлежит проверке компетентными специалистами на федеральном уровне и на уровне штата с целью подтверждения вашего права на медицинское страховое покрытие. Проверка может включать контакты с вами со стороны персонала этих ведомств.

Если вы начнете заполнять заявление на медицинское страхование в системе Washington Healthplanfinder и, по какой-либо причине, не завершите этот процесс, введенная вами информация будет сохраняться в системе Washington Healthplanfinder в течение 90 дней, и вы будете иметь доступ к ней в течение этого срока. Если вы не заполните заявление в течение 90 дней, то по окончании этого срока ваша информация будет удалена из системы Washington Healthplanfinder.

Система Washington Healthplanfinder, Управление здравоохранения (HCA) и Департамент DSHS не несет ответственности за реализацию вашего плана медицинского страхования. Более подробную информацию о льготах может дать компания, предоставляющая вам

медицинское страхование. **Если у вас есть вопросы в отношении условий вашего плана медицинского страхования, в частности о конкретных положенных вам услугах, суммах доплат, порядке подачи заявок о возмещении расходов и апелляций на решения об отказе в обслуживании, обращайтесь в компанию, предоставляющую вам план медицинского страхования.** Если, в случае прекращения действия программы медицинского страхования, приобретенной через систему Washington Healthplanfinder, у вас будет право на участие в программе COBRA, и ваш работодатель будет обязан предоставить вам требуемые уведомления о порядке и сроках зачисления в программу COBRA.

Не прекращайте действия имеющегося у вас плана страхования и не отказывайтесь от льгот по программе COBRA до тех пор, пока не получите уведомления об утверждении вашего участия в другой программе страхования и полис, также именуемый страховым контрактом или сертификатом, которые вам должна будет направить компания, которую вы выбрали для предоставления вам медицинского страхования. Убедитесь, что понимаете и соглашаетесь с условиями полиса, обратите особое внимание на дату начала действия страхования, периоды ожидания выплат, сумму страхового взноса, конкретные льготы, ограничения действия льгот, исключения и дополнительные условия страхования.

Вы можете написать заявление на услуги принудительного сбора алиментов путем обращения в Отдел по делам помощи ребенку/детям (Division of Child Support, DCS).

Для получения формы заявления на такие услуги посетите веб-сайт **www.childsupportonline.wa.gov** или обратитесь в местное бюро Отдела DCS.

Ваши права (мы обязаны) только для программы Washington Apple Health

Разъяснить вам ваши права и обязанности в ответ на ваш запрос.

Разрешать вам подачу частично заполненного заявления, включающего, как минимум, ваши имя и фамилию, адрес, а также вашу подпись или подпись вашего уполномоченного представителя. Дата получения нами вашего частичного заявления считается датой подачи вами заявления, от которой может зависеть начало фактического действия для вас страхового покрытия. Мы примем окончательное решение в отношении вашего страхового покрытия только после полного оформления вами вашего заявления.

Разрешить вам подавать полностью или частично оформленные заявления любым способом из указанных в разделе WAC 182-503-0005.

Своевременно обрабатывать все заявления, не превышая сроков, которые указаны в разделе WAC 182-503-0060.

Предоставить вам 10 календарных дней на передачу на информации, которая необходима нам для того, чтобы определить ваше право на страховое покрытие. Если вам необходимо, мы предоставим вам больше времени. Если вы не предоставите нам необходимой информации или попросите дать вам дополнительное время на её предоставление, то мы можем отказать вам в предоставлении пособий, закрыть ваше дело или внести изменения в условия вашего страхового покрытия.

Помогать вам, если вы испытываете затруднения в получении необходимой информации или подтверждающих документов, необходимых нам для того, чтобы подтвердить ваше право на страховое покрытие. Если нам нужны документы, выдаваемые платно, мы сами запросим такие документы и оплатим расходы.

Уведомить вас, как правило, как минимум, за 10 дней до прекращения покрытия по плану вашего медицинского страхования.

Предоставить вам решение в письменном виде в течение 45 дней (как правило). Для некоторых претендентов с инвалидностью принятие решения может потребовать до 60 дней. Мы сообщим вам о своем решении в отношении покрытия медицинских расходов в связи с беременностью в течение 15 дней.

Разрешить вам не общаться с ревизором, проверяющим ваше дело. Вы не обязаны пускать ревизора в свой дом. Вы можете попросить ревизора прийти в другое время. Такая просьба не повлияет на ваше право на получение медицинского страхового покрытия.

Продолжать предоставление страхования по программе Washington Apple Health до принятия решения о возможности вашего участия в другой программе согласно WAC 182-504-0125.

Обеспечить обслуживание с возможностью равного доступа в соответствии с положениями регламента WAC 182-503-0120, если вы имеете соответствующее право.

Ваши обязанности (вы обязаны) - только для программы Washington Apple Health

Сообщать об изменениях в соответствии с требованиями разделов WAC 182-504-0105 и WAC 182-504-0110 в течение 30 дней с момента наступления изменений. Прочитать уведомительное письмо и получить информацию об изменениях, о которых вы должны сообщить.

Принимать меры по продлению действия покрытия в ответ на соответствующие запросы.

Предоставлять поставщикам медицинских услуг информацию, необходимую для выставления нам счетов за оказанные медицинские услуги.

Подать заявку на участие в программе Medicare, если вы имеете соответствующее право.

Сотрудничать с персоналом отдела обеспечения качества (Quality Assurance), если вас попросят об этом.

Подавать заявления и прилагать достаточные усилия для получения потенциального дохода из других источников, если вы запросите или будете получать медицинское страхование по программе Washington Apple Health.

Вы должны знать следующее: только для программы Washington Apple Health

Запрашивая и получая страховое покрытие по программе Washington Apple Health, вы тем самым предоставляете штату Вашингтон все права на получение медицинской помощи и выплат третьих сторон за медицинское обслуживание.

Агентство может передавать сведения о профилактических прививках, сделанных вашему ребенку, в «Систему контроля за профилактическими прививками детей» (Child Profile Immunization Tracking System).

Сообщенная вами информация может быть передана сотрудникам Департамента DSHS для установления права и размера ежемесячных льгот по программам медицинского страхования, денежных и продовольственных пособий и пособий по уходу за детьми.

В соответствии с законодательством штат Вашингтон может взыскать средства, затраченные в оплату за определенные медицинские услуги, из стоимости вашего имущества в рамках процедуры возмещения затрат за счет стоимости наследственного имущества (Estate Recovery) (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, и раздел 182-527 WAC). Возмещение затрат за счет наследственного имущества происходит только после смерти получателя услуг и его (ее) супруги (супруга), если таковые имеются, при условии, что их детям на данный момент не моложе 21 года. Штат также не взыскивает стоимость услуг из стоимости наследственного имущества в случае, если ребенок умершего получателя услуг на момент его смерти — слепой/инвалид. Штат может взыскать средства за следующие оказанные услуги:

- Определенные услуги и поддержка в рамках долгосрочного ухода по программе Washington Apple Health, оказанные лицам в возрасте не моложе 55 лет на момент их предоставления;
- Определенные услуги, финансируемые исключительно штатом, вне зависимости от возраста получателя на момент их предоставления.

Список услуг, средства за предоставление которых штат может взыскать, приведен в разделе WAC 182-527-2742.
Список объектов имущества, которые не могут быть использованы в качестве целевых объектов в рамках взыскания средств за предоставленные услуги, приведен в разделе
WAC 182-527-2754.
Штат также имеет право наложить арест на имущество, из стоимости которого будут взысканы средства за предоставленные услуги, перед смертью их получателя, вне зависимости от возраста последнего, в случае, если получатель пожизненно размещается в специализированном учреждении с целью получения ухода (WAC 182-527-2820). Штат имеет право взыскать средства за обслуживание после продажи имущества получателя обслуживания за исключением следующих случаев:

- В объекте имущества проживает супруг(а) получателя обслуживания;
- В объекте имущества проживает брат или сестра получателя обслуживания, его совладелец, а также выполнен ряд дополнительных условий.
- В объекте имущества проживает ребенок получателя обслуживания, который является слепым/инвалидом; или
- В объекте имущества проживает ребенок получателя обслуживания, который моложе 21 года.

Ваш выбор может быть ограничен одним поставщиком медицинских услуг, одной аптекой и/или одной больницей в случае обращения за медицинскими услугами, которые не являются необходимыми.

Вы должны знать следующее: только для утвержденных планов страхования здоровья

Если вы стали участником утвержденного плана медицинского страхования при помощи системы Washington Healthplanfinder, но не предоставите информации, достаточной для проверки системой ваших прав, или если какую-либо предоставленную вами информацию нельзя проверить, у вас будет 90 дней для предоставления необходимых данных / материалов. В противном случае вы будете вынуждены вернуть средства предоставляемого вам налогового кредита.

Если вы стали участником утвержденного плана медицинского страхования при помощи системы Washington Healthplanfinder и ваш доход изменился, вы должны как можно быстрее известить об этом систему Washington Healthplanfinder. Изменение дохода может привести к изменениям размера налогового кредита и доли в рамках частичной оплаты, на которые вы имеете право. В результате изменения вашего дохода вы можете иметь право на приобретение плана страхования по сниженным ценам; если же ваш доход увеличился, но вы не сообщили об этом, от вас могут потребовать возместить часть средств, полученных в виде налогового кредита.

Указанные тарифы могут меняться в зависимости от практики анализа рисков («андеррайтинг»), принятой страховой компанией, и выбора вами дополнительных доступных возможностей.

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633（TTY：1-855-627-9604）。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: TTY: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: TTY: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរសេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល ,

គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633（TTY: 1-855-627-9604）まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604).

Oromo - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ,ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ,ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ.ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - **توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 1-855-627-9604) 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Washington State Health Care Authority

washington healthplanfinder
click. compare. covered.

Заявление на медицинское страхование

ЧАСТЬ 1

Имя и фамилия и контактная информация основного заявителя

Первое имя, второе имя, фамилия и постфикс	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)	Пол ☐ М ☐ Ж

Подпись основного заявителя или уполномоченного представителя **(обязательно)** X_ _____	Номер по системе социального обеспечения _____

У вас нет постоянного адреса? ☐Нет ☐ Да
Если у вас нет домашнего адреса, пометьте «Да». **В этом случае вам все равно необходимо указать почтовый адрес.**

Если да, в каком округе вы хотите получать услуги в сфере здравоохранения?_____

Адрес проживания	Город	Округ	Штат	Индекс

Почтовый адрес (если отличается от адреса проживания)	Город	Штат	Индекс

Основной телефонный номер ☐ Моб. ☐ Дом. ☐ Раб.	Дополнительный телефонный номер ☐ Моб. ☐ Дом. ☐ Раб.	Адрес электронной почты

Специалисты интерактивного рынка Washington Healthplanfinder могут связаться с вами касательно статуса вашего заявления и (или) запроса дополнительной информации. Как с вами лучше всего связаться? ☐По телефону ☐ По эл. почте ☐ По обычной почте (USPS Mail)

Сведения о владении языком

Вам или другим лицам, на которых вы подаете заявление, требуется устный переводчик и перевод документов и на язык, отличный от английского? ☐Нет ☐ Да Если «да», то перевод на какой язык или альтернативный формат вам нужен? Укажите все свои потребности:_ _____

Сведения об уполномоченном представителе

1. Уполномоченный представитель (authorized representative, AREP) — это совершеннолетнее лицо, которое в курсе ваших семейных обстоятельств и имеет разрешение вашей семьи на действия в ваших интересах в целях установления права на страховое покрытие. Отношения с уполномоченным представителем отличаются от партнерства с Агентом или Брокером.
2. Если заявитель не может назначить уполномоченного представителя (AREP) по причине наличия у него определенного медицинского состояния, соответствующее лицо может самостоятельно назначить себя AREP, заполнив форму назначения уполномоченного представителя (Authorization Representative Designation Form) (DSHS 14-532), которая доступна по адресу **www.dshs.wa.gov/sites/default/files/FSA/forms/pdf/14-532.pdf**.
3. Назначая уполномоченного представителя, вы даете ему разрешение на следующее:
   - подписывать от вашего имени заявление;
   - получать уведомления, касающиеся вашего заявления и заведенного на вас дела;
   - действовать в ваших интересах по всем вопросам, касающимся вашего заявления и заведенного на вас дела.

a. Вы назначите уполномоченного представителя? ☐Нет ☐ Да

b. Разрешаете ли вы своему уполномоченному представителю получать уведомления, касающиеся вашего заявления и заведенного на вас дела? ☐Нет ☐ Да

Уполномоченный представитель, фамилия, имя / организация	Номер телефона
Почтовый адрес уполномоченного представителя	Адрес электронной почты

Сведения о вашей семье

Вам не нужно предоставлять налоговую декларацию, чтобы подать заявление на медицинское страхование. Вы должны включить заявление следующих лиц: вашу(-его) супругу(-а), ваших детей, проживающих с вами, всех родителей, проживающих совместно со своим ребенком, а также всех лиц, которых вы собираетесь включить в заявление на возврат по федеральным налогам, если вы подаете такое заявление. Если вы будете включены в заявление на возврат по налогам третьего лица в качестве налогового иждивенца, вы должны указать всех членов семьи, включенных в заявление на возврат по налогам, где вы указаны в качестве налогового иждивенца, которые проживают с вами.

Основной заявитель (вы)

Имя	СИ	Фамилия	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)

Подает ли это лицо заявление на медицинское страхование? ☐ Нет ☐ Да | Пол ☐ М ☐ Ж | Кем вам приходится **ВЫ**

(Предоставление номера по системе социального обеспечения (SSN) или статуса на уровне гражданства лицами, не подающими заявки на медицинское страховое покрытие, не является обязательным)

Гражданский или иммиграционный статус: (пометьте один из вариантов) ☐ Гражданин или подданный США ☐ Не гражданин США, проживающий в США на законных основаниях ☐ Иное

Номер по системе социального обеспечения (SSN):_____

Если вы - не гражданин США, проживающий в стране на законных основаниях, то укажите следующие сведения:

Номер паспорта другой страны:	Страна выдачи паспорта:
Дата прибытия: / /	Паспорт действителен до: / /

Если у вас нет такой информации, укажите тип документа, ваш номер «А» и номер квитанции или другие номера, присвоенные иммиграционной службой:

Иммиграционная служба:	Номер «А»:	Тип иммиграционного документа:

Предполагаемый статус в рамках подачи налоговой декларации за текущий год (выберите один вариант)

- ☐ Лицо, не состоящее в браке, подающее декларацию
- ☐ Глава семьи
- ☐ Вдова(-ец) с несовершеннолетним иждивенцем
- ☐ Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию отдельно от супруги(-а)
- ☐ Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию совместно с супругой(м)
- ☐ Налоговый иждивенец по отношению к лицу, указанному в заявлении
- ☐ Налоговый иждивенец по отношению к лицу, **не** указанному в заявлении
- ☐ Лицо, не подающее налоговую отчетность и не являвшееся налоговым иждивенцем

Имя и фамилия основного отчитывающегося лица:_____

Ваш статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году был таким же, как указанный выше статус на текущий год? ☐ Нет ☐ Да

Если нет, укажите статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году: _____

(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)

Если вы подаете это заявление в период с 01.11 по 31.12 текущего календарного года, планируете ли вы в следующем году подать налоговую декларацию той же категории, что и за текущий год? ☐ Нет ☐ Да

РАСОВАЯ (ЭТНИЧЕСКАЯ) ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ПО ВЫБОРУ – отметьте все относящиеся к вам варианты)

Если вы американский индеец или уроженец Аляски, не указывайте расу или этническую принадлежность

☐ Белый(-ая) ☐ Черный(-ая) или афроамериканец(-ка) ☐ Азиат(ка) ☐ Уроженец Гавайских островов ☐ Уроженец тихоокеанских островов ☐ Лицо испанского или латиноамериканского происхождения ☐ Прочее

Вы американский индеец или уроженец Аляски? ☐ Нет ☐ Да

Супруг (-а) или другой родитель (если проживает совместно с вами)

Имя	СИ	Фамилия	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)

Подает ли это лицо заявление на медицинское страхование? ☐Нет ☐Да

Пол ☐М ☐Ж

Кем вам приходится (супруг (-а), сожитель, партнер и т.д.)

(Предоставление номера по системе социального обеспечения (SSN) или статуса на уровне гражданства лицами, не подающими заявки на медицинское страховое покрытие, не является обязательным)

Гражданский или иммиграционный статус: (пометьте один из вариантов) ☐Гражданин или подданный США ☐Не гражданин США, проживающий в США на законных основаниях ☐Иное

Номер по системе социального обеспечения (SSN):_____

Если вы - не гражданин США, проживающий в стране на законных основаниях, то укажите следующие сведения:

Номер паспорта другой страны: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Страна выдачи паспорта: ☐

Дата прибытия: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Паспорт действителен до: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Если у вас нет такой информации, укажите тип документа, ваш номер «А» и номер квитанции или другие номера, присвоенные иммиграционной службой:

Тип иммиграционного документа: ☐

Номер «А»: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Номер квитанции или другой номер: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Предполагаемый статус в рамках подачи налоговой декларации за текущий год (выберите один вариант)

- ☐ Лицо, не состоящее в браке, подающее декларацию
- ☐ Глава семьи
- ☐ Вдова(-ец) с несовершеннолетним иждивенцем
- ☐ Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию отдельно от супруги(-а)
- ☐ Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию совместно с супругой(м)
- ☐ Налоговый иждивенец по отношению к лицу, указанному в заявлении
- ☐ Налоговый иждивенец по отношению к лицу, **не** указанному в заявлении
- ☐ Лицо, не подающее налоговую отчетность и не являвшееся налоговым иждивенцем

Имя и фамилия основного отчитывающегося лица:_____

Ваш статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году был таким же, как указанный выше статус на текущий год? ☐Нет ☐ Да Если нет, укажите статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году:_

_____

(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)

Если вы подаете это заявление в период с 01.11 по 31.12 текущего календарного года, планируете ли вы в следующем году подать налоговую декларацию той же категории, что и за текущий год? ☐ Нет ☐ Да

РАСОВАЯ (ЭТНИЧЕСКАЯ) ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ПО ВЫБОРУ – отметьте все относящиеся к вам варианты)

Если вы американский индеец или уроженец Аляски, не указывайте расу или этническую принадлежность

☐ Белый(-ая) ☐ Черный(-ая) или афроамериканец(-ка) ☐ Азиат(ка) ☐ Уроженец Гавайских островов ☐ Уроженец тихоокеанских островов ☐ Лицо испанского или латиноамериканского происхождения ☐ Прочее

Вы американский индеец или уроженец Аляски? ☐ Нет ☐ Да

(1.) Список детей / налоговых иждивенцев/других членов семьи

Имя	СИ	Фамилия	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)

Подает ли это лицо заявление на медицинское страхование? ☐Нет ☐Да

Пол ☐М ☐Ж

Кем вам приходится (ребенок, внук (внучка), племянник, племянница, брат, сестра и т.п.)

(Предоставление номера по системе социального обеспечения (SSN) или статуса на уровне гражданства лицами, не подающими заявки на медицинское страховое покрытие, не является обязательным)

Гражданский или иммиграционный статус: (пометьте один из вариантов) ☐Гражданин или подданный США ☐Не гражданин США, проживающий в США на законных основаниях ☐Иное

Номер по системе социального обеспечения (SSN):_____

Если вы - не гражданин США, проживающий в стране на законных основаниях, то укажите следующие сведения:

Номер паспорта другой страны:	Страна выдачи паспорта:
Дата прибытия: __ / __ / ____	Паспорт действителен до: __ / __ / ____

Если у вас нет такой информации, укажите тип документа, ваш номер «А» и номер квитанции или другие номера, присвоенные иммигр. службой:

Тип иммиграционного документа:	Номер «А»:	Номер квитанции или другой номер:

Предполагаемый статус в рамках подачи налоговой декларации за текущий год (выберите один вариант)

- ☐ Лицо, не состоящее в браке, подающее декларацию
- ☐ Глава семьи
- ☐ Вдова(-ец) с несовершеннолетним иждивенцем
- ☐ Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию отдельно от супруги(-а)
- ☐ Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию совместно с супругой(м)
- ☐ Налоговый иждивенец по отношению к лицу, указанному в заявлении
- ☐ Налоговый иждивенец по отношению к лицу, **не** указанному в заявлении
- ☐ Лицо, не подающее налоговую отчетность и не являвшееся налоговым иждивенцем

Имя и фамилия основного отчитывающегося лица:_____

Ваш статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году был таким же, как указанный выше статус на текущий год? ☐Нет ☐ Да Если нет, укажите статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году:_

_____

(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)

Если вы подаете это заявление в период с 01.11 по 31.12 текущего календарного года, планируете ли вы в следующем году подать налоговую декларацию той же категории, что и за текущий год? ☐ Нет ☐ Да

РАСОВАЯ (ЭТНИЧЕСКАЯ) ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ПО ВЫБОРУ – отметьте все относящиеся к вам варианты)

Если вы американский индеец или уроженец Аляски, не указывайте расу или этническую принадлежность

☐ Белый(-ая) ☐ Черный(-ая) или афроамериканец(-ка) ☐ Азиат(ка) ☐ Уроженец Гавайских островов ☐ Уроженец тихоокеанских островов ☐ Лицо испанского или латиноамериканского происхождения ☐ Прочее

Вы американский индеец или уроженец Аляски? ☐ Нет ☐ Да

(2.) Список детей / налоговых иждивенцев/других членов семьи

Имя	СИ	Фамилия	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)

Подает ли это лицо заявление на медицинское страхование? ☐Нет ☐Да	Пол ☐М ☐Ж	Кем вам приходится (ребенок, внук (внучка), племянник, племянница, брат, сестра и т.п.)

(Предоставление номера по системе социального обеспечения (SSN) или статуса на уровне гражданства лицами, не подающими заявки на медицинское страховое покрытие, не является обязательным)

Гражданский или иммиграционный статус: (пометьте один из вариантов) ☐Гражданин или подданный США ☐Не гражданин США, проживающий в США на законных основаниях ☐Иное

Номер по системе социального обеспечения (SSN):_____

Если вы - не гражданин США, проживающий в стране на законных основаниях, то укажите следующие сведения:

Номер паспорта другой страны:	Страна выдачи паспорта:
Дата прибытия: __ / __ / ____	Паспорт действителен до: __ / __ / ____

Если у вас нет такой информации, укажите тип документа, ваш номер «А» и номер квитанции или другие номера, присвоенные иммиграционной службой:

Тип иммиграционного документа:	Номер «А»:	Номер квитанции или другой номер:

Предполагаемый статус в рамках подачи налоговой декларации за текущий год (выберите один вариант)

- ☐ Лицо, не состоящее в браке, подающее декларацию
- ☐ Глава семьи
- ☐ Вдова(-ец) с несовершеннолетним иждивенцем
- ☐ Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию отдельно от супруги(-а)
- ☐ Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию совместно с супругой(м)
- ☐ Налоговый иждивенец по отношению к лицу, указанному в заявлении
- ☐ Налоговый иждивенец по отношению к лицу, **не** указанному в заявлении
- ☐ Лицо, не подающее налоговую отчетность и не являвшееся налоговым иждивенцем

Имя и фамилия основного отчитывающегося лица:_____

Ваш статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году был таким же, как указанный выше статус на текущий год? ☐Нет ☐ Да Если нет, укажите статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году:_____

(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)

Если вы подаете это заявление в период с 01.11 по 31.12 текущего календарного года, планируете ли вы в следующем году подать налоговую декларацию той же категории, что и за текущий год? ☐ Нет ☐ Да

РАСОВАЯ (ЭТНИЧЕСКАЯ) ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ПО ВЫБОРУ – отметьте все относящиеся к вам варианты)

Если вы американский индеец или уроженец Аляски, не указывайте расу или этническую принадлежность

☐ Белый(-ая) ☐ Черный(-ая) или афроамериканец(-ка) ☐ Азиат(ка)☐ Уроженец Гавайских островов ☐ Уроженец тихоокеанских островов ☐ Лицо испанского или латиноамериканского происхождения ☐ Прочее

Вы американский индеец или уроженец Аляски? ☐ Нет ☐ Да

(3.) Список детей / налоговых иждивенцев/других членов семьи

Имя	СИ	Фамилия	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)

Подает ли это лицо заявление на медицинское страхование? ☐Нет ☐Да	Пол ☐М ☐Ж	Кем вам приходится (ребенок, внук (внучка), племянник, племянница, брат, сестра и т.п.)

(Предоставление номера по системе социального обеспечения (SSN) или статуса на уровне гражданства лицами, не подающими заявки на медицинское страховое покрытие, не является обязательным)

Гражданский или иммиграционный статус: (пометьте один из вариантов) ☐Гражданин или подданный США ☐Не гражданин США, проживающий в США на законных основаниях ☐Иное

Номер по системе социального обеспечения (SSN):_____

Если вы - не гражданин США, проживающий в стране на законных основаниях, то укажите следующие сведения:

Номер паспорта другой страны:	Страна выдачи паспорта:
Дата прибытия: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐	Паспорт действителен до: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Если у вас нет такой информации, укажите тип документа, ваш номер «А» и номер квитанции или другие номера, присвоенные иммигр. службой:

Тип иммиграционного документа:	Номер «А»:	Номер квитанции или другой номер:

Предполагаемый статус в рамках подачи налоговой декларации за текущий год (выберите один вариант)

- ☐ Лицо, не состоящее в браке, подающее декларацию
- ☐ Глава семьи
- ☐ Вдова(-ец) с несовершеннолетним иждивенцем
- ☐ Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию отдельно от супруги(-а)
- ☐ Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию совместно с супругой(м)
- ☐ Налоговый иждивенец по отношению к лицу, указанному в заявлении
- ☐ Налоговый иждивенец по отношению к лицу, **не** указанному в заявлении
- ☐ Лицо, не подающее налоговую отчетность и не являвшееся налоговым иждивенцем

Имя и фамилия основного отчитывающегося лица:_____

Ваш статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году был таким же, как указанный выше статус на текущий год? ☐Нет ☐ Да Если нет, укажите статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году:_

_____

(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)

Если вы подаете это заявление в период с 01.11 по 31.12 текущего календарного года, планируете ли вы в следующем году подать налоговую декларацию той же категории, что и за текущий год? ☐ Нет ☐ Да

РАСОВАЯ (ЭТНИЧЕСКАЯ) ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ПО ВЫБОРУ – отметьте все относящиеся к вам варианты)

Если вы американский индеец или уроженец Аляски, не указывайте расу или этническую принадлежность

☐ Белый(-ая) ☐ Черный(-ая) или афроамериканец(-ка) ☐ Азиат(ка) ☐ Уроженец Гавайских островов ☐ Уроженец тихоокеанских островов ☐ Лицо испанского или латиноамериканского происхождения ☐ Прочее

Вы американский индеец или уроженец Аляски? ☐ Нет ☐ Да

Чтобы указать дополнительных членов семьи, приложите дополнительные страницы с запрашиваемой информацией на каждое лицо

Сведения о вашей семье

Информация для американских индейцев и коренных жителей Аляски

Американские индейцы и коренные жители Аляски могут иметь право на участие в программе Washington Apple Health (Medicaid) на особых условиях и пользоваться определенными льготами через систему Health Benefit Exchange. Пропустите этот раздел, если ни вы, ни любые лица, от имени которых вы подаете заявление, не является американским индейцем или уроженцем Аляски. Если кто-либо из тех, на кого вы подаете заявление, принадлежит к категории американских индейцев и уроженцев Аляски, заполните нижеприведенную таблицу.

Имя и фамилия лица	Название племени[i]	Член признанного на федеральном уровне индейского племени, поселения, деревни или ранчо; пайщик (акционер) региональной или сельской корпорации уроженцев Аляски
		☐ Нет ☐ Да
		☐ Нет ☐ Да
		☐ Нет ☐ Да
		☐ Нет ☐ Да

Место жительства

Жителями штата Вашингтон считаются лица, в настоящее время проживающие в штате Вашингтон или имеющие намерение проживать в нем, включая лиц без постоянного адреса, а также лица, которые, прибыли в штат не на работу или в поисках работы.

Являются ли все, на кого вы подаете заявление о предоставлении медицинского страхования, жителями штата Вашингтон? ☐ Нет ☐ Да

Если нет, укажите всех, кто не не является жителем штата Вашингтон:_____ _____ _____

Табакокурение

Использовал ли любой член вашей семьи, которые указаны в настоящей заявке, табачные изделия за последние 6 месяцев? ☐ Нет ☐ Да

Если да, укажите их имена:_____ _____ _____

(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)

Совершеннолетний налоговый иждивенец-инвалид

Совершеннолетний биологический ребенок-инвалид — лицо, не способное трудоустроиться по причине наличия у него инвалидности и зависящее от поддержки, обеспечиваемой членами семьи.

У вас есть совершеннолетний биологический ребенок-инвалид в возрасте 26 лет или старше? ☐ Нет ☐ Да

Если да, укажите его/их имена:_____ _____ _____

(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)

Сведения о тюремном заключении

1. Вы или любое лицо, от имени которого вы подаете заявку, пребывает в заключении / тюрьме? ☐ Нет ☐ Да
2. Если да, укажите его/их имена:_____
3. Ожидается вынесение приговора? ☐ Нет ☐ Да
4. Освобождение из заключения будет иметь место в течение 30 дней? ☐ Нет ☐ Да

Регистрация для голосования на выборах

Если вы не зарегистрированы в качестве избирателя по текущему месту жительства, хотите ли вы подать заявку на регистрацию в качестве избирателя? ☐Нет ☐ Да

Если вы выбрали «Да», вам будет обеспечена форма регистрации избирателя.

Регистрация в качестве избирателя или отказ в регистрации в качестве избирателя не повлияет на ваше право на медицинское страхование.

Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, обратитесь с соответствующим запросом на бесплатную «горячую линию» регистрации избирателей в штате Вашингтон по телефону 1-800-448-4881. Решение о том, обращаться ли за помощью, остаётся за вами. Вы можете заполнить такую форму самостоятельно в условиях конфиденциальности.

Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию в качестве избирателя, ваше право на частную жизнь, что выразилось в отказе в регистрации, вы можете подать жалобу в Избирательную комиссию штата Вашингтон (Washington State Election Division) по адресу: PO Box 40229, Olympia, WA 98504, по электронной почте elections@sos.wa.gov или по телефону 1-800-448-4881.

Подпись лица, подающего заявление о зачислении в утвержденный план медицинского

Если вы не хотите подавать заявление на бесплатное страхование или страхование по сниженной цене, однако желаете приобрести медицинское страхование через утвержденный план медицинского страхования (Qualified Health Plan, QHP), поставьте здесь свою подпись и не заполняйте Части 2 данной формы.

Я прочитал(-а) или мне разъяснили мои права и обязанности.

Подписывая этой заявление, вы соглашаетесь на передачу системой Washington Healthplanfinder сведений о вас другим ведомствам штата и федеральным ведомствам.

Подпись_____ Дата_____

Вы можете иметь право на бесплатное страхование или страхование по сниженной цене. Чтобы подать заявку на налоговый кредит в счет выплаты страховых взносов или на участие в программе Washington Apple Health (Medicaid), вам необходимо заполнить Часть 2 данного заявления.

ЧАСТЬ 2

Сведения о медицинском страховании

У вас или у кого-либо из лиц, от имени которых вы подаете заявление, есть план медицинского страхования, обеспечивающий минимальное страховое покрытие, отличный от плана Washington Apple Health (Medicaid или CHIP)?
(В качестве примеров укажите частные страховые продукты или программы, финансируемые вашим работодателем, Medicare, планы для ветеранов (Veterans), служащих корпуса мира (Peace Corps) и Tri-Care) ☐ Нет ☐Да Если «да», заполните нижеприведенную таблицу. Если альтернативное медицинское страхование есть у нескольких лиц, приложите дополнительную страницу.

Страховая компания или работодатель	Номер полиса	Номер группового плана	Имя держателя полиса / работника	Дата рождения держателя полиса

Укажите всех членов семьи, пользующихся покрытием в рамках этого плана:

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Страхование, финансируемое работодателем

Отказались ли вы от плана медицинского страхования, предложенного вашим работодателем? ☐Нет ☐ Да
Если «да», укажите данные работодателя выше. Также ниже укажите стоимость наименее дорогостоящего плана, предоставляемого вашим работодателем, покрывающего только работника и удовлетворяющего минимальным стандартам ценности. План медицинского страхования, предоставляемый работодателем, считается удовлетворяющим «минимальным стандартам ценности», если из общего объема разрешенных льготных затрат план обеспечивает покрытие не менее 60 % соответствующих затрат. Запросите необходимую информацию у вашего работодателя.
Ежемесячные затраты, предусматриваемые в связи с использованием плана: $_____
Периодичность выплат (к примеру, раз в две недели, ежемесячно, ежегодно)?_____
(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)

Медицинское страхование для детей

Если вы не подаете заявление о предоставлении медицинского страхования для детей, то пропустите этот раздел и перейдите к следующему («Сведения о неоплаченных счетах за медицинские услуги»).
Распространяется ли ваш план медицинского страхования на детей? ☐ Нет ☐ Да
Если да, укажите имена детей:_____ _____ _____

Исключили ли вы своих детей младше 19 лет из плана медицинского страхования за последние четыре месяца?
☐ Нет ☐ Да
Если да, то когда страховое покрытие для детей перестало действовать? _____

Сведения о неоплаченных счетах за медицинские услуги

Нужна ли вам или другим лицам, на которых вы подаете заявление, помощь в оплате неоплаченных медицинских счетов за предоставленное обслуживание за последние 3 месяца, непосредственно предшествующие текущему месяцу? ☐ Нет ☐ Да
Если да, укажите имена:_____ _____ _____

Страхование услуг неотложной медицинской помощи для лиц, не являющихся

Вы и ваша семья можете иметь право на ограниченное медицинское страховое покрытие даже в том случае, если вы не имеете права на расширенное покрытие по причине вашего иммиграционного статуса.

Отметьте все пункты, относящиеся к лицу, не имеющему гражданства США, на которого вы подаете заявление, и укажите его имя и фамилию в соответствующей графе:

☐ Получал (-а) услуги неотложной медицинской помощи в текущем месяце или за предыдущие три месяца: Имя и фамилия: _____
☐ Нуждается в диализе или лечении от онкологического заболевания: Имя и фамилия: _____
☐ Нуждается в медикаментах для борьбы с кризисом отторжения в случае пересадки органов: Имя и фамилия: _____
☐ Нуждается в помещении в пансионат с медицинским обслуживанием, помощи при выполнении/отправлении ежедневных жизненных функций или в патронажном уходе на дому: Имя и фамилия: _____

Сведения о беременности

Вы или кто-либо из членов вашей семьи беременны? ☐ Нет ☐ Да (Если беременными являются несколько женщин, заполните вторую строку.)

Если да, укажите имя и фамилию: _____ Предполагаемая дата родов: _____ Предполагаемое количество ожидаемых новорожденных: _____

укажите имя и фамилию: _____ Предполагаемая дата родов: _____ Предполагаемое количество ожидаемых новорожденных: _____

Сведения о валовом доходе

Этот раздел поможет нам определить размер скорректированного валового дохода вашей семьи с поправками и изменениями (modified adjusted gross income, MAGI). Скорректированный валовой доход с поправками и изменениями (MAGI) должен использоваться для определения вашего права на льготы большинства программ медицинского страхования. Пожалуйста, как можно точнее ответьте на следующие вопросы обо всех членах семьи, на которых вы подаете заявление. Укажите информацию только об указанных типах дохода.

Вы должны указать данные в отношении текущего валового месячного дохода для себя, вашей супруги / вашего супруга или любых несовершеннолетних лиц вне зависимости от возраста, за исключением несовершеннолетних лиц или налоговых иждивенцев, которые могут не подавать налоговую декларацию. Дополнительная информация в отношении передачи данных о доходе приведена по адресу **www.wahbexchange.org/how-to-report-income**

Примечание: Американским индейцам/уроженцам Аляски не нужно сообщать доход американского индейца/уроженца Аляски, который Внутренняя налоговая служба исключает из валовой налогооблагаемой суммы, заработанной американским индейцем/уроженцем Аляски. Кроме этого, американским индейцам/уроженцам Аляски не нужно декларировать доход некоторых типов в рамках программы Washington Apple Health (Medicaid) в соответствии с инструкциями регламента WAC 182-509-0340.

Трудовой доход, полученный от работодателя: Вы или любое лицо, от имени которого вы подаете заявку, в настоящий момент трудоустроено? ☐ Нет ☐ Да Если «да», укажите имя и фамилию работающего, место работы и размер ***текущего*** валового ежемесячного дохода в форме зарплаты и чаевых. Не указывайте в этом разделе доход от индивидуальной предпринимательской деятельности. Вы можете указать средний размер дохода, если предполагается его изменение в будущем. Определите месячную сумму, рассчитав среднюю сумму на репрезентативный период в соответствии с инструкциями, приведенными в WAC 182-509-0310.

Имя и фамилия работающего лица	Место работы (наименование / имя и фамилия работодателя/ компании)	Адрес работодателя (укажите город, штат и почтовый индекс)	Валовой **ежемесячный** доход (до вычета налогов) (зарплата, чаевые, доля в операционной прибыли корпораций, участие в S-корпорации)

Доход от индивидуальной трудовой и предпринимательской деятельности: Вы или любое лицо, от имени которого вы подаете заявку, в настоящий момент занимаетесь индивидуальной трудовой/предпринимательской деятельностью? ☐Нет ☐ Да Если да, укажите текущий ожидаемый чистый месячный доход (за вычетом расходов на коммерческую деятельность) от индивидуальной предпринимательской деятельности. См. стр. ii, на которой приведены утвержденные категории расходов, связанных с предпринимательской деятельностью. Вы можете указать средний размер дохода, если предполагается его изменение в будущем. Определите месячную сумму, рассчитав среднюю сумму на репрезентативный период в соответствии с инструкциями, приведенными в WAC 182-509-0370. **Примечание:** Ответив «Да» на этот вопрос, вы соглашаетесь предоставить дополнительную документацию, подтверждающую ваш доход, по просьбе агентства.

Имя и фамилия работающего лица	Название компании (если применимо)	Чистый месячный доход (не указывайте доход от участия в корпорации или закрытое акционерное общество)

Другой доход

ПРИМЕЧАНИЕ: Не указывайте помощь на детей, непенсионные выплаты ветеранам или дополнительное пособие по социальному обеспечению (SSI). Пометьте все относящиеся к вашей семье пункты, укажите, кто получает доход, а также размер и периодичность выплат.

☐ Алименты / пособие супруге/супругу	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____
☐ Прирост и потеря капитала	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____
☐ Выплаты дивидендов Компании сообщают вам о таком доходе в форме IRS 1099 DIV направляемой вам каждый год	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____
☐ Доход и убытки фермерского хозяйства	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____
☐ Доход, полученный за рубежом	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____
☐ Выплата по процентам (подлежащие и не подлежащие налогообложению)	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____
☐ Доход от деятельности партнерств, закрытых акционерных обществ, трастовых организаций и т.п. кроме указанных выше в рамках занятий индивидуальной предпринимательско	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____
☐ Прочая заявленная выручка или убытки	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____
☐ Пенсия/страховые ренты/IRA	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____
☐ Доход на душу населения Относится к фондам экономического развития племени. Примером дохода на душу населения может служить доля дохода от игорного бизнеса	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____
☐ Пенсионное обеспечение работников железнодорожного транспорта	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____
☐ Доход от ренты / Роялти Ежемесячный доход от аренды жилья, который не был включен в доход от индивидуальной предпринимательской деятельности или в месячный доход от патентов или прочих авторских работ.	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____
☐ Пособие по социальному обеспечению	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____
☐ Пособие по безработице	Имя и фамилия _____	$_____	Как часто _____

Вычеты

Мы задаем эти вопросы, поскольку эти расходы могут снизить размер вашего дохода в контексте определения ваших прав на некоторые виды медицинского страхования, по аналогии с тем, как IRS использует их для снижения размера ваших налогов. Если вы предпочтете не отвечать на них, вы все равно сможете претендовать на бесплатное медицинское страхование или страхование по сниженной цене. Укажите ниже все вычеты, о которых вы заявляете в налоговой декларации. Допустимые вычеты, в частности, включают:

- Алименты / пособие супруге/супругу
- Проценты по студенческой ссуде
- Стоимость обучения
- Расходы работника сферы образования
- Выплаты в медицинский сберегательный счет
- Выплаты в пенсионные счета до уплаты налогов (исключая взносы в индивидуальные пенсионные счета Roth IRA)
- Расходы по переезду, понесенные с начала января текущего года
- Домашнее производство
- Некоторые возмещаемые расходы на бизнес военных, уволившихся в запас, деятелей искусства или государственных служащих с фиксированной оплатой труда
- Налог на доход от индивидуальной предпринимательской деятельности
- Взносы в пенсионные планы для занимающихся индивидуальной предпринимательской деятельностью
- Взносы по медицинскому страхованию для занимающихся индивидуальной предпринимательской
- Штраф за преждевременное снятие средств со срочного вклада

☐ Вычеты

Тип:_____Имя и фамилия_____$_____Как часто _____

☐ Вычеты

Тип:_____Имя и фамилия_____$_____Как часто _____

☐ Вычеты

Тип:_____Имя и фамилия_____$_____Как часто _____

☐ Вычеты

Тип:_____Имя и фамилия_____$_____Как часто _____

Дополнительная информация

Нужны ли вам или другим лицам, на которых вы подаете заявление, какие-либо из следующие услуг?

a. Услуги долговременного ухода ввиду проживания или планируемого переезда в медицинское учреждение, такое как дом для престарелых и инвалидов. ☐ Нет ☐ Да Если «да», укажите имя и фамилию лица: _____
Тип учреждения: _____

b. Услуги индивидуального помощника на дому? ☐ Нет ☐ Да Если «да», укажите имя и фамилию лица: _____

c. Проживание с содействием в выполнении/отправлении ежедневных функций? ☐ Нет ☐ Да Если «да», укажите имя и фамилию лица: _____

d. Услуги Отдела по работе с лицами, имеющими инвалидности в связи с пороками развития (Division of Developmental Disabilities)? ☐ Нет ☐ Да
Если «да», укажите имя и фамилию лица: _____

e. Услуги хосписа? ☐ Нет ☐ Да Если «да», укажите имя и фамилию лица: _____

f. Требуется ли вам обследование для установления инвалидности в связи с заболевания, являющимся причиной инвалидности, которое, по разумным ожиданиям, может продлиться по крайней мере 12 месяцев либо может привести к смерти? ☐ Нет ☐ Да Если «да», укажите имена(-я) и фамилии(-ю) лиц(а): _____

Если к вам относится любое из следующего, вам потребуется дополнительно заполнить форму HCA 18-005 (www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf):

- Вам по крайней мере 65 лет либо вы получаете услуги программы Medicare.
- Вы ответили «да» на любой из вышеприведенных вопросов (a) – (f).
- Вы подаете заявление в программу для нуждающихся в медицинской помощи (Medically Needy, MN) или программу медицинского обслуживания для работников с инвалидностью (Healthcare for Workers with Disabilities, HWD).

Перед тем, как подписывать, внимательно прочтите

Разрешение на передачу информации другим ведомствам штата и федеральным ведомствам:
Я разрешаю системе Washington Healthplanfinder в электронном режиме проверять предоставленные мной налоговые данные в рамках процедуры ежегодного продления действия моего страхового покрытия на 5 последующих лет. Я понимаю, что могу отозвать свое согласие в любое время. Поставив отметку в этом поле, я подтверждаю разрешение на запрос налоговых кредитов в рамках процедуры ежегодного продления действия моего страхового покрытия без необходимости принятия мной дополнительных мер в этой связи.

☐ Нет ☐ Да

Я могу в любой момент отозвать или внести изменения в мое согласие с помощью системы Washington Healthplanfinder.

Я прочитал(-а) или мне разъяснили мои права и обязанности, а также получил(-а) экземпляр «Прав и обязанностей клиента» (Client Rights and Responsibilities).

Декларация и подпись

Я прочитал(-а) и понял(-а) информацию, изложенную в этом заявлении. Я заявляю под угрозой наказания за лжесвидетельство, что, насколько мне известно, все сведения, приведенные мной в данном заявлении, являются правдивыми, точными и полными.

Подпись_____**Дата**_____