Washington State Health Care Authority

washington healthplanfinder
click. compare. covered.

Заява на

Медичне страхове покриття

(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 страхування здоров’я дітей (CHIP) • Нові податкові кредити, які допоможуть вам виплачувати ваші внески за медичне страхування • Приватні затверджені плани медичного та стоматологічного обслуговування
Заявку швидше подати онлайн	Подайте заявку швидше онлайн за адресою **www.wahealthplanfinder.org**
Інформація, яка вам знадобиться для подання заявки:	• Номери соціального забезпечення • Дати народження • Іноземний паспорт, номер іноземця (номер «A») або інші імміграційні номери для будь-яких іммігрантів, які претендують на медичне страхове покриття • Інформація про доходи для всіх дорослих та неповнолітніх, які зобов'язані подавати податкову декларацію • Інформація про медичне страхування, яке доступне вашій родині
Чому нам потрібно стільки інформації?	Нам необхідна наступна інформація з метою визначити, вимогам якого медичного страхового покриття ви відповідаєте. Ми зберігатимемо інформацію, яку ви нам надаєте, згідно з законом.
Надішліть заповнену та підписану заявку:	Washington Healthplanfinder PO Box 946 Olympia, Washington, 98507 або по факсу 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, поставивши підпис та вказавши адресу, та відправивши її на вказану вище адресу.
Отримайте допомогу з заявкою:	• Онлайн: **www.wahealthplanfinder.org** • Телефон: Зателефонуйте до центру обслуговування клієнтів за номером 1-855-WAFINDER (855-923-4633) або 855-627-9604 (телетайп) • **Особисто**: Щоб отримати допомогу із заявкою, знайдіть навігатора або брокера через службу підтримки клієнтів за посиланням **www.wahealthplanfinder.org**. • Мова або обмежені можливості: Щоб отримати безкоштовну допомогу вашою мовою або з урахування ваших обмежених можливостей, зателефонуйте на номер 1-855-WAFINDER (855-923-4633) або 855-627-9604 (телетайп).

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, які ви сплачуєте щомісяця, користуючись страховим планом**.**

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. Ви маєте сплачувати внески навіть тоді, коли ви не отримуєте медичного обслуговування.

Затверджений план медичного страхування: Поліс медичного страхового покриття, що продається через систему 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 окремих ринків, покриття на базі роботи, Medicare, Medicaid, Програма медичного страхування дітей (CHIP), TRICARE та інші 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 лікування (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 програм страхування, фінансованих виключно за рахунок штату.

Для самозайнятих громадян

Ви можете відняти кошти, вказані нижче, із вашого валового доходу, щоб отримати суму чистого доходу від самостійної зайнятості. Більш детальну інформацію шукайте в «Інструкціях до Додатку Плану C та Додатку F» на веб-сайті **www.irs.gov**. Нижче наведені приклади витрат:

- Витрати на автомобіль та вантажні перевезення (поїздки протягом робочого дня, в рамках міста)
- Амортизація
- Заробітна платня робітників та додаткові пільги
- Власність, відповідальність або страхування від простою виробництва
- Проценти (в тому числі проценти за кредитом на нерухомість, виплачувані банкам, та ін.)
- Юридичні та професійні послуги
- Оренда або наймання власності та обладнання
- Комісії, податки, ліцензії та збори
- Реклама
- Підрядні роботи
- Ремонт та обслуговування
- Певні командировки та харчування

Права та обов’язки щодо медичного страхового покриття

Ваші права (ми повинні) для всіх програм медичного страхового покриття

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 розподілення 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 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:

- **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
- **Health Care Authority Division of Legal Services**
  ATTN: Compliance Officer
  PO Box 42700
  Olympia, WA 98501-2700
  1-855-682-0787
  Факс: 1-360-586-9551
  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 обов'язки (ви повинні) для всіх програм медичного страхового покриття

Розкриття номеру соціального страхування та 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 можливості 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.

Речі, які варто знати для всіх програм медичного страхування

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 органи медичного страхування (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 таке 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 заявку 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 є запитання щодо умов вашого плану медичного страхування, у тому числі**

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 погоджуєтеся з ними, особливу увагу приділіть строку дії, строкам очікування, розміру премії, пільгам, обмеженням, виключенням та додатковим положенням.

Ви можете подати заявку 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.

Ваші права (ми повинні) тільки для програми Washington Apple Health

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 заявку, 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 заявку.

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

Обробити вашу заявку 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 (ви повинні) тільки для програми Washington Apple Health

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.

Речі, які варто знати тільки для програми Washington Apple Health

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 182-527-2754.

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 182-527-2820). 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.

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

Якщо вас включено до кваліфікованого плану медичного обслуговування через Washington Healthplanfinder, але ви не надали достатньо інформації для перевірки вашого права на покриття, або надали інформацію, яку не можна перевірити, вам буде надано 90 днів для забезпечення всього необхідного. Якщо ви цього не зробите, ви можете бути змушені повернути кошти, надані вам у вигляді податкових кредитів.

Якщо вас включено до кваліфікованого плану медичного обслуговування через Washington Healthplanfinder та у вас змінився дохід, ви маєте повідомити Washington Healthplanfinder про це якнайшвидше. Зміни в доході можуть змінити податкові знижки або знижки розподілення витрат, які ви маєте отримати. Ви можете мати право на більш дешевий план через зміни у доході, або вас можуть попросити відшкодувати частину податкових кредитів на оплату страхових внесків, яку ви отримали, якщо ваш дохід виріс, а ви про це не повідомили.

Вказані ставки можуть змінитися, базуючись на практиках андерайтингу постачальника медичного страхування та вашого вибору доступних варіантів.

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.

Заявка на страхове покриття лікування

ЧАСТИНА 1

Ім’я, прізвище та контактна інформація основного заявника

Перше ім'я, друге ім'я, прізвище	Дата народження (ММ/ДД/РРРР)	Стать ☐ Ч ☐ Ж

Підпис основного заявника або його вповноваженого представника **(Обов'язково)** X _____	Номер у системі соціального забезпечення _____

У вас немає постійної адреси? ☐ Ні ☐ Так
Відмітьте «так», якщо ви не маєте домашньої адреси. **Ви все одно маєте надати поштову адресу.**

Якщо так, в якому окрузі ви хочете отримувати медичне обслуговування? _____

Адреса проживання	Місто	Округ	Штат	Індекс

Поштова адреса (якщо відмінна від основної адреси)	Місто	Штат	Індекс

Основний номер телефону ☐ Мобільний ☐ Домашній ☐ Робочій	Додатковий номер телефону ☐ Мобільний ☐ Домашній ☐ Робочій	Адреса електронної пошти

Washington Healthplanfinder може знадобитися зв'язатися з вами стосовно статусу вашої заявки та/або додаткової інформації щодо запиту. Який спосіб зв'язку є для вас найзручнішим? ☐ Телефон ☐ Електронна пошта ☐ Пошта USPS

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: _____

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 із 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 (Authorization Representative Designation Form) (DSHS 14-532), яка доступна за адресою **www.dshs.wa.gov/sites/default/files/FSA/forms/pdf/14-532.pdf**.
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 вповноважений представник 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

Інформація про вашу родину

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

Основний заявник (ви)

Ім’я	ДІ	Прізвище	Дата народження (ММ/ДД/РРРР)

Чи ця особа подає заявку на страхове покриття ☐ Ні ☐ Так | Стать ☐ Ч ☐ Ж | Відношення до вас **ВИ**

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

Статус громадянина або не громадянина: (відмітити один варіант) ☐ Громадянин або підданий США ☐ Не громадянин США, що законно перебуває у країні ☐ Інше

Номер у системі соціального забезпечення (SSN):_____

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

Номер паспорта іншої країни:	Країна, у якій видано паспорт:
Дата прибуття: / /	Паспорт дійсний до: / /

Якщо ви не маєте цієї інформації, вкажіть тип документу, номер «А» та вхідний номер або номер іншого іммігр. документу:

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

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

☐ Неодружена особо, що подає декларацію
☐ Голова сім'ї
☐ Вдова (вдовець), що має право на страхування та має неповнолітнього утриманця
☐ Одружені, що подають декларації окремо
☐ Одружені, що подають декларації разом:
Ім'я та прізвище основного відповідача:_____

☐ Особа, що є утриманцем однієї із осіб, вказаних в заявці
☐ Особа, що є утриманцем однієї із осіб, **не** вказаних в заявці
☐ Особа, що не подавала податкові декларації та не є податковим утриманцем

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 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

КОД РАСИ / ЕТНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО — зазначте все вірні варіанти)

Якщо ви – американський індіанець або корінний житель Аляски, не вказуйте расу або етнічне походження

☐ Біла ☐ Чорна або афроамериканського походження ☐ Азіатського походження ☐ Уродженець Гавайських островів ☐ Уродженець островів Тихого океану ☐ Іспанського або латиноамериканського походження ☐ Інше

Ви – американський індіанець або корінний житель Аляски? ☐ Ні ☐ Так

Чоловік/дружина або батько/мати (якщо живуть із вами)

Ім’я	ДІ	Прізвище	Дата народження (ММ/ДД/РРРР)

Чи ця особа подає заявку на медичне страхове покриття ☐ Ні ☐ Так	Стать ☐ 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 або не громадянина: (відмітити один варіант) ☐ Громадянин або підданий США ☐ Не громадянин США, що законно перебуває у країні ☐ Інше

Номер у системі соціального забезпечення (SSN):_____

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

Номер паспорта іншої країни:	Країна, у якій видано паспорт:
Дата прибуття: __ / __ / ____	Паспорт дійсний до: __ / __ / ____

Якщо ви не маєте цієї інформації, вкажіть тип документу, свій номер «А» та вхідний номер або номер іншого іммігр. документу:

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

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

☐ Неодружена особо, що подає декларацію
☐ Голова сім'ї
☐ Вдова (вдовець), що має право на страхування та має неповнолітнього утриманця
☐ Одружені, що подають декларації окремо
☐ Одружені, що подають декларації разом:
Ім'я та прізвище основного відповідача:_____

☐ Особа, що є утриманцем однієї із осіб, вказаних в заявці
☐ Особа, що є утриманцем однієї із осіб, **не** вказаних в заявці
☐ Особа, що не подавала податкові декларації та не є податковим утриманцем

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 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

КОД РАСИ / ЕТНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО — зазначте все вірні варіанти)

Якщо ви – американський індіанець або корінний житель Аляски, не вказуйте расу або етнічне походження

☐ Біла ☐ Чорна або афроамериканського походження ☐ Азіатського походження ☐ Уродженець Гавайських островів ☐ Уродженець островів Тихого океану ☐ Іспанського або латиноамериканського походження ☐ Інше

Ви – американський індіанець або корінний житель Аляски? ☐ Ні ☐ Так

(1.) Перелік дітей / податкових утриманців / інших членів родини, що проживають з

Ім’я	ДІ	Прізвище	Дата народження (ММ/ДД/РРРР)

Чи ця особа подає заявку на медичне страхове покриття ☐ Ні ☐ Так	Стать ☐ Ч ☐ Ж	Відношення до вас (наприклад, дитина, онук(а), племінник, племінниця, брат/сестра)

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

Статус громадянина або не громадянина: (відмітити один варіант) ☐ Громадянин або підданий США ☐ Не громадянин США, що законно перебуває у країні ☐ Інше

Номер у системі соціального забезпечення (SSN):_____

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

Номер паспорта іншої країни:	Країна, у якій видано паспорт:
Дата прибуття: __ / __ / ____	Паспорт дійсний до: __ / __ / ____

Якщо ви не маєте цієї інформації, вкажіть тип документу, свій номер «А» та вхідний номер або номер іншого іммігр. документу:

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

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

- ☐ Неодружена особо, що подає декларацію
- ☐ Голова сім'ї
- ☐ Вдова (вдовець), що має право на страхування та має неповнолітнього утриманця
- ☐ Одружені, що подають декларації окремо
- ☐ Одружені, що подають декларації разом:

Ім'я та прізвище основного відповідача:_____

- ☐ Особа, що є утриманцем однієї із осіб, вказаних в заявці
- ☐ Особа, що є утриманцем однієї із осіб, **не** вказаних в заявці
- ☐ Особа, що не подавала податкові декларації та не є податковим утриманцем

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 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

КОД РАСИ / ЕТНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО — зазначте все вірні варіанти)

Якщо ви – американський індіанець або корінний житель Аляски, не вказуйте расу або етнічне походження

☐ Біла ☐ Чорна або афроамериканського походження ☐ Азіатського походження ☐ Уродженець Гавайських островів ☐ Уродженець островів Тихого океану ☐ Іспанського або латиноамериканського походження ☐ Інше

Ви – американський індіанець або корінний житель Аляски? ☐ Ні ☐ Так

(2.) Перелік дітей / податкових утриманців / інших членів родини, що проживають з

Ім'я	ДІ	Прізвище	Дата народження (ММ/ДД/РРРР)

Чи ця особа подає заявку на медичне страхове покриття ☐ Ні ☐ Так	Стать ☐ Ч ☐ Ж	Відношення до вас (наприклад, дитина, онук(а), племінник, племінниця, брат/сестра)

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

Статус громадянина або не громадянина: (відмітити один варіант) ☐ Громадянин або підданий США ☐ Не громадянин США, що законно перебуває у країні ☐ Інше

Номер у системі соціального забезпечення (SSN):_____

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

Номер паспорта іншої країни:	Країна, у якій видано паспорт:
Дата прибуття: __ / __ / ____	Паспорт дійсний до: __ / __ / ____

Якщо ви не маєте цієї інформації, вкажіть тип документу, свій номер «А» та вхідний номер або номер іншого іммігр. документу:

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

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

☐ Неодружена особо, що подає декларацію
☐ Голова сім'ї
☐ Вдова (вдовець), що має право на страхування та має неповнолітнього утриманця
☐ Одружені, що подають декларації окремо
☐ Одружені, що подають декларації разом:
Ім'я та прізвище основного відповідача:_____

☐ Особа, що є утриманцем однієї із осіб, вказаних в заявці
☐ Особа, що є утриманцем однієї із осіб, **не** вказаних в заявці
☐ Особа, що не подавала податкові декларації та не є податковим утриманцем

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 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

КОД РАСИ / ЕТНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО — зазначте все вірні варіанти)

Якщо ви – американський індіанець або корінний житель Аляски, не вказуйте расу або етнічне походження

☐Біла ☐ Чорна або афроамериканського походження☐ Азіатського походження ☐Уродженець Гавайських островів☐ Уродженець островів Тихого океану ☐ Іспанського або латиноамериканського походження ☐ Інше

Ви – американський індіанець або корінний житель Аляски? ☐ Ні ☐ Так

(3.) Перелік дітей / податкових утриманців / інших членів родини, що проживають з

Ім’я	ДІ	Прізвище	Дата народження (ММ/ДД/РРРР)

Чи ця особа подає заявку на медичне страхове покриття ☐ Ні ☐ Так	Стать ☐ Ч ☐ Ж	Відношення до вас (наприклад, дитина, онук(а), племінник, племінниця, брат/сестра)

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

Статус громадянина або не громадянина: (відмітити один варіант) ☐ Громадянин або підданий США ☐ Не громадянин США, що законно перебуває у країні ☐ Інше

Номер у системі соціального забезпечення (SSN):_____

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

Номер паспорта іншої країни:	Країна, у якій видано паспорт:
Дата прибуття: __ / __ / ____	Паспорт дійсний до: __ / __ / ____

Якщо ви не маєте цієї інформації, вкажіть тип документу, свій номер «А» та вхідний номер або номер іншого іммігр. документу:

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

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

☐ Неодружена особо, що подає декларацію
☐ Голова сім'ї
☐ Вдова (вдовець), що має право на страхування та має неповнолітнього утриманця
☐ Одружені, що подають декларації окремо
☐ Одружені, що подають декларації разом:
Ім'я та прізвище основного відповідача:_____

☐ Особа, що є утриманцем однієї із осіб, вказаних в заявці
☐ Особа, що є утриманцем однієї із осіб, **не** вказаних в заявці
☐ Особа, що не подавала податкові декларації та не є податковим утриманцем

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 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

КОД РАСИ / ЕТНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО — зазначте все вірні варіанти)

Якщо ви – американський індіанець або корінний житель Аляски, не вказуйте расу або етнічне походження

☐Біла ☐ Чорна або афроамериканського походження☐ Азіатського походження ☐Уродженець Гавайських островів☐ Уродженець островів Тихого океану ☐ Іспанського або латиноамериканського походження ☐ Інше

Ви – американський індіанець або корінний житель Аляски? ☐ Ні ☐ Так

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

Інформація про вашу родину

Інформація для американських індіанців та корінних жителів Аляски

Американські індіанці та корінні жителі Аляски мають право за особливий захист Washington Apple Health (Medicaid) та на особливі пільги від Health Benefit Exchange. Пропустіть цей розділ, якщо жодна особа, на яку ви подаєте заявку, не є американським індіанцем або корінним жителем Аляски. Заповніть таблицю нижче за кожну особу особа, на яку ви подаєте заявку, що є американським індіанцем або корінним жителем Аляски.

Ім'я та прізвище особи	Назва племені[i]	Член племені, визнаного на федеральному рівні, групи, індіанського поселення або ранчо; акціонер регіональної або сільської корпорації Аляски
		☐ Ні ☐ Так
		☐ Ні ☐ Так
		☐ Ні ☐ Так
		☐ 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 без запрошення 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 мешканцями штату:_____ _____ _____

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 утриманцем

Доросла дитина з обмеженими можливостями — 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 дітей:_____ _____ _____

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

Інформація щодо судимостей

1. Чи є серед осіб, на яких ви подаєте заявку, ув'язнені? ☐ Ні ☐ Так
2. Якщо так, вкажіть їх імена: _____
3. Чи очікується винесення рішення по справі? ☐ Ні ☐ Так
4. Дата визволення очікується протягом 30 днів? ☐ Ні ☐ Так

Реєстрація осіб, які мають право голосу

Якщо ви не зареєстровані для участі у голосування 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. Рішення щодо того, просити чи приймати допомогу, приймаєте ви. Ви можете заповнити заяву 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

Якщо ви не хочете подавати заявку на безкоштовне або бюджетне покриття, але хочете придбати страхове покриття лікування через затверджений план страхування здоров'я (QHP), підпишіться тут та не заповнюйте Частину 2 цієї заявки.

Я прочитав(-ла) 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 _____

Ви можете мати право на безкоштовне або бюджетне покриття. Щоб подати заявку на податкові знижки на премії страхування здоров’я або Washington Apple Health (Medicaid), ви маєте заповнити Частину 2 цієї заявки.

ЧАСТИНА 2

Інформація про медичне страхування

Чи маєте ви або інша особа, на яку ви подаєте заявку, медичне страхування, яке задовольняє вимогам мінімального покриття, окрім Washington Apple Health (Medicaid або CHIP)?
(Приклади включають приватну страховку або страховку, оплачену роботодавцем, Medicare, Veterans, Peace Corps та Tri-Care)
☐ 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	Ім'я власника полісу / робітника	Дата народження власника полісу

Зазначте всіх членів родини, що покриваються цим планом:

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Страхування, що фінансується роботодавцем

Чи відмовились ви від медичного страхування, запропонованого вашим роботодавцем? ☐ Ні ☐ Так
Якщо так, вкажіть інформацію про роботодавця в таблиці, наведеній вище. Також нижче вкажіть вартість найдешевшого страхування у вашого роботодавця, плану для робітника, який відповідає стандарту мінімальної цінності. План медичного страхування, фінансований роботодавцем, відповідає «стандарту мінімальної цінності», якщо доля плану в загальній сумі пільг, що покриваються планом, становить не менше 60% такої вартості. Ви можете отримати цю інформацію у свого роботодавця.

Щомісячні витрати за планом: $_____
Як часто виплачуються (наприклад, кожні 2 тижні, щомісячно, щорічно)?_____
(Ваша відповідь на це питання не вплине на ваше право на послуги Apple Health)

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 імена дітей:_____ _____ _____

Чи скасовували ви страхове покриття ваших дітей віком до 19 років протягом останніх чотирьох місяців? ☐ Ні ☐ Так Якщо так, коли закінчилася дія покриття?_____

Інформація про неоплачений рахунок 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 імена осіб:_____ _____ _____

Інформація щодо екстреної медичної допомоги для осіб, що не є громадянами

Ви або інший член вашої родини може мати право на обмежене медичне страхове покриття навіть якщо ви не маєте право на розширене страхове покриття через ваш імміграційний статус.

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

☐ Лікувався(-лась) від критичного стану цього місяця або протягом попередніх 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: _____

Інформація щодо вагітності

Чи є ви або хтось із членів вашої родини, які проживають з вами, вагітною? ☐ Ні ☐ Так (Використовуйте другий рядок, якщо в вашій родині більше 1 вагітної особи.)

Якщо так, Зазначте ім'я та прізвище: _____ Очікувана дата пологів:_____ Очікувана кількість новонароджених: _____

Зазначте ім'я та прізвище: _____ Очікувана дата пологів:_____ Очікувана кількість новонароджених: _____

Інформація про валовий дохід

Цей розділ допомагає нам визначати 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 **www.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 роботи, отриманий від роботодавця: 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 роботодавця	Адреса роботодавця (включаючи місто, штат і 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.
Пам'ятайте: Відповідаючи «так» на це питання, ви погоджуєтесь надати додаткову документацію щодо доходів та витрат за запитом від агенції.

Ім'я та прізвище працевлаштованої особи	Назва компанії (якщо така є)	Чистий місячний дохід (не вказуйте тут дохід від корпорації або закритого акціонерного товариства)

Інший дохід

ПАМ'ЯТАЙТЕ: Не включайте аліменти на дитину, непенсійні виплати ветеранам або додатковий соціальний дохід (SSI) 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 _____	$_____	Як часто _____
☐ Приріст та втрати капіталу	Ім'я та прізвище _____	$_____	Як часто _____
☐ Виплата дивідендів Компанії повідомляють вам про цей дохід у формі IRS 1099 DIV кожного року	Ім'я та прізвище _____	$_____	Як часто _____
☐ Дохід та втрати від фермерського господарства	Ім'я та прізвище _____	$_____	Як часто _____
☐ Дохід від роботи в іншій країні	Ім'я та прізвище _____	$_____	Як часто _____
☐ Виплати відсотків (які підлягають та не підлягають оподаткуванню)	Ім'я та прізвище _____	$_____	Як часто _____
☐ Дохід від партнерств, закритих акціонерних товариств, трастів тощо, крім тих, що згадані у відповідях на питання по самостійну зайнятість вище	Ім'я та прізвище _____	$_____	Як часто _____
☐ Інші прибутки або збитки, які мають вказуватися	Ім'я та прізвище _____	$_____	Як часто _____
☐ Пенсії/Щорічний дохід/IRA	Ім'я та прізвище _____	$_____	Як часто _____
☐ Дохід на душу населення Це кошти на економічний розвиток від племені. Приклад доходу на душу населення - розподіл прибутку від ігор	Ім'я та прізвище _____	$_____	Як часто _____
☐ Пенсія робітника залізниці .	Ім'я та прізвище _____	$_____	Як часто _____
☐ Доход від ренти / Роялті Це місячний дохід від надання в оренду житла, який не було включено у дохід від самостійної зайнятості або місячний дохід від патентів або інших авторських робіт.	Ім'я та прізвище _____	$_____	Як часто _____
☐ Соціальне забезпечення	Ім'я та прізвище _____	$_____	Як часто _____
☐ Допомога безробітним	Ім'я та прізвище _____	$_____	Як часто _____

Утримання

Ми задаємо вам ці питання, тому що ці 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.
Вкажіть нижче будь-які утримання, які ви вказуєте в податковій декларації. Допустимі утримання включають, проте не обмежуються, наступне:

- Аліменти на дитину/чоловіка/дружин
- Виплати по кредиту на навчання
- Плати за репетиторів та школу
- Витрати робітника освіти
- Медичний накопичувальний рахунок
- Виплати на пенсійний рахунок до відрахування податків (за виключенням вкладів до Roth IRA)
- Витрати на переїзд з січня цього року
- Домашнє виробництво
- Деякі витрати, що відшкодовуються, на бізнес військових у запасі, діячів мистецтв або державних службовців із фіксованою оплатою праці
- Податки на самостійну зайнятість
- Пенсійний план самостійної зайнятості
- Внески у рамках медичного страхування при самостійній зайнятості
- Штраф за передчасне зняття коштів на строковому вкладі

☐ Відрахування

Тип:_____Ім'я та прізвище_____$_____Як часто _____

☐ Відрахування

Тип:_____Ім'я та прізвище_____$_____Як часто _____

☐ Відрахування

Тип:_____Ім'я та прізвище_____$_____Як часто _____

☐ Відрахування

Тип:_____Ім'я та прізвище_____$_____Як часто _____

Додаткова інформація

Чи хтось серед осіб, на яких ви подаєте заявку, потребують допомоги з однією із наступних послуг?

a. 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 такої особи: _____

Тип установи: _____

b. Надавач догляду на дому? ☐ Ні ☐ Так Якщо так, зазначте ім'я такої особи: _____

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

d. Послуги через відділ по роботі з особами, що мають інвалідність через вади розвитку? ☐ Ні ☐ Так
Якщо так, зазначте ім'я такої особи: _____

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

f. Визначення стану в рамках інвалідності, яка очікується протягом останніх 12 місяців або довше або яка може призвести до смерті? ☐ Ні ☐ Так Якщо так, зазначте ім'я такої(-их) особи(-іб): _____

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

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

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 можу змінити свою думку щодо згоди в будь-який момент у системі Washington Healthplanfinder.

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

Заява та підпис

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

Підпис _____ **Дата**_____