

Заявление для участия исключительно в программе услуг по планированию семьи для лиц, не являющихся гражданами США

<p>Имеете ли вы право на услуги FPO для лиц, не являющихся гражданами США (за счет средств штата)</p>	<p>Программа предоставления услуг FPO для лиц, не являющихся гражданами США (за счет средств штата) предназначена для тех, кто не отвечает требованиям о наличии гражданства или иммиграционного статуса, или для тех, кто отвечает таким требованием, но не проживает на территории страны в течение 5 лет. Программы FPO доступны для жителей Вашингтона с доходом, равным или ниже 260% от федерального уровня бедности (federal poverty level, FPL), независимо от пола и иммиграционного статуса, которые не имеют права на полноценные программы Apple Health и не имеют другого медицинского страхового покрытия.</p> <p>Программы FPO также доступны для застрахованных лиц, которые нуждаются в конфиденциальных услугах по планированию семьи. Вы можете подать заявку на участие в программах FPO в любое время.</p>
<p>Считаетесь ли вы резидентом штата Вашингтон?</p>	<p>Вы являетесь резидентом штата Вашингтон, если в настоящее время проживаете в штате Вашингтон и намерены проживать в нем дальше, или прибыли в штат в поисках работы, а также в связи с получением работы</p>
<p>Какие услуги покрываются страховкой?</p>	<p>Покрываемые услуги включают в себя, помимо прочего:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Комплексное профилактическое посещение специалиста по вопросу планирования семьи • Консультирование, обучение, инициирование и управление методами регулирования рождаемости (также называется контрацепцией) • Обследование на рак шейки матки • Тестирование и лечение некоторых заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) • Рецептурные и безрецептурные противозачаточные средства (регулирование рождаемости) • Стерилизационные процедуры
<p>Как подать заявление?</p>	<p>Вы можете в любое время подать заявку на участие в программах FPO у поставщика, который работает с Apple Health или же сделать это самостоятельно, позвонив по номеру 1-800-562-3022 или отправив заявку посредством:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Почты: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531 • Факса: 1-866-841-2267 • Электронной почты: apple@hca.wa.gov
<p>Какие другие виды медицинского страхования доступны в Вашингтоне?</p>	<p>Посмотрите доступные программы Apple Health, включая услуги для иммигрантов без документов и лиц, не отвечающих требованиям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hca.wa.gov/apple-health-non-citizens • hca.wa.gov/apple-health-pregnant-individuals
<p>Как заполнить раздел 1?</p>	<p>Заполните по возможности все поля. Более подробная информация по конкретным вопросам из раздела 1 заявления приведена ниже.</p>

<p>Как Управление здравоохранения (HCA) будет использовать информацию о вашем номере социального страхования (SSN)?</p>	<p>HCA использует эти данные для проверки вашего права на участие в программе, в рамках которой предполагается подтверждение ваших персональных данных, гражданства, иммиграционного статуса, даты рождения и доступности для вас других возможностей получения медицинского страхового покрытия. HCA не раскрывает эту информацию каким-либо иммиграционным органам в целях исполнения мер, предусмотренных иммиграционным законодательством.</p> <p>Подача заявления на услуги FPO для лиц, не являющихся гражданами США (за счет средств штата), не повлияет на ваш иммиграционный статус или возможность получить право постоянного проживания на территории страны или гражданство. Если у вас нет SSN, оставьте эти поля пустыми.</p>
<p>Как Управление здравоохранения (HCA) будет использовать информацию о вашем иммиграционном статусе?</p>	<p>HCA использует эти данные для проверки вашего права на участие в программе, в рамках которой предполагается подтверждение ваших персональных данных, гражданства, иммиграционного статуса, даты рождения и доступности для вас других возможностей получения медицинского страхового покрытия.</p> <p>HCA не раскрывает вашу информацию каким-либо иммиграционным органам в целях исполнения мер, предусмотренных иммиграционным законодательством.</p> <p>Право на получение услуг FPO для лиц, не являющихся гражданами США (за счет средств штата), освобождается от проверки теста на определение вероятности оказаться на государственном содержании (public charge test). Если у вас есть вопросы о том, каким образом подача заявления на услуги FPO для лиц, не являющихся гражданами США (за счет средств штата), может повлиять на ваш иммиграционный статус или возможность получить право постоянного проживания на территории страны или гражданство, свяжитесь со специалистом в области иммиграционного права.</p>
<p>Предоставляются ли при заполнении заявления услуги переводчика или услуги для лиц с ограниченными возможностями?</p>	<p>Чтобы получить помощь на другом языке (включая услуги переводчика или перевод печатных материалов) или специальное обслуживание для лиц с инвалидностью, позвоните по номеру 1-800-562-3022. Дополнительная информация: hca.wa.gov/interpreter-services.</p>
<p>Можно ли привлечь Уполномоченного представителя (AREP) при подаче заявления?</p>	<p>Да. Уполномоченный представитель (AREP) — это совершеннолетнее лицо, которому в достаточной мере известно о ваших семейных обстоятельствах и которое имеет разрешение вашей семьи на действия в ваших интересах в целях установления права на страховое покрытие. Отношения с уполномоченным представителем отличаются от партнерства с Навигатором или Брокером.</p>
<p>Какие имеются требования к доходу для участников программы FPO?</p>	<p>Ваш доход должен быть на уровне или ниже 260% от Федерального уровня бедности (FPL). Посетите hca.wa.gov/family-planning для дополнительной информации.</p>
<p>Как определяется размер домохозяйства?</p>	<p>Размер домохозяйства определяется на основании налогового статуса. Член домохозяйства — это супруг (-а) или иждивенец, за которого заявитель совместно подает декларацию о доходах или включает в нее в качестве налогового иждивенца. Если вы не подаете налоговую декларацию, то членом домохозяйства является супруг (-а) или иждивенец, проживающий в одном доме с вами.</p>

<p>Что, если у вас есть другая страховка, но вам требуются конфиденциальные услуги?</p>	<p>Вы можете иметь право на конфиденциальные услуги по планированию семьи, даже если у вас есть страховка, в случае если вы отвечаете одному из следующих исключений:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вы ищете программу, в рамках которой предоставляются конфиденциальные услуги по планированию семьи и вам 18 лет или меньше, или • Вы являетесь жертвой домашнего насилия и включены в план страхования здоровья, владельцем которого является правонарушитель. <p>Позвоните в Управление НСА по номеру 1-800-562-3022, чтобы зарегистрироваться для получения конфиденциальных услуг</p>
<p>Что, если у меня есть другая страховка?</p>	<p>Вы не имеете права на услуги FPO, если у вас есть другая страховка, покрывающая услуги по планированию семьи, за исключением случаев, когда вы нуждаетесь в конфиденциальных услугах по планированию семьи.</p>
<p>Что такое полноценное страхование Apple Health (Medicaid) и должны ли вы отказаться от своего права подачи заявки на его получение?</p>	<p>Если вы имеете право на участие в полноценной программе Apple Health, то вы сможете получать такие услуги, как стационарную и амбулаторную госпитализацию, медицинское обслуживание на дому, услуги врача-терапевта, отпуск рецептурных лекарственных препаратов, стоматологические услуги и физиотерапию.</p> <p>Мы советуем вам подать заявление на получение полноценной страховки Apple Health, чтобы получить максимальное страховое покрытие расходов и услуг, на которые вы имеете право. Дополнительную информацию о полноценном страховании Apple Health вы сможете узнать, посетив сайт hca.wa.gov/apple-health.</p> <p>Вы можете отказаться от вашего права на подачу заявки на получение полноценного страхования Apple Health, если вы не имеете права на получение услуг, и все равно получать услуги FPO.</p>
<p>Когда и как можно узнать статус заявления?</p>	<p>Заявки обрабатываются по мере их поступления в течение 45 дней. Если потребуется дополнительная информация, с вами свяжутся по телефону и/или по почте. После обработки заявления будет отправлено письмо с одобрением или отказом.</p> <p>Некоторые поставщики могут предоставлять услуги, пока вы ожидаете подачи и обработки вашего заявления.</p>
<p>Можно ли обжаловать решение о праве на участие в программе?</p>	<p>Да, вы можете подать апелляцию в течение 90 дней, если вы не согласны с решением НСА, Washington Healthplanfinder или Департамента социального обеспечения и здравоохранения (DSHS), если это влияет на ваше право на получение медицинского страхового покрытия.</p> <p>Для получения дополнительной информации о процессе подачи апелляции, посетите сайт hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid.</p>
<p>Где можно получить более подробную информацию?</p>	<p>Дополнительную информацию вы сможете найти на сайте hca.wa.gov/family-planning.</p>

Заявление для участия исключительно в программе услуг по планированию семьи для лиц, не являющихся гражданами США

Беременны ли вы в настоящее время? Да Нет Если вы ответили Да, то вы не имеете права на получение услуг по планированию семьи, но можете иметь право на медицинское страхование. Подайте заявку онлайн на wahealthplanfinder.org

Заполнив это заявление, вы подтверждаете, что подаете заявку исключительно на услуги по планированию семьи.

1. Имя и контактная информация заявителя

Имя (укажите ваше полное официальное имя)		Инициал второго имени	Фамилия	
Мужчина	Женщина		Вы являетесь резидентом штата Вашингтон?	
	Дата рождения	Номер в системе социального страхования (если он у вас есть)	Да	Нет
Адрес проживания		№ квартиры	Город	Штат
Почтовый адрес		№ квартиры	Город	Штат
Домашний/мобильный/предпочитаемый номер телефона		Номер рабочего телефона/для сообщений	Можем ли мы связаться с вами по указанным телефонам?	
			Да	Нет
Адрес электронной почты				
Есть ли у вас проблемы с речью, чтением или письмом на английском языке? Да Нет				
Нужен ли вам переводчик? Да Нет На каком языке вы говорите? _____				

Я желаю получать конфиденциальные услуги и:

Мне 18 или меньше лет; или

Я являюсь жертвой бытового насилия и включен (-а) в план медицинского страхования лица, совершившего правонарушение

Имеется ли у вас частная медицинская страховка или страховое покрытие Apple Health (Medicaid)? Да Нет

Если **Нет**, то вы можете сделать информированный выбор не подавать заявление на получение полноценного страхового покрытия Apple Health и несмотря на это продолжать иметь право на участие в программах FPO, **поставив отметку в квадрате ниже.**

Чтобы получить подробную информацию о том, как вы можете иметь право на другие виды страхового покрытия, подайте заявку на wahealthplanfinder.org

Я предпочитаю подать заявление на получение исключительно услуг по планированию семьи и делаю информированный выбор не подавать заявление на полноценное страховое покрытие Apple Health (Medicaid).

2. Ваш доход от работы по найму / самозанятости

Ваш заработок		Заработок других членов домохозяйства	
Имя или название текущего работодателя (1-я работа)	Номер телефона	Имя или название текущего работодателя (1-я работа)	Номер телефона
Валовой месячный доход до вычета налогов <i>(и/или чистый ежемесячный доход для самозанятых)</i>	Самозанятый (-ая)? Да Нет	Валовой месячный доход до вычета налогов <i>(и/или чистый ежемесячный доход для самозанятых)</i>	Самозанятый (-ая)? Да Нет
Имя или название текущего работодателя (2-я работа)	Номер телефона	Имя или название текущего работодателя (2-я работа)	Номер телефона
Валовой месячный доход до вычета налогов <i>(и/или чистый ежемесячный доход для самозанятых)</i>	Самозанятый (-ая)? Да Нет	Валовой месячный доход до вычета налогов <i>(и/или чистый ежемесячный доход для самозанятых)</i>	Самозанятый (-ая)? Да Нет

Если член домохозяйства в настоящее время трудоустроен более чем у двоих работодателей, приложите информацию на отдельном листе.
Дополнительная информация о том, как подавать сведения о доходах, приведена на сайте wahbexchange.org/how-to-report-income.

3. Прочие доходы домохозяйства

Ежемесячная сумма: Кто получает ее:

Алименты / поддержка супруга (-и)	_____	_____
Доход от аренды и/или доход от лицензионных поступлений (чистый доход)	_____	_____
Социальная помощь/пенсионное обеспечение железнодорожников	_____	_____
Пособие по безработице	_____	_____
Пенсионный доход, включая: пенсию, аннуитет и/или дистрибутивный доход IRA	_____	_____
Дивиденды, акции, паи, доход от продажи капитального имущества, доход от зарубежных источников, трастов или других видов инвестирования	_____	_____
Облагаемый налогом доход племени	_____	_____
Доход от ведения фермерского хозяйства и рыболовства (чистая прибыль)	_____	_____
Иной облагаемый налогами доход	_____	_____

4. Налоговые вычеты домохозяйства

Ежемесячная сумма: Кто платит ее:

Алименты / поддержка супруга(-и) <u>ВЫПЛАЧЕННЫЕ</u>	_____	_____
Взносы/IRA или взносы на пенсионный счет до удержания налогов	_____	_____
Проценты по студенческой ссуде	_____	_____
Расходы на переезд для служащих вооруженных сил США	_____	_____
Расходы работника сферы образования	_____	_____
Выплаты на медицинский сберегательный счет	_____	_____
Штраф за преждевременное снятие средств со срочного вклада	_____	_____
Некоторые возмещаемые расходы на бизнес	_____	_____

5. Налоговый статус

Каким будет ваш налоговый статус в этом году?	Податель налоговой декларации, не состоящий в браке	Раздельная подача деклараций супругами, состоящими в браке	Совместная подача деклараций супругами, состоящими в браке
Налоговый иждивенец по отношению к лицу из семьи	Налоговый иждивенец по отношению к лицу вне семьи	Лицо, не подающее налоговую декларацию	
Вы состоите в законном браке? Да Нет	Если да, укажите полное официальное имя вашего (-й) супруга (-и) _____ имя, инициал второго имени, фамилия		
Если вы подаете налоговую декларацию, какое количество налоговых иждивенцев вы указываете? _____			
Если нет, то сколько у вас детей? _____			

6. Недавно потерянное рабочее место

Вы увольнялись или теряли работу в течение последних 90 дней? Да Нет	Ваш муж / ваша жена увольнялся (-ась) или потерял (-а) работу в течение последних 90 дней? Да Нет
Если да, укажите название предприятия: _____	Если да, укажите название предприятия: _____
Дата последнего рабочего дня: _____	Дата последнего рабочего дня: _____

7. Расовая принадлежность / этническое происхождение

Мы просим вас добровольно сообщить нам о своей расовой принадлежности и (или) этническом происхождении. Эти сведения не будут использованы при определении вашего права на получение услуг.

Белый (-ая)	Темнокожий (-ая) либо афроамериканец (-ка)	Вьетнамец (-ка) / лаосец (-ка) / камбоджиец (-йка)
Латиноамериканец (-ка)	Американский (-ая) индеец (-ианка) либо коренной (-ая) житель (-ница) Аляски	Уроженец (-ка) других стран Азии и Тихоокеанского региона
Другое: _____	Название племени: _____	

8. Внимательно прочтите перед тем, как подписывать

Я понимаю, что:

- НСА может попросить меня предоставить доказательства для предоставленной мной информации. НСА может помочь мне в получении подтверждения или в обращении за ним к другим лицам и в другие ведомства.
- Моя информация может быть проверена учреждениями другого штата или федеральными агентствами.
- При запросе и получении льгот по медицинскому страховому покрытию я предоставляю штату Вашингтон все права на оказание любой медицинской помощи и на ее оплату любой третьей стороной.
- Я понимаю, что это заявление предназначено исключительно для получения услуг программы по планированию семьи с целью предупреждения беременности. Если мне потребуется помощь с другим видом медицинского страхования, я могу подать заявку в системе Washington Healthplanfinder (wahealthplanfinder.org). Если я нуждаюсь в денежном пособии или продовольственных талонах, то мне необходимо подать на них заявку через Отдел социального обеспечения Департамента DSHS (Community Services Office) или организацию Washington Connection (washingtonconnection.org).
- **Я обязан (-а) отвечать** на любые запросы о предоставлении дополнительной информации в течении 15 рабочих дней, либо мое заявление будет отклонено и, возможно, все расходы, понесенные поставщиком услуг по планированию семьи, будут возмещены за мой счет.

9. Право использования официального представителя (AREP)

Имя и фамилия / Организация	Номер телефона
Почтовый адрес	№ квартиры Город Штат Почтовый индекс

10. 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 заявителя

Дата

Верните заполненную форму в Управление здравоохранения (Health Care Authority) одним из следующих способов:

- Почта: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- Факс: 1-866-841-2267
- Телефон: 1-800-562-3022
- Электронная почта: apple@hca.wa.gov