

Заявление на участие в сберегательных программах Medicare Savings Programs

Перед заполнением заявления ознакомьтесь с приведенной ниже информацией.

В зависимости от вашего дохода Сберегательная программа Medicare (Medicare Savings Program, MSP) может помочь вам с оплатой страховых взносов за Medicare или других расходов, не оплачиваемых Medicare, включая франшизы, участие в страховании и доплаты.

Существует пять способов подать это заявление:

- **По почте:**
DSHS
CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- **По факсу:** 1-888-338-7410
- **Онлайн:** washingtonconnection.org
- **По телефону:** 1-877-501-2233
- **Лично:** Ящик для документов вы сможете найти в вашем местном филиале Отдела по обслуживанию населения (Community Services Office), адреса доступны на dshs.wa.gov/office-locations

1**ФИО и контактная информация заявителя**

Имя (заявитель)

Инициал среднего имени.

Фамилия и суффикс

Идентификационный номер (ID) клиента (если применимо)

Адрес, по которому вы проживаете

Город

Штат

Почтовый индекс

Поставьте отметку в этом квадрате, если у вас нет физического адреса.

Почтовый адрес (если отличается
от адреса проживания)

Город

Штат

Почтовый индекс

Основной номер телефона

Дополнительный номер телефона

Потребуется ли вам или кому-либо, за кого вы подаете заявление, услуги устного переводчика или получение документов на другом языке? Нет Да

Если да, то перевод на какой язык или альтернативный формат вам нужен? Укажите все свои нужды:

Уполномоченный представитель — 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.

Назначая уполномоченного представителя, вы даете ему разрешение на следующее:

- подписывать от вашего имени заявление;
- получать уведомления, касающиеся вашего заявления и учетной записи;
- действовать в ваших интересах по всем вопросам, касающимся вашего заявления и вашей учетной записи.

1. Вы назначите уполномоченного представителя? Нет Да

2. Разрешаете ли вы своему уполномоченному представителю получать уведомления, касающиеся вашего заявления и учетной записи?

Нет Да

3. Является ли этот уполномоченный представитель официальным опекуном? Нет Да Если да, то кого: _____

4. Есть ли у этого уполномоченного представителя доверенность? Нет Да Если да, то от кого: _____

Уполномоченный представитель, фамилия, имя / организация

Номер телефона

Почтовый адрес уполномоченного представителя

Адрес электронной почты

Перечислите себя, супруга/супругу и всех лиц, проживающих у вас на иждивении, даже если вы не подаете заявление за них (при необходимости приложите дополнительные листы бумаги).

		ЭТО Я	
Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Пол, определенный при рождении	Кем приходится вам?	Дата рождения
Номер в системе социального обеспечения (SSN):*		Вы хотите, чтобы этому лицу было предоставлено страховое покрытие?	Нет Да
Статус гражданина или не гражданина: (укажите один вариант)			
Гражданин США	Нет Да	Житель (–ница) штата Вашингтон	Нет Да
Вы принадлежите к этнической группе лиц латиноамериканского или испанского происхождения? (ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ПО ЖЕЛАНИЮ)			
Кубинец (–ка)	Мексиканец (–ка)/американец (–ка) мексиканского происхождения/чикано	Не испаноговорящая/не латиноамериканская национальность	
Другая испаноговорящая/латиноамериканская национальность		Пуэрториканец (–ка)	
Расовая принадлежность (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО — выберите до пяти вариантов, которые применимы в вашем случае)			

Американский (–ая) индеец/индианка либо коренной (–ая) житель (–ница) Аляски

Китаец (китайка)

Кореец (кореанка)

Таец (тайка)

Азиат (–ка)

Филиппинец (–ка)

Лаосец (–ка)

Вьетнамец (–ка)

Индеец (индианка)

Коренной (–ая) житель (–ница) острова Гуам

Коренные жители других островов Тихого океана

Белый (–ая)

Темнокожий (–ая) либо афроамериканец (–ка)

Гаваец (–йка)

Представитель (–ница) другой расы

Камбоджиец (–йка)

Японец (–ка)

Самоанец (–ка)

Почему мы собираем такую информацию — мы используем эту информацию, чтобы добиться равноправия в сфере здравоохранения и расширить доступ к медицинским услугам для всех людей. Предоставленная вами информация не повлияет на ваше право на получение медицинского страхового покрытия.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)		Пол, определенный при рождении		Степень родства с вами (например, супруга, ребенок)		Дата рождения	
Номер в системе социального обеспечения (SSN)*		Вы хотите, чтобы этому лицу было предоставлено страховое покрытие?		Нет		Да	
Статус гражданина или не гражданина: (укажите один вариант)							
Гражданин США	Нет	Да	Житель (–ница) штата Вашингтон	Нет	Да		
Вы принадлежите к этнической группе лиц латиноамериканского или испанского происхождения? (ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ПО ЖЕЛАНИЮ)							
Кубинец (–ка)		Мексиканец (–ка)/американец (–ка) мексиканского происхождения/чикано		Не испаноговорящая/не латиноамериканская национальность			
Другая испаноговорящая/ латиноамериканская национальность		Пуэрториканец (–ка)					

Расовая принадлежность (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО — выберите до пяти вариантов, которые применимы в вашем случае)

Американский (–ая) индеец/индианка либо коренной (–ая) житель (–ница) Аляски	Китаец (китайка)	Кореец (кореанка)	Таец (тайка)
Азиат (–ка)	Филиппинец (–ка)	Лаосец (–ка)	Вьетнамец (–ка)
Индеец (индианка)	Коренной (–ая) житель (–ница) острова Гуам	Коренные жители других островов Тихого океана	Белый (–ая)
Темнокожий (–ая) либо афроамериканец (–ка)	Гаваец (–йка)	Представитель (–ница) другой расы	
Камбоджиец (–йка)	Японец (–ка)	Самоанец (–ка)	

Почему мы собираем такую информацию — мы используем эту информацию, чтобы добиться равноправия в сфере здравоохранения и расширить доступ к медицинским услугам для всех людей. Предоставленная вами информация не повлияет на ваше право на получение медицинского страхового покрытия.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)		Пол, определенный при рождении		Степень родства с вами (например, супруга,ребенок)		Дата рождения	
Номер в системе социального обеспечения (SSN)*		Вы хотите, чтобы этому лицу было предоставлено страховое покрытие?		Нет		Да	
Статус гражданина или не гражданина: (укажите один вариант)							
Гражданин США	Нет	Да	Житель (–ница) штата Вашингтон	Нет	Да		
Вы принадлежите к этнической группе лиц латиноамериканского или испанского происхождения? (ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ПО ЖЕЛАНИЮ)							
Кубинец (–ка)		Мексиканец (–ка)/американец (–ка) мексиканского происхождения/чикано		Не испаноговорящая/не латиноамериканская национальность			
Другая испаноговорящая/ латиноамериканская национальность		Пуэрториканец (–ка)					

Расовая принадлежность (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО — выберите до пяти вариантов, которые применимы в вашем случае)

Американский (–ая) индеец/индианка либо коренной (–ая) житель (–ница) Аляски	Китаец (китаянка)	Кореец (кореанка)	Таец (тайка)
Азиат (–ка)	Филиппинец (–ка)	Лаосец (–ка)	Вьетнамец (–ка)
Индеец (индианка)	Коренной (–ая) житель (–ница) острова Гуам	Коренные жители других островов Тихого океана	Белый (–ая)
Темнокожий (–ая) либо афроамериканец (–ка)	Гаваец (–йка)	Представитель (–ница) другой расы	
Камбоджиец (–йка)	Японец (–ка)	Самоанец (–ка)	

Почему мы собираем такую информацию — мы используем эту информацию, чтобы добиться равноправия в сфере здравоохранения и расширить доступ к медицинским услугам для всех людей. Предоставленная вами информация не повлияет на ваше право на получение медицинского страхового покрытия.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Пол, определенный при рождении	Степень родства с вами (например, супруга,ребенок)	Дата рождения
Номер в систем социального обеспечения (SSN)* Вы хотите, чтобы этому лицу было предоставлено страховое покрытие? Нет Да			
Статус гражданина или не гражданина: (укажите один вариант)			
Гражданин США	Нет Да	Житель (–ница) штата Вашингтон	Нет Да

Вы принадлежите к этнической группе лиц латиноамериканского или испанского происхождения? (ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ПО ЖЕЛАНИЮ)

Кубинец (–ка)	Мексиканец (–ка)/американец (–ка) мексиканского происхождения/чикано	Не испаноговорящая/не латиноамериканская национальность
Другая испаноговорящая/ латиноамериканская национальность		Пуэрториканец (–ка)

Расовая принадлежность (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО — выберите до пяти вариантов, которые применимы в вашем случае)

Американский (–ая) индеец/индианка либо коренной (–ая) житель (–ница) Аляски	Китаец (китаянка)	Кореец (кореанка)	Таец (тайка)
Азиат (–ка)	Филиппинец (–ка)	Лаосец (–ка)	Вьетнамец (–ка)
Индеец (индианка)	Коренной (–ая) житель (–ница) острова Гуам	Коренные жители других островов Тихого океана	Белый (–ая)
Темнокожий (–ая) либо афроамериканец (–ка)	Гаваец (–йка)	Представитель (–ница) другой расы	
Камбоджиец (–йка)	Японец (–ка)	Самоанец (–ка)	

Почему мы собираем такую информацию — мы используем эту информацию, чтобы добиться равноправия в сфере здравоохранения и расширить доступ к медицинским услугам для всех людей. Предоставленная вами информация не повлияет на ваше право на получение медицинского страхового покрытия.

Имя (имя, среднее имя, фамилия)	Пол, определенный при рождении	Степень родства с вами (например, супруга,ребенок)	Дата рождения
Номер в системе социального обеспечения (SSN)* Вы хотите, чтобы этому лицу было предоставлено страховое покрытие? Нет Да			

Статус гражданина или не гражданина: (укажите один вариант)

Гражданин США Нет Да Житель (–ница) штата Вашингтон Нет Да

Вы принадлежите к этнической группе лиц латиноамериканского или испанского происхождения?
(ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ПО ЖЕЛАНИЮ)

Кубинец (–ка) Мексиканец (–ка)/американец (–ка) Не испаноговорящая/не
мексиканского происхождения/чикано латиноамериканская национальность

Другая испаноговорящая/
латиноамериканская национальность Пуэрториканец (–ка)

Расовая принадлежность (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО — выберите до пяти вариантов, которые применимы в вашем случае)

Американский (–ая) индеец/индианка либо коренной (–ая) житель (–ница) Аляски	Китаец (китайка)	Кореец (кореанка)	Таец (тайка)
Азиат (–ка)	Филиппинец (–ка)	Лаосец (–ка)	Вьетнамец (–ка)
Индеец (индианка)	Коренной (–ая) житель (–ница) острова Гуам	Коренные жители других островов Тихого океана	Белый (–ая)
Темнокожий (–ая) либо афроамериканец (–ка)	Гаваец (–йка)	Представитель (–ница) другой расы	
Камбоджиец (–йка)	Японец (–ка)	Самоанец (–ка)	

Почему мы собираем такую информацию — мы используем эту информацию, чтобы добиться равноправия в сфере здравоохранения и расширить доступ к медицинским услугам для всех людей. Предоставленная вами информация не повлияет на ваше право на получение медицинского страхового покрытия.

***НСА не раскрывает эту информацию каким-либо иммиграционным органам в целях исполнения мер, предусмотренных иммиграционным законодательством. Если у вас нет SSN, оставьте это поле пустым.**

4

Информация о медицинском страховом покрытии

Имеет право на получение или получает: Medicare Часть А

Отметьте все применимые пункты.

Заявитель (–ница) Нет Да Номер в Medicare: _____

Супруг (–а) Нет Да Номер в Medicare: _____

Другое лицо Нет Да Номер в Medicare: _____

Имеет право на получение или получает: Medicare Часть В

Отметьте все применимые пункты.

Заявитель (–ница) Нет Да Номер в Medicare: _____

Супруг (–а) Нет Да Номер в Medicare: _____

Другое лицо Нет Да Номер в Medicare: _____

У меня/нас есть иной план медицинского страхования Нет Да

Если да, то какой у вас страховой план и на кого он распространяется?

Выплачивали ли вы страховые взносы за части А или В программы Medicare в последние 3 месяца? Нет Да

Если да, то расскажите, за какие месяцы

5

Доход

Укажите свой доход и доход вашего супруга/вашей супруги, проживающего/проживающей вместе с вами (если это применимо в вашем случае). Укажите размер дохода до вычетов (таких как налоги и взносы по страхованию). Доход складывается, в частности, из следующего:

- Зарботки
- Доходы от индивидуальной трудовой и предпринимательской деятельности
- Коммиссионные вознаграждения
- Сдача в аренду комнаты с питанием/сдача жилья в аренду
- Льготы железнодорожника
- Пособие по социальному обеспечению
- Пособия для ветеранов
- Алименты
- Пособие по безработице или компенсационные выплаты работникам
- Доход племени*
- SSI/государственные пособия
- Ренты/пенсии
- Дивиденды и проценты
- Другое

*Сверьтесь с информационной таблицей на тему дохода племени, чтобы узнать, учитывается ли получаемый вами доход племени: hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf

Имя	Работодатель или источник дохода	Сумма до вычетов	Периодичность получения?

6

Регистрация для голосования на выборах

Департамент предлагает услуги по регистрации избирателей, в том числе автоматическую регистрацию избирателей.

Регистрация в качестве избирателя или отказ от регистрации в качестве избирателя не повлияет на объем обслуживания или на ваше право на льготные условия обслуживания, которые вы можете получать в данном учреждении. Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы поможем вам. Решение о том, обращаться ли за помощью или принять ее, остается за вами. Вы можете заполнить форму регистрации в качестве избирателя самостоятельно в условиях конфиденциальности. Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию или на отказ регистрироваться в качестве избирателя, ваше право на частную жизнь в части принятия решения в отношении регистрации или подачи запроса на регистрацию в качестве избирателя, или оказал влияние на ваше право выбора определенной политической партии или на право следования собственным политическим предпочтениям, вы можете подать жалобу по почте по адресу:

Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, по электронной почте по адресу: elections@sos.wa.gov, или позвонить по телефону 1-800-448-4881.

Вы хотите зарегистрироваться для голосования или обновить ваши регистрационные данные избирателя? Нет Да

Если вы не поставите отметки ни в одном из двух приведенных выше полей, мы будем считать, что вы приняли решение не регистрироваться в качестве избирателя в настоящее время; исключениями являются случаи, в которых вы имеете право на автоматическую регистрацию избирателя и не отказываетесь от нее.

Если вы не отметили опцию «Нет» выше, возможно, вы имеете право на автоматическую регистрацию избирателя. Вы имеете право на автоматическую регистрацию избирателя, если на момент проведения следующих выборов вы будете в возрасте не менее 18 лет, вы являетесь гражданином Соединенных Штатов Америки, и Департамент DSHS располагает такими вашими данными: полное имя, адрес проживания и почтовый адрес, дата рождения, подтвержденная информация о гражданстве; при этом достоверность информации в настоящем заявлении подтверждена вашей подписью.

Желаете ли вы автоматически зарегистрироваться в качестве избирателя? Нет Да

Если вы отметили поле с отметкой «Да», или же если вы не отметили ни одно поле, но, при этом, вы удовлетворяете применимым требованиям и можете быть автоматически зарегистрированными в качестве избирателя, Департамент DSHS направит вашу информацию в Офис Секретаря штата, где вы будете автоматически зарегистрированы в качестве избирателя.

7

Перед тем, как подписывать, внимательно прочтите

Я понимаю, что:

- Я обязан (-а) незамедлительно сообщать данному ведомству и его уполномоченным представителям письменно или по телефону обо всех изменениях моего статуса и обстоятельств. Несвоевременное сообщение о таких изменениях может привести к ошибкам в выделении льгот.
- Мой статус и обстоятельства подлежат проверке со стороны данного ведомства и других федеральных ведомств и ведомств штата.
- Для получения содействия мне будет необходимо представить, по запросу, соответствующие подтверждения. Данное ведомство или его уполномоченный представитель могут помочь мне в получении подтверждения или в обращении за ним к другим лицам и в другие ведомства.
- При запросе и получении льгот медицинского обслуживания, я предоставляю штату Вашингтон все права на оказание любой медицинской помощи и на перечисление любым третьим сторонам оплаты за полученные медицинские услуги.

Чтобы оставить комментарии или предоставить дополнительную информацию, приложите отдельный лист.

8

Декларация и подпись (-и)

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/заявительницы

Дата

Подпись лица, оказавшего содействие в заполнении заявления (если это применимо) Организация

Дата

Управление здравоохранения (HCA) и Департамент социального обеспечения и здравоохранения (DSHS) соблюдают все применимые федеральные законы и законы штата Вашингтон в отношении гражданских прав и обязуются обеспечивать равный доступ к своим услугам. Если вам потребуются специальные услуги или документы в другом формате или на другом языке, позвоните по телефону 1-877-501-2233.