

Заява на участь у програмах заощаджень Medicare (Medicare Savings Programs)

Прочитайте наступне, перш ніж заповнювати заяву.

Залежно від вашого доходу програма Medicare Savings (MSP) може допомогти сплатити ваші внески Medicare або інші витрати, які не оплачує програма Medicare, включаючи франшизи, співстрахування та доплати.

Є п'ять способів подати цю заяву:

- **Поштова адреса:**
DSHS
CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- **Факс:** 1-888-338-7410
- **Онлайн:** washingtonconnection.org
- **Телефон:** 1-877-501-2233
- **Особисто:** Знайдіть скриньку в місцевому офісі громадських послуг за адресою dshs.wa.gov/office-locations

1

Ім'я та контактні дані заявника

Ім'я (Я сам)

ДРУГИЙ ІНІЦІАЛ

Прізвище та суфікс

Ідентифікаційний номер клієнта (якщо застосовно)

Адреса мешкання

Місто

Штат

Поштовий індекс

Відмітьте це поле, якщо у вас немає фізичної адреси

Поштова адреса (якщо відрізняється)

Місто

Штат

Поштовий індекс

Основний номер телефону

Додатковий номер телефону

Вам чи будь-кому, на кого ви подасте заявку, потрібен буде перекладач чи отримання документів іншою мовою?

Ні

Так

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

Уповноваженим представником може бути будь-яка доросла особа, яка обізнана у побутових умовах родинного помешкання та має право, надане їй родиною, що проживає у помешканні, діяти від імені родини при вирішенні правових питань.

Призначаючи уповноваженого представника, ви даєте своєму представникові дозвіл:

- Підписувати заяву від вашого імені;
- Отримувати повідомлення, пов'язані з вашою заявою та рахунком; та
- Діяти від вашого імені стосовно всіх питань, пов'язаних із заявою та рахунком.

1. Чи призначаєте ви уповноваженого представника? Ні Так

2. Чи ви хочете, щоб ваш уповноважений представник отримував повідомлення, пов'язані з вашою заявою та рахунком?

Ні Так

3. Чи виконує цей уповноважений представник офіційну опіку? Ні Так Якщо так, то хто: _____

4. Чи має довіреність цей уповноважений представник? Ні Так Якщо так, то хто: _____

Ім'я та прізвище уповноваженого представника / Організація

Номер телефону

Поштова адреса уповноваженого представника

Адреса електронної пошти

Вкажіть себе, чоловіка/дружину та утриманців, які проживають з вами, навіть якщо ви не надаєте для них заяву (при необхідності додайте додаткові аркуші).

Я САМ

Ім'я (і'мя, по батькові, прізвище)

Стать, визначена при народженні

Відношення до вас?

Дата народження

Номер у системі соціального забезпечення (SSN)*

Чи бажаєте ви отримувати страхове покриття за цю особу?

Ні Так

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

Ви громадянин США? Ні Так

Ви резидент штату Вашингтон? Ні Так

Ви південноамериканського, латиноамериканського або іспанського походження? (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)

Кубинець

Мексиканець/американець
мексиканського походження/чікано

Людина не іспанського
/латиноамериканського походження

Інша людина іспанського/латиноамериканського походження

Пуерториканець

Раса (НЕОБОВ'ЯЗКОВО – виберіть до п'яти відповідних)

Американський індіанець
або корінний мешканець Аляски

Китаєць

Корєць

Таєць

Азіат

Філіппінець

Лаосець

В'єтнамець

Індус

Гуаманієць

Інший представник народів
Тихоокеанських островів

Білошкірий

Темношкірий або афроамериканець

Гаваєць

Представник іншої раси

Камбоджієць

Японець

Самоанець

Навіщо ми збираємо цю інформацію – Ми використовуємо цю інформацію, щоб стимулювати рівноправ'я у сфері охорони здоров'я та розширити доступ до медичної допомоги для всіх людей. Надана вами інформація не вплине на ваші права щодо отримання страхового покриття.

Ім'я (і'мя, по батькові, прізвище)	Стать, визначена при народженні	Відношення до вас (наприклад, чоловік/дружина, дитина)	Дата народження
Номер соціального забезпечення (SSN)*	Чи бажаєте ви отримувати страхове покриття за цю особу?	Ні	Так

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

Ви громадянин США? Ні Так Ви резидент штату Вашингтон? Ні Так

Ви південноамериканського, латиноамериканського або іспанського походження? (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)

Кубинець	Мексиканець/американець мексиканського походження/чікано	Людина не іспанського/латиноамериканського походження
Інша людина іспанського/латиноамериканського походження	Пуерториканець	

Раса (НЕОБОВ'ЯЗКОВО – виберіть до п'яти відповідних)

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

Навіщо ми збираємо цю інформацію – Ми використовуємо цю інформацію, щоб стимулювати рівноправ'я у сфері охорони здоров'я та розширити доступ до медичної допомоги для всіх людей. Надана вами інформація не вплине на ваші права щодо отримання страхового покриття.

Ім'я (і'мя, по батькові, прізвище)	Стать, визначена при народженні	Відношення до вас (наприклад, чоловік/дружина, дитина)	Дата народження
Номер соціального забезпечення (SSN)*	Чи бажаєте ви отримувати страхове покриття за цю особу?	Ні	Так

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

Ви громадянин США? Ні Так Ви резидент штату Вашингтон? Ні Так

Ви південноамериканського, латиноамериканського або іспанського походження? (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)

Кубинець	Мексиканець/американець мексиканського походження/чікано	Людина не іспанського/латиноамериканського походження
Інша людина іспанського/латиноамериканського походження	Пуерториканець	

Раса (НЕОБОВ'ЯЗКОВО – виберіть до п'яти відповідних)

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

Навіщо ми збираємо цю інформацію – Ми використовуємо цю інформацію, щоб стимулювати рівноправ'я у сфері охорони здоров'я та розширити доступ до медичної допомоги для всіх людей. Надана вами інформація не вплине на ваші права щодо отримання страхового покриття.

Ім'я (імя, по батькові, прізвище)	Стать, визначена при народженні	Відношення до вас (наприклад, чоловік/дружина, дитина)	Дата народження
-----------------------------------	---------------------------------	--	-----------------

Номер соціального забезпечення (SSN)*	Чи бажаєте ви отримувати страхове покриття за цю особу?	Ні	Так
---------------------------------------	---	----	-----

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

Ви громадянин США?	Ні	Так	Ви резидент штату Вашингтон?	Ні	Так
--------------------	----	-----	------------------------------	----	-----

Ви південноамериканського, латиноамериканського або іспанського походження? (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)

Кубинець	Мексиканець/американець мексиканського походження/чікано	Людина не іспанського/латиноамериканського походження
Інша людина іспанського/латиноамериканського походження	Пуерториканець	

Раса (НЕОБОВ'ЯЗКОВО – виберіть до п'яти відповідних)

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

Навіщо ми збираємо цю інформацію – Ми використовуємо цю інформацію, щоб стимулювати рівноправ'я у сфері охорони здоров'я та розширити доступ до медичної допомоги для всіх людей. Надана вами інформація не вплине на ваші права щодо отримання страхового покриття.

Ім'я (імя, по батькові, прізвище)	Стать, визначена при народженні	Відношення до вас (наприклад, чоловік/дружина, дитина)	Дата народження
-----------------------------------	---------------------------------	--	-----------------

Номер соціального забезпечення (SSN)*	Чи бажаєте ви отримувати страхове покриття за цю особу?	Ні	Так
---------------------------------------	---	----	-----

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

Ви громадянин США? Ні Так Ви резидент штату Вашингтон? Ні Так

Ви південноамериканського, латиноамериканського або іспанського походження? (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)

Кубинець	Мексиканець/американець мексиканського походження/чікано	Людина не іспанського/ латиноамериканського походження
Інша людина іспанського/ латиноамериканського походження	Пуерториканець	

Раса (НЕОБОВ'ЯЗКОВО - виберіть до п'яти відповідних)

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

Навіщо ми збираємо цю інформацію – Ми використовуємо цю інформацію, щоб стимулювати рівноправ'я у сфері охорони здоров'я та розширити доступ до медичної допомоги для всіх людей. Надана вами інформація не вплине на ваші права щодо отримання страхового покриття.

***НСА не передає цю інформацію жодній імміграційній службі для примусового застосування до вас імміграційних законів. Залиште це поле порожнім, якщо у вас немає номера SSN.**

4

Інформація про надання медичного покриття

Має право на отримання або отримує: Medicare, частина А

Відмітьте всі застосовні пункти.

Я сам Ні Так номер Medicare _____

Чоловік/дружина Ні Так номер Medicare _____

Інше Ні Так номер Medicare _____

Має право на отримання або отримує: Medicare, частина В

Відмітьте всі застосовні пункти.

Я сам Ні Так номер Medicare _____

Чоловік/дружина Ні Так номер Medicare _____

Інше Ні Так номер Medicare _____

Я/ми маю/маємо інший план медичного страхування Ні Так

Якщо так, який страховий план, та на кого він розповсюджується?

Чи виплачували ви страхові внески за частинами А або В програми Medicare в останні 3 місяці? Ні Так

Якщо так, скажіть, які місяці

5

Дохід

Вкажіть дохід для вас і вашого чоловіка/дружини, які проживають з вами (якщо застосовно). Зазначте розмір доходу до відрахувань (наприклад, податки та страхові внески). Дохід включає, але не обмежується наступним:

- Заробітна платня
- Пільги соціального забезпечення
- Додатковий соціальний дохід (SSI)/Соціальна допомога
- Дохід від самостійної та підприємницької діяльності
- Пільги для ветеранів
- Пенсійні допомоги/Пенсія
- Комісійні винагороди
- Аліменти
- Дивіденди й відсотки
- Надання кімнат в оренду (з харчуванням) /надання нерухомості в оренду
- Допомога безробітним або компенсація робітникам
- Інше
- Пільги для залізничників
- Племінні надходження*

*Перегляньте довідку щодо племінних доходів, щоб дізнатися, чи підлягає підрахунку ваш племінний дохід:
hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf

Прізвище та ім'я	Роботодавець або джерело доходу	Сума до відрахувань	Періодичність отримання?

6

Реєстрація осіб, які мають право голосу

Департамент пропонує послуги з реєстрації осіб, у тому числі автоматичну реєстрацію осіб із правом голосу.

Якщо ви подасте заяву на реєстрацію або відмову від реєстрації на участь у голосуванні, це не вплине на послуги або розмір пільг, які ви можете отримувати від цієї агенції. Якщо вам потрібна допомога під час заповнення заяви на реєстрацію особи, яка голосує, ми допоможемо вам. Рішення щодо того, просити чи приймати допомогу, приймає ви. Ви можете заповнити форму реєстрації особи, яка голосує, приватно. Якщо ви вважаєте, що хтось втручається у ваше право на реєстрацію або відмову від реєстрації для голосування, ваше право на приватність у прийнятті рішення щодо реєстрації або поданні заяви на реєстрацію для голосування, або ваше право на вибір вашої власної політичної партії чи інші політичні уподобання, ви можете заповнити скаргу за адресою:

Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, email: elections@sos.wa.gov, або зателефонувати за номером 1-800-448-4881.

Чи бажаєте ви зареєструватися для голосування або поновити вашу реєстрацію для голосування? Ні Так

Якщо ви не відмітили жодного пункту, ми вважатимемо, що ви вирішили цього разу не реєструватися для голосування, за виключенням випадків, якщо ви маєте право на автоматичну реєстрацію для участі в голосуванні осіб із правом голосу і не відмовляєтеся від такого права.

Якщо ви не відмітили «Ні» вище, ви можете бути автоматично зареєстрованими для участі в голосуванні. Ви маєте право на автоматичну реєстрацію для участі в голосуванні, якщо на момент наступних виборів вам виповниться принаймні 18 років, ви є громадянином Сполучених Штатів Америки, і в організації DSHS є ваше ім'я, адреса мешкання й поштова адреса, дата народження, дані, які підтверджують наявність у вас громадянства, а також ваш підпис, що підтверджує правдивість інформації, наданої в цій заяві.

Чи бажаєте ви автоматично зареєструватися для голосування? Ні Так

Якщо ви відмітили варіант відповіді «Так», або якщо ви не відмітили жодного варіанту відповіді, і при цьому, ви маєте право на автоматичну реєстрацію для участі в голосуванні, організація DSHS направить вашу інформацію до Офісу Секретаря штату, і ви будете автоматично зареєстровані для участі в голосуванні.

7

Перед тим, як підписати, уважно прочитайте

Я розумію, що:

- Я зобов'язаний(-на) негайно доповідати цій установі та її уповноваженим представникам у письмовому вигляді або телефоном про будь-які зміни у моєму статусі або обставинах. Несвоєчасні повідомлення про такі зміни можуть призвести до помилок у процесі розподілу пільг.
- Мій статус та обставини підлягають перевірці з боку цієї установи та інших установ федерального рівня та рівня штату.
- Для отримання допомоги я маю надати, у відповідь на запити, необхідні підтвердження. Ця установа або її уповноважений представник можуть допомогти мені отримати підтвердження або звернутися за ними до інших осіб або в інші установи.
- Запитуючи та отримуючи допомогу щодо медичного обслуговування, я передаю штату Вашингтон всі права на будь-яку медичну допомогу і на будь-які виплати третій стороні стосовно медичної допомоги.

Щоб поділитися коментарями або додати більше інформації, прикріпіть додатковий аркуш.

8

Заява та підпис(и)

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

Підпис заявника

Дата

Підпис особи, яка допомагала заявнику (якщо застосовно)

Організація

Дата

Управління охорони здоров'я (HCA) та DSHS дотримуються всіх відповідних федеральних законів, а також законів штату Вашингтон про громадянські права та зобов'язуються надавати рівний доступ до наших послуг. Якщо вам необхідна допомога, або вам потрібні документи у іншому форматі або на іншій мові, зателефонуйте за номером 1-877-501-2233.