

## Заявление для участия исключительно в программе услуг по планированию семьи

<p>Имеете ли вы право на участие в программах услуг исключительно по планированию семьи (Family Planning Only, FPO)?</p>	<p>Программы FPO доступны жителям Вашингтона с доходом в размере 260% от федерального уровня бедности (federal poverty level, FPL) или менее, независимо от пола и иммиграционного статуса, которые не имеют права на полноценные программы Apple Health и не имеют другого медицинского страхового покрытия. Застрахованные клиенты, которые нуждаются в конфиденциальных услугах по планированию семьи, могут подать заявку на участие в программах FPO.</p>
<p>Какие услуги покрываются страховкой?</p>	<p>Покрываемые услуги включают в себя, помимо прочего:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Комплексное профилактическое посещение специалиста по вопросу планирования семьи</li> <li>• Консультирование, обучение, инициирование и управление методами регулирования рождаемости и контрацепции</li> <li>• Обследование на рак шейки матки</li> <li>• Тестирование и лечение некоторых заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП)</li> <li>• Рецептурные и безрецептурные противозачаточные средства</li> <li>• Стерилизационные процедуры</li> </ul>
<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.</p>
<p>Как заполнить раздел 1?</p>	<p>Этот раздел должен быть заполнен полностью, в соответствии с имеющейся у заявителя информацией и во всей ее полноте. Более подробная информация по конкретным вопросам из раздела 1 заявления приведена ниже в этом документе.</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.</p>
<p>Можно ли привлечь Уполномоченного представителя (AREP) при подаче заявления?</p>	<p>Уполномоченный представитель (AREP) — это совершеннолетнее лицо, которое находится в курсе ваших семейных обстоятельств и имеет разрешение вашей семьи на действия в ваших интересах в целях установления права на страховое покрытие. Отношения с уполномоченным представителем отличаются от партнерства с Навигатором или Брокером.</p>
<p>Какие имеются требования к доходу?</p>	<p>Ваш доход должен быть на уровне или ниже 260% от Федерального уровня бедности (FPL). Посетите <a href="https://hca.wa.gov/family-planning">hca.wa.gov/family-planning</a> для получения 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 вам не надо подавать налоговую декларацию, то членом домохозяйства является супруг (-а) или иждивенец, проживающий в одном доме с вами.</p>
<p>Считаетесь ли вы резидентом штата Вашингтон?</p>	<p>Жителями штата Вашингтон считаются лица, которые в настоящее время проживают в штате Вашингтон и намерены проживать в нем дальше, или прибыли в штат в поисках работы, а также те, кто прибыл в штат в связи с получением работы.</p>
<p>Что, если вам нужны конфиденциальные услуги?</p>	<p>Застрахованные лица могут иметь право на конфиденциальные услуги по планированию семьи, если вы подпадаете под одно из этих исключений: обращаетесь за конфиденциальными услугами по планированию семьи в возрасте 18 лет или младше; ИЛИ вы являетесь жертвой бытового насилия и застрахованы в рамках медицинской страховки правонарушителя.</p>
<p>Что, если у вас есть другая страховка?</p>	<p>Вы не имеете права на услуги FPO, если у вас есть другая страховка, за исключением случаев, когда вы нуждаетесь в конфиденциальных услугах по планированию семьи.</p>

<p><b>Как Управление здравоохранения (HCA) будет использовать информацию о вашем номере социального страхования (SSN) или иммиграционном статусе?</b></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.</p> <p>Если у вас нет номера в системе социального страхования (SSN) или иммиграционного документа, оставьте эти поля пустыми.</p>
<p><b>Что такое полноценное страхование Apple Health (Medicaid) и должны ли вы отказаться от своего права подачи заявки на его получение?</b></p>	<p>Если вы имеете право на участие в полноценной программе Apple Health, вы имеете право на все обязательные для вас услуги, такие как (помимо прочего) стационарную и амбулаторную госпитализацию, медицинское обслуживание на дому, услуги врача-терапевта, а также на дополнительные услуги, такие как отпуск рецептурных лекарственных препаратов, стоматологические услуги и физиотерапия. В ваших интересах подать заявление на получение полноценной страховки Apple Health (Medicaid), чтобы получить максимальное страховое покрытие расходов и услуг, на которые вы имеете право.</p> <p>Дополнительную информацию о полноценном страховании Apple Health вы сможете узнать, посетив сайт <a href="https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage">https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage</a>.</p>
<p><b>Доступна ли информация о регистрации участника голосования?</b></p>	<p>Национальный закон о регистрации избирателей от 1973 года требует от всех штатов предоставления избирателям содействия в регистрации для голосования на выборах через соответствующие агентства по предоставлению государственной помощи. Подача заявки на регистрацию для голосования или отказ от регистрации для голосования на выборах не повлияют на услуги и объем льгот от данного ведомства. Вы можете зарегистрироваться для голосования на веб-сайте <a href="http://vote.wa.gov">vote.wa.gov</a> или заказать форму регистрации для голосующего, позвонив по номеру телефона 1-800-448-4881.</p>
<p><b>Как и когда вы узнаете о статусе вашей заявки?</b></p>	<p>Заявки обрабатываются по мере их поступления в течение 45 дней. Если потребуется дополнительная информация, с заявителями свяжутся по телефону и/или по почте. После обработки запроса будет отправлено письмо с одобрением или отказом. Некоторые поставщики могут предоставлять услуги, пока вы ожидаете подачи и обработки вашего заявления.</p>
<p><b>Сможете ли вы обжаловать решение о вашем соответствии требованиям?</b></p>	<p>Да, вы можете подать апелляцию в течение 90 дней, если не согласны с решением HCA, Washington Healthplanfinder или Департамента социального обеспечения и здравоохранения, которое влияет на ваше право на получение медицинской страховки. Для получения дополнительной информации о процессе подачи апелляции, посетите сайт <a href="http://hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid">hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid</a>.</p>
<p><b>Какие другие услуги по планированию семьи доступны в штате Вашингтон?</b></p>	<p>Сеть программ по планированию семьи Департамента здравоохранения штата Вашингтон предлагает полный спектр услуг планирования семьи. Получите более подробную информацию, посетив сайт <a href="http://doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices">doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices</a>.</p>
<p><b>Какие другие виды медицинского страхования доступны в штате Вашингтон?</b></p>	<p>Посмотрите другие доступные программы Washington Apple Health, включая услуги для иммигрантов без документов и не отвечающих требованиям, а также услуги ухода за беременными, на сайте <a href="http://hca.wa.gov/apple-health">hca.wa.gov/apple-health</a>.</p>
<p><b>Где можно получить более подробную информацию?</b></p>	<p>Дополнительную информацию вы сможете найти на сайте <a href="http://hca.wa.gov/family-planning">hca.wa.gov/family-planning</a>.</p>

## Заявление для участия исключительно в программе услуг по планированию семьи

Беременны ли вы в настоящее время? Да Нет Если вы ответили Да, то вы не имеете права на получение услуг планирования семьи, но можете иметь право на медицинское страхование. Подайте заявку онлайн на [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)

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

### 1. Контактная информация заявителя

Имя (укажите ваше полное официальное имя)		Второе имя или отчество	Фамилия	
Мужчина	Женщина	Дата рождения	Номер в системе социального страхования	Вы проживаете в Вашингтоне? Да Нет
Ваш адрес проживания		Номер квартиры	Город	Штат Почтовый индекс
Почтовый адрес		Номер квартиры	Город	Штат Почтовый индекс
Домашний/сотовый/предпочитаемый номер		Рабочий/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 по-английски?		Да Нет		
Нужен ли вам переводчик?		Да Нет На каком языке вы говорите?		

Имеется ли у вас частная медицинская страховка или страховое покрытие Apple Health (Medicaid)? Да Нет  
Если вы ответили Да, то вы не имеете права на получение услуг планирования семьи, кроме тех случаев, если вы отвечаете одному из перечисленных ниже исключений:

Я ищу программу, в рамках которой предоставляются конфиденциальные услуги по планированию семьи и мне 18 лет или меньше;  
ИЛИ

Я являюсь жертвой домашнего насилия, включенной в план страхования здоровья, владельцем которого является правонарушитель. (перейдите к разделу (2), если вы отметили одно из двух полей выше)

Было ли вам отказано в получении полноценного страхового покрытия Apple Health (Medicaid) через [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org) за последние 30 дней? Да Нет

**Если да,** остановитесь здесь и перейдите в раздел (9). Если в вашем домохозяйстве произошли какие-либо изменения с тех пор, как вам было отказано в получении страхового покрытия Apple Health (Medicaid), перейдите в раздел (2), чтобы завершить заполнение вашего заявления.

Если нет, то вы должны подать заявление на получение страховки на [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org) (кроме тех случаев, если вы отвечаете одному или обоим исключениям или делаете информированный выбор не подавать заявку на полное страховое покрытие Apple Health (Medicaid)).

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

## 2. Гражданство и иммиграционный статус

Статус гражданина или не гражданина: (укажите один вариант):

Гражданин США или подданный США

Не гражданин США, пребывающий на территории США на законных основаниях

Другой вариант

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

Тип иммиграционного документа	Номер «А»	Номер квитанции или другой номер	
Номер паспорта другой страны	Страна проживания	Дата прибытия	Документ действителен до

## 3. Ваш доход от работы по найму / самозанятости

### Ваш заработок

Имя или название текущего работодателя (1-я работа)

Номер телефона

Валовой месячный доход до вычета налогов

(и/или чистый ежемесячный доход для самозанятых)

Самозанятый (-ая)?

Да Нет

Имя или название текущего работодателя (2-я работа)

Номер телефона

Валовой месячный доход до вычета налогов

(и/или чистый ежемесячный доход для самозанятых)

Самозанятый (-ая)?

Да Нет

### Заработок других членов домохозяйства

Имя или название текущего работодателя (1-я работа)

Номер телефона

Валовой месячный доход до вычета налогов

(и/или чистый ежемесячный доход для самозанятых)

Самозанятый (-ая)?

Да Нет

Имя или название текущего работодателя (2-я работа)

Номер телефона

Валовой месячный доход до вычета налогов

(и/или чистый ежемесячный доход для самозанятых)

Самозанятый (-ая)?

Да Нет

Если член домохозяйства в настоящее время трудоустроен у более, чем двух работодателей, приложите информацию на отдельном листе.

Дополнительная информация о том, как подавать сведения о доходах, приведена на сайте [wahbexchange.org/how-to-report-income](http://wahbexchange.org/how-to-report-income).

## 4. Прочие доходы домохозяйства

Ежемесячная сумма: Кто получает это:

Алименты / поддержка супруга (-и)

Аренда 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

## 5. Налоговые вычеты домохозяйства

Ежемесячная сумма: \_\_\_\_\_ Кто является плательщиком: \_\_\_\_\_

Алименты / поддержка супруга(-и) ВЫПЛАЧЕННЫЕ \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

## 6. 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 декларации 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?

Если да, укажите полное официальное имя вашего (-й) супруга (-и) \_\_\_\_\_

Да Нет

имя, второе имя, фамилия

Если вы подаете налоговую декларацию, какое количество налоговых иждивенцев вы указываете? \_\_\_\_\_

Если вы не подаете налоговую декларацию, сколько у вас детей? \_\_\_\_\_

## 7. Последнее потерянное рабочее место

Вы оставили или потеряли работу в течение последних 90 дней?

Да Нет

Ваш (-а) муж /жена оставил (-а) 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: \_\_\_\_\_

## 8. 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

Вьетнамец (-ка) / лаосец (-ка) /

Латиноамериканец (-ка)

афроамериканец (-ка)

камбоджиец (-йка)

Американский индеец либо

Уроженец (-ка) других стран Азии

коренной житель Аляски

и Тихоокеанского региона

Другое: \_\_\_\_\_

Название племени: \_\_\_\_\_

## 9. Внимательно прочтите перед тем, как подписывать

---

Я понимаю, что:

- HCA может попросить меня предоставить доказательства для предоставленной мной информации. HCA может помочь мне в получении подтверждения или в обращении за ним к другим лицам и в другие ведомства.
- Моя информация может быть проверена в другом штате или федеральными агентствами. Эта информация НЕ будет направлена Таможенную и Иммиграционную Службу США (USCIS).
- При запросе и получении льгот по медицинскому обслуживанию я предоставляю штату Вашингтон все права на оказание любой медицинской помощи и на ее оплату любой третьей стороной.
- Я понимаю, что это заявление предназначено для получения услуг программы планирования семьи и только с целью предупреждения беременности. Если мне потребуется помощь с другим видом медицинского страхования, я могу подать заявку на интерактивном рынке медицинского страхования Washington Healthplanfinder ([wahealthplanfinder.org](http://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](http://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.

## 10. Использование услуг официального представителя (AREP), по желанию заявителя

---

Имя / Организация

Номер телефона

Почтовый адрес

Номер  
квартиры

Город

Штат

Почтовый индекс

## 11. 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) следующим способом:**

---

- **Почтовый адрес:** HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- **Телефон:** 1-800-562-3022
- **Факс:** 1-866-841-2267
- **Электронная почта:** [apple@hca.wa.gov](mailto:apple@hca.wa.gov)