

## Заява на виключне обслуговування з планування родини (Family Planning Only)

<p><b>Чи маєте ви право на участь у програмах виключного обслуговування з планування родини (FPO)?</b></p>	<p>Програми FPO доступні мешканцям штату Вашингтон, дохід яких не перевищує 260% федерального рівня бідності (FPL), незалежно від статі та імміграційного статусу, і які не мають права на обслуговування за повноцінними програмами Apple Health та не користуються іншими планами або програмами медичного страхування. Застраховані клієнти, яким потрібні конфіденційні послуги з планування родини, також можуть подати заяву на участь у програмах FPO.</p>
<p><b>Які послуги покрито?</b></p>	<p>Програми, між іншим, пропонують такі страхові послуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Візит з метою профілактики комплексного планування родини</li> <li>• Консультації, інформування, введення у питання та керування заходами та діями, спрямованими на контроль народжуваності та використання засобів контрацепції</li> <li>• Скринінг щодо раку шийки матки</li> <li>• Аналізи та лікування щодо певних захворювань, які передаються статевим шляхом (ХПСШ), та інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ)</li> <li>• Рецептні та безрецептурні засоби контрацепції</li> <li>• Процедури зі стерилізації</li> </ul>
<p><b>Як подавати заяву?</b></p>	<p>Подати заяву на участь у програмі FPO можна в будь-який час через постачальника послуг, який обслуговує клієнтів Apple Health.</p>
<p><b>Як заповнити розділ 1?</b></p>	<p>Цей розділ треба заповнити повністю, максимально використовуючи інформацію, якою володіє заявник. Додаткова інформація, що стосується окремих питань розділу 1 заяви, наведена далі у цьому документі.</p>
<p><b>Чи є доступною мовна підтримка або підтримка інвалідам на етапі подання заяви?</b></p>	<p>Щоб отримати безкоштовну допомогу іншою мовою (у тому числі допомогу усного перекладача або послуги з перекладу друкованих матеріалів), зателефонуйте на номер 1-800-562-3022.</p>
<p><b>Чи можна подати заяву через уповноваженого представника (AREP)?</b></p>	<p>Вповноважений представник (AREP) — це будь-яка повнолітня людина, яка в достатній мірі обізнана щодо домашніх обставин та вповноважена домогосподарством/родиною виступати від імені домогосподарства/родини з метою визначення наявності прав на послуги. Ці відносини відрізняються від партнерських відносин, які встановлюються з Навігатором або Брокером.</p>
<p><b>Які вимоги до доходу?</b></p>	<p>Дохід повинен бути нижчим за 260% від федерального рівня бідності (FPL). Детальніша інформація наведена за адресою <a href="https://hca.wa.gov/family-planning">hca.wa.gov/family-planning</a>.</p>
<p><b>Як визначається розмір домогосподарства?</b></p>	<p>Розмір домогосподарства визначається, виходячи зі статусу у рамках декларування доходів для сплати податків. Членом домогосподарства є подружжя або утриманець, від імені якого заявник подає податкову декларацію, та про статус податкового утриманця якого він заявляє. Якщо ви не подаєте податкові декларації, членом домогосподарства вважається подружжя або утриманці, які мешкають разом із вами.</p>
<p><b>Чи є ви постійним мешканцем штату Вашингтон?</b></p>	<p>Резидент штату Вашингтон — це особа, яка на даний момент проживає і має намір проживати у штаті Вашингтон, яка в'їхала до штату в пошуках роботи, або в'їхала до штату по роботі.</p>
<p><b>Що робити, якщо вам потрібне конфіденційне обслуговування?</b></p>	<p>Застраховані особи можуть мати право на конфіденційні послуги з планування родини, якщо до них застосовна будь-яка з таких виключних умов: їм потрібні конфіденційні послуги з планування родини, і їх вік не перевищує 18 років; АБО вони є жертвами побутового насильства і користуються медичним страховим покриттям агресора.</p>
<p><b>Що родити, якщо ви користуєтеся іншими страховими програмами?</b></p>	<p>Якщо ви користуєтеся іншими страховими планами або програмами, ви матимете право на послуги за програмою FPO тільки у тому разі, якщо вам потрібні конфіденційні послуги з планування родини.</p>

<p><b>Яким чином Управління охорони здоров'я (HCA) використовуватиме ваш номер соціального страхування (SSN) або інформацію про ваш імміграційний статус?</b></p>	<p>Управління охорони здоров'я (HCA) використовує цю інформацію для визначення вашого права на покриття, підтверджуючи вашу особу, громадянство, імміграційний статус, дату народження та доступність іншого медичного страхового покриття. Управління охорони здоров'я (HCA) не передає цю інформацію жодній імміграційній службі.</p> <p>Якщо ви не маєте номера SSN або номера імміграційного документу, нічого не пишьте у цих полях.</p>
<p><b>Яким є обсяг обслуговування за повноцінною програмою Apple Health (Medicaid), і чи маєте ви обрати альтернативну програму?</b></p>	<p>Якщо ви маєте право на повноцінне страхове покриття за програмою Apple Health, ви маєте право на всі базові страхові пільги, зокрема на госпітальне та амбулаторне медичне обслуговування, послуги з догляду на дому, послуги лікаря, між іншим, а також на додаткові страхові пільги, зокрема ті, що стосуються рецептурних препаратів, стоматологічних послуг і фізіотерапії. Вам настійно рекомендовано подати заяву на участь у повноцінній програмі Apple Health (Medicaid), щоб отримувати максимальне страхове медичне покриття, на яке ви можете мати право.</p> <p>Додаткова інформація про повноцінне обслуговування за програмою Apple Health наведена за адресою <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>Чи доступно є інформація про реєстрацію виборців?</b></p>	<p>Національний закон 1973 року про реєстрацію осіб, які мають право голосу, вимагає від усіх штатів забезпечення реєстрації таких осіб у своїх офісах громадської допомоги. Надання заяви з метою реєстрації для участі в голосуванні або відмова від реєстрації для участі в голосуванні <b>не вплине</b> на послуги або на пільги, що надає агенція. Ви можете зареєструватися для участі у голосуванні за адресою <a href="http://vote.wa.gov">vote.wa.gov</a> або замовити форму реєстрації для участі у голосуванні, зателефонувавши за номером 1-800-448-4881.</p>
<p><b>Яким чином і коли ви дізнаєтесь про статус вашої заяви?</b></p>	<p>Заяви обробляються в порядку отримання протягом 45 днів. За потреби в додатковій інформації з заявниками зв'яжуться телефоном та/або поштою. Лист про ухвалення або відхилення заяви буде направлено вам відразу після обробки заяви. Деякі постачальники послуг можуть надавати послуги впродовж періоду очікування подання та обробки вашої заяви.</p>
<p><b>Чи можете ви подати апеляцію на рішення щодо наявності у вас прав обслуговування за програмою?</b></p>	<p>Так, ви можете подати апеляцію впродовж 90 днів, якщо ви незгодні з рішенням, прийнятим Управлінням охорони здоров'я (HCA), системою Washington Healthplanfinder або Департаментом соціального забезпечення та охорони здоров'я (DSHS), що впливає на ваше право на медичне страхування. Додаткова інформація щодо процедури подання апеляції наведена за адресою <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>Які ще послуги з планування родини є доступними у штаті Вашингтон?</b></p>	<p>Мережа з планування родини при Департаменті охорони здоров'я штату Вашингтон пропонує весь комплекс послуг з планування родини. Щоб отримати додаткову інформацію, відвідайте <a href="http://doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices">doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices</a>.</p>
<p><b>Які ще варіанти медичного страхування є доступними у штаті Вашингтон?</b></p>	<p>Інформація про інші програми, доступні в рамках Washington Apple Health, зокрема про програми, доступні іммігрантам без відповідного статусу або без відповідних документів, а також про догляд за вагітними наведена за адресою <a href="http://hca.wa.gov/apple-health">hca.wa.gov/apple-health</a>.</p>
<p><b>Де можна отримати додаткову інформацію?</b></p>	<p>Додаткова інформація наведена за адресою: <a href="http://hca.wa.gov/family-planning">hca.wa.gov/family-planning</a>.</p>

## Заява на виключне обслуговування з планування родини (Family Planning Only)

Чи ви наразі вагітні? Так Ні Якщо ви відповіли «Так», ви не маєте права на послуги з планування родини. Утім ви можете мати право на медичне страхове покриття. Подайте заяву онлайн за адресою [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)

Заповнюючи цю заяву ви підтверджуєте, що бажаєте отримувати виключно послуги з планування родини.

### 1. Персональні та контактні дані заявника

Ім'я (вказіть офіційне ім'я)		Ініціал другого імені	Прізвище		
Чоловіча стать	Жіноча стать	Дата народження	Номер у системі соціального забезпечення	Чи ви є мешканцем штату Вашингтон? Так Ні	
Адреса мешкання		№ квартири	Місто	Штат	Поштовий індекс
Адреса для листування		№ квартири	Місто	Штат	Поштовий індекс
Домашній/мобільний/бажаний номер телефону		Робочий номер телефону/ Номер для повідомлень	Чи можна звертатися до вас за зазначеними номерами телефону? Так Ні		
Адреса електронної пошти					
Чи є у вас проблеми з говорінням, читанням або писанням англійською? Так Ні					
Чи потрібен вам перекладач? Так Ні Якою мовою ви спілкуєтеся? _____					

Ви користуєтеся приватним планом медичного страхування або страховим покриттям за програмою Apple Health (Medicaid)?  
Так Ні

Якщо ви відповіли «Так», ви матимете право на послуги з планування родини лише якщо ви задовольняєте наведеним нижче виключним умовам:

Мені потрібні конфіденційні послуги з планування родини, і я не є старшим(-ою) за 18 років;  
АБО

Я є жертвою домашнього насильства, і на мене розповсюджене медичне страхування мого кривдника.  
(якщо ви відмітили будь-який з наведених вище пунктів, перейдіть до розділу (2))

Чи відмовляли вам в повноцінному покритті за програмою Apple Health (Medicaid) за останні 30 днів через [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)? Так Ні

**Якщо «Так»**, перейдіть до розділу (9). Якщо після того, як вам було відмовлено у наданні покриття за програмою Apple Health (Medicaid), на рівні вашого домогосподарства відбулися будь-які зміни, перейдіть до розділу (2) та продовжте заповнювати заяву.

Якщо «Ні», ви маєте подати заяву на страхове покриття на [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org) (хіба тільки ви не задовольняєте будь-якій з виключних умов, що зазначені вище, або на підставі отриманої інформації приймаєте рішення не подавати заяву на повноцінне страхове покриття за програмою Apple Health (Medicaid)).

Я хочу подати заяву на виключне обслуговування з планування родини та підставі отриманої інформації приймаю рішення не подавати заяву на повноцінне страхове покриття за програмою Apple Health (Medicaid).

## 2. Громадянство та імміграційний статус

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

Громадянин або підданий США      Не громадянин США, що законно перебуває у країні      Інше

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

Тип імміграційного документу	Номер «А»	Номер квитанції або інший номер	
Номер паспорта іншої країни	Країна постійного мешкання	Дата прибуття	Документ дійсний до

## 3. Доходи від трудової / підприємницької діяльності

Ваш заробіток		Отримано іншими членами домогосподарства	
Назва/ім'я та прізвище поточного роботодавця (1-а робота)	Номер телефону	Назва/ім'я та прізвище поточного роботодавця (1-а робота)	Номер телефону
Загальний прибуток за місяць до сплати податків <i>(та/або чистий місячний дохід від індивідуальної підприємницької діяльності)</i>	Працюєте на себе? Так    Ні	Загальний прибуток за місяць до сплати податків <i>(та/або чистий місячний дохід від індивідуальної підприємницької діяльності)</i>	Працюєте на себе? Так    Ні
Назва/ім'я та прізвище поточного роботодавця (2-а робота)	Номер телефону	Назва/ім'я та прізвище поточного роботодавця (2-а робота)	Номер телефону
Загальний прибуток за місяць до сплати податків <i>(та/або чистий місячний дохід від індивідуальної підприємницької діяльності)</i>	Працюєте на себе? Так    Ні	Загальний прибуток за місяць до сплати податків <i>(та/або чистий місячний дохід від індивідуальної підприємницької діяльності)</i>	Працюєте на себе? Так    Ні

Якщо член домогосподарства наразі має більше двох роботодавців, надайте додаткову інформацію на окремому аркуші паперу. Додаткова інформація щодо декларування доходів наведена за адресою [wahbexchange.org/how-to-report-income](http://wahbexchange.org/how-to-report-income).

## 4. Інший дохід домогосподарства

Щомісячна сума  
доходу:      Хто отримує:

Аліменти/підтримка подружжя	_____	_____
Дохід від оренди та/або роялті (чистий)	_____	_____
Соціальна підтримка/пільги колишнім працівникам залізничної системи	_____	_____
Допомога безробітним	_____	_____
Дохід пенсіонера, зокрема: пенсія, рента та/або виплати IRA	_____	_____
Дохід від дивідендів, цінних паперів, акцій, капіталу, іноземний дохід, дохід від трастів/інший інвестиційний дохід	_____	_____
Оподатковані племінні надходження	_____	_____
Дохід від діяльності тваринної або рибної ферми (чистий)	_____	_____
Інший оподаткований дохід	_____	_____

## 5. Відрахування домогосподарства

Щомісячна сума:

Хто сплачує:

ВИПЛАЧЕНІ аліменти/підтримка подружжя

Внески/IRA або внески на пенсійний рахунок до оподаткування

Виплата відсотків по кредиту на навчання

Витрати на переїзди військовослужбовців

Витрати робітника освіти

Внески на медичний накопичувальний рахунок

Штраф за передчасне зняття коштів на строковому вкладі

Певні прийнятні витрати на підприємницьку діяльність

## 6. Статус податкової декларації

Яким цього року буде статус вашої податкової декларації?      Подає декларацію сам      Одружені, що подають декларації окремо      Одружені, що подають декларації разом

Особа, що є податковим утриманцем одного з членів домогосподарства      Особа, що є податковим утриманцем особи поза домогосподарством      Не подає декларацію

Чи перебуваєте ви у законному шлюбі?      Якщо так, зазначте повне офіційне ім'я подружжя \_\_\_\_\_  
Так      Ні      ім'я, друге ім'я, прізвище

Якщо ви заповнюєте податкову декларацію, \_\_\_\_\_  
скільки податкових утриманців ви вказуєте?

Якщо ви не заповнюєте податкову декларацію, \_\_\_\_\_  
скільки у вас дітей?

## 7. Нещодавня втрата роботи

Чи ви втратили або пішли з роботи в останні 90 днів?

Так      Ні

Якщо так, вкажіть назву компанії: \_\_\_\_\_

Дата звільнення: \_\_\_\_\_

Чи ваш чоловік/дружина втратили або пішли з роботи в останні 90 днів?

Так      Ні

Якщо так, вкажіть назву компанії: \_\_\_\_\_

Дата звільнення: \_\_\_\_\_

## 8. Расова приналежність/етнічне походження

Ми просимо вас на добровільних підставах вказати свої расову приналежність або етнічне походження. Ця інформація не впливатиме на ваше право на отримання послуг.

Білий

Латиноамериканець

Інші документи: \_\_\_\_\_

Чорний чи афроамериканець

Американський індіанець  
чи з корінних народів Аляски:

Назва племені: \_\_\_\_\_

В'єтнамець/лаосець/камбоджисць

Інший представник народів  
Азії та Тихоокеанських островів

## 9. Уважно прочитайте, перш ніж підписати внизу

---

Я розумію, що:

- Управління з охорони здоров'я (HCA) може зажадати від мене підтвердження наведеної інформації. Управління HCA може допомогти мені в отриманні доказів чи зв'язатись для цього з іншими агенціями чи особами.
- Надану мною інформацію можуть переглядати представники інших штатів та федеральних агенцій. Ця інформація НЕ БУДЕ надаватись до митної та імміграційної служби США (USCIS).
- Потребуючи та отримуючи допомогу з компенсації витрат на медичну допомогу, я передаю штату Вашингтон всі права на будь-яку медичну допомогу і на будь-які виплати третій стороні стосовно медичної допомоги.
- Я розумію, що ця заява щодо послуг планування сім'ї стосується лише планування родини. Якщо мені буде потрібна інша допомога з компенсації витрат на медичну допомогу, я можу звернутись до програми Washington Healthplanfinder (**wahealthplanfinder.org**). Якщо мені потрібна фінансова допомога чи талони на харчування, я можу звернутись до відділення соціального забезпечення DSHS чи Washington Connection (**washingtonconnection.org**).
- **Я мушу відповісти** на будь-який запит додаткової інформації протягом 15 робочих днів, або мені буде відмовлено у послугах, на які я складав заяву та я можу понести відповідальність за всі витрати, зроблені моїм постачальником послуг з планування родини.

## 10. Уповноважений представник (AREP), якщо застосовно

---

\_\_\_\_\_  
Назва/організація

\_\_\_\_\_  
Номер телефону

\_\_\_\_\_  
Адреса для листування

\_\_\_\_\_  
№ квартири Місто

\_\_\_\_\_  
Штат

\_\_\_\_\_  
Поштовий індекс

## 11. Заява та підпис

---

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

**Ви маєте відправити заповнену форму в орган охорони здоров'я будь-яким з наведених нижче способів:**

---

- Поштою: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- Факсом: **1-866-841-2267**
- Телефонном: **1-800-562-3022**
- Адреса електронної пошти: **apple@hca.wa.gov**