

# Форма запроса о ретроактивном медицинском страховом покрытии для Apple Health (Medicaid)

Используйте эту форму, чтобы запрашивать страховое покрытие за любой из трех месяцев или за все три месяца до того месяца, в котором была подана заявка для взрослых, детей, родителей/опекунов или беременных. **Например:** Если вы подали заявку в сентябре, то вы можете запросить ретроактивное страховое покрытие за июнь, июль и/или август, если у вас есть счета на оплату медицинских услуг за эти месяцы. **Указывайте только те месяцы, за которые у вас есть счета на оплату медицинских услуг.** Если у вас есть вопросы об этой форме, позвоните в Управление здравоохранения по номеру 1-800-562-3022. Чтобы включить дополнительных членов семьи или предоставить дополнительную информацию, приложите отдельный лист.

(Эта форма не предназначена для лиц в возрасте 65 лет или старше, для лиц, пользующихся Medicare или нуждающихся в страховом покрытии услуг долгосрочного ухода).

Если у вас есть вопросы по данной страховке, позвоните в DSHS по телефону 1-877-501-2233.

## 1 Данные основного заявителя / главы семьи

Имя \_\_\_\_\_ Инициал среднего имени \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Идентификационный номер клиента или номер в системе социального обеспечения \_\_\_\_\_

## 2 Информация о ретроактивном страховом покрытии

Перечислите полные имена всех членов вашей семьи, у которых есть счета на оплату медицинских услуг и которым необходимо ретроактивное медицинское страховое покрытие. Для каждого человека укажите месяц (-ы), за которые имеются счета на оплату медицинских услуг.

### 1 лицо

Полное имя \_\_\_\_\_

Месяц 1  
(мм/гггг)

Месяц 2  
(мм/гггг)

Месяц 3  
(мм/гггг)

Было ли это лицо резидентом штата Вашингтон на протяжении всех трех месяцев?

Да  Нет

Если нет, то перечислите месяц (-ы), в которые это лицо не являлось резидентом штата Вашингтон

### 2 лицо

Полное имя \_\_\_\_\_

Месяц 1  
(мм/гггг)

Месяц 2  
(мм/гггг)

Месяц 3  
(мм/гггг)

Было ли это лицо резидентом штата Вашингтон на протяжении всех трех месяцев?

Да  Нет

Если нет, то перечислите месяц (-ы), в которые это лицо не являлось резидентом штата Вашингтон

### 3 лицо

Полное имя \_\_\_\_\_

Месяц 1  
(мм/гггг)

Месяц 2  
(мм/гггг)

Месяц 3  
(мм/гггг)

Было ли это лицо резидентом штата Вашингтон на протяжении всех трех месяцев?

Да  Нет

Если нет, то перечислите месяц (-ы), в которые это лицо не являлось резидентом штата Вашингтон



13952

Перечислите общий валовой месячный доход и вычеты для каждого из членов семьи, за каждый месяц, в который, как вы указали, были получены счета на оплату медицинских услуг. Месяцы должны соответствовать месяцам, указанным выше в разделе 2. Не все типы дохода следует учитывать. Дополнительная информация доступна на [wahbexchange.org/how-to-report-income/](http://wahbexchange.org/how-to-report-income/).

Заполните ниже информацию о доходе для всех членов семьи, у которых имеется доход или вычеты. Типы учитываемого дохода и вычетов приведены на странице 3.

\_\_\_\_\_  
Месяц/Год

Имя и фамилия	Тип дохода	Сумма	Тип вычета	Сумма
Имя и фамилия	Тип дохода	Сумма	Тип вычета	Сумма

Имя и фамилия	Тип дохода	Сумма	Тип вычета	Сумма
---------------	------------	-------	------------	-------

\_\_\_\_\_  
Месяц/Год

Имя и фамилия	Тип дохода	Сумма	Тип вычета	Сумма
---------------	------------	-------	------------	-------

Имя и фамилия	Тип дохода	Сумма	Тип вычета	Сумма
---------------	------------	-------	------------	-------

\_\_\_\_\_  
Месяц/Год

Имя и фамилия	Тип дохода	Сумма	Тип вычета	Сумма
---------------	------------	-------	------------	-------

Имя и фамилия	Тип дохода	Сумма	Тип вычета	Сумма
---------------	------------	-------	------------	-------

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 основного заявителя

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись основного заявителя

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Дата

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

- По факсу: 1-866-841-2267
- По почте: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- По электронной почте: [apple@hca.wa.gov](mailto:apple@hca.wa.gov)

### Типы учитываемого дохода

- Трудовой доход
- Пособие по социальному обеспечению
- Доходы от индивидуальной трудовой и предпринимательской деятельности
- Пособие по безработице
- Доход от аренды
- Алименты / поддержка супруга (-и)
- Страховая рента или пенсия
- Доход от фермерской деятельности
- Иной облагаемый налогами доход
- Прирост капитала
- Доход, полученный за рубежом
- Доход от траста
- Дивиденды, ценные бумаги или акции
- Доход от процентов
- Облагаемый налогом доход племени
- Дистрибутивные платежи с индивидуального пенсионного счета IRA
- Доход от роялти
- Пенсионное обеспечение работников железнодорожного транспорта

### Учитываемые вычеты IRS

- Алименты / поддержка супруга по распоряжению суда до 1/1/2019
- Проценты по студенческой ссуде
- Расходы работника сферы образования
- Расходы на переезд для служащих вооруженных сил США
- Выплаты на медицинский сберегательный счет
- Некоторые возмещаемые расходы на бизнес
- Взносы по медицинскому страхованию для занимающихся индивидуальной предпринимательской деятельностью
- Плата и сборы за обучение
- Взносы в пенсионные планы для занимающихся индивидуальной предпринимательской деятельностью
- Налог на доход от индивидуальной предпринимательской деятельности
- Вклады на пенсионный счет до уплаты налогов
- Штраф за преждевременное снятие средств со срочного вклада