

## Заявление на страховое покрытие по ведению беременности у подростков (для подростков до 19 лет)

### Application for Pregnant Teen Health Care Coverage (for Teens Under Age 19)

Имя	Инициал второго имени или отчества	Фамилия	
Адрес места жительства <i>(При отсутствии постоянного места жительства укажите ниже почтовый адрес.)</i>			
Улица и № дома	Город	Штат	Почтовый индекс
Почтовый адрес <i>(Для пересылки всей почты уполномоченному представителю предоставьте следующую информацию.)</i>			
Улица и № дома	Город	Штат	Почтовый индекс
<b>Приоритетные номера телефонов</b>			
Может ли врач/поставщик услуг оставлять сообщения при звонках на эти номера <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, не заполняйте раздел.			
Контактный номер:		Номер голосовой почты:	
<b>Язык и обслуживание людей с ограниченными возможностями</b>			
Есть ли у вас проблемы с речью, чтением или письмом по-английски?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Нужен ли вам переводчик?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Нужны ли вам переведенные документы?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Какой для вас язык предпочтителен для разговора? _____			
Какой для вас язык предпочтителен для чтения? _____			
<b>Вопросы (Ответы на эти вопросы не влияют на страховое покрытие.)</b>			
Являетесь ли вы гражданином США или иммигрантом, находящимся на территории США легально?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Вы являетесь американским индейцем или коренным жителем Аляски?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Информация о вашей беременности должна оставаться конфиденциальной?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у вас какие-либо неоплаченные расходы, которые возникли во время беременности?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Дата рождения <i>(мм/дд/гггг)</i>	Дата завершения беременности <i>(мм/дд/гггг) (Если неизвестна, укажите приблизительно.)</i>	Номер социального обеспечения <i>(При отсутствии оставьте пустым.)</i>	
<b>Дополнительный уполномоченный представитель</b> (Уполномоченный представитель — это лицо, с которым по вашему разрешению ведут переговоры представители по медицинским вопросам в отношении страхового покрытия и/или получают почту по вопросу страхового покрытия по ведению беременности у подростков.) <i>Чтобы указать данные об уполномоченном представителе, предоставьте следующую информацию.</i>			
Ф.И.О. уполномоченного представителя		Название организации	
		Телефон	
Улица и № дома	Город	Штат	Почтовый индекс
Отметьте один или оба варианта: <input type="checkbox"/> Отправлять почту на мой почтовый адрес. <input type="checkbox"/> Отправлять почту на адрес моего уполномоченного представителя.			
<b>Перед тем, как подписывать, внимательно прочтите</b>			
Я понимаю, что: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мой статус и обстоятельства подлежат проверке со стороны данного ведомства и других федеральных ведомств и ведомств штата.</li> <li>• В случае выбора соблюдения конфиденциальности в отношении беременности (см. выше), страховые счета не будут выставляться за услуги, оказываемые по данной программе.</li> </ul>			
<b>Декларация и подпись</b>			
Я прочитала и поняла 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	