

## Заява на страхове медичне обслуговування вагітної дівчини-підлітка (лише для підлітків віком до 19 років)

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

Ім'я	Середнього імені	Прізвище	
Адреса мешкання (якщо у вас немає постійної адреси, зазначте поштову адресу нижче.)			
Вулиця	Місто	Штат	Поштовий індекс
Поштова адреса (якщо ви бажаєте, аби вся ваша пошта надсилалася вашому авторизованому представникові, заповніть поля нижче.)			
Вулиця	Місто	Штат	Поштовий індекс
<b>Пріоритетні телефонні номери</b>			
Чи може лікар/постачальник послуг залишати повідомлення, подзвонивши на ці номери? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо ні, не заповнюйте цей розділ.			
Контактний номер:		Номер голосової пошти:	
<b>Послуги перекладача та спеціальні послуги для інвалідів</b>			
Чи є у вас проблеми з говорінням, читанням або писанням англійською?		<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Чи потрібен вам перекладач?		<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Чи потрібно перекласти для вас матеріали/документи?		<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Якою мовою ви бажаєте спілкуватися? _____			
На якій мові ви бажаєте читати? _____			
<b>Питання (Ваша відповідь на це питання не вплине на ваше покриття.)</b>			
Ви є громадянином США або іммігрантом, який легально перебуває на території США?		<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Ви є американським індіанцем або корінним мешканцем Аляски?		<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Ви не бажаєте розкривати інформацію про вашу вагітність?		<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Чи маєте ви незабезпечені медичні витрати, що ви їх понесли впродовж періоду вагітності?		<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
Дата народження (мм/чч/рррр)	Дата закінчення періоду вагітності (мм/чч/рррр) (Якщо ви не знаєте, вкажіть орієнтовну дату.)	Номер за системою соціального забезпечення (Якщо у вас немає такого номеру, нічого не пишіть.)	
<b>Офіційний представник, за бажанням</b> (уповноважений представник (AREP) - це особа, з якою ви дозволяєте Управлінню охорони здоров'я спілкуватися з питань вашого здоров'я, та/або якій ви дозволяєте отримувати пошту, що стосується вашого страхового медичного обслуговування вагітної дівчини-підлітка.) Якщо у вас є уповноважений представник (AREP), вкажіть відповідну інформацію нижче.			
Ім'я та прізвище уповноваженого представника (AREP)		Назва організації	
		Номер телефону	
Вулиця	Місто	Штат	Поштовий індекс
Відмітьте один або обидва пункти: <input type="checkbox"/> Надсилати пошту на мою поштову адресу. <input type="checkbox"/> Надсилати пошту на поштову адресу мого вповноваженого представника (AREP).			
<b>Уважно прочитайте, перш ніж підписати нижче</b>			
Я розумію, що: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Надана мною інформація підлягає перевірці з боку Управління охорони здоров'я або інших федеральних або регіональних (рівень штату) компетентних організацій.</li> <li>• Якщо вище я попрохала, аби інформація про мою вагітність залишалася конфіденційною, інші страхові компанії не одержать рахунки за отримані мною послуги у рамках цієї програми.</li> </ul>			
<b>Заява та підпис</b>			
Я прочитала та зрозуміла інформацію у цій заяві. Я заявляю під страхом покарання за надання неправдивих свідчень, що інформація, яку я надала у цій заяві, є правдивою, вірною та повною, наскільки мені це відомо.			
Підпис заявника		Дата	