

Заявление на медицинское страхование (с проверкой права на финансовую помощь, которая поможет нести соответствующие расходы)

Заполните это заявление для определения того, на какую помощь с медицинским страхованием вы можете претендовать:

- Бесплатное медицинское страхование или страхование по сниженной стоимости в рамках программы Washington Apple Health (Medicaid), в том числе Apple Health for Kids со страховыми взносами, также известной как Программа медицинского страхования для детей (Children's Health Insurance Program, CHIP)
- Налоговый зачет, который поможет вам оплачивать страховые взносы квалифицированного плана медицинского страхования
- Частные квалифицированные планы страхования медицинских и стоматологических услуг по полной цене

Вы сможете быстрее подать заявку онлайн

- Заявление можно более быстро подать на веб-сайте **wahealthplanfinder.org**

Информация, которая потребуется при подаче заявки от своего имени и для других лиц:

- Номера в системе социального обеспечения (SSN): каждого из членов семьи, у кого имеется SSN (не все программы требуют наличия SSN)
- Даты рождения каждого из членов семьи
- Номер паспорта другой ст+раны, регистрационный номер иностранца (номер «А») или номер иного иммиграционного документа для всех членов семьи, которые являются иммигрантами и которые подают заявление на медицинское страхование
- Сведения о доходах для всех взрослых и несовершеннолетних лиц, чей доход обязывает их подавать налоговые декларации
- Сведения о медицинском страховании, на которое может претендовать ваша семья

Почему мы просим о предоставлении всех этих сведений?

Эти сведения необходимы нам для решения вопроса о том, на какое медицинское страховое покрытие вы можете иметь право. В соответствии с законом будет обеспечена конфиденциальность предоставленных вами сведений.

Заполненное и подписанное заявление необходимо отправить по адресу:

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, Washington 98507
или по факсу: 1-855-867-4467

Если у вас нет всех запрашиваемых нами сведений, вы можете начать процесс подачи заявления, указав имя и фамилию, дату рождения, адрес, подписав эту форму и отправив ее нам.

Как получить помощь в заполнении заявления:

- Онлайн: **wahealthplanfinder.org**
- По телефону: Свяжитесь с центром поддержки клиентов по телефону 1-855-WAFINDER (855-923-4633) или 1-855-627-9604 (Телетайп/TTY)
- Лично: Чтобы получить помощь по вопросу подачи заявки, найдите навигатора или брокера по ссылке на раздел поддержки клиентов на веб-сайте **wahealthplanfinder.org**.
- Язык или инвалидность: Чтобы получить помощь на другом языке (включая услуги переводчика или перевод печатных материалов) или специальное обслуживание для лиц с инвалидностью, позвоните по номеру 1-855-WAFINDER (855-923-4633) или 1-855-627-9604 (Телетайп/TTY)

Определения

Страховой взнос: Это сумма, выплачиваемая вами ежемесячно плану медицинского страхования, если он у вас имеется. Вы должны выплачивать взносы, чтобы поддерживать страховое покрытие, даже если вы не получаете медицинского обслуживания.

Налоговые зачеты плательщикам взносов на медицинское страхование: Налоговые зачеты используются для снижения суммы ваших ежемесячных страховых взносов.

Washington Healthplanfinder: Сетевой рынок для индивидуальных лиц и семей, позволяет сравнить имеющиеся возможности страхового покрытия, зарегистрироваться в соответствующих планах и получить доступ к налоговым зачетам, экономии за счет распределения затрат и государственным программам, таким как Washington Apple Health.

Квалифицированный план медицинского страхования: Частное медицинское страхование в системе Washington Healthplanfinder.

Минимальное / базовое покрытие: Это покрытие, обеспечивающее лицу удовлетворение требования об индивидуальной ответственности в соответствии с Законом о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act). К такому типу страхования относят индивидуальные и семейные полисы медицинского страхования, страховое покрытие от работодателя, Medicare, Medicaid, программу медицинского страхования детей Children's Health Insurance Program (CHIP), TRICARE и прочие виды покрытия, обеспечивающие 10 основных льготных условий медицинского страхования (10 Essential Health Benefits).

Основные страховые условия: Комплекс из 10 видов медицинских услуг, которые должны покрываться всеми планами, в частности приемы у врача, пребывание на стационарном лечении (в больнице) и рецептурные лекарственные препараты. Некоторые услуги предоставляются бесплатно, некоторые могут предусматривать доплаты и участие в страховании.

Washington Apple Health: Государственные программы медицинского страхования для жителей штата Вашингтон, отвечающих необходимым требованиям. Washington Apple Health — это общее наименование, используемое в штате Вашингтон для программы Medicaid, Программы медицинского страхования детей (Children's Health Insurance Program, CHIP) и других программ медицинского обслуживания, финансируемых из средств штата Вашингтон.

Для лиц, занимающихся индивидуальной предпринимательской деятельностью

Для вычисления суммы чистого дохода от индивидуальной предпринимательской деятельности, вы можете вычесть из своего валового дохода разрешенные расходы. За дополнительной информацией обращайтесь к инструкциям по заполнению «Приложения С» (Schedule C) и «Приложения F» (Schedule F) на веб-сайте www.irs.gov.

Вот некоторые примеры утвержденных расходов:

- Расходы на автотранспортные средства
- Комиссионные вознаграждения, сборы, труд подрядчиков
- Истощение/выработка ресурса
- Амортизация
- Программы льготных услуг для сотрудников, пенсионные планы и планы участия в прибылях
- Страхование (кроме медицинского) и проценты по ипотеке
- Юридические и профессиональные услуги
- Расходы на содержание, аренду и лизинг офиса
- Стоимость страхования имущества, страхования ответственности и страхования от простоя производства
- Расходные материалы, техническое обслуживание и ремонт
- Путешествия, обеды и развлечения
- Коммунальные услуги, налоги и лицензии
- Заработная плата

Права и обязанности в контексте медицинского страхового покрытия

В этом документе:

- **Раздел 1** Все программы медицинского страхового покрытия
- **Раздел 2** Только для программы Washington Apple Health
- **Раздел 3** Только для квалифицированных планов медицинского страхования
- **Раздел 4** Подача жалобы

1. Все программы медицинского страхования

Ваши права

Биржа пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (Washington Health Benefit Exchange) обязана:

Обеспечить вам помощь при чтении и при заполнении всех требуемых форм. Биржа пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (HBE) управляет системой Washington Healthplanfinder, в которой вы подаете заявки и управляете своим страхованием медицинского и стоматологического обслуживания. Для получения помощи обратитесь в Центр поддержки клиентов Washington Healthplanfinder по номеру 1-855-923-4633. Если вы лицо пожилого возраста, имеете инвалидность или страдаете слепотой, или же если вы нуждаетесь в долгосрочном уходе и поддержке (long-term services and supports, LTSS), обратитесь в Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) по телефону 1-877-501-2233.

Предоставлять вам бесплатно и без задержек услуги устного или письменного перевода во время контактов со специалистами биржи HBE, Управления здравоохранения (HCA) или Департамента DSHS. Вы можете в любое время запросить услуги переводчика, обратившись к нам.

Обеспечить конфиденциальность вашей личной информации, однако, для проверки вашего права участия и зачисления вас в программы мы можем обмениваться сведениями с другими ведомствами штата и федеральными ведомствами. Прочтите политику конфиденциальности биржи HBE wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html.

Обеспечить возможность подачи апелляции, если вы не согласны с решениями, принятыми HBE или DSHS, которые могут повлиять на ваши права на медицинское страхование, долгосрочный уход и поддержку (LTSS), статус участника страхового плана, а также на ваши права на получение налоговых зачетов в счет взносов за медицинское страхование, а также в контексте помощи в оплате страховых взносов или сокращения вашей доли участия в страховании. Подача апелляции приведет к повторному рассмотрению вашего дела. Более подробную информацию о порядке подачи апелляций решений, принятых биржей HBE, можно получить на веб-сайте wahbexchange.org/contact-us/appeals или позвонив в Центр помощи клиентам Washington Healthplanfinder по телефону 1-855-923-4633. Чтобы получить информацию об апелляциях на решения программ Департамента DSHS, вы можете связаться с DSHS по телефону 1-877-501-2233 либо посетить местное отделение Управления по вопросам предоставления услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Services). Для вас запланируют проведение административного слушания, если апелляция касается решения о страховом покрытии по программе Washington Apple Health (Medicaid)

Обеспечить справедливое отношение. Дискриминация является противозаконной. Деятельность биржи HBE и Управления HCA соответствует применимым федеральным законам, защищающим гражданские права; в ее рамках не применяются практики дискриминации по расовому признаку, цвету кожи, этническому происхождению, возрасту, наличию инвалидности или по половой принадлежности. В рамках деятельности HBE и HCA не применяются практики, являющиеся исключаяющими или предполагающие отличное отношение к кому бы то ни было из-за расы, цвета кожи, этнического происхождения, возраста, наличия инвалидности или половой принадлежности.

Биржа HBE и Управление HCA обеспечивают соответствие всем применимым законам штата и не допускают дискриминации на основе вероисповедания, а также по гендерной принадлежности, гендерному самовыражению или идентичности, сексуальной ориентации, семейному положению, религиозным убеждениям, статусу ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой или статусу военнослужащего или по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с инвалидностью.

Биржа HBE и Управление HCA:

- Обеспечивают бесплатную помощь и услуги лицам с инвалидностью, чтобы они могли эффективно взаимодействовать с нами, в частности:
 - Предоставляют услуги квалифицированных переводчиков жестового языка.
 - Предоставляют письменную информацию в альтернативных форматах (набранную крупным шрифтом, в аудиоформате, в доступных электронных форматах, в других форматах).
- Предоставляют бесплатные языковые услуги лицам, чей основной язык общения — не английский, в частности:
 - Предоставляют услуги квалифицированных переводчиков.
 - Письменную информацию на других языках. Если вам нужны эти услуги, позвоните по телефону 1-855-923-4633.

Если вы считаете, что биржа HBE или Управление HCA не предоставили соответствующие услуги или применили иную практику дискриминации, вы можете подать жалобу по следующему адресу:

- **Washington Health Benefit Exchange Legal Department**

ATTN: Legal Division Equal Access/Equal
Opportunity Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
Факс: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org

- **Health Care Authority Division of Legal Services**

ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
Факс: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

Подать жалобу можно лично, или по обычной почте, по факсу или по электронной почте. Если вам необходима помощь в подаче жалобы, вы можете обратиться за помощью в Юридический департамент (Legal Department) Биржи пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон или в Юридический отдел HCA (Division of Legal Services).

Вы также можете подать жалобу на несоблюдение гражданских прав в Управление по защите гражданских прав (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services) по обычной почте, электронной почте, по телефону или онлайн:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Телефон: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (текстовый телефон).
Электронная почта: **ocrmail@hhs.gov**
Онлайн: **ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

Формы для жалоб доступны на: **hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**

Ваши обязанности

Вы обязаны предоставить номер в системе социального обеспечения (SSN) или номер иммиграционного документа, если он у вас есть. Если у вас нет номеров в системе социального обеспечения (SSN) или иммиграционных документов, то вы все еще имеете право подавать заявки на страховое покрытие, однако вы можете не иметь права на участие во всех программах с финансовой поддержкой. Мы используем эти данные для проверки вашего права на участие в программах, путем подтверждения ваших персональных данных, гражданства, иммиграционного статуса, даты рождения и доступности для вас различных возможностей страхового покрытия. Мы не раскрываем такую информацию иммиграционным органам. Для некоторых налоговых зачетов и программ требуется SSN.

Если вы не сообщите свой номер в системе социального обеспечения (SSN) или иммиграционного документа или такой номер любого члена вашего домохозяйства, мы направим вам запрос на предоставление дополнительной информации. Предоставить всю информацию или доказательства, необходимые для принятия решения о вашем праве на участие в программе, если этого потребует агентство.

Вы должны знать следующее:

Существуют определенные законы штата и федеральные законы, регламентирующие работу Washington Healthplanfinder и управляемых штатом систем подачи заявлений / регистрации в программах и планах, ваши права и обязанности как пользователя таких систем, а также покрытие, получаемое вами в рамках пользования ими. Ваше пользование этими системами автоматически означает, что вы согласны соблюдать законы, применимые к лицам, которые ими пользуются, и к страховому покрытию, которое вы получаете в результате.

Национальный закон о регистрации избирателей от 1973 года требует от всех штатов предоставлять избирателям содействие в регистрации для голосования на выборах через соответствующие агентства по предоставлению государственных льгот. Подача заявки на регистрацию для голосования или отказ от регистрации для голосования на выборах не повлияют на ваше право участия в страховом покрытии или на услуги и объем льгот, которые вы будете получать от нашего агентства. Вы можете зарегистрироваться для голосования на веб-сайте **vote.wa.gov** или заказать форму регистрации избирателя, позвонив по номеру 1-800-448-4881.

В законе об обеспечении доступности и подотчетности в медицинском страховании (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) есть ограничения, которые не позволяют бирже HBE, Управлению HCA или Департаменту DSHS обсуждать информацию о вашем здоровье или о здоровье любого члена вашей семьи с каким-либо лицом, в том числе с официальным представителем, за исключением случаев, когда у этого лица есть доверенность, или же вы подписали форму согласия на раскрытие такой информации. Это ограничение распространяется на информацию о психическом здоровье, результаты анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), сведения о лечении этих заболеваний, а также лечении от алкогольной или лекарственной зависимости и связанные с ним услуги. Дополнительная информация о политике конфиденциальности HBE доступна на **wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html**

Закон о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act) предписывает бирже HBE, Управлению HCA и Департаменту DSHS не передавать личную информацию (personally identifiable information, PII), которая относится к вам или к членам вашей семьи, любому лицу, которое не имеет права на ее получение, и без вашего разрешения.

Информация, передаваемая вами бирже HBE, Управлению HCA и Департаменту DSHS, подлежит проверке компетентными специалистами на федеральном уровне и на уровне штата с целью подтверждения вашего права на медицинское страховое покрытие. В рамках проверки сотрудники агентства могут повторно определять ваше право на участие после завершения процесса регистрации и контактировать с вами.

Если вы начнете заполнять заявление на медицинское страхование в системе Washington Healthplanfinder и по какой-либо причине не завершите этот процесс, введенная вами информация будет сохраняться в системе Washington Healthplanfinder в течение 90 дней, и у вас будет доступ к ней в течение этого срока. Если вы не заполните заявление в течение 90 дней, то по окончании этого срока ваша информация будет удалена из системы Washington Healthplanfinder.

Биржа HBE, Управление HCA и Департамент DSHS не несут ответственности за управление вашим планом медицинского страхования. Более подробную информацию об условиях страхования может дать ваша страховая компания.

С вопросами об условиях плана медицинского страхования, в том числе о конкретных положенных вам льготах, суммах доплат, порядке подачи заявок о возмещении расходов и апелляциях на решения об отказе в льготах обращайтесь в компанию, предоставляющую вам план медицинского страхования. Если, в случае прекращения действия программы медицинского страхования, приобретенной через систему Washington Healthplanfinder, у вас будет право на участие в программе COBRA, то ваш работодатель будет управлять программой COBRA и предоставить вам требуемые уведомления о порядке и сроках зачисления в программу COBRA.

Не прекращайте действия имеющегося у вас плана страхования и не отказывайтесь от льгот по программе COBRA до тех пор, пока не получите уведомления об утверждении вашего участия в другой программе страхования и полис, также именуемый страховым контрактом или сертификатом, которые вам должна будет направить ваша страховая компания. Убедитесь, что понимаете условиями полиса и соглашаетесь с ними, обратитесь особое внимание на дату начала действия страхования, периоды ожидания выплат, сумму страхового взноса, страховые случаи, ограничения, исключения и дополнительные условия страхования.

2. Только для программы Washington Apple Health

Ваши права

Биржа пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (Washington Health Benefit Exchange) обязана:

Разъяснить вам ваши права и обязанности в ответ на ваш вопрос.

Разрешить вам подачу частично заполненного заявления, включающего, как минимум, ваши имя и фамилию, адрес, а также вашу подпись или подпись уполномоченного представителя заявителя. Дата получения нами вашего частичного заявления считается датой подачи вами заявления, от которой может зависеть начало фактического действия для вас страхового покрытия. Мы примем окончательное решение в отношении вашего страхового покрытия только после полного оформления вами вашего заявления.

Разрешить вам подавать полностью или частично оформленные заявления любым из указанных в разделе WAC 182-503-0005 способов.

Своевременно обрабатывать ваше заявление, не превышая сроков, которые указаны в разделе WAC 182-503-0060.

Предоставить вам 10 календарных дней, необходимых нам для определения вашего права на страховое покрытие. Если вам необходимо, мы предоставим вам больше времени. Если вы не предоставите нам необходимой информации или не попросите дать вам дополнительное время на ее предоставление, то мы можем отказать вам в предоставлении страхования, закрыть ваше дело или внести изменения в условия вашего страхового покрытия.

Помогать вам, если вы испытываете затруднения в получении необходимой информации или подтверждающих документов, необходимых нам для того, чтобы подтвердить ваше право на страховое покрытие. При востребовании документа, получение которого будет стоить вам денег, мы сами запросим этот документ и оплатим расходы.

Уведомить вас, как правило, как минимум за 10 дней до прекращения вашего медицинского страхового покрытия.

Предоставить вам в письменном виде решение о праве на участие в программе в течение 45 дней (как правило). Для некоторых претендентов с инвалидностью принятие решения может потребовать до 60 дней. Мы сообщим вам о своем решении в отношении покрытия медицинских расходов в связи с беременностью в течение 15 дней.

Разрешить вам не общаться со следователем, если мы решим провести проверку вашего дела. Вы не обязаны пускать следователя в свой дом. Вы можете попросить следователя прийти в другое время. Такая просьба не повлияет на ваше право на получение медицинского страхового покрытия.

Продолжать предоставление страхования по программе Washington Apple Health до принятия решения о возможности вашего участия в другой программе согласно WAC 182-504-0125.

Обеспечить обслуживание с возможностью равного доступа в соответствии с положениями WAC 182-503-0120, если вы имеете соответствующее право.

Ваши обязанности

Вы обязаны:

Сообщать об изменениях в соответствии с требованиями разделов WAC 182-504-0105 и WAC 182-504-0110 в течение 30 дней с момента наступления изменений. Прочитать письмо с подтверждением и узнать об изменениях, о которых вы должны сообщить.

Принимать меры по продлению действия покрытия в ответ на соответствующие запросы.

Предоставлять поставщикам медицинских услуг информацию, необходимую для выставления нам счетов за оказанные медицинские услуги.

Подать заявку на участие в программе Medicare, если вы имеете соответствующее право.

Сотрудничать с представителями Управления HCA, если вас попросят об этом.

Вы должны знать следующее:

Запрашивая и получая страховое покрытие по программе Apple Health, вы тем самым предоставляете штату Вашингтон все права на получение любых выплат на медицинское обслуживание (medical support) и любой оплаты полученных медицинских услуг, совершенной третьими сторонами.

- **Агентство может передавать** сведения о профилактической вакцинации вашего ребенка в Систему контроля за профилактической вакцинацией детей (Child Profile Immunization Tracking System).
- **Сообщенная вами информация** может быть передана сотрудникам Департамента DSHS для установления права и размера ежемесячных льгот по программам медицинского страхования, денежных и продовольственных пособий и пособий по уходу за детьми.

В соответствии с законодательством, штат Вашингтон может взыскать средства, потраченные им в качестве оплаты за определенные медицинские услуги, из стоимости вашего имущества в рамках процедуры возмещения затрат за счет стоимости имущества (Estate Recovery) (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 и раздел 182-527 WAC). Возмещение затрат за счет имущества происходит только после вашей смерти, смерти вашего (вашей) супруга (супруги) и если вашим детям уже исполнился 21 год. Штат также не взыскивает стоимость услуг из стоимости имущества в случае, если ребенок умершего получателя услуг на момент его смерти является слепым/инвалидом. Штат может взыскать средства за следующие оказанные услуги:

- Определенные услуги и поддержка в рамках долгосрочного ухода по программе Washington Apple Health, если вам исполнилось 55 лет или больше на момент их предоставления;
- Определенные услуги, финансируемые исключительно штатом, вне зависимости от вашего возраста на момент их предоставления.

Список услуг, стоимость которых штат может взыскать, приведен в разделе WAC 182-527-2746. Список объектов имущества, которые не могут быть изъяты в счет взыскания средств за предоставленные услуги, приведен в разделе WAC 182-527-2754. В соответствии с нормой кодекса США 42 U.S. Code 1396r, перед смертью клиента мы можем инициировать распоряжение о залоговом удержании причитающихся нам средств после его смерти. Взыскание может не распространяться на некоторые виды земельной собственности, находящейся во владении американских индейцев и коренных жителей Аляски (WAC 182-527-2754). Штат имеет право взыскать средства за обслуживание после продажи имущества получателя обслуживания, за исключением следующих случаев:

- В объекте имущества проживает ваш (-а) супруг (-а).
- В объекте имущества проживает ваш брат или сестра, который (-ая) является его совладельцем, а также отвечает ряду дополнительных условий.
- В объекте имущества проживает ваш ребенок, который является слепым/инвалидом; или
- В объекте имущества проживает ваш ребенок в возрасте моложе 21 года.

Список услуг, стоимость которых штат может взыскать в рамках залогового удержания имущества до наступления вашей смерти, приведен в разделе WAC 182-527-2734.

Ваш выбор может быть ограничен одним поставщиком медицинских услуг, одной аптекой и/или одной больницей в случае обращения за медицинскими услугами, которые не являются необходимыми.

3. Только для квалифицированных планов страхования здоровья

Вы должны знать следующее

Если вы стали участником квалифицированного плана медицинского страхования при помощи системы Washington Healthplanfinder, но не предоставите информации, достаточной для проверки вашего права на участие, у вас будет 90 дней для предоставления информации, которая удовлетворит требования к участникам. Любые авансовые выплаты налоговых зачетов, оплаченные от вашего имени, подлежат сверке.

Если у вас есть номер в системе социального страхования (SSN), то вы обязаны указать его в заявлении. Если у вас нет SSN, вы все еще можете купить медицинскую страховку в системе Washington Healthplanfinder. Мы используем эти данные для проверки вашего права на медицинское страховое покрытие, путем подтверждения ваших персональных данных, гражданства, иммиграционного статуса, даты рождения и доступности для вас различных возможностей страхового покрытия. Мы не раскрываем такую информацию иммиграционным органам. Для некоторых налоговых зачетов и программ требуется SSN.

Если вы не сообщите свой номер в системе социального обеспечения (Social Security number) или иммиграционного документа или такой номер любого члена вашего домохозяйства, мы направим вам запрос на предоставление дополнительной информации.

Если вы стали участником квалифицированного плана медицинского страхования при помощи системы Washington Healthplanfinder и ваш доход изменился, вы должны как можно быстрее известить нас об этом. Изменение дохода может привести к изменениям размера налоговых зачетов и доли в рамках частичной оплаты, на которые вы имеете право. После того, как вы сообщите и докажете, что ваш доход изменился, вы можете иметь право на приобретение плана страхования по сниженным ценам; либо, если ваш доход увеличился, но вы не сообщили об этом, вам может потребоваться вернуть часть налоговых зачетов.

Чтобы сообщить об изменении уровня дохода, войдите в свою учетную запись Washington Healthplanfinder и нажмите «Сообщить об изменении». Для получения помощи свяжитесь с нашим Центром поддержки клиентов по телефону 1-855-923-4633.

Требуется сверка налоговых зачетов: Вы обязаны сообщать в IRS о полученных вами налоговых зачетах. Это делается путем подачи ежегодной декларации о доходах и отправке соответствующих форм в адрес IRS. Непредоставление сведений о налоговых зачетах в IRS не позволит вам получать налоговые зачеты в будущем. Дополнительная информация приведена в инструкциях, содержащихся в формах 1095 и 8962 IRS.

Показанная стоимость медицинского страхования может измениться: Стоимость может меняться в зависимости от практики анализа рисков («андеррайтинг»), принятой страховой компанией, и выбора вами дополнительных доступных возможностей.

Указанные расценки действительны только с даты, которую вы проставили в запросе на предоставление льгот. Сумма вашего страхового взноса зависит от возраста членов вашего домохозяйства. Если день рождения кого-либо из членов вашего домохозяйства приходится на временной промежуток между проверкой вами плана и временем начала плана (дата начала действия), то стоимость вашего страхового взноса может возрасти. Компания, которую вы выбрали для медицинского страхования, может не предоставить гарантированных расценок на конкретный период времени. Ваше страховое покрытие станет активным только после того, как страховая компания подтвердит поступление платежа.

Вы должны дать Департаменту защиты занятости штата Вашингтон (Washington State Employment Security Department) согласие на передачу сведений о своей заработной плате и месте работы системе НВЕ. Вы должны понимать, что давая такое согласие, вы облегчаете рассмотрение вашего заявления системой Washington Healthplanfinder, а также ускоряете процесс определения положенных вам льгот. Ваша личная информация будет защищена в соответствии с нашей политикой конфиденциальности. Посмотрите политику конфиденциальности биржи НВЕ на: wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html.

4. Подача жалобы

В соответствии с федеральным законом и политикой Министерства здравоохранения и социальных услуг США (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) в этой системе запрещена дискриминация на основании расы, цвета кожи, национальности, пола, возраста и наличия инвалидности. С жалобой по поводу дискриминации можно обратиться в HHS.

Regional Manager,

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

2201 Sixth Ave. M/S: RX-11

Seattle, WA 98121-1831

Телефон: 1-800-368-1019

TDD (текстовый телефон для слабослышащих): 1-800-537-7697

Факс: 206-615-2297

Вы также можете направить жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по защите гражданских прав HHS.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነድ ችርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែបង្គោលបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរស័ព្ទរថ្ងៃទី 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Farsi (Persian)] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[French] Des services d'aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-562-3022 (TRS : 711).

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງມາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຝຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې دپوهیدلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادبې په وړیا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسی موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنگ ووهئ (د اوریدلو یا خبرو کولو معلولیت لرونکي خلکو د زنگ و هلو شمېره (TRS): 711)

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਆਰੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਾਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጉምትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዲሱ ናይ ቋንቋ ሓዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

Заявление на медицинское страхование ЧАСТЬ 1

1

Имя и фамилия и контактная информация основного заявителя

Имя _____ Инициал среднего имени. _____ Фамилия и суффикс _____

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ) _____ Номер в системе социального обеспечения (SSN)* _____ Пол, определенный при рождении М Ж

Подпись заявителя или уполномоченного представителя _____

У вас есть домашний адрес? Нет Да

Если нет, в каком округе вы хотите получать услуги в сфере здравоохранения?
В этом случае вам все равно необходимо указать почтовый адрес.

Адрес проживания _____ Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Почтовый адрес (если отличается от адреса проживания) _____ Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Основной номер телефона _____ Дополнительный номер телефона _____ Электронная почта _____

Специалисты интерактивного рынка Washington Healthplanfinder могут связаться с вами касательно статуса вашего заявления и (или) запроса дополнительной информации. Какой способ связи вы предпочитаете? Телефон Электронная почта Почта USPS

***Эта информация не раскрывается каким бы то ни было иммиграционным органам в целях исполнения мер, предусмотренных иммиграционным законодательством. Если у вас нет SSN, оставьте это поле пустым.**

2

Сведения о владении языком

Вам или другим лицам, на которых вы подаете заявление, требуется устный переводчик и перевод документов на язык, отличный от английского?

Нет Да

Если да, то перевод на какой язык или альтернативный формат вам нужен? Укажите все, что к вам относится: _____

Нужен ли вам или другим лицам, на которых вы подаете заявление, документ в альтернативном формате? Нет Да

Если да, то какой альтернативный формат мы должны вам отправить? Крупный шрифт на английском языке Шрифт Брайля



18001

Кто-либо в вашей семье является беременной? Нет Да

1. Уполномоченный представитель (authorized representative, AREP) — это совершеннолетнее лицо, которое 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.
 2. Если заявитель не может назначить уполномоченного представителя (AREP) по причине наличия у него определенного медицинского состояния, соответствующее лицо может самостоятельно назначить себя AREP, заполнив форму назначения уполномоченного представителя (Authorization Representative Designation Form) (DSHS 14-532), которая доступна по адресу dshs.wa.gov/authorized-rep-form.
 3. Назначая уполномоченного представителя, вы даете ему разрешение на следующее:
 - Подписывать от вашего имени заявление;
 - Получать уведомления, касающиеся вашего заявления и учетной записи;
 - Действовать в ваших интересах по всем вопросам, касающимся вашего заявления и вашей учетной записи.
- a. Вы назначите уполномоченного представителя? Нет Да
- b. Разрешаете ли вы своему уполномоченному представителю также получать уведомления, касающиеся вашего заявления и вашей учетной записи? Нет Да

Имя/организация уполномоченного представителя

Номер телефона

Почтовый адрес уполномоченного представителя

Адрес электронной почты

Вы должны включить в это заявление следующих лиц: вашу (–его) супругу (–а), ваших детей, проживающих с вами, всех родителей, проживающих совместно со своим ребенком, а также всех лиц, которых вы собираетесь включить в федеральную налоговую декларацию, если вы подаете ее. Заполните поля на страницах 9–16, чтобы указать сведения о вашей семье.

Если вы будете включены в налоговую декларацию третьего лица в качестве налогового иждивенца, вы должны указать всех членов семьи, включенных в налоговую декларацию, где вы указаны в качестве налогового иждивенца, которые проживают с вами.

Вам не нужно предоставлять налоговую декларацию, чтобы подать заявление на медицинское страхование.

Имя

Инициал среднего имени

Фамилия

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)

Это лицо подает заявку на получение медицинского страхового покрытия? Нет Да

ЭТО Я

Кем вам приходится:

(Предоставление номера в системе социального обеспечения (SSN) или статуса гражданства лицами, не подающими заявки на медицинское страховое покрытие, не является обязательным)

Статус наличия гражданства: (укажите один вариант)

Гражданин США или подданный США

Не гражданин США, пребывающий на территории США на законных основаниях

Другое

Номер в системе социального обеспечения (SSN):

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 выдачи:	
Дата прибытия: (ММ/ДД/ГГГГ)	Срок окончания действия документа: (ММ/ДД/ГГГГ)	

Предполагаемый статус в рамках подачи налоговой декларации за текущий год (выберите один вариант)

- | | |
|--|---|
| Лицо, не состоящее в браке, подающее декларацию | Налоговый иждивенец по отношению к лицу, указанному в заявлении |
| Глава семьи | Налоговый иждивенец по отношению к лицу, не указанному в заявлении |
| Отвечающая (-ий) требованиям вдова (-ец) с несовершеннолетним иждивенцем | Лицо, не подающее налоговую отчетность и не являвшееся налоговым иждивенцем |
| Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию отдельно от супруги (-а) | |
| Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию совместно с супругой (-ом): | |
| Имя и фамилия основного лица, подающего налоговую декларацию: _____ | |

Ваш статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году был таким же, как указанный выше статус на текущий год? Нет Да

Если нет, укажите статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году: **(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)**

Если вы подаете это заявление в период с 01.11 по 31.12 текущего календарного года, планируете ли вы в следующем году подать налоговую декларацию той же категории, что и за текущий год? Нет Да

Раса (ПО ЖЕЛАНИЮ — отметьте все, что к вам относится)

- | | | | |
|---|--|--|-----------------|
| Американский (-ая) индеец/ индианка либо коренной (-ая) житель (-ница) Аляски | Филиппинец (-ка) | Лаосец (-ка) | Вьетнамец (-ка) |
| Индиец (индианка) | Коренной (-ая) житель (-ница) острова Гуам | Уроженец(-ка) другого тихоокеанского острова | Белый (-ая) |
| Темнокожий (-ая) либо афроамериканец (-ка) | Гаваец (-йка) | Представитель (-ница) другой расы | |
| Камбоджиец (-йка) | Японец (-ка) | Самоанец (-ка) | |
| Китаец (китайка) | Кореец (кореанка) | Таец (тайка) | |

Вы принадлежите к этнической группе лиц латиноамериканского или испанского происхождения?

- | | | |
|---|--|---|
| Кубинец (-ка) | Мексиканец (-ка)/американец (-ка) мексиканского происхождения/чикано | Не испаноговорящая/ латиноамериканская национальность |
| Другая испаноговорящая/ латиноамериканская национальность | Пуэрториканец (-ка) | |

Почему мы собираем такую информацию — Мы используем эту информацию, чтобы добиться равноправия в сфере здравоохранения и расширить доступ к медицинским услугам для всех людей. Предоставленная вами информация не повлияет на вашу возможность зарегистрироваться в плане медицинского страхования.

Вы американский (-ая) индеец (индианка) или уроженец (-ка) Аляски? Нет Да

7

Супруг (-а) или другой родитель (если проживает совместно с вами)

Имя _____ Инициал среднего имени. _____ Фамилия _____ Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ) _____

Это лицо подает заявку на получение медицинского страхового покрытия? Нет Да Пол, определенный при рождении М Ж

Кем вам приходится (супруг (-а), сожитель, партнер)

(Предоставление номера в системе социального обеспечения (SSN) или статуса гражданства лицами, не подающими заявки на медицинское страховое покрытие, не является обязательным)

Статус наличия гражданства: (укажите один вариант)

Гражданин США или подданный США Не гражданин США, пребывающий на территории США на законных основаниях Другое

Номер в системе социального обеспечения (SSN):

Если это лицо — 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 выдачи: _____

Дата прибытия: (ММ/ДД/ГГГГ) _____ Срок окончания действия документа: (ММ/ДД/ГГГГ) _____

Предполагаемый статус в рамках подачи налоговой декларации за текущий год (выберите один вариант)

- | | |
|--|---|
| Лицо, не состоящее в браке, подающее декларацию | Налоговый иждивенец по отношению к лицу, указанному в заявлении |
| Глава семьи | Налоговый иждивенец по отношению к лицу, не указанному в заявлении |
| Отвечающая (-ий) требованиям вдова (-ец) с несовершеннолетним иждивенцем | Лицо, не подающее налоговую отчетность и не являвшееся налоговым иждивенцем |
| Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию отдельно от супруги (-а) | |
| Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию совместно с супругой (-ом): | |

Имя и фамилия основного лица, подающего налоговую декларацию: _____

Ваш статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году был таким же, как указанный выше статус на текущий год? Нет Да

Если нет, укажите статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году:

(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)

Если вы подаете это заявление в период с 01.11 по 31.12 текущего календарного года, планируете ли вы в следующем году подать налоговую декларацию той же категории, что и за текущий год? Нет Да

Раса (ПО ЖЕЛАНИЮ — отметьте все, что к вам относится)

Американский (-ая) индеец/индианка либо коренной (-ая) житель (-ница) Аляски	Филиппинец (-ка)	Лаосец (-ка)	Вьетнамец (-ка)
Индеец (индианка)	Коренной (-ая) житель (-ница) острова Гуам	Уроженец(-ка) другого тихоокеанского острова	Белый (-ая)
Темнокожий (-ая) либо афроамериканец (-ка)	Гаваец (-йка)	Представитель (-ница) другой расы	
Камбоджиец (-йка)	Японец (-ка)	Самоанец (-ка)	
Китаец (китаянка)	Кореец (корейка)	Таец (тайка)	

Вы принадлежите к этнической группе лиц латиноамериканского или испанского происхождения?

Кубинец (-ка)	Мексиканец (-ка)/американец (-ка) мексиканского происхождения/чикано	Не испаноговорящая/латиноамериканская национальность
Другая испаноговорящая/латиноамериканская национальность	Пуэрториканец (-ка)	

Почему мы собираем такую информацию — Мы используем эту информацию, чтобы добиться равноправия в сфере здравоохранения и расширить доступ к медицинским услугам для всех людей. Предоставленная вами информация не повлияет на вашу возможность зарегистрироваться в плане медицинского страхования.

Вы американский (-ая) индеец (индианка) или уроженец (-ка) Аляски? Нет Да

8

Список детей / налоговых иждивенцев/других членов семьи #1

Имя	Инициал среднего имени.	Фамилия	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)
Это лицо подает заявку на получение медицинского страхового покрытия?	Нет	Да	Пол, определенный при рождении М Ж

Кем вам приходится (например, ребенок, внук/внучка, племянник/племянница, брат/сестра)

(Предоставление номера в системе социального обеспечения (SSN) или статуса гражданства лицами, не подающими заявки на медицинское страховое покрытие, не является обязательным)

Статус наличия гражданства: (укажите один вариант)

Гражданин США или подданный США	Не гражданин США, пребывающий на территории США на законных основаниях	Другое
---------------------------------	--	--------

Номер в системе социального обеспечения (SSN):

Если это лицо — 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 выдачи:	
Дата прибытия: (ММ/ДД/ГГГГ)	Срок окончания действия документа: (ММ/ДД/ГГГГ)	

Предполагаемый статус в рамках подачи налоговой декларации за текущий год (выберите один вариант)

- | | |
|--|---|
| Лицо, не состоящее в браке, подающее декларацию | Налоговый иждивенец по отношению к лицу, указанному в заявлении |
| Глава семьи | Налоговый иждивенец по отношению к лицу, не указанному в заявлении |
| Отвечающая (-ий) требованиям вдова (-ец) с несовершеннолетним иждивенцем | Лицо, не подающее налоговую отчетность и не являвшееся налоговым иждивенцем |
| Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию отдельно от супруги (-а) | |
| Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию совместно с супругой (-ом): | |

Имя и фамилия основного лица, подающего налоговую декларацию: _____

Ваш статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году был таким же, как указанный выше статус на текущий год? Нет Да

Если нет, укажите статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году: _____ **(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)**

Если вы подаете это заявление в период с 01.11 по 31.12 текущего календарного года, планируете ли вы в следующем году подать налоговую декларацию той же категории, что и за текущий год? Нет Да

Раса (ПО ЖЕЛАНИЮ — отметьте все, что к вам относится)

- | | | | |
|--|--|--|-----------------|
| Американский (-ая) индеец/индианка либо коренной (-ая) житель (-ница) Аляски | Филиппинец (-ка) | Лаосец (-ка) | Вьетнамец (-ка) |
| Индиец (индианка) | Коренной (-ая) житель (-ница) острова Гуам | Уроженец(-ка) другого тихоокеанского острова | Белый (-ая) |
| Темнокожий (-ая) либо афроамериканец (-ка) | Гаваец (-йка) | Представитель (-ница) другой расы | |
| Камбоджиец (-йка) | Японец (-ка) | Самоанец (-ка) | |
| Китаец (китайка) | Кореец (кореанка) | Таец (тайка) | |

Вы принадлежите к этнической группе лиц латиноамериканского или испанского происхождения?

- | | | |
|--|--|--|
| Кубинец (-ка) | Мексиканец (-ка)/американец (-ка) мексиканского происхождения/чикано | Не испаноговорящая/латиноамериканская национальность |
| Другая испаноговорящая/латиноамериканская национальность | Пуэрториканец (-ка) | |

Почему мы собираем такую информацию — Мы используем эту информацию, чтобы добиться равноправия в сфере здравоохранения и расширить доступ к медицинским услугам для всех людей. Предоставленная вами информация не повлияет на вашу возможность зарегистрироваться в плане медицинского страхования.

Вы американский (-ая) индеец (индианка) или уроженец (-ка) Аляски? Нет Да

Имя	Инициал среднего имени	Фамилия	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)
Это лицо подает заявку на получение медицинского страхового покрытия?		Нет	Да
		Пол, определенный при рождении	М Ж

Кем вам приходится (например, ребенок, внук/внучка, племянник/племянница, брат/сестра)

(Предоставление номера в системе социального обеспечения (SSN) или статуса гражданства лицами, не подающими заявки на медицинское страховое покрытие, не является обязательным)

Статус наличия гражданства: (укажите один вариант)

Гражданин США или подданный США	Не гражданин США, пребывающий на территории США на законных основаниях	Другое
---------------------------------	--	--------

Номер в системе социального обеспечения (SSN):

Если это лицо — 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 выдачи:
-------------------------------	----------------

Дата прибытия: (ММ/ДД/ГГГГ)	Срок окончания действия документа: (ММ/ДД/ГГГГ)
-----------------------------	---

Предполагаемый статус в рамках подачи налоговой декларации за текущий год (выберите один вариант)

Лицо, не состоящее в браке, подающее декларацию	Налоговый иждивенец по отношению к лицу, указанному в заявлении
Глава семьи	Налоговый иждивенец по отношению к лицу, не указанному в заявлении
Отвечающая (-ий) требованиям вдова (-ец) с несовершеннолетним иждивенцем	Лицо, не подающее налоговую отчетность и не являвшееся налоговым иждивенцем
Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию отдельно от супруги (-а)	
Лицо, состоящее в браке, подающее декларацию совместно с супругой (-ом):	
Имя и фамилия основного лица, подающего налоговую декларацию: _____	

Ваш статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году был таким же, как указанный выше статус на текущий год?	Нет	Да
--	-----	----

Если нет, укажите статус в рамках подачи налоговой отчетности в прошлом году: **(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)**

Если вы подаете это заявление в период с 01.11 по 31.12 текущего календарного года, планируете ли вы в следующем году подать налоговую декларацию той же категории, что и за текущий год? Нет Да

Раса (ПО ЖЕЛАНИЮ — отметьте все, что к вам относится)

Американский (-ая) индеец/индианка либо коренной (-ая) житель (-ница) Аляски	Филиппинец (-ка)	Лаосец (-ка)	Вьетнамец (-ка)
Индиец (индианка)	Коренной (-ая) житель (-ница) острова Гуам	Уроженец(-ка) другого тихоокеанского острова	Белый (-ая)
Темнокожий (-ая) либо афроамериканец (-ка)	Гаваец (-йка)	Представитель (-ница) другой расы	
Камбоджиец (-йка)	Японец (-ка)	Самоанец (-ка)	
Китаец (китайка)	Кореец (кореанка)	Таец (тайка)	

Вы принадлежите к этнической группе лиц латиноамериканского или испанского происхождения?

Кубинец (-ка)	Мексиканец (-ка)/американец (-ка) мексиканского происхождения/чикано	Не испаноговорящая/латиноамериканская национальность
Другая испаноговорящая/латиноамериканская национальность	Пуэрториканец (-ка)	

Почему мы собираем такую информацию — Мы используем эту информацию, чтобы добиться равноправия в сфере здравоохранения и расширить доступ к медицинским услугам для всех людей. Предоставленная вами информация не повлияет на вашу возможность зарегистрироваться в плане медицинского страхования.

Вы американский (-ая) индеец (индианка) или уроженец (-ка) Аляски? Нет Да

10

Список детей / налоговых иждивенцев/других членов семьи #3

Имя	Инициал среднего имени	Фамилия	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)
Это лицо подает заявку на получение медицинского страхового покрытия?	Нет	Да	Пол, определенный при рождении М Ж

Кем вам приходится (например, ребенок, внук/внучка, племянник/племянница, брат/сестра)

(Предоставление номера в системе социального обеспечения (SSN) или статуса гражданства лицами, не подающими заявки на медицинское страховое покрытие, не является обязательным)
Статус наличия гражданства: (укажите один вариант)

Гражданин США или подданный США	Не гражданин США, пребывающий на территории США на законных основаниях	Другое
---------------------------------	--	--------

Номер в системе социального обеспечения (SSN):

Если это лицо — 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 выдачи:
-------------------------------	----------------

Дата прибытия: (ММ/ДД/ГГГГ)	Срок окончания действия документа: (ММ/ДД/ГГГГ)
-----------------------------	---

Информация для американских индейцев и коренных жителей Аляски

Американские индейцы и коренные жители Аляски могут иметь право на специальные защитные условия в рамках Apple Health и могут пользоваться определенными льготами через систему Washington Healthplanfinder. Заполните таблицу ниже для каждого из членов семьи, на кого вы подаете заявление, если они принадлежат к категории американских индейцев и уроженцев Аляски.

Имя и фамилия лица	Название племени		
Член признанного на федеральном уровне индейского племени, поселения, деревни или ранчо;			
Пайщик (акционер) региональной или сельской корпорации уроженцев Аляски	Нет	Да	

Имя и фамилия лица	Название племени		
Член признанного на федеральном уровне индейского племени, поселения, деревни или ранчо;			
Пайщик (акционер) региональной или сельской корпорации уроженцев Аляски	Нет	Да	

Имя и фамилия лица	Название племени		
Член признанного на федеральном уровне индейского племени, поселения, деревни или ранчо;			
Пайщик (акционер) региональной или сельской корпорации уроженцев Аляски	Нет	Да	

Имя и фамилия лица	Название племени		
Член признанного на федеральном уровне индейского племени, поселения, деревни или ранчо;			
Пайщик (акционер) региональной или сельской корпорации уроженцев Аляски	Нет	Да	

Место жительства

Жителями штата Вашингтон считаются лица, в настоящее время проживающие в штате Вашингтон или имеющие намерение проживать в нем, включая лиц без постоянного адреса, а также лица, прибывшие в штат на работу или в поисках работы.

Являются ли все, на кого вы подаете заявление о предоставлении медицинского страхования, жителями штата Вашингтон? Нет Да

Если нет, укажите всех, кто не является жителем штата Вашингтон:

Употребление табака

Употреблял ли любой член вашей семьи, указанный в настоящей заявке, табачные изделия за последние 6 месяцев? Нет Да

Если да, укажите его/их имена:
(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)

Совершеннолетний налоговый иждивенец с инвалидностью

Совершеннолетний биологический налоговый иждивенец с инвалидностью — лицо, не способное трудоустроиться по причине наличия у него инвалидности и зависящее от поддержки, обеспечиваемой членами семьи.

У вас есть совершеннолетний биологический ребенок-инвалид в возрасте 26 лет или старше? Нет Да

Если да, укажите его/их имена:
(Ваш ответ на этот вопрос не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health)

Сведения о тюремном заключении

1. Вы или любое лицо, от имени которого вы подаете заявку, пребывает в заключении или в тюрьме? Нет Да

Если да, укажите его/их имена:

2. Ожидается вынесение приговора? Нет Да

3. Освобождение из заключения произойдет в течение 30 дней? Нет Да

Регистрация для голосования на выборах

Если вы не зарегистрированы в качестве избирателя по текущему месту жительства, хотите ли вы подать заявку на регистрацию

в качестве избирателя? Нет Да

Если вы выбрали «Да», вам будет обеспечена форма регистрации избирателя.

Регистрация в качестве избирателя или отказ в регистрации в качестве избирателя не повлияет на ваше право на медицинское страхование.

Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, обратитесь с соответствующим запросом на бесплатную «горячую линию» регистрации избирателей в штате Вашингтон по телефону 1-800-448-4881. Решение о том, обращаться ли за помощью, остается за вами. Вы можете заполнить такую форму самостоятельно в условиях конфиденциальности.

Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию в качестве избирателя или отказ от такой регистрации, или же ваше право на частную жизнь в том, что касается вашего выбора относительно регистрации, вы можете подать жалобу в Избирательную комиссию штата Вашингтон по адресу: Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, по электронной почте elections@sos.wa.gov или по телефону 1-800-448-4881.

Подпись лица, подающего заявление о зачислении в квалифицированный план медицинского страхования

ОСТАНОВИТЕСЬ: Вы можете иметь право на бесплатное страхование или страхование по сниженной цене. Если вы не хотите, чтобы мы рассматривали ваш доход и желаете зарегистрироваться в квалифицированном плане медицинского страхования (QHP), то поставьте свою подпись ниже и отправьте заявление. Вы будете оплачивать полную стоимость медицинского страхования и вам не придется заполнять Часть 2 заявления.

Я прочитал (-а) или мне разъяснили мои права и обязанности.

Подписывая это заявление, вы соглашаетесь на передачу системой Washington Healthplanfinder сведений о вас другим ведомствам штата и федеральным ведомствам.

Подпись

Дата

ПРОДОЛЖАЙТЕ: Чтобы подать заявку на участие в программе Washington Apple Health (Medicaid) или на налоговый зачет для снижения суммы ваших страховых взносов, вам необходимо заполнить Часть 2 данного заявления.

ЧАСТЬ 2

1

Сведения о медицинском страховании

Имеется ли у вас или у кого-либо из тех, на кого вы подаете заявление, медицинское страховое покрытие, отличное от программ Washington Apple Health (Medicaid или CHIP)?

(Примеры таких страховок — частная страховка, страховка от работодателя, индивидуальное медицинское страхование, страхование с ограничением страховых случаев, Medicare, планы для ветеранов (Veterans), служащих корпуса мира (Peace Corps), Tri-Care и другие виды страхования) Нет Да

Если «да», заполните нижеприведенную таблицу. Если альтернативное медицинское страхование есть у нескольких лиц, приложите дополнительную страницу.

Наименование страховой компании или работодателя:

Номер полиса:

Номер группового плана:

Имя держателя полиса/сотрудника:

Дата рождения держателя полиса:

Укажите всех членов семьи, пользующихся покрытием в рамках этого плана:

Укажите всех членов семьи, пользующихся покрытием в рамках этого плана:

Укажите всех членов семьи, пользующихся покрытием в рамках этого плана:

Укажите всех членов семьи, пользующихся покрытием в рамках этого плана:

Укажите всех членов семьи, пользующихся покрытием в рамках этого плана:

Укажите всех членов семьи, пользующихся покрытием в рамках этого плана:

2

Медицинское страхование для детей

Если вы не подаете заявление на медицинское страхование для детей, то пропустите этот раздел и перейдите к следующему («Сведения о неоплаченных счетах за медицинские услуги»).

Покрывает ли ваш план медицинского страхования ваших детей? Нет Да

Если да, укажите имя ребенка:

Исключили ли вы своих детей младше 19 лет из плана медицинского страхования за последние четыре месяца? Нет Да

Если да, то когда прекратилось страхование для детей?

3**Сведения о неоплаченных счетах за медицинские услуги**

Нужна ли вам или другим лицам, на которых вы подаете заявление, помощь в оплате неоплаченных медицинских счетов за предоставленное обслуживание за последние 3 месяца, непосредственно предшествующие текущему месяцу? Нет Да

Если да, укажите имена:

4**Патронатное воспитание в прошлом**

Находился ли кто-либо из членов вашей семьи, чей возраст сейчас составляет 18—25 лет, на патронатном воспитании, когда ему или ей исполнилось 18 лет? Нет Да

Если да, то укажите имя и фамилию этого лица:

5**Страхование услуг неотложной медицинской помощи для лиц, не являющихся гражданами США**

Вы и ваша семья можете иметь право на ограниченное страхование услуг неотложной медицинской помощи даже в том случае, если вы не имеете права на другое страховое покрытие по причине вашего иммиграционного статуса.

Пометьте все пункты, относящиеся к лицу, не имеющему гражданства США, на которого вы подаете заявление, и укажите его или ее имя и фамилию в соответствующей графе:

Получал (-а) услуги неотложной медицинской помощи в текущем месяце или за предыдущие три месяца:

Кто: _____

Нуждается в диализе или лечении от онкологического заболевания: Кто: _____

Нуждается в медикаментах для борьбы с кризисом отторжения в случае пересадки органов: Кто: _____

Нуждается в помещении в пансионат с медицинским обслуживанием, услугах проживания с поддержкой или в уходе на дому:

Кто: _____

6**Сведения о беременности**

Вы или кто-либо из членов вашей семьи беременны? Нет Да (Заполните вторую строку, если беременность имеется или завершилась у несколько лиц.) Если да,

Укажите имя и фамилию:

Предположительная дата родов:

Предполагаемое количество ожидаемых новорожденных:

Укажите имя и фамилию:

Предположительная дата родов:

Предполагаемое количество ожидаемых новорожденных:

Была ли у вас или у другого члена семьи, на кого подается это заявление, беременность в предыдущие 12 месяцев? Нет Да

(Заполните вторую строку, если беременность завершилась у несколько лиц.) Если да,

Укажите имя и фамилию:

Дата окончания беременности:

Укажите имя и фамилию:

Дата окончания беременности:

7

Сведения о валовом доходе

Этот раздел поможет нам определить размер скорректированного валового дохода вашей семьи с поправками и изменениями (modified adjusted gross income, MAGI). Скорректированный валовой доход с поправками и изменениями (MAGI) должен использоваться для определения вашего права на участие в большинстве программ медицинского страхования. Пожалуйста, как можно точнее ответьте на следующие вопросы обо всех членах семьи, на которых вы подаете заявление. Укажите информацию только об указанных типах дохода.

Вы должны указать данные в отношении текущего валового месячного дохода (сумму до уплаты налогов) для себя, вашей супруги / вашего супруга или любых несовершеннолетних лиц или налоговых иждивенцев вне зависимости от возраста, кроме тех случаев, когда несовершеннолетним лицам или налоговым иждивенцам не нужно подавать налоговую декларацию. Дополнительная информация о том, как подавать сведения о доходах, приведена на сайте wahbexchange.org/how-to-report-income

Примечание: Американским индейцам/уроженцам Аляски (American Indians/Alaska Natives, AI/AN) не нужно сообщать доход AI/AN, который Федеральная налоговая служба исключает из валовой налогооблагаемой суммы, заработанной AI/AN. Кроме этого, AI/AN не нужно декларировать доход некоторых типов в рамках программы Washington Apple Health (Medicaid) в соответствии с WAC 182-509-0340.

Трудовой доход: Вы или любое лицо в вашей семье в настоящий момент трудоустроены? Нет Да

Если «да», укажите имя и фамилию работающего, место работы и размер текущего валового ежемесячного дохода в форме зарплаты и чаевых. Не указывайте в этом разделе доход от индивидуальной предпринимательской деятельности. Вы можете указать средний размер дохода, если предполагается его изменение в будущем, например, если вы занимаетесь сезонной работой. Определите месячную сумму, рассчитав среднюю сумму на репрезентативный период в соответствии с инструкциями, приведенными в WAC 182-509-0310.

Имя и фамилия работающего лица

Имя или наименование работодателя

Адрес работодателя

Город

Штат

Почтовый индекс

\$:

Валовой ежемесячный доход (до вычета налогов) (зарплата, чаевые, доля в операционной прибыли корпораций, S-корпораций)

Предлагал ли работодатель медицинскую страховку этому человеку? Нет Да

Если да, перечислите ниже всех членов семьи, которым была предложена страховка

\$:

Какова наименьшая сумма ежемесячного страхового взноса, которую этот работодатель предложил для страхования только самого сотрудника?

\$:

Какова наименьшая сумма ежемесячного страхового взноса, которую этот работодатель предложил для страхования вашего домохозяйства?*

Имя и фамилия работающего лица

Имя или наименование работодателя

Адрес работодателя

Город

Штат

Почтовый индекс

\$:

Валовой ежемесячный доход (до вычета налогов) (зарплата, чаевые, доля в операционной прибыли корпораций, S-корпораций)

Предлагал ли работодатель медицинскую страховку этому человеку? Нет Да

Если да, перечислите ниже всех членов семьи, которым была предложена страховка

\$: _____
Какова наименьшая сумма ежемесячного страхового взноса, которую этот работодатель предложил для страхования только самого сотрудника?

\$: _____
Какова наименьшая сумма ежемесячного страхового взноса, которую этот работодатель предложил для страхования вашего домохозяйства?*

Имя и фамилия работающего лица

Имя или наименование работодателя

Адрес работодателя

Город

Штат

Почтовый индекс

\$: _____
Валовой ежемесячный доход (до вычета налогов) (зарплата, чаевые, доля в операционной прибыли корпораций, S-корпораций)

Предлагал ли работодатель медицинскую страховку этому человеку? Нет Да

Если да, перечислите ниже всех членов семьи, которым была предложена страховка

\$: _____
Какова наименьшая сумма ежемесячного страхового взноса, которую этот работодатель предложил для страхования только самого сотрудника?

\$: _____
Какова наименьшая сумма ежемесячного страхового взноса, которую этот работодатель предложил для страхования вашего домохозяйства?*

***Предоставьте эту информацию, даже если вы не планируете воспользоваться страховкой работодателя для других членов вашего домохозяйства. Ваш ответ на эти вопросы не повлияет на ваше право на участие в программе Apple Health.**

Доход от индивидуальной трудовой и предпринимательской деятельности: Вы или любое лицо в вашей семье в настоящий момент занимаетесь индивидуальной трудовой/предпринимательской деятельностью? Нет Да

Если да, укажите текущий ожидаемый чистый месячный доход (прибыль за вычетом расходов на коммерческую деятельность) от индивидуальной предпринимательской деятельности. См. стр. ii, на которой приведены утвержденные категории расходов, связанных с предпринимательской деятельностью. Вы можете указать средний размер дохода, если предполагается его изменение в будущем. Определите месячную сумму, рассчитав среднюю сумму на репрезентативный период в соответствии с инструкциями, приведенными в WAC 182-509-0370.

Имя и фамилия лица, занимающегося индивидуальной трудовой/предпринимательской деятельностью

Наименование компании (если имеется)

Чистый месячный доход (не указывайте доход от участия в корпорации или в S-корпорации)

Имя и фамилия лица, занимающегося индивидуальной трудовой/предпринимательской деятельностью

Наименование компании (если имеется)

Чистый месячный доход (не указывайте доход от участия в корпорации или в S-корпорации)

Имя и фамилия лица, занимающегося индивидуальной трудовой/предпринимательской деятельностью

Наименование компании (если имеется)

Чистый месячный доход (не указывайте доход от участия в корпорации или в S-корпорации)

Пособие по социальному обеспечению: Вы или любое лицо в вашей семье в настоящий момент получаете доход по

социальному обеспечению? Нет Да

Если да, укажите доход, полученный вами от Администрации социального обеспечения (Social Security Administration) в виде пенсии, пособия по инвалидности или для лиц, переживших трагическое событие. Не указывайте здесь дополнительный доход по системе социального обеспечения (SSI).

Имя и фамилия лица, получающего социальные пособия (не SSI)

Валовой месячный доход

Имя и фамилия лица, получающего социальные пособия (не SSI)

Валовой месячный доход

Имя и фамилия лица, получающего социальные пособия (не SSI)

Валовой месячный доход

Доходы от аренды: Вы или любое лицо в вашей семье в настоящий момент получаете доход от аренды? Нет Да

Если да, то укажите месячный доход, полученный от сдачи в аренду жилья или частной собственности. Укажите чистый доход, за вычетом утвержденных расходов на предпринимательскую деятельность.

Имя и фамилия лица, получающего доход от аренды

Наименование собственности (если имеется)

Чистый месячный доход

Имя и фамилия лица, получающего доход от аренды

Наименование собственности (если имеется)

Чистый месячный доход

Имя и фамилия лица, получающего доход от аренды

Наименование собственности (если имеется)

Чистый месячный доход

Доход от индивидуальной трудовой и предпринимательской деятельности: Вы или любое лицо, от имени которого вы подаете заявку, в настоящий момент занимаетесь индивидуальной трудовой/предпринимательской деятельностью? Нет Да

Если да, укажите текущий ожидаемый чистый месячный доход (прибыль за вычетом расходов на коммерческую деятельность) от индивидуальной предпринимательской деятельности. См. стр. ii, на которой приведены утвержденные категории расходов, связанных с предпринимательской деятельностью. Вы можете указать средний размер дохода, если предполагается его изменение в будущем. Определите месячную сумму, рассчитав среднюю сумму на репрезентативный период в соответствии с инструкциями, приведенными в WAC 182-509-0370.

Имя и фамилия лица, занимающегося индивидуальной трудовой/предпринимательской деятельностью

Наименование компании (если имеется)

Чистый месячный доход
(не указывайте доход от участия в корпорации или в S-корпорации)

Имя и фамилия лица, занимающегося индивидуальной трудовой/предпринимательской деятельностью

Наименование компании (если имеется)

Чистый месячный доход
(не указывайте доход от участия в корпорации или в S-корпорации)

Имя и фамилия лица, занимающегося индивидуальной трудовой/предпринимательской деятельностью

Наименование компании (если имеется)

Чистый месячный доход
(не указывайте доход от участия в корпорации или в S-корпорации)

Пособие по социальному обеспечению: Вы или любое лицо, от имени которого вы подаете заявку, в настоящий момент получаете доход по социальному обеспечению? Нет Да

Если да, укажите доход, полученный вами от Администрации социального обеспечения (Social Security Administration) в виде пенсии, пособия по инвалидности или для лиц, переживших трагическое событие. Не указывайте здесь дополнительный доход по системе социального обеспечения (SSI).

_____	_____
Имя и фамилия лица, получающего социальные пособия (не SSI)	Валовой месячный доход
_____	_____
Имя и фамилия лица, получающего социальные пособия (не SSI)	Валовой месячный доход
_____	_____
Имя и фамилия лица, получающего социальные пособия (не SSI)	Валовой месячный доход

8	Другой доход
----------	---------------------

Не указывайте алименты на содержание ребенка или непensionные выплаты ветеранам. Пометьте все относящиеся к вашей семье пункты, укажите, кто получает доход, а также размер и периодичность выплат.

Алименты / пособие супруге/ супругу	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Страховая рента или пенсия	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Прирост капитала	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Дивиденды, ценные бумаги или акции	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Доход от фермерской деятельности	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Доход, полученный за рубежом	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Доход от траста	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Доход от процентов	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Доход IRA	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____

Иной облагаемый налогами доход	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Пенсионное обеспечение работников железнодорожного транспорта	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Доход от роялти	Кто: _____	\$ _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$ _____	Как часто: _____
Облагаемый налогом доход племени	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Пособие по безработице транспорта	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____

Удовлетворяют ли члены семьи в возрасте моложе 19 лет или совершеннолетние налоговые иждивенцы, указанные в заявлении, пороговому требованию в рамках подачи федеральной налоговой декларации в этом году?

_____	Нет	Да
Имя		
_____	Нет	Да
Имя		
_____	Нет	Да
Имя		

9

Вычеты

Эти расходы могут снизить размер дохода в контексте определения ваших прав на некоторые виды медицинского страхования, по аналогии с тем, как IRS использует их для снижения размера ваших налогов. Если вы предпочтете не отвечать на них, вы все равно сможете претендовать на бесплатное медицинское страхование или страхование по сниженной цене.

Выплаченные алименты или содержание супруга (-и)	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Некоторые возмещаемые расходы на бизнес	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Расходы преподавателя	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Выплаты на медицинский сберегательный счет	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____

Расходы на переезд для официального военнослужащего	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Штраф за преждевременное снятие средств со срочного вклада	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Взносы на пенсионный счет до уплаты налогов	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Взносы по медицинскому страхованию для занимающихся индивидуальной предпринимательской деятельностью	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Взносы в пенсионные планы для занимающихся индивидуальной предпринимательской деятельностью	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Налог на доход от индивидуальной предпринимательской деятельности	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
Проценты по студенческой ссуде	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____
	Кто: _____	\$: _____	Как часто: _____

10

Дополнительная информация

Кто-либо из членов вашей семьи, подающие заявку на страховое покрытие, нуждаются в какой-либо из этих услуг?

- a. Услуги долговременного ухода ввиду проживания или планируемого переезда в медицинское учреждение, такое как дом сестринского ухода. Нет Да

Если да, то укажите имя и фамилию такого лица: _____

Тип учреждения: _____

- b. Услуги индивидуального помощника на дому? Нет Да

Если да, то укажите имя и фамилию такого лица: _____

- c. Услуги проживания с поддержкой? Нет Да

Если да, то укажите имя и фамилию такого лица: _____

- d. Услуги Отдела по работе с лицами с инвалидностью вследствие нарушений развития (Division of Developmental Disabilities)? Нет Да

Если да, то укажите имя и фамилию такого лица: _____

- e. Услуги хосписа? Нет Да Если да, то укажите имя и фамилию такого лица: _____

f. Медицинское страхование вследствие невозможности работать по причине состояния здоровья или наличия инвалидности? Нет Да

Если да, то укажите имя и фамилию такого лица (лиц): _____

Если к вам относится любое из следующего, вам потребуется дополнительно заполнить форму HCA 18-005 (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf):

- Вам по крайней мере 65 лет либо вы получаете услуги программы Medicare.
- Вы ответили утвердительно на любой из вышеприведенных вопросов а — f.
- Вы подаете заявление в программу для нуждающихся в медицинской помощи (Medically Needy, MN) или программу медицинского обслуживания для работников с инвалидностью (Apple Health for Workers with Disabilities, HWD).

11

Внимательно прочтите этот раздел перед тем, как поставить подпись

Разрешение на передачу информации другим ведомствам штата и федеральным ведомствам:

Я разрешаю системе Washington Healthplanfinder в электронном режиме проверять предоставленные мной налоговые данные в рамках процедуры ежегодного продления действия моего страхового покрытия на 5 последующих лет. Я понимаю, что могу отозвать свое согласие в любое время. Поставив отметку в этом поле, я подтверждаю разрешение на запрос налоговых зачетов в рамках процедуры ежегодного продления действия моего страхового покрытия без необходимости принятия мной дополнительных мер в этой связи.

Нет Да

Я прочитал (-а) или мне разъяснили мои права и обязанности, а также получил (-а) экземпляр «Прав и обязанностей клиента» (*Client Rights and Responsibilities*).

12

Декларация и подпись

Чтобы подать заявку на участие в программе Washington Apple Health (Medicaid) бесплатно или по сниженной цене, либо получить налоговые зачеты для снижения суммы ваших страховых взносов, вам необходимо поставить подпись ниже.

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

Дата